

CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUNS CASOS DE ESPLENOMEGALIAS NA LEPRO (*)

DR. LUIZ MARINO BECHELLI
do *Asylo Colonia Cocaes*

INTRODUÇÃO

A constatação de alguns casos de esplenomegalias pronunciadas entre os nossos pacientes, interessou-nos sobremaneira, abrindo campo para o estudo do diagnostico differencial dos mesmos, E' este o estudo que fizemos no presente trabalho, afim de apurar se a lepra pode ser responsabilizada por esse consideravel augmento do baço.

Entretanto, não nos limitamos apenas ao estudo clinico dos nossos casos, mas também ás alterações anatomo-pathologicas soffridas pelo baço na lepra. Assim, ao lado de numerosas Observações clinicas e de exames anatomo-pathologicos de baços obtidos em sete necropsias e duas esplenectomias, tivemos a opportunidade de poder, num delles, estabelecer um verdadeiro controle, pois, após observação clinica do paciente, praticou-se a esplenectomia e o respectivo exame histologico. Achamos necessario esse estudo, porquanto a histo-pathologia alliada aos achados clinicos, poderia fornecer elementos mais seguros para se estabelecer a causa determinante das esplenomegalias observadas.

Vamos, pois, estudai-as no ponto de vista anatomo-pathologico e do diagnostico differencial, dividindo o nosso trabalho do seguinte modo:

Observações,

Alterações anatopalhologicas do baço na lepra, e

Diagnostico differencial dos nossos casos de esplenomegalia.

Ao dr. Humberto Cerruti, ficamos summamente agradecidos pelo auxilio efficiente que nos prestou na elaboração deste trabalho.

(*) Trabalho classificado em 1.º lugar, no concurso entre os medicos estagiarios, para preenchimento da vaga de medico clinico do Departamento de Prophylaxia da lepra.

Agradecemos aos nossos companheiros de Hospital, a contribuição que, de uma maneira ou de outra, Trouxeram ao nosso estudo.

Ao dr. Francisco Salles Gomes Junior, somos gratos pelas facilidades que nos proporcionou, para a elaboração do presente trabalho. Os nossos agradecimentos são extensivos aos drs. J. Ferreira Gomes e Manoel de Abreu.

OBSERVAÇÕES

O baço, devido á sua estructura anatomica, possui unia propriedade característica, que é o poder de reter os germes pathogenicos na intimidade dos seus tecidos. Globulos e parasitas são retidos na polpa esplenica, não só pelos macrophagos coma entre as cellulas dos cordões. A permanencia dos germes no interior deste órgão, representa um papel activo, biologicc, sob os dois seguintes aspectos: como meio de defeza nas infecções ou como receptaculo de germes susceptiveis de se tornarem activos. A funcção de defeza foi bem demonstrada pelas recentes experiencias sobre diversos hematozoarios: a extirpação do baço pode provocar o apparecimento brusco de novo surto da infecção (Greppi, 26).

O bacillo de Hansen é tambem retido no baço, localisando-se especialmente ao nivel dos elementos reticulo-endotheliais (Heinz-Gerhard-Rierke, cit .Barlaro, 3), Devido a essa localisação dos bacillos nos elementos reticulo-endotheliais, não só do baço como de outros órgãos, é que Borzone (6) considera a lepra como uma "reticulo-endotheliose infecciosa".

Como consequencia da sua propriedade de apreensão dos bacillos, o baço augmenta frequentemente de volume, traduzindo est. esplenomegalia uma reacção do órgão aos bacillos que elle encerra nas malhas do seu tecido.

O augmento do órgão pode ser bastante accentuado, como bem o demonstram as observações dos nossos pacientes.

Essas observações são referidas, nas paginas seguintes, sendo acompanhadas dos exames de laboratorio imprescindiveis para um-diagnostico differencial exacto. Procuramos estabelecer o quadro hematologico de cada paciente e punccionar-lhe o baço, afim de proceder nos esfregaços do liquido obtido, a pesquisa dos bacillos de Hansen.

A prova de Frey, que consiste na espleno-contracção pela adrenalina determinando uma lymphocytose, foi tambem praticada nos nossos pacientes. Oehme, Grimm e Watterhoeffer (cit. por Mathes, 38) duvidam do seu valor, porquanto essa lymphocytose depende tambem do estado geral do systema lymphatico e da irritabilidade do systema nervoso vegetativo. Apesar disso, "na pratica pode-se dizer

que uma lymphocytose accentuada apparece, em geral, quando o baço está normal ou regularmente augmentado por um estado hyperplastico-congestivo; essa lymphocytose está ausente na maioria dos casos de tumores chronicos do baço, causada pela esclerose diffusa ou pela invasão de parenchyma por outro tecido (leucemia)." (Greppi). Foram as seguintes as observações por nós obtidas:

OBSERVAÇÃO I

Nome: F. I. Sexo: Masc. Côr: Branca. Idade: 37 annos.
Nacionalidade: Italiana . E. Civil: Casado. Forma MIXTA.

ANAMNESE

Queixa: O paciente de nada se queixa para o lado do abdomen.
Interrogatorio dos apparatus: nada sente nos varios apparatus. Não tem prisão de ventre. Não enxerga bem.

Nos antecedentes morbidos, refere sarampo quando criança. dá teve gripe duas vezes. Conta que teve uni tumor atroz da orelha esquerda, do qual sahiu muito pús, ficando surdo desde essa occasião. Nega paludismo. não tendo nunca habitado tias proximidades dos rios. Nega molestia venereo-syphilitica. Refere que sua doença começou por uma pequena ferida no nariz, provocando, ás vezes, abundante epistaxis. Tempos depois percebia que os cotovellos e joelhos estavam adormecidos (Sic).

Antecedentes familiares e hereditarios. Seu pae morreu com tétano, em consequencia de urna ferida na perna. Sua mãe é de saúde, tendo 75 annos de idade. Tem dois irmãos, sendo que um delles soffre muito dos olhos. O paciente é casado. Sua senhora é muito fraca. Ella já teve dois abôrtos, depois de ter tido o primeiro filho; nasceram mais tres a termo, mas todos elles falleceram, sendo que a idade maxima alcançada foi de tres annos e quatro mezes. Nega molestia igual a sua na familia.

EXAME PHYSICO

Exame geral . Estado geral regular. Cabellos abundantes, bigode idem, barba presente sómente no queixo. Sobrancelhas bem rarefeitas. Panniculo adiposo regularmente desenvolvido. Ganglios epitrochleanos não palpaveis; ganglios cervicaes, axillares, inguinaes e cruaes palpaveis., sendo os dois ultimos bem augmentados. Marcha e estatica nada digno de nota.

Exame especial: Seios da face e mastoide indolores.

Olhos: conjunctivite, keratite esquerda, musculatura extrinseca integra. Reflexo pupilar normal á direita, mais lento á esquerda; accomodação presente á direita, assim como o consensual; á esquerda mal visiveis.

Bocca: labios regularmente corados. Dentes mal conservados, com numerosas raizes infectadas. Lingua um pouco saburrosa. Nenhum processo especifico notamos na mucosa buccal.

Pescoço: Thyreoides palpavel, indolor, não augmentada de volume. Oliver-Cardarelli ausente. Aorta não palpavel na furcula.

Pulmões e coração: Nada encontramos. Arteria radial de pare-

des molles e depressíveis. Pulso 72 por minuto, regular; P. arterial 105-65 (Oscilophon).

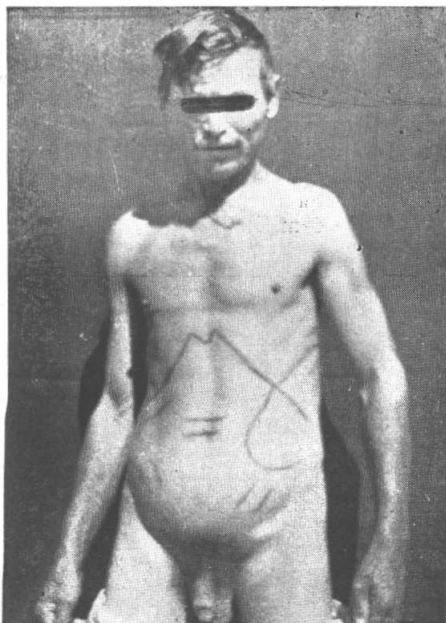
Abdomen: (ver photographia 1) : o abdomen é plano, nada apresentando á inspecção. Palpação: cecum, colons tranverso e sigmoide palpaveis, não dolorosos e nem gagarejantes. Baço palpavel, muito augmentado de volume, dirigindo-se para a fossa illiaca esquerda e inovei com a respiração. Ultrapassa o rebordo costal de 10 112 cms. A superficie do baço é lisa, obtendo-se pela percussão fraca um som sub-massivo. Percebe-se uma incisura no bordo interno do orgão. Este bordo, assim como o polo anterior, é engrossado, de consistencia bem augmentada e indolor. O maior comprimento do orgão, do seu bordo superior (delimitado pela percussão) até o seu bordo inferior, é de 24 cms,

O figado esta augmentado de volume, ultrapassando de 4 cms. o rebordo costal. O seu limite superior chega até o quarto intercosto, na linha mammillar, pela percussão feita em decubito dorsal.

Não encontramos liquido no abdomen, pelos meios usuaes de ropedeutica.

Systema nervoso: Reflexos tendinosos patellar, achilleano, bicipital, radial e tricipital, assim como os reflexos cutaneos (cremasterico e abdominaes) presentes e normaes.

Babinski e Romberg negativos.



Phot. 1

F. 1. Exame de abdomen.

EXAMES DE LABORATORIO

Reacção de Wassermann — (27-4-35).....++++
Reacção de Kahn (27-4-35).....++++

Dr. H. Cerruti

Exame de fezes: Não encontramos ovos de parasitas (23 e 35-5-1935).

Exame de urina: Densidade 1.018. Não encontramos albumina e glycose. (29-4-935).

Exame do sangue: (1-5-935).

Contagem global:

Globulos vermelhos 3.895.400 por mm cub.
Globulos brancos 5.650 " " "

Contagem especifica:

	Segmentados.....	43,0 %			
Neutrophilos {	Bastonetes.....	14,0 %	3.305,25	por mm cub.	
	Melamyelocytos ...	1,5 %			
	Eosinophilos	6,5 %	367,25	"	"
Basophilos	0,0 %				
Monocytos.....		2,5 %	141,25	"	"
	Typicos.....	22,5%			
Lymphocytos {			1.836,25	"	"
	leucocytoides	10,0 %			

Prova de Frey — Injecção sub-cutanea de 1 c. c. de adrenalina Trinta e cinco minutos após:

Contagem global dos leucocytos: 6.882 por mm cubico.

O baço diminuiu 2,7 cms.

Contagem especifica:

	Segmentados.....	32,5%			
Neutrophidos {	Bastonetes	15,5%	3.647,46	por mm cub.	
	Metamyelocytos...	0,0%			
Basophilos.....		0,0%			
Limphocytos	tipicos.....	15%			
	Leucocytoides.....	16%	2.167,83	"	"

Não encontramos hematozoarios nos esfregaços feitos após a injecção de adrenalina.

Puncção do baço: Pesquisa de bacillos de Hansen:

Evolução

Dia 23-5-935: Da mesma maneira que no primeiro exame, o pa-
ciente nada refere para o lado do abdomen. O baço continua bastante
aumentado de volume, sendo o seu comprimento de 22,5 cms. Trata-
mento da anemia pelo methodo do figado. Continua fazendo o trata-
mento antileprotico.

OBSERVAÇÃO II

Nome: A. B. Sexo: Fem. Côr: Branca. Idade: 36 annos. Nac.:
Brasileira. E. Civil: Viuva. Forma: MIXTA. Data de observação: 19-2-
935.

ANAMNESE

Queixa e duração. Dôr no flanco direito ha uns dois mezes. Nada sente no flanco esquerdo.

Ha quasi dez mezes que não tem menstruação.

Historia da molestia actual: — Ha uns dois mezes, :pós tee tomado o azul de methyleno, manifestou-se erupção na coxa esquerda e dias depois, teve dôr no flanco direito. Era unia dôr muito forte, impedindo os movimentos respiratorios naturais. Parecia-se a uni "retorcimento", não tendo irradiação. A posição em que a dôr se abrandava era o decubito dorsal, com o tronco desviado para o lado direito; não flexionava as coxas sobre o abdomen. Nega qualquer disturbio gastro-intestinal (vomitos e diarrhéa), urinario (hematuria) ; nega ictericia. Não foi acompanhada- de feire nem de cephalea. A dôr persistia sempre intensa e por essa razão, mais ou menos, depois de uma hora foi-lhe applicada unia injecção de Pantopon, com a qual melhorou.

Nos dias seguintes sentia. e isso até hoje, um incommodo no flanco direito, como se qualquer cousa estivesse inchada. Essa sensação augmentava logo depois das principacs refeições, tornando-se menos intensa após andar um pouco. Nega repleição gastrica e ictericia nesses dois mezes. Nada sente no hypocondrio esquerdo.

Interrogatorio dos apparatus: Cephaléa de vez em quando no nariz e ouvido. Lacrimejamento dos olhos. Apparelho gastro-intestinal; tem bom appetite. Nada sente no estomago e intestino. Evacua regularmente uma vez por dia. Apparelho cardio-respiratorio: nega dispnéa, dôres pccordiaes, palpitação e tosse. Teta edema dos pés, mas estes são sêde de ulceras. Apparelho genito-urinario: urina bem.

Antecedentes pessoaes: fuma um pouco. Não bebe alcool- Toma pouco café. Antecedentes morbidos: sarampo quando criança e pneumonia (diagnostico medico) e ictericia ha uns tres annos. E' viuva, tendo tido quatro filhos e nenhum aborto. Nega molestias venereas. A doente esteve ha dois annos em Itapolis, onde lhe appareceram tremores de frio á noite (ás 19 horas mais ou menos), durante cinco ou seis dias seguidos, acompanhados sempre de calor nas pernas e muita sêde. Após 5 ou 6 dias, a febre desapareceu, sem tomar nenhum medicamento. Nega febre cone intervallos de tres a quatro dias. Acha que sua molestia começou ha 11 annos.

Antecedentes hereditarios e familiares: Seus paes são vivos e sadios. Sua mãe só teve um abôrto occasionado por susto. Teve oito irmãos, sendo quatro vivos e fortes; quatro morreram: um de accidente, um de pneumonia, um de sarampo, e outro de coqueluche (?).

EXAME PHYSICO

Exame geral: Panniculo adiposo e musculos regularmente desenvolvidos. Ganglios epitrochleanos enfarctados miais á direita. Palpam-se os ganglios cervicaes. Marcha e estatica: nada. Peso, 59,400 kilogrammas.

Exame physieo especial: Cabeça, seios da face e mastoide: nada de anormal.

Olhos: conjunctivas um pouco inflammadas. Musculatura extrinse-ca e intrinseca integras.

Nariz: Deformado.

Bocca: Labios descorados. Dentes mal conservados e raízes infectadas. Língua um pouco saburrosa. Amígdalas e pharynge, normaes.

Pescoço: Oliver-Cardarelli ausente. Aorta não palpavel na furcula.

Pulmão: Percussão e ausculta: nada.

Coração: nada á ausculta. Arteria radial de paredes elasticas e bem depressiveis. Pulso regular e rythmico. P. A. 120-70 (Oscilophon).

Abdomen: Abdomen um pouco proeminente, de paredes flacidas. Vibices. Não existe massicez movei nem sensação de onda pelo piparote. A' inspecção, nota-se um abahulamento do hemiabdomen esquerdo. Palpa-se o cecum, colons transverso e sigmoide, não gargarejantes e nem dolorosos. O baço é palpavel, muito augmentado de volume, ultrapassando de um cm. a linha biespinha-iliaca anterosuperior, e deslocando-se com a respiração. O seu bordo é rombo, indolor, duro, apresentando duas chanfraduras no bordo interno; a sua superficie é lisa, não se percebendo nenhuma irregularidade. Sobre o baço não se palpa nenhum segmento intestinal. A' percussão obtem-se sub-massicez, nada se percebendo pela ausculta. O pólo anterior do baço dista do rebordo costal de 19,5 cms.; desse polo, até o seu polo posterior, determinado pela percussão, o baço mede 32 cms.

O ligado é palpavel, ultrapassando o rebordo costal de 15 cms. O seu bordo inferior, está um pouco espessado, de consistencia augmentada e indolôr. Não se palpa nenhum segmento intestinal sobre o ligado, sendo a sua superficie lisa. Nada se nota á ausculta. Pela percussão, sub-massicez. O maior comprimento do ligado, do bordo inferior ao superior, determinado pela percussão, é de 24 cms.

Systema nervoso: Reflexos tendinosos um pouco vivos. Babinski e Romberg, negativos.

EXAMES DE LABORATORIO

Reacção de Wassermann (20-5-935)..... +++++
Reacção de Kahn (20-5-935) +++++

Dr. H. Cerruti..

Exame de fêzes: não encontramos ovos de parasitas em dois exames. (23 e 24-5-934).

Exame de urina: densidade: 1.016. Não encontramos glycose nem albumina. (29-4-935).

Exame de sangue (30-4-935) :

Contagem global:

Globulos vermelhos 3.366.400 por mm cub.
Globulos brancos 4.400 “ “ “

Contagem differential:

	Segmentados	34 %			
Neutrophilos	Bastonetes.....	22 %	2.508,00	“	“
	Metamyelocytos.....	1 %			
Eosinophilos		6 %	264,00	“	“
Basilophilos		2 %	88,00	“	“
Monocytos		5 %	220,00	“	“

Typicos.....	4 %			
Lymphocytos{		1.320,00	"	"
Leucocytoides.....	26 %			
<i>Prova Frey:</i> Injecção de adrenalina (9,5 c.c.) e exame após 50 minutos.				
Contagem global dos leucocytos.....		9.620	por mm cub.	
Contagem especifica:				
Segmentados.....	39,0 %			
Neutrophilos{	Bastonetes.....	21,5 %	5.964,40	" " "
	Metamyelocytos.....	1,5 %		
Eosinophilos	3,5 %	336,70	" " "	
Basophilos	0,0 %			
Monocytos	3 0 %	288,60	" " "	
Typicos.....	25,5 %			
Lymphocytos{		3.030,30	" " "	
Leucocytoides.....	6,0 %			

Não encontramos plasmodium nos esfregaços feitos após a injeccção de adrenalina.

Puncção do baço: (20-12-935) Esfregaço para pesquisa de bacillo de Hansen: positivo (+).

2.^a puncção (16-4-935) : Não conseguimos encontrar bacillos de Hansen no esfregaço.

3.^a puncção (18-5-935) : Os bacillos de Hansen eram abundantissimos no esfregaço.

OBSERVAÇÃO III

Nome: S. M. O. Sexo: Masc. Côr: branca. Idade: 18 annos. Nac.: Brasileiro. E. Civil: Solteiro. Forma MISTA. Data de observação. 292-35.

ANAMNESE

Queixa. Dôr no abdomen um pouco abaixo do umbigo. Diarrhêa ha dois dias. Ha um anno que está com reacção leptotica, sendo que desde o dia 23-2-935, a erupção é intensa, obrigando-o a acamar-se.

Historia da moleslia: Ha dois dias começou a ter diarrhêas, evacuando 4 ou 5 vezes por dia. As fezes são molles como papa, sem catarro e sangue; não sabe informar se o cheiro é azedo ou de padre. Depois de dois dias, appareceu a dôr abaixo do umbigo, sem irradiação, de intensidade regular, durando uns dois minutos; depois de 30 minutos voltava a incommodal-o. Com a evacuação melhorava a dôr. Nega puxos.

Interrogatorio dos aparelhos: Nada digno de nota.

Antecedentes pessoas: Trabalha bastante. Fuma pouco. Não é alcoolatra. Bebe muito café. Não se recorda das molestias da infancia. Verminose. Nega maleita, que elle já viu em companheiros. Ha uns 16 annos é doente de mal de Hansen, sendo inicialmente de forma nervosa. Ha uns oito annos, de vez em quando ficava dois ou tres dias acamado, com febre e calefrios intensos, não sentindo nenhum disturbio nos varios aparelhos e melhorando cone remedios caseiros. Nega molestias venereas.

Antecedentes hereditarios: Seu pae morreu com infecção intestinal. Sua mãe é forte, Tem tres irmãos doentes, internados no hospital, sendo que uni já falleceu. Tem mais um irmão que é sadio.

EXAME PHYSICO

Exame geral: Individuo abatido pelas constantes reacções leproticas. Paniculo adiposo e musculos pouco desenvolvidos. Ganglios epitrochleanos não palpaveis; cervicaes, axillares, inguinaes e cruraes infarctados, sobretudo os ultimos. Marcha e estatica : nada. Peso: 47,200 grammas.

Exame especial: Cabeça, seios e mast.oides: nada. Dôr á pressão no nervo supra-orbitario direito.

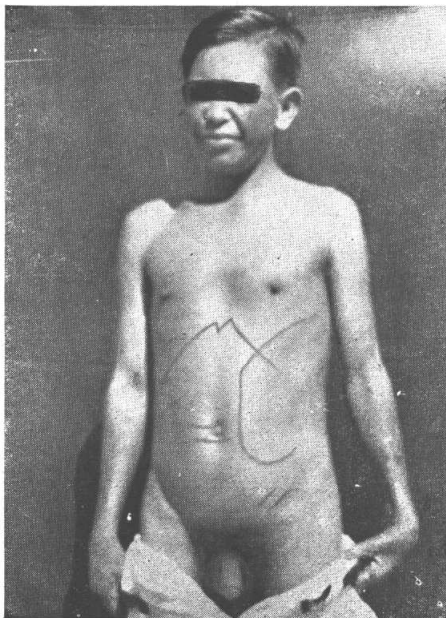
Olhos: Paralysis do orbicular das palpebras do lado esquerdo. Conjunctivas bastante descoradas. Musculatura extrinseca e intrinseca integras.

Bocca: labios bem descorados, lingua saburrosa. Dentes bem conservados. Amygdalite.

Pescoço: Tyreoide palpavel, não augmentada de volume e indolôr. Aorta não palpavel na furcula. Oliver Cardarelli ausente.

Pulmões e coração: Nada encontramos. Radial de paredes elasticas. Pressão arterial 90-55.

Abdomen: Plano, de paredes flacidas e molles; nada se nota á inspecção. Os meios usuaes de propedeutica não revelam liquido no abdomen. Pela palpação, o collon transverso é percebido ao nivel



Phot. 2
S. M. O. Exame do abdomen

Eosinophilos	2,5 %	204,00	“	“	“
Basophilos	0,0 %				
Monocyots	9,0 %	734,40	“	“	“
	Typicos.....	11%			
Lymphocyots		2.040,00	“	“	“
	Leucocytoides.....	13,5%			

A pesquisa de hematozoarios após injeção de adrenalina, foi negativa.

Puncção do baço: (30-2-935) Pesquisa de bacillo de Hansen: + .

2.^a puncção: (26-4-935) Não encontramos bacillos de Hansen.

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Em 28-2-935, injeções de chloreto de calcio na veia e Yatren 105, por via oral.

13-3-935: A diarrhéa desapareceu cm o Yatren; a erupção melhorou com o calcio e depois de uns 5 dias estava em regressão. O baço é palpavel a 11 cms. do rebordo, não doloroso, de consistencia augmentada e bordo doloroso. Fígado mal palpavel, a 5 cms. abaixo do rebordo, na linha mammillar e um pouco doloroso.

4-4-935: Ha uns 20 dias esteve novamente com reacção leprotica, sentindo muitas dôres nas articulações dos membros inferiores e superiores e na tibia. Tomou tartaro emetico e Novalgina, Ha uns cinco dias levantou-se.

6-4-935: Ha uns nove dias começou a ter sensação de repleição gastrica, urna hora riais ou menos após o jantar. Nega prisão de ventre. Fígado palpavel 6,5 cms. abaixo do rebordo, na linha mammillar e um pouco doloroso. Baço palpavel dez cms. abaixo do rebordo não doloroso. Sal de Karlsbad e xarope simples.

29-4-935: Tem estado novamente com erupção depois de um período de acalmia. O baço ainda ultrapassa de 10 cms, o rebordo, sendo ligeiramente doloroso. O figado apenas de 5 cms. e tambem um pouco doloroso.

25-5-935: Ha 8 dias o paciente sente dôres intensas nos cubitae, nas mãos e na crysta da tibia. O baço ultrapassa de 13,5 cms. o rebordo costal (palpado em decubito lateral direito) e o seu comprimento é de 28,8 cms.

OBSERVAÇÃO IV

Nome: P. C. Sexo: Masc. Côr: Branca. Idade: 21 anhos. Nac.: Brasileiro. E. Civil: Solteiro. Forma MIXTA. Data de observação: 2-4-935.

ANAMNESE

Queixa: Nenhuma. Chamou-nos a attenção a cor amarella parda do paciente e por isso e que o observamos. Tem essa côr ha uns seis annos.

Historia pregressa da molestia actual: Ha seis annos, de um dia para outro, o paciente notou uma mudança na côr de sua pelle, que se tornou escura. Relaciona esse facto, com um disturbio gastro-intestinal (diarrhéa e vomitos) . Tinha dor abdominal com diarrhéa, fe-

zes molles, sem catharro, sem sangue e meio esverdeadas; evacuava 4 ou 5 vezes ao dia. Depois de um dia melhorava, e desapareciam os disturbios intestinaes sem medicamento. Cada oito dias tinha essa diarrhêa, porém sem vomitos e durava um dia. Ficou assim durante tres annos, depois dos quaes a diarrhêa melhorou sósinha.

Quanto á côr escura que appareceu de repente, não soffreu modificações na sua intensidade, seja para mais, seja para menos, persistindo igualmente até hoje.

De seis annos para cá, começou a sentir-se mais fraco, com as pernas molles, os braços mais fracos e com perda da força antiga. Começou a sentir, ás vezes, falta de ar, mesmo quando parado. Tinha edema dos pés, palpitação e nega dôres precordiaes.

Interrogatorio dos apparatus: Nega cephalêa, tosse, dyspnêa. E' um pouco constipado, passando uns dois dias sem evacuar; urina bem.

Antecedentes pessoas: Trabalha bastante. Fuma pouco. Antes da molestia bebia pouco e tomava pouco café. Antecedentes morbidos: Sarampo, coqueluche e grippe, quando criança. Nega molestias venereo-syphiliticas e paludismo.

Antecedentes familiares e hereditarios: Seu pae morreu ha 12 annos, ignorando a causa de sua morte. Sua mãe é viva e forte. Tem 4 irmãos todos são, não tendo parentes doentes.

EXAME PHYSICO

Exame geral: Chama desde logo a attenção a côr da pelle que é pardacenta enegrecida. O estado geral do paciente é bom. Paniculo adiposo regular; musculos bem desenvolvidos. Ganglios epitrochleanos, cervicaes, axillares, inguinaes e cruraes bem augmentados em ambos os lados. Marcha e estatica: nada. Peso: 64,100 kgs.

Exame especial: Cabeça, nada encontramos.

Olhos: conjunctivas bem descoradas. Espessamento pardo da conjunctiva ocular, mais evidente na metade temporal esquerda. Pupilla esquerda bem deformada e reagindo menos á luz do que a direita. Lagophtalmia.

Bocca: Labios descorados. Alguns dentes cariados. Lingua um pouco saburrosa. Amygdalas augmentadas e um pouco hyperhemiadas.

Pescoço: Thyreoide palpavel, não augmentada de volume e indolor. Aorta não é palpavel na furcula. Oliver Cardarelli ausente.

Thorax e coração: nada. Radial de paredes molles e depressiveis. Pulso fraco, 79 por minuto. P. A. 130-70.

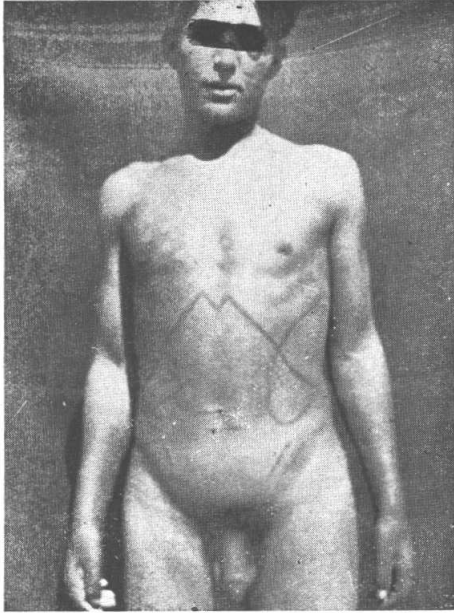
Abdomen: Figado palpavel, 4 cms. abaixo do rebordo, com bordo fino, consistencia molle e um pouco doloroso. Superiormente attinge a 5.^a costela na linha mammillar, pela percussão em decubito dorsal.

O baço, palpavel a 7,5 cms. abaixo do rebordo, é de consistencia regularmente augmentada, não doloroso e' movei com a respiração. O bordo apresenta-se rombo e o seu maior comprimento é de 20 cms. Nada se percebe na sua superficie. (Ver photographia 3).

Colon transverso um pouco doloroso, não gargarejante; o sigmoide não é gargarejante nem doloroso.

O cecum é palpavel e regularmente doloroso. Palpa-se o psoas e acima delle o appendice (?), cuja palpação é dolorosa, irradiando-se a dôr para o umbigo.

Systema nervoso: Reflexos tendinosos patellar, achilleano, bicipital, radial e tricipital presentes e normaes, assim como os reflexos cutaneos (cremaslericos e abdominaes). Babinski e Romberg negativos.



Phot. 3
P. C. Exame do abdômen

EXAMES DE LABORATORIO

Reacção de Wassermann (2-5-935) +
Reacção de Kahn (2-5-935) + + + +

Dr. H. Cerruti

Exame de fezes: Negativo para ovos de parasitas no prunheiro exame (23-5-935), Ovos de ankylostomum no segundo exame (245-935).

Exame de urina: Densidade 1.021. Não encontramos albumina e glycose.

Exame de sangue (22-5-935):

Contagem global:

Globulos vermelhos.....3.920.600 por mm cub.
Globulos brancos13.125 " " "

Contagem especifica:

Segmentados..... 41,0%
Neutrophidos{ 7.218,00 por mm cub.
Bastonetes..... 14,0 %

Eosinophilos	17,0%	2.231,25	"	"
Basophilos	0,0%	918,75	"	"
Monocyotos	7,0 %			
	Typicos.....	13,5 %		
Lymphocyotos{		2.756,25	"	"
	Leucocytoides.....	7,5 %		

Prova de Frey: Injecção de adrenalina, 1 c. c.; 30 minutos após, o baço diminuiu 2,5 cms. e a contagem global dos leucocyotos revelou 16.242,00 por mm. c.

Contagem especifica:

	Segmentados.....	40,5%		
Neutrophilos{			8.445,84	por mm cub,
	Bastonetes.....	11,5%		
Eosinophilos		11,0 %	1.786,62	" "
Basophilos.....		0,0 %		
Monocyotos		5,5 %	893,31	" "
	Typicos.....	10,0%		
Lymphocyotos {			4.516,23	" "
	Leucocytoides.....	21,5%		

A pesquisa de hematozoarios foi negativa nos esfregaços feitos, após a adrenalina.

Puncção do baço: Não foram encontrados elementos com es caracteres morphologicos que lembrem as cellulas de Gaucher. (Dr. H. Cerruti). Pesquisa de bacillos de Hansen: negativa.

EVOLUÇÃO

24-6-935: Nenhuma modificação no quadro clinico da molestia. O comprimento do baço é de 23 cms..

OBSERVAÇÃO V

Nome: N. R. Sexo: Masc. Côr: Preta. Idade: 28 annos. Nac.: Brasileiro. Est. Civil: Casado. Forma MIXTA. Data da observação: outubro de 1934.

ANAMNESE

Queixa: Dôr nas articulações do joelho, cotovello, e tibio-tarsica ha uns dez dias. A dôr é fraca, mas ás vezes torna-se intensa, impedindo-o até de se levantar do leito. As articulações, ás vezes, ficam tumefeitas.

Interrogatorio dos aparelhoss Dôr branda em torno do umbigo.

Antecedentes pessooes: Bebia muito café. Não fuma nem bebe. Nos seus antecedentes morbidos refere variola ha dezeseis annos. Sua molestia actual teria começado ha dois annos e meio. Nega maleita e molestias venereo-syphiliticas.

Antecedentes familiares e hereditarios: — Mãe viva, gozando boa saude. Pae fallecido, não sabendo a causa. E' casado, tendo dois filhos sadios.

EXAME PHYSICO

Exame geral: Estado geral regular. Panniculo adiposo e musculos regularmente desenvolvidos. Ganglios epitrochleanos bem au-

gmentados á direita e á esquerda; cervicaes, axillares e inguinaes augmentados porém menos. Marcha e estatica: normaes. Peso, 64.200 kgs.

Exame especial: Cabeça, seios da face e mastoides, normaes.

Olhos: Conjunctivite ligeira. Musculatura intrinseca e extrinseca integras.

Bocca: Dentes mal conservados e raizes infectadas. Lingua saburrosa. Amygdalas augmentadas.

Pescoço: Aorta não palpavel na furcula. Oliver-Cardarelli ausente. A thyreoidé é palpavel, não augmentada de volume e indolor.

Thorax e coração: Nada encontramos de anormal. Radial de paredes molles; pulso 97, regular. Pressão arterial 120-70 (Oscilophon).

Abdomen: Cecum, colon transverso e sigmoide palpaveis, não dolorosos, sendo o primeiro gargarejante. Fígado palpavel, cinco cms. abaixo do rebordo, não doloroso. O baço é palpavel tambem a cinco cms. do rebordo, sendo o seu bordo rombo, duro e um pouco doloroso.

Systema nervoso: Reflexos tendinosos patellar, achilleano, bicipitai, radial e tricipital, presentes e normaes. São igualmente normaes, os reflexos cutaneos (cremasterico e abdominaes). Babinski e Romberg negativos.

EXAMES DE LABORATORIO

Reacção de Wassermann: (20-4-35) + + +

Reacção de Kahn (20-4-35) : negativa.

Dr. H. Cerruti

Exame de fezes: (23 e 24-5-35) Negativo para parasitas.

Exame de urina: Densidade 1.021. Albumina e glycose não encontramos.

Exame de sangue (30-4-35)

Contagem global:

Globulos vermelhos2.995 200 por mim cub.
Globulos brancos.....5.180 " "

Contagem especifica:

	Segmentados.....	53,0 %			
Neutrophilos{	Bastonetes.....	12,0 %	3.470,60	por mm cub.	
	Metamyelocytos.....	1,0 %			
	Myelocyto.....	1,0 %			
Eosinophilos.....		6,0 %	310,80	por mim cub.	
Basophilos.....		0,1 %	25,90	" " "	
Monocytos.....		6,5 %	310,80	" " "	
Lymphocytos{	Typicos.....	16,0%			
	Leucocytoides.....	4%	1.036,00	" " "	

Prova de Frey: (30-4-935) Adrenalina: 0,5 c. c. por via sub-cutanea; cincoenta minutos depois:

Contagem global dos leucocytos..... 16.280 por mm cub.

Contagem global das hematias 6.758.400 " "

Contagem especifica:

	Segmentados.....	6,0%			
Neutrophilos{	Bastonetes.....	7,0 %	5.453,80	por mm cub	
	Myelocytos.....	0,5 %			

Eosinophilos.....	5,0%	814,00	"	"
Basophilos.....	0,0%			
Monocytos	5,5%	895,40	"	"
Lymphocytes{	Typicos.....	50,0%		
	Leucocytoides.....	6,0%	9.116,80	" "

Puncção do baço: Pesquisa de bacillos de Hansen: +

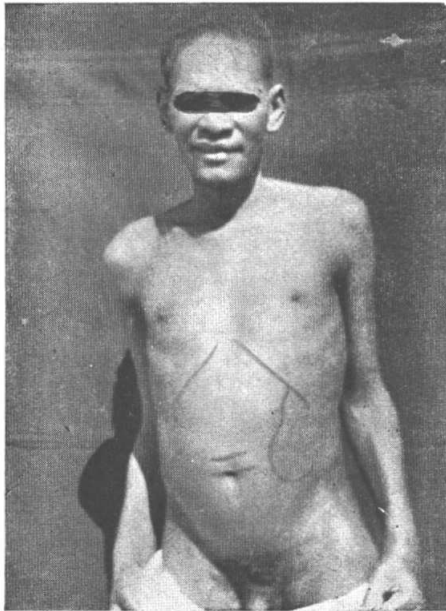
Cytologia: Encontramos todos os elementos proprios do sangue circulante, predominando os lymphocytos typicos, os lymphocytos leucocitoides e os monocytos. Ha alguns monocytos e normoblaslos. São frequentes os eosinofilos e os hematoblastos. A relação entre globulos brancos e vermelhos, está bastante diminuida, isto é, predominam os glohulos brancos. (*Dr. H. Cerruti*),

TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

5-10-34. As (hires desapareceram, com injeccões de azul de methyleno.

26-3-35. Ha quatro mezes reapareceu erupção cutanea, que elle vem tendo quasi continuamente ha mais de sete mezes. O baço é palpavel 6 cms. abaixo do rebordo, sendo um pouco doloroso. Tambem o é o ligado, que é palpavel a 3,5 cms. do rebordo.

13-4-35. O paciente tem tido febre que attingiu 38°,5 no dia 11-4.



Phot. 4

N. B. Exame de abdomen

Examinamos novamente os varios aparelhos e o unico achado que constatámos, foi um novo augmento do baço: este era palpavel a seis cms. (no dia 26-3) e agora o é a 10,5 cms. do rebordo, causando abahulamento do flanco esquerdo; é doloroso mesmo sem palpalo. (Ver photographia 4).

Tomou quinino, azul de methyleno, mercurio-chromo e Basogen, sem resultado, continuando a febre. Desde que está em erupção cutanea, não tem feito tratamento anti-leprotico.

18-4-35: Continua a febre, tendo attingido 39°,2. Ligeira erupção cutanea no abdomen. Tratamento com extracto esplenico.

29-4-35. Desde o dia 19 não tem febre. Tem augmentado progressivamente de peso (peso no dia 10-4: 58.200 kgs.; no dia 29 do mesmo 62,900 kgs.). O baço diminuiu de volume, voltando ao estado anterior.

25-5-33: Reacção leprotica intensa de um mez para cá. Baço palpavel 5,7 cms. Abaixo do rebordo, sendo seu bordo duro, rombo, não doloroso.

OBSERVAÇÃO VI

Nome: C. B, Sexo: Masc. Côr: Branca. Idade: 38 annos. Nac. Brasileira. Estado Civil: Casado. Forma MIXTA. Data da observação: 39-5-935..

ANAMNESE

Queixa: O paciente de nada se queixa para o lado do abdomen.

Interrogatorio dos aparelhos: Cephaléa muito raramente. Com o olho esquerdo nada vê e com o direito enxerga tudo embaçado. Não ouve bem. App. cardio-respiratorio: falta de ar ás vezes; nega palpação, dôres precordiaes e edema dos pés. Não tem tosse. E' quasi aphonno. Ap. digestivo, tem bom appetite. Não sente nenhum disturbio gastro-intestinal. Nega prisão de ventre. Ap. genito-urinario: é impotente ha dois annos. Ha tres annos que está com reacção leprotica, mais ou menos continua.

Antecedentes pessoas: Fuma muito pouco. Pouco bebia quando era são. Sarampo quando criança. Nega maleita. Não habita em zona palustre. Acha-se doente ha uns 15 annos, Nega molestias Venéreo-siphiliticas.

Antecedentes familiares e hereditarios: Seu pae falleceu em consequencia da lepra. Sua mãe era sã, ignorando a causa de sua morte. Tem um unico irmão, que é são. Nenhuma pessoa mais na sua familia, teve doenca igual á sua.

EXAME PHYSICO

Exame geral: Estado geral pessimo, doente acamado. Pelle com reacção leprotica de intensidade regular. Sobrancelhas quasi desaparecidas. Barba e bigode rarefeitos. Cabellos abundantes, sendo grande parte delles brancos. Disposição feminina dos pellos do abdomen. Panniculo adiposo e musculos muito pouco desenvolvidos. Ganglios epitrochleanos direitos palpaveis. Cervicaes, axillares, inguinaes e cruraes enfarctados, sobretudo os dois ultimos.

Exame especial: Dos seios da face e mastoide só o seio maxillar direito, é um pouco doloroso.

Olhos: Conjunctivas ligeiramente inflammadas. Keratite intensa no olho esquerdo, pouco pronunciada no olho direito.

Nariz: Deformado e achatado.

Bocca: Labios um pouco descorados. Dentes com numerosas raises infectadas. Lingua um pouco saburrosa. Pequeno tuberculo no palato molle.

Orelhas: Deformadas com alguns nodulos.

Pescoço: Thyreoide pequena não dolorosa. Aorta palpavel na furcula. Oliver-Cardarelli ausente.

Thorax: nada á percussão e á auscultas, assim como ao exame do coração. Arteria radial de paredes um pouco endurecidas. Pulsação regular, cheia, 98 por minuto. Pressão arterial (Oscillophon) : 125-75.

Abdomen: plano. Baço palpavel, 8,5 cms. abaixo do rebordo, com bordo duro, rombo e indolor, nada se notando na sua superficie e sentindo-se no bordo interno uma incisura. E' deslocavel com a respiração. Fígado palpavel a 4,5 cms, do rebordo, sendo o seu bordo fino; duro e indolôr. Cecum e sigmoide palpaveis, não gargarejantes e indolores. Augmento consideravel dos testiculos.

Systema nervoso: Reflexos patellar, bicipital e radial normaes. Os achilleano e tricipital não foram pesquisados, pelas condições do paciente que não permittiam o exame. Do mesmo modo os signaes Babinski e Romberg.

Membros: Mãos com deformação accentuada dos dedos. Não consegue estender os membros inferiores e superiores.

Ligeira febricula ás vezes.

EXAMES DE LABORATORIO

Reacção de Wasserman (27-4-935) + + + +

Reacção de Kahn (27-4-935) + +.

Dr. H. Cerruti

Exame das fezes: Não encontramos Ovos de parasitas (23 e 24-5-935).

Exame de urina: Albumina contem Densidade 1.010. Glycose não encontramos (19-4-935).

Exame de sangue (22-5-935) :

Globulos vermelhos	3.737.600	por mm cub.			
Globulos brancos	9.435	"	"	"	"
Contagem especifica:					
Segmentados.....	35,5 %				
Neutrophilos{			5.530.775	por mm cub,	
Bastonetes.....	21,0 %				
Eosinophilos.....	2,5 %	235,875	"	"	"
Basophilos.....	1,5 %	141,525	"	"	"
Monocytos	5 %	471,750	"	"	"
Typicos.....	9,5 %				
Lymphocytos {			3.255,075		
Leucocytoides.....	25,0 %		"	"	"

Prova de Frey: Adrenalina 1 c. c. por via sub-cutanea e após 30 minutos o baço diminuiu 2,2 cms.

A contagem total dos globulos brancos deu o seguinte resultado: 10,619 por mm. c.

Contagem especifica:

Netrophilos{	Segmentados.....	26,0%	4.459,98 por mm cub.
	Bastonetes.....	16,0	
Eosinophilos	.....	1,0%	106,19 por mm cub.
Basophilos .	.....	0,5%	53,095 " "
Monocyctos	.....	9,0%	955,71 " "
Lymphocyctos{	Typicos	17,5%	5.044,025 " "
	Leucocyctoides.....	30,0%	

Pesquisa de hematozoarios: Negativa, após injeccão de adrenalina.

Puncção do baço: Não conseguimos encontrar bacillos de Hansen.

EVOLUÇÃO

22-5-35: O baço continua augmentado de volume, sendo o seu comprimento de 20 cms.

OBSERVAÇÃO VII

Nome: I. R. C. Sexo: Fem. Côr: Branca. Idade: 30 annos. Nac. Brasileira. Estado Civil: Solteira. Forma MIXTA. Data da observação. 6-11-35.

ANAMNESE

Queixa: Tontura, cephaléa, inappetencia e edema dos pés na occasião da menstruação. Nada para o lado do abdomen.

Inetrogatorio dos aparelhos: Negativo, a não ser moscas volantes no olho direito.

Antecedentes pessoases: Sarampo, coqueluche e parotidite. Ha uns ires annos tem a menstruação em tempo certo, porém em pequena quantidade e dolorosas. Nega maleita, não tendo morado em região paludica. Sua moléstia teria começado ha 5 annos.

Antecedentes familiares e hereditarios: Seu pae é vivo e sadio. Mãe fallecida ha treze annos; soffria muito do figado.

EXAME PHYSICO

Exame geral: Panniculo adiposo e musculos regularmente desenvolvidos. Ganglios epitrochleanos não palpaveis, cervicaes e axillares palpaveis, pouco augmentados. Estatica e marcha normaes. Peso 41,700 kgs. Temperatura: 37,2°, raros dias.

Exame especial: Cabeça nada.

Olhos: Conjunctivas coradas. Reflexo pupillar um pouco preguiçoso, consensual presente. Musculatura extrinseca integra.

Bocca: Dentes mal conservados, com raizes infectadas. Lingua saburrosa. Amygdalas pequenas, não hyperhemiadas.

Pescoço: Thyreoide palpavel não augmentada e não dolorosa. Aorta. não palpavel na furcula. Oliver-Cardarelli ausente.

Thorax: nada. Coração: 2.^a pulmonar e aortica mais fortes. Radial de paredes molles, elasticas bem depressiveis. P. A. 115-65.

Abdomen: Cecum, colons transverso e sigmoide palpaveis, não dolorosos, sendo os dois ultimas gargarejantes. Fígado palpavel a 5,5 cms. abaixo do rebordo e um pouco doloroso. Baço palpavel a 7,5 cms. abaixo do rebordo, com bordo rombo, um tanto duro, não doloroso e de superficie lisa.

Systema nervoso: Reflexos bicipital, radial, tricipital e patellar normaes. Babinski e Romberg negativos.

EXAMES DE LABORATORIO

Reacção de Wassermann (27-4-935) +

Reacção de Kahn (27-4-35) Negativa.

(Dr. H. Cerruti)

Exame de fezes: (23 e 24-5-35) Não encontramos ovos de parasitas.

Exame de urina: Densidade 1.020. Albumina e glycose não encontramos.

Exame de sangue (30-5-34) :

Contagem global:

Globulos vermelhos		3.940.000 por mm cub		
Globulos brancos.....		cub. 8.330	"	"

Contagem especifica:

Neutrophilos{	Segmentados.....	53,5%			
	Bastonetes.....	11,0 %	5.372,35	por m.m cub.	
Eosinophilos		5,5%	458,15	"	"
Basophilos		0,5%	41,65	"	"
Monocytos.....		4,0%	333,20	"	"
	Typicos.....	10,0%			
Lymphocytos{			2.124,15	"	"
	Leucocytoides.....	15,5%			

Prova de Frey: Injecção de adrenalina, 1 c.c. (23-5-35); trinta e cinco minutos após a injecção, o baço diminuiu 3 cms e a contagem global dos globulos revelou: 9.425 por mm cub.

Neutrophilos{	Segmentados.....	41,6%			
	Bastonetens	13,6%	5.230,87	por mm cub.	
	Metamyelocytos.....	0,3%			
Eosinophilos		13,0%	1.225,25	"	"
Basophilos		0,6%	56,55	"	"
Monocytos.....		7,0%	659,75	"	"
	Typicos.....	5,3 2%			
Lymphocytos			2.224,30	"	"
	Leucocytoides.....	18,3%			

Pesquisa de hematozoarios: não conseguimos encontral-os. Puncção do baço: encontramos numerosos bacillos de Hansen (+++).

EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

25-5-35: A paciente continua na mesma, sendo que o comprimento do baço é de 19,5 cms. Tem feito tratamento pelos estheres de

chaulmoogra creosotados, poucas injeções, porque não as tolerava bem. Tomou Tambem Bismochaulmoogra. Ha um mez e meio examinamos o abdomen da paciente, encontrando o baço palpavel a 8,5 cms. do rebordo, com seu bordo rombo, duro e indolor. O figado é palpavel ha 8 cms. do rebordo, com bordo fino, consistencia augmentada e um pouco doloroso, Não refere nenhum disturbio subjectivo ligado ao abdomen.

OBSERVAÇÃO VIII

Nome: A. B. Sexo: Masc. Côr: Branca. Idade: 26 annos. Nac. Brasileiro. E. Civil: solteiro. Forma MIXTA, Data da observação: 28-5-35.

ANAMNESE

Queixa e historia da molestia: Raramente sente dôr nos flancos direito e esquerdo do abdomen. Ha uns nove mezes que tem esse disturbio. A dôr apparece á noite, quando deitado, assemelhando-se a agulhadas, de intensidade fraca, sem irradiação, durando apenas um meio minuto. Não sabe precisar em que condições apparece a dôr. Esta, o incommoda de quando em vez, razão porque nunca consultou o medico.

Interrogatorio dos apparatus: Nega cephaléa. Não enxerga bem. A's vezes sente falta de ar, negando porém palpitação e dôres precordiaes. Apparelho genito-urinario: nicturia (6 ou 7 vezes) ha uns quatro annos. Sente dôr na tibia esquerda.

Antecedentes familiares e hereditarios: Seu pae falleceu de molestia cardíaca. Ignora a causa da morte de sua mãe. Tem seis irmãos, sendo Ires doentes internados em Santo Angelo. Refere ter tido coqueluche quando criança. Não leve paludismo nem morou em zona palustre. E' doente desde 1924. Enfardamento dos ganglios inguinaes ha um amuo e meio.

EXAME PHYSICO

Exame geral: Pelle com numerosos tuberculos. Sobrancelhas muito rarefeitas, assim como barba e bigode; no couro cabelludo nada. Panniculo adiposo e musculos, regularmente desenvolvidos. Ganglios epitrochleanos; somente os esquerdos palpaveis; cervicaes, axillares, inguinaes e cruraes palpaveis, tendo estes ultimos o tamanho de um ovo de gallinha, sendo, entretanto, de consistencia firme e indolores. Tibialgia esquerda. Marcha e estatica normaes. Peso 56,500 kgs, Elevação da temperatura até 37,2, muito raramente.

Exame especial: Cabeça, seios da face e mastoides nada de anormal.

Olhos: Conjunctivas ligeiramente inflammadas e keratite,

Bocca: Labios descorados. Dentes mal conservados, com numerosas raizes infectadas. Lingua um pouco saburrosa. Tuberculos pequenos no palato duro, sendo o palato molle ulcerado. Amygdalas bem augmentadas de volume com uma ulceração na sua base. Angustiamto da comunicação bucco-pharyngeana.

Pescoço: Thyreoide mal palpavel, não augmentada e indolor. Aorta não palpavel na furcula. Oliver-Cardarelli ausente.

Pulmões: Nada encontramos pela percussão e ausculta. Coração nada, Arteria radial de paredes molles. Pulso regular, 78 por minuto. Pressão arterial (Oscilophon) : 105-65.

Abdomen: plano, nada se notando pela inspecção. Baço palpavel, 7 cms. abaixo do rebordo costal, sendo o seu bordo duro, de consistencia augmentada, indolor e de superficie lisa. O ligado é mal palpavel ha 4 cms. do rebordo e indolôr. Cecum, colons transverso e sigmoide mal palpaveis, indolôres, não gargarejantes. Não encontramos liquido no abdomen. Escrotos com tuberculos leprosos. No testiculo esquerdo, pela palpação, nota-se um sulco em toda sua superficie.

Systema nervoso: Reflexos tendinosos: patellar, achilleano, bicipital, radial e tricipital presentes e normaes, assim como os reflexos cutaneos (abdominaes e cremasterico) Babinsky e Romberg negativos.

EXAMES DE LABORATORIO

Reacção de Wassermann (27-5-35 Negativa.

Reacção de Kahn (27-4-35) + + + +.

(Dr. H. Cerruti)

Exame de fezes: (23-5-35) Ovos de ascaris lumbricoides e trichocephalos trichiurus.

Exame de urina: Densidade 1.025. Não encontramos albumina e glycose.

Exame de sangue (22-5-35) :

Contagem global:

Globulos vermelhos..... 3.148.800 por mm cub.

Globulos brancos..... 11.285 " "

Contagem especifica:

	Segmentados.....	43,0 %			
Neutrophilos{	Bastonetes.....	34,0 %	8.858,725	por mm cub.	
	Metamyelocytos...	1,5 %			
	Eosinophilos	1,5 %	169,275	" "	"
Basophilos	1,0 %	112,85	" "	"	
Monocytos.....	2,5 %	282,125	" "	"	
	Typicos.....	12.0 %			
Lymphocytos{				"	"
	Leucocytoides ..	5,5%			

Prova de Frey: (22-5-35) Injecção de adrenalina e trinta minutos após, o baço diminuiu de 1,5 cms.

Contagem global dos leucocytos 26.085 por mm cub.

Contagem especifica:

	Segmentados.....	46,5%			
Neutrophilos	Bastonetes.....	25,0%	18.911,625	por mm cub.	
	Myelocytos	0,5%			
Eosinophilos	2,5%	655,125	" "	"	
Basophilos	2,0%	521,70	" "	"	
Monocytos	3,0%	782,55	" "	"	

Typicos.....	4,5 %				
Lymphocytos{		..5.217,00	"	"	"
Leucocytoides.....	15,5%				

Pesquisa de hematozoarios: Não os encontramos nos esfregaços feitos após a injeccção de adrenalina.

Puncção do baço: Pesquisa de bacillos de Hansen positiva,

OBSERVAÇÃO IX

Nome: A. T. Sexo: Masc. Côr: Branca. Idade: 30 annos. Nac. Brasileiro. Estado Civil: Solteiro. Forma TUBEROSA. Data da observação: 27-4-1935.

ANAMNESE

Queixa e duração: Dôr no hypocondrio esquerdo, ha 3 mezes.

Historia progressa da molestia actual: Ha uns ires mezes começou a sentir dôres no hypocondrio esquerdo, de intensidade regular, assemelhando-se a um aperto. A dôr apparecia ao andar, quando se esforçava e após as refeições. Mesmo alimentando-se pouco tinha sensação de repleição gastrica. A dôr ás vezes irradiava-se para o hombro esquerdo, melhorando quando deitado em decubito ventral, exacerbando-se em decubito lateral esquerdo e com as inspirações mais profundas. A duração da dôr era variavel, sendo que ás vezes começava após o jantar e prolongava-se até pela madrugada. Passou assim um mez, apparecendo a dôr todos os dias e ás vezes com forte intensidade.

Nessa occasião lhe foram prescriptos antineuralgicos (aspirina, pyramido, pós de Dover) desapparecendo completamente a dôr quer em marcha, quer nas refeições. Após estas, entretanto, sente sensação de peso e queimação no epigastrio. Deitando-se em decubito lateral esquerdo, sente apenas peso no hypocondrio do mesmo lado, emquanto que antes lhe era impossivel ficar nessa posição.

Interrogatorio dos apparatus: Ha uns 20 dias esteve grippado, tendo tido tosse, febre e disturbios intestinaes. Actualmente queixa-se apenas de fraqueza, não tendo mais tosse. Refere ter ligeira falta de ar, ás vezes pontadas precordiaes e nega palpitação. Nada no apparatus genito-urinario. Dôr na região lombar.

Antecedentes pessoais: Não fuma, nem bebe. Sarampo quando criança . Grippe em 1919. Nega maleita e ter habitado em logares nos quaes fosse commum o paludismo. Nega molestias venereo-syphiliticas. E' doente desde criança.

Antecedentes familiares e hereditarios: Sua mãe era doente, tendo fallecido em consequencia da molestia. Seu pae é forte e trabalha. Tem seis irmãos todos fortes, assim como duas irmãs.

EXAME PHYSICO

Exame geral: Individuo abatido, em consequencia da grippe que teve. Panniculo adiposo e musculos atrophiados. Sobrancelhas completamente cahidas, o mesmo se dando com a barba e bigode, ganglios epitrochleanos não palpaveis; cervicaes e axillares pequenos; inguinaes e cruraes grandes, do tamanho de uma avellã. Estatica e marcha nada.

Exame especial: Cabeça, seios da face e mastoides: nada de anormal.

Olhos: Keratite, enxergando apenas a claridade do dia. Conjuntivite.

Bocca: lábios bastante descolorados. Dentes mal conservados, com numerosas raízes infectadas. Língua saburrosa.

Pescoço: Thyreoide palpavel, um pouco augmentado de volume e um pouco dolorosa. Aorta não palpavel na furcula. Oliver-Cardarelli ausente.

Pulmão e coração: Nada de anormal.

Abdomen: plano. Disposição feminina dos pellos. A' palpação sente-se o baço bem augmentado de volume, ultrapassando de 6, 7 cms. o rebordo costal. Seu bordo é espessado, de consistencia bem augmentada, quasi indolor.

Fazemos notar que uns trinta dias antes havíamos examinado este doente, observando que o baço ultrapassava de 8 cms. o bordo costal, sendo de bordo rombo, consistente e doloroso. Tinha no seu maior diametro 20 cms. de comprimento.

O figado é palpavel ha 8 cms. do rebordo costal, não sendo doloroso.

Systema nervoso: Babinsky negativo. Reflexos abdominaes pre sentes.

EXAMES DE LABORATORIO

Reacção de Wassermann (27-5-35) +

Reacção de Kahn (27-4-35) +

(Dr. H. Cerruti)

Exame de fezes: (23-5-35) Ovos de ascaris lumbricoides.

Exame de urina: Densidade 1.015. Albumina: contem bastante; glycose: não contem.

Exame de sangue (23-5-35) :

Contagem global:

Globulos vermelhos .....	.995.200	por mim cub.
Globulos brancos	10.360	" "

Contagem especifica:

Segmentados.....	40,0%		
Neutrophilos{ Bastonetes.....	27,0%	7.096,60	por mim cub.
Metamyelocytos....	1,5%		
Eosinophilos	0,5 %	51,80	" "
Basophilos	1,0%	103,60	" "
Monocytos	4,5%	466,20.	" "
Lymphocytos: Typicos.....	10,5%,	2.641,80	" "
Leucocytoides...	15,0 %		

Pesquisa de hematozoarios: Não encontramos.

Punção do baço: (22-5-35) Pesquisa de bacillos de Hansen negativa.

OBSERVAÇÃO X

Nome: W. M. O. Sexo: Masc. Cór: Branca. Idade: 29 annos. Nac.: Brasileira. Estado Civil: Solteiro. Forma TUBEROSA.

CASA LOHNER S/A

Representantes exclusivos para todo o Brasil da

SIEMENS REINIGER WERKE A. G.

BERLIM

Electricidade Medica — Raios X, Diathermia, etc.

Electro-Dental — Equipos, Raios X. Diathermia, etc.

Cirurgia — Instrumental, Esterilisação, etc.

Laboratorio — Microscopios "Busch", Vidraria, etc.

Av. Rio Branco, 133

RIO DE JANEIRO

Rua S. Bento, 22

SÃO PAULO

Srs. Medicos !!..

Recommendar aos seus clientes, a PHARMACIA MORSE, á Rua São Bento, 9 não é pro-teccionismo!... é zelar pelos seus clientes, tanto pela perfeição da manipulação, como pelos seus preços vantajosos.

PHARMACIA MORSE

RUA SÃO BENTO, 9

Casa Humanitaria!... vendas aos mesmos preços da matriz: DROGARIA MORSE, rua José Bonifacio, 129.



Correspondencia: Rhodia - Caixa Postal, 2916 - S. Paulo

Fazemos notar que o pessimo estado do paciente, que nos difficultava a anamnese e a falta de recurso de laboratorio naquella época (Novembro 34), não permittiram que se fizesse uma observação completa. Comtudo, desejamos relatar, em observação resumida, os dados constatados nesse paciente.

Era um paciente de forma tuberosa, acamado ha muitos mezes, encontrando-se em franca cachexia com anemia accentuada. No dia 8-11-84, queixou-se de ter uma sensação de peso no epigastrio. Sentia tambem repleição gastrica após as refeições e as suas palavras traduzem perfeitamente o seu disturbio: ... "Eu como um pouco e tenho a sensação de ter comido um boi..." Por essa razão o paciente alimentava-se frequentemente, porém muito pouco de cada vez. No decorrer da noite accordava para comer, pois estava constantemente coim fome.

Nos seus antecedentes, refere que teve paludismo e typho ha uns 15 anhos. Em relação ao primeiro, conta que sentia arrepios de frio intenso, "não havendo cobertor que chegasse, nem fogo que esquentasse" (sic). Sua' informações são imprecisas quanto ao intervallo existente entre os accessos; refere que esteve doente 9 mezes, no fim dos quaes "curou-se com sal e limão galego" (sic).

Ao exame physico constatava-se cachexia e anemia pronunciada com descaramento accentuado das mucosas visiveis. Nan havia enfarcamento ganglionar accentuado. Nos olhos constatava-se kera-tite. Nada nos pulmões e no coração, Ao exame do abdomen encontramos a explicação dos disturbios referidos pelo paciente, e isso pela simples inspecção. Com effeito, contrastando com a depressão do resto do abdomen, notava-se um abahulamento nitido do hemiabdomen esquerdo, dirigindo-se do rebordo costal para a fossa illiaca. A' palpação sentimos um tumor que occupava o flanco esquerdo e chegava com seu polo inferior na espinha iliaca antero-superior esquerda. Esse tumor apresentava os caracteres do baço, pois no seu bordo interno percebemos uma incisura. O baço, portanto, ultrapassava de 14 cms. o rebordo costal, sendo o seu bordo rombo, de consistencia dura, um pouco doloroso e de superficie lisa. Delimitando o polo posterior do baço pela percussão, pudemos estabelecer que este orgão media o comprimento, de 26 cms. do polo posterior ao anterior.

O figado estava tombem augmentado, sendo palpavel ha 8,5 cms. do rebordo, Seu bordo inferior era rombo, de consistencia augmentada e um pouco doloroso, sendo sua superficie lisa. Do bordo superior ao inferior o orgão mede 18,5 cms.

O cecum e colon sigmoide são palpaveis, não dolorosos, nem gargarejantes. Foi feita a punção do baço e no esfregaço encontramos abundantissimos bacillos de Hansen. Vinte dias após esse exame, tornamos a examinar o abdomen do paciente e encontramos os mesmos achados, continuando o baço com o mesmo volume. Desejavamos tentar uma esplenectomia, operação aliás pedida pelo paciente, que sempre clamava para tirano tumor que o incommodava. As suas condições impediram, porém, a intervenção, pois accentuou-se a Cachexia, vindo a fallecer em janeiro de 1935.

OBSERVAÇÃO XI

(Dos Drs. Itagiba Villaca e Cassio Rolim)

Nome: P. O. R. Sexo: Feminino. Côr Branca. Idade: 34 annos.

Nacionalidade: Brasileira. Estado Civil: Casada. Forma MIXTA. Data da observação: Julho de 1932.

Historia da molestia actual: Informa que ha dois annos começou a sentir nauseas após as refeições e grande abatimento que a impedia de trabalhar. Vomitava varias vezes ao dia. Soffria prisão de ventre rebelde. Tinha o ventre crescido a tal ponto de julgar-se grávida, sentindo-o dolorido pela palpação.

Exame physico: Pela inspecção observa-se ligeira tumefacção no flanco esquerdo. Pela palpação sentia-se um tumor no mesmo flanco, ultrapassando o rebordo costal de uns seis dedos mais ou menos. Tumor movel, ligeiramente endurecido, tendo o contorno liso. E' movel com a respiração. A percussão dá som massiço.

Apparelhos respiratorio e circulatorio normaes.

EXAMES DE LABORATORIO

Contagem global dos globulos vermelhos: 3.800.000 por mm cub.

Valor global: 0,71.

Contagem especifica:

Basophilos	0,0 %
Eosinophilos	0,0%
Myelocytos.....	2,0%
Neutrophilos{ Formas jovens.....	5,7%
Bastonetes.....	10,0%
Segmentados.....	60,0%
Lymphoytos	10,0%
Macrocytos	13,0%

Dr. Souza Lima (5 de Julho de 1932).

Foi feita a esplenectomia pelos drs. Rolim e Villaça (17-7-32).0 baço media no seu maior diametro 29 cms. e no menor 4,5. Praticamos o exame anatomo-pathologico, cujo laudo será referido na segunda parte deste trabalho.

Falleceu em 10 de setembro de 1932.

ALTERAÇÕES ANATOMO-PATHOLOGICAS DO BAÇO NA LEPROSA

Para chegarmos ao diagnostico differencial dos nossos casos, afim de se conhecer a causa determinante das esplenomegalias que descrevemos, achamos interessante, e ao mesmo tempo necessario estabelecer quaes as lesões que o baço soffre na evolução da molestia.

Essa a razão que nos levou a praticar algumas necropsias (interessando-nos apenas pelas visceras abdominaes), e a colligir casos em que foram autopsiantes os collegas de outros hospitaes. Conseguimos dessa maneira reunir sete casos de necropsias e dois casos de esplenectomias, nos quaes pudemos obter o controlle histo-pathologico.

Dos casos das nossas observações clinicas com augmento consi-

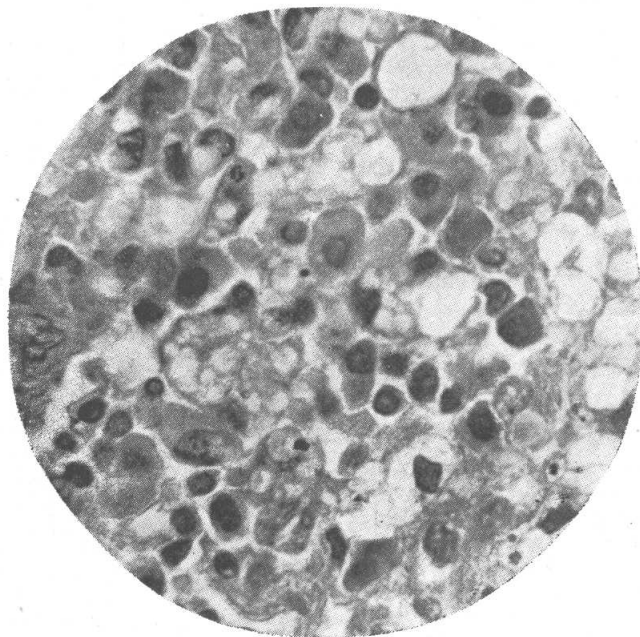
deravel do baço, um falleceu (W. M. O., observação X). Infelizmente, factos alheios á nossa vontade, impediram a realização da sua necropsia. A comprovação pelo exame histo-pathologico, provando a natureza leprosa das esplenomegalias pronunciadas, poude, entretanto, ser obtida pelo estudo de um baço esplenectomizado pelo Dr. Cassio Rolim no Asylo Colonia de Santo Angelo.

A histo-pathologia, deste caso e das necropsias praticadas, nos forneceu ensinamentos ateis sobre as lesões do baço na lepra, os queres, transportados para o terreno da clinica. ajudam a estabelecer, com maior precisão e segurança, o diagnostico differencial das esplenomegalias que estudamos.

Passemos a referir esses casos:

CASO I

Anho 1930 — N.º 345.	Idade: 73 anos.	Autopsiante: Dr. F.
Nome: M. C.	Dia da autopsia: 30-	Maurano.
Sexo: Masculino.	9-30.	Nac.: Portugueza.
Cor: branca.	Clinica: A. C. S. An-	
Dia do obito: 20-4-30.	gelo.	



Microphot. 1

M. C. — *Cellulas de Virchow, nos uarios esladios*
Augmento: 1.250 vezes.

Laudo anatomo-pathologico

Lepra mixta

Bronchite chronica.

Fibrose pulmonar.

Atrophia fosca do myocardio,

Fibrose mitral.

Endaortite arterio-esclerotica.

Nephrose chronica leprosa, com lesões fibrosantes por arterio-esclerose.

Lepra do figado.

Lepra do baço com congestão dos seios venosos.

Baço: Mascroscopico: Peso 650 grms.. Mede 17 cms. de comprimento por 11 de largura e 6 de espessura. E' de côr vinhoca carregada e de consistencia bastante molle. Sua capsula é brilhante, enrugando-se facilmente. A superficie de corte apresenta-se homogenea, com quasi completo desapparecimento das traves e da polpa branca. Os vasos do hilo e proximo ao hilo, mostram-se dilatados e cheios de sangue. Pela raspagem obtivemos grande quantidade de polpa esplenica.

Microscopico: Quanto á capsula, apresenta-se ligeiramente espessada, não revelando infiltração especifica. As trabecúlas, de um modo geral, mostram-se diminuidas em todo o parenchyma esplênico. Este órgão apresenta de um modo diffuso, grandes infiltrações de cellulas epithelioides e cellulas de Virchow, que mascaram, até certo ponto, a sua estructura normal. Aqui e alli, entretanto, deparam-se corpusculos de Malpighi, bem constituídos, com a sua arteriola central attingida de ligeira degeneração hyalina. A. polpa vermelha que os contorna mostra o recticulo e os seus seios venosos completamente attingidos pelas cellulas infiltrativas acima descriptas. Nos foliculos lymphoides melhor conservados, ha a existencia de numerosas cellulas de Virchow, localisadas com menos abundancia na parte central e mais abundancia na parte peripherica. No interior dos seios venosos, ainda relativamente conservados, notamos um forte augmento de hematias, emquanto que os globulos brancos nada revelam digno de nota quanto ao seu numero. As cellulas que mais abundam entre os elementos do recticulo são constituídas por plasmocytos, havendo entretanto esparsos, numerosos granulocytos eosinophilos.

As arterias e as veias, mostram-se normaes, a não ser a ligeira hyalinisação que descrevemos nas arteriolas centraes dos foliculos. Pelo estudo detalhado dos infiltrados, notamos que a predominancia das cellulas de Virchow é bastante evidente. Estas cellulas mostram-se em todos os seus estadios, desde o seu protoplasma com aspecto homogeneo, salpicado de rarissimos e pequenos vacuolos, até o aspecto de grandes cellulas, cujo protoplasma é substituido por enormes vacuolos, cercados de finas traves protoplasmaticas. Seus nucleos, bem conservados nas primeiras, mostram-se em franca picnose nos elementos mais avançados, sendo rechassados para a peripheria. (Ver microphotographia 1) (*Dr. H. Cerruti*).

CASO II

Anno 1930 — N.º 347. Nac.: Brasileiro.

Nome: H. R.

Sexo: Masculino.

Côr: branca.

Idade: 15 annos.

Dia do obito: 29-3-30

(5 1 | 2 hs.)

Dia da autopsia: 20-

9-30 (10 hs.)

Autopsiante: Dr. H.

Cerruti.

Clinica: A. C. S. An-

gelo.

LAUDO ANATOMO-PATHOLOGICO

Lepra mixta

Atrophia da epiderme da pelle das mãos.

Lepromas generalisados da pelle.

Pulmões normaes.

Nephrose chronica leprosa.

Atrophic e hypertrophia das fibras do myocardio.

Adenopathias leprosas.

Testiculos infantis com os tubulos seminiferos em estado de aplasia.

Intestino normal.

Pancreas normal. Lepra do figado.

Lepra do baço com hyperplasia do reticulo.

Baço: Macroscopico: Peso 600 grs. Mede 18 cms. de comprimento por 9 de largura e 5 de espessura. A capsula e lisa e brilhante, relativamente distendida. A consistencia é bem firme, Apresenta-se de côr vermelha escura. Sua superficie de corte é de aspecto bastante homoganeo, sendo pouco visiveis as pequenas traves e os foliculos. Pela raspagem obtivemos pouca polpa esplenica. (Phot. 5).

Microscopico: A capsula mostra-se de espessura normal com ligeiro grau de edema, porém sem o menor vestigio de infiltração especifica. As traves são pouco numerosas, mostrando os seus vasos bem conservados. Quanto á polpa deste orgão, o que nos chama a atenção, é a diferença bem nitida entre o estado de conservação das zonas periphericas, com as profundas alterações que se observam nas partes mais centraes. Assim, na periphèria observamos uma



Phot. 5

H. R. - Superficie de corte do baço

faixa de parenchyma esplenico, ainda bem conservado, mostrando-seus seios venosos e seu reticulo com aspecto que lembra o do normal. Este aspecto modifica-se lenta e gradativamente á medida que nos dirigimos para as partes profundas. Ao lado de alguns infiltra-

dos de natureza leprosa mais ou menos delimitados, observamos grande proliferação das cellulas do reticulo, a ponto de mascarar completamente a estructura dos seios venosos. Esse aspecto assina proliferativo das cellulosas do reticulo torna-se bastante patente nas zonas centraes do orgão. O estudo cuidadoso deste reticulo mostra, além das cellulas que o constituem, a presença de numerosos elementos eosinophilos e rarissimos plasmocytos e lymphocitos. Quanto aos foliculos de Malpighi, se bem que de limites pouco nitidos, são entretanto bem evidentes. Estas formações mostram a sua arteriola central com um grau mais ou menos accentuado de degeneração hyalina. Ao lado della encontramos, na grande maioria dos foliculos, grande infiltração de cellulas de Virchow, constituindo manguitos periaeriaes. Para fóra desses infiltrados notamos as cellulas lymphocytarias que constituem os foliculos de Malpighi.

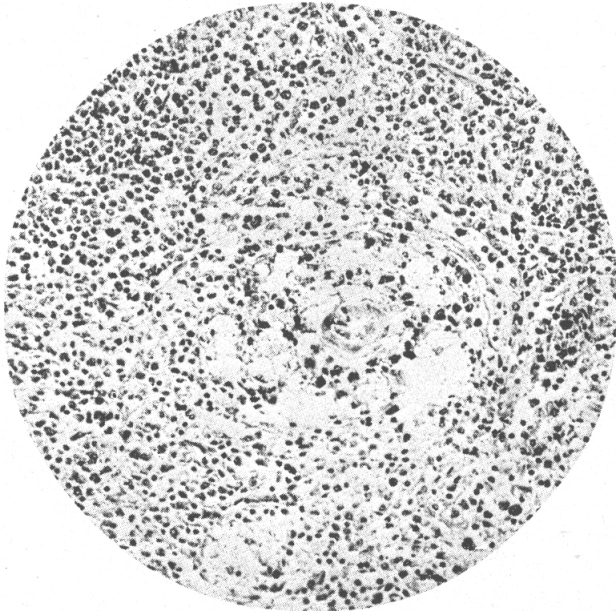
Os infiltrados leprosos, como dissemos, caracterizam-se, neste caso, pelo seu aspecto mais ou menos delimitado e localizado predominantemente em volta das arteriolas dos corpusculos de Malpighi, o reticulo, em geral, apresenta-se isento destes infiltrados, (*Dr. H. Cerruti*).

CASO III

Nome: J. V.
Sexo: Feminino.
Cor: branca.
Idade ?

Nac.: ?
Dia da operação: 7-
10-930.
Dia do obito: ?

Operador: dr. Carlos
Gama.
Clinica: A. C. S. An-
gelo.



Microphot. 2

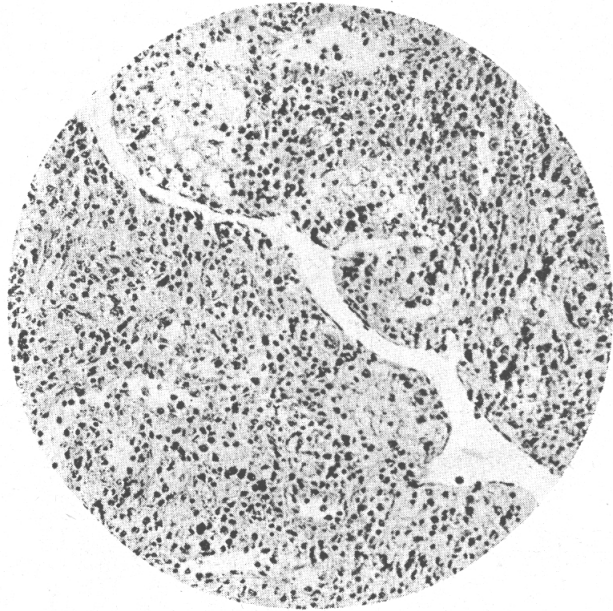
J. V.—Secção transversal de um capillar, ao redor do qual se notam as cellulas leprosas. — Augmento 260 vezes.

Lepra do baço com hyperplasia do reticulo,

Baço: Macroscopico: Peso: 250 grs. Mede 13 cms. de comprimento por 8 de largura e 5 de espessura. E' de côr vermelha pouco accentuada e de consistencia bastante firme. Sua capsula é lisa e brilhante, nada revelando digno de nota. Na superficie de corte no-tamos à presença de pequenos pontos esbranquiçados, esparsos, mais ou menos regularmente, em lodo o órgão. Pela raspagem obtivemos pouca polpa esplenica.

Microscopico: A capsula é de aspecto praticamente normal. As traves conjunctivas do baço, apesar de bem conservadas, com os seus vasos normaes, apresentam-se em numero bastante diminuído.

De um modo geral, o aspecto do órgão é bastante homogeneo, devido a forte proliferação dos elementos do reticulo, que mascaram até certo ponto os seios venosos, tornando pouco visiveis os contornos dos



Microphot. 3

J. V. — Capilar sanguineo cortado longitudinalmente e envolto por um mangito de cellulas leprosas.

Augmento 220 vezes

foliculos lymphaticos. De permeio das malhas do reticulo, assim espessado, observamos uma accentuada predominancia de plasmocytos e de algumas cellulas eosinophilas.

Quer nos elementos do reticulo, quer nos foliculos, a infiltração das cellulas leprosas é homogenea, apresentando-se em geral agglomeradas. Nos foliculos lymphaticos esses infiltrados são de localisação predominante periarterial.

Neste preparado pudemos (ver microphotographia n.º 3) observar um capillar sanguíneo cortado longitudinalmente, o qual se mostra, num trajecto bastante longo, envolto por um manguito denso de cellulas leprosas. O processo infiltrativo dessas cellulas, neste caso é tão homogêneo que se estende das partes mais periphericas, nas proximidades da capsula, até as partes mais profundas do órgão. (*Dr. H. Cerruti*).

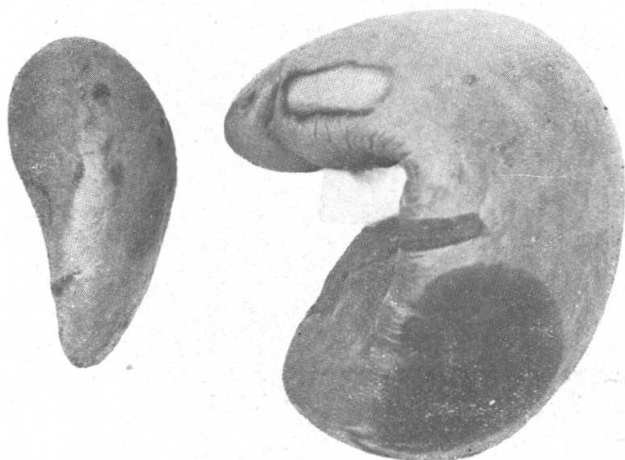
CASO IV

(*Ver historia clinica, exame physic() e de laboratorio, na obs. XI*)

Nome: P. O. D.	Data da operação:	Operador: Dr. C. Ro-
Sexo: Feminino.	5-7-32.	lim.
Côr: branca.	Nac.: Brasileira.	Clinica: A. C. S. An-
Idade: 34 annos.	Data o obito: 19-10-32.	gelo.

Lepra do baço com fibroso generalisada.

Baço: Macroscopico: Mostra-se bastante augmentado, medindo 35 cms. de comprimento, por 15 de largura e 6 de espessura. Peso, 1.350 grms. (*Ver photographia n.º 6*). Sua capsula nada apresenta digno de nota, sendo lisa e bastante distendida. E' de consistencia firme e de côr arroxeada escura. Sua superficie de corte apresenta, esparsas não muito homogêneamente, pequenas formações de formas irregulares e esbranquiçadas. Pela raspagem obtivemos pouca polpa esplenica.



Phot, 6

Casos de esplectomia J. V. e P. O. D,

Microscopico: A capsula nada apresenta de anormal, emquanto que as trabeculas conjunctivas se mostram quasi desaparecidas e muito diminuidas de espessura. Ao lado de alguns foliculos de Malpighi bem visíveis, com seus contornos bem nitidos, notamos que todo o parenchyma esplenico se mostra de aspecto trabeculado, devido á intensa proliferação e espessamento das paredes dos seios venosos (fibroses generalisadas), os quaes se acham pouco cheios de elementos sanguineos. A predominância dos seios venosos sobre o reticulo é

bem manifesta. Alguns foliculos, como dissemos, estão bem conservados, emquanto que, a grande maioria são de dimensões muito reduzidas, confundindo-se em geral com a polpa vermelha. Em todo o baço deparam-se, esparsos homogeneamente, numerosos plasmocytos e rarissimos eosinophilos. Os infiltrados leprosos são constituídos por cellulas de Virchow, nos seus diversos estadios de evolução, mostrando-se aglomeradas e localizadas em pequeno numero na periphéria do órgão. Estes infiltrados são, entretanto, abundantissimos nos seios venosos. Assim, ha seios venosos cujas cellulas que os formam se mostram transformados, na quasi totalidade, em elementos leprosos. Os vasos trabeculares e foliculares, via de regra, tendo suas paredes normaes, são dilatados e completamente cheios de elementos sanguineos. (Dr. H. Cerruti).

CASO V

Anno 1931 — N.º 693.	Idade: 30 annos.	Dia da autopsia: 19-9
Nome: J. C.	Dia do obito: 18-9-31	31 (16 hs.).
Sexo: Masculino.	(4 hs.).	Autopsiante: Dr. L.
Côr: Parda.	Nac.: Brasileiro.	Santos.

LAUDO ANATOMO-PATHOLOGICO

Lepra mixta,

Lesões leprosas generalizadas da pelle.

Myocardio normal.

Ligeiro emphyzema pulmonar.

Adenopathias leprosas.

Nevrite leprosa.

Orchi-epididymite leprosa.

Pancreas normal.

Lepra miliar do intestino.

Lepra do figado com ligeira esteatose.

Hematoma localizado do figado.

Amyloidose incipiente do rim com ligeira nephrite intersticial,

Lepra do baço com ligeira hyperplasia do recticulo.

Baço: Macroscopico: Peso 350 grs. Mede 13 cms. de comprimento por 12 de largura e 2 de espessura. E' de côr vinhosa acinzentada e de consistencia firme. A superficie de corte mostra bem visiveis as traves conjunctivas, emquanto que a polpa branca é pouco evidente. Pela raspagem, obtivemos bastante polpa esplenica.

Microscopico: A capsula, assim como as traves conjunctivas, nada apresentam digno de nota no ponto de vista pathologico. A polpa vermelha e os foliculos de Malpighi, examinados com pequeno augmento, revelam um aspecto praticamente normal, observando-se, entretanto, uma proliferação pouco accentuada das cellulas do recticulo. Os seios venosos, em geral apresentam-se pobres de elementos sanguineos. Pelo exame com grande augmento, notamos uma accentuadissima predominancia de plasmocytos, havendo aqui e alli rarissimos eosinophilos e lymphocytos. Numerosos plasmocytos mostram, no interior do seu protoplasma, zonas de degeneração hyalina, sendo que muitos se acham transformados em corpusculos de Russel. Em alguns territorios proximos ás arteriolas dos foliculos e da polpa vermelha, observamos a presenca de algumas cellulas epithelioides e cellulas leprosas nos differentes estadios de sua evolução, predomi-

nando, entretanto, as pouco vacuolisadas. Fazemos notar que estes elementos infiltrativos não se mostram aglomerados e sim esparsos, sendo pouco numerosos e de difícil observação. Estas células leprosas não são encontradas nas partes periféricas do baço, sendo entretanto presentes, se bem que em pequeno numero, no interior de alguns seios venosos. (Dr. H. Cerruti).

CASO VI

Anno: 1931 — 419.	Idade: 36 anos	Dia da autopsia: 28-
Nome: I.M.	Nac.: Brasileiro.	7-931 (9 hs.).
Sexo: Masculino.	Dia do obito: 27-7-31	Autopsiante: Dr. A. E.
Côr: branca.	(4 hs.)	Maffei.

LAUDO ANATOMO-PATHOLOGICO

Lepra mixta.

Ulcera leprosa da Perna com tecido de granulação.

Myocardia chronica.

Edema pulmonar.

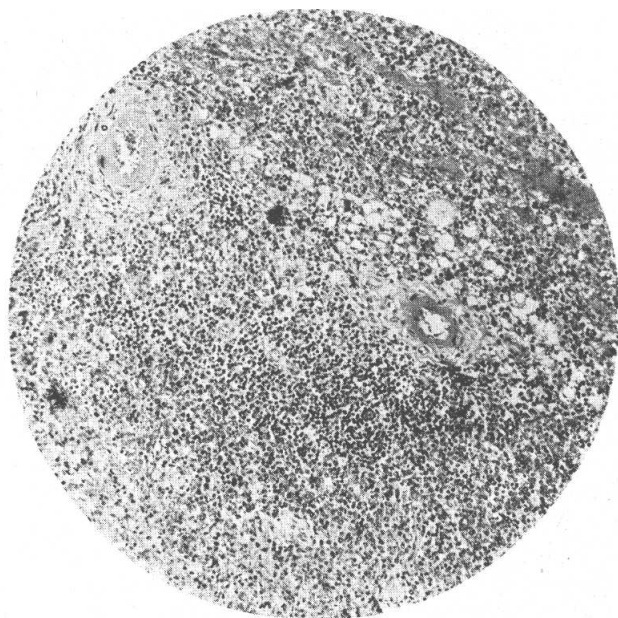
Lepra do ligado com congestão passiva.

Estomago normal.

Amyloidose incipente glomerular.

Lepra do baço com congestão dos seios venosos e ligeira fibrose.

Baço: Macroscopico: Peso: 340 grs. Mede 15 cms. de comprimento por 11 de largura e 6 de espessura. E' de côr vinhosa accentuada



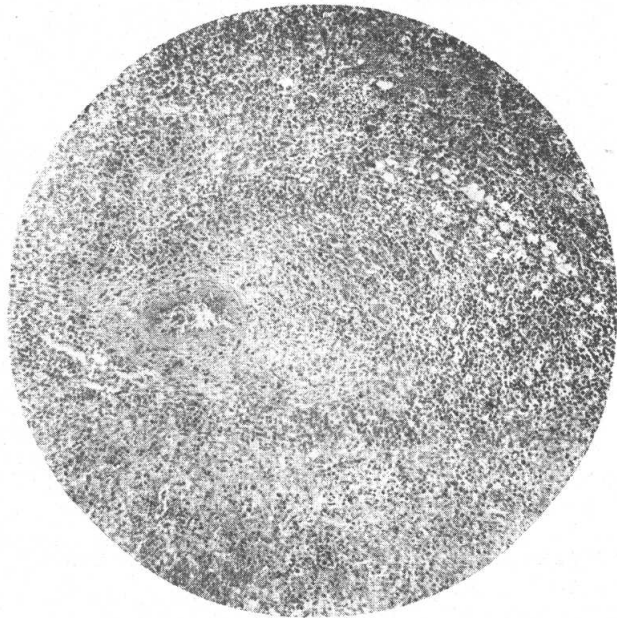
Microphot. 4

CASO VI. — I.M. — *Infiltrado intro folicular das células de Virchow. Degeneração hyalina da arteriola*
Augmento 155 vezes.

e de consistencia bastante firme. A capsula é fina, lisa e livre de qualquer adherencia. A sua superficie de corte, é de aspecto homogêneo, deixando entrever, com certa facilidade, as traves conjuntivas, não sendo visiveis os foliculos de Malpighi. Pela raspagem obtivemos pouca polpa, porém grande quantidade de sangue:

Microscopico: A capsula nada revela digno de nota; as traves mostram-se bastante numerosas, tendo no seu interior as arteriolas attingidas de accentuada degeneração hyalina. O exame em conjunto deste órgão, mostra-nos um abarrotamento de elementos sanguineos no interior dos seios venosos, mascarando até certo ponto os elementos do recticulo e fazendo sobresahir muito nitidamente os foliculos de Malpighi. Na polpa vermelha, ao lado desta congestão intensa, deparam-se elementos cellulares esparsos irregularmente, com localisação predominante peri-vascular e constituídos por eosinophilos, lymphocytos e rarissimos plasmocytos.

Quanto aos foliculos de Malpighi, a grande maioria apresenta a sua arteriola attingida por franco processo de degeneração hyalina.



Microphot. 5

CASO VI — I. M. — *Infiltrado peri-folicular de cellulas leprosas.*

Augmento: 145 vezes

Ao lado de alguns foliculos bem conservados, a quasi totalidade revela infiltrados hem evidentes de cellulas de Virchow. Estes infiltrados predominam na periphéria dos foliculos bastante attingidos pelo processo leproso. (Ver microphotographias 4 e 5).

As cellulas leprosas, neste caso, apresentam-se em estadios bastante avançados de sua evolução, porquanto são bastantes vacuolisados e com nucleos picnoticos. (*Dr. H. Cerruti*).

CASO VII

Nome: A. P.	Nac.: Brasileira.	Antopsiante: Dr. L.
Sexo: Feminino.	Dia do obito: 2-4-35	M. Bechelli.
Côr:branca.	(23 hs.).	Clinica: A. C. Cocaes.
Idade: 42 annos.	Dia da autopsia: 3-4-	
	35 (10 hs.)	

LAUDO ANATOMO-PATHOLOGICO

Lepra mixta.

Arterio-esclerose pouco accentuada do rim. Lepra do figado com congestão passiva. Lepra do baço com hyperplasia do recticulo.

Baços Macroscopico: O bordo inferior attinge o rebordo costal. Peso: 480 grs., tendo 13 cms. de comprimento por 10 de largura e 6 de espessura: E' de côr vinhosa e de consistencia molle. Sua capsula é lisa, firme e brilhante, sem a menor formação pathologica em sua superficie. Na superficie de corte são visiveis pequenos e raros pontos brancos, correspondentes aos folliculos. Pela raspagem obtivemos abundante polpa esplenica.

Microscopico: Quanto á capsula, nada observamos de anormal. As trabeculas apresentam-se em numero bem diminuido, tendo no seu interior os vasos attingidos de degeneração hyalina. Nas porções mais periphericas do orgão, notamos uma faixa de parenchyma esplenico, constituida principalmente pela polpa vermelha, com aspecto normal. A' medida que nos dirigimos para a parte central do orgão, observamos uma intensa proliferação do recticulo, tornando a estrutura dos seios venosos completamente apagada,

Os elementos cellulares predominantes são os plasmocytos, os quaes se mostram com certa frequencia em franca degeneração hyalina, attingindo mesmo o estadio de corpusculos de Russel. Os eosinophilos e lymphocytos, se bem que em muito menor numero, são entretanto encontrados, de preferencia na periphèria dos folliculos de Malpighi. Estes ultimos, tendo os seus limites não muito nitidos, mostram a sua arteriola attingida de degeneração hyalina.

São encontrados, com muita frequencia, agglomerados de cel- lulas de Virchow, de localisação intra-follicular e peri-follicular.

Esparsos em pequeno numero e irregularmente, estes infiltrados leprosos apresentam-se em todo o reticulo esplenico, com localisação perivasal. As arteriolas e veias da polpa vermelha mostram-se dilatadas e cheias de elementos sanguineos. (*Dr. H. Cerruti*).

CASO VIII

Nome: T. R	Nac. Brasileira	Dia da autopsia 23-
Sexo: Feminino.	Dia do óbito:23-4-	4-35(9hrs.)
Côr: branca	35(5hrs.)	Autopsiante: Dr. L.
Idade:?		M .Bechelli
		Clinica: A.C. Cocaes

LAUDO ANATOMO-PATHOLOGICO

Lepra mixta.

Ulcerações leprosas extensas no palato molle e pharynge, Degeneração amyloide generalisada da thyroide coai alguns granulomas leprosos.

Lepra do figado.

Amyloidose accentuadissima do rim.
Lepra do baço com accentuada amyloidose.

Baço: Macroscopico: O seu bordo inferior não ultrapassa o rebordo costal. Peso: 450 grs., tendo 15 cms. de comprimento por 11 de largura e 5 de espessura (phot. 7). E' de côr vinhoca carregada, com sua capsula fina, lisa e brilhante. Apresenta uma incisura relativamente profunda, dirigida transversalmente em toda sua face externa.

E' de consistencia bastante augmentada, mostrando sua superficie de corte totalmente cheia de pequenos nodulos esbranquiçados, dando-lhe o aspecto de baço sagro. Pela raspagem obtivemos pouca polpa esplenica.



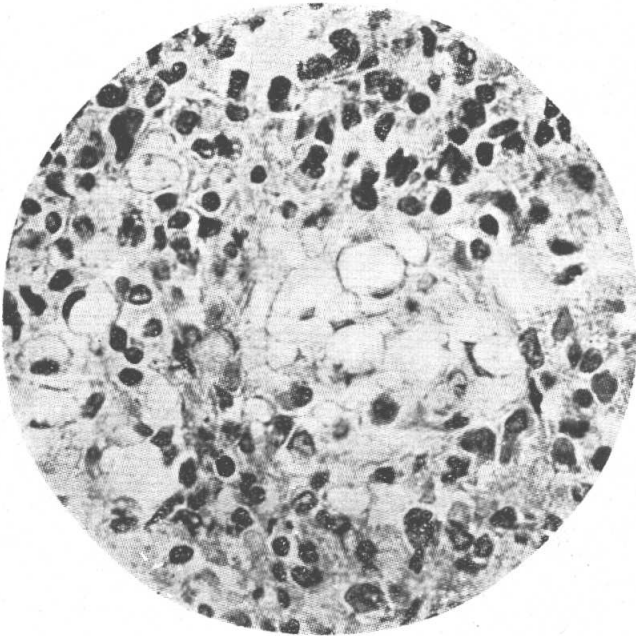
Phot. 7

CASO IX — G. R. N.

CASO VIII — T. R.

Microscopico: Capsula praticamente normal. As trabeculas são pouco numerosas e bem conservadas, com as suas arterias normais. O parenchyma esplênico mostra-se attingido por uni processo accentuadissimo de degeneração amyloide. Notamos massas de formas as mais irregulares, de estructura homogenea, esparsas irregularmente em todo o orgão. De permeio dessas massas, notamos pequenas zonas constituídas por elementos do recticulo e alguns seios venosos ainda conservados, apresentando-se infiltrados de numerosos plasmocytos e alguns cosinophilos e lymphocytos. Ha alguns foliculos bastante reduzidos nas suas dimensões, estando a arteriola central isenta de degeneração amyloide. Entretanto, a periphéria destes foliculos, mostra-se completamente cercada do processo amyloidotico.

A infiltração de cellulas leptoticas no parenchyma é pouco abundante, localisando-se unicamente nas regiões em que não ha amyloidose. Assim encontramos-las nos restos foliculares, mais ou menos conservados, no rocticulo e nos seios venosos (Microphotographia (6). Essas infiltrações leptoticas são constituídas por accumululos de cellulas de Virchow, irregularmente esparsos e de limites pouco nitidos. (Dr. H. Cerruti).



Microphot.

CASO VIII — T. R — *Cellulas de Virchow no reciculo esplenico* 6
Augmento: 950 vezes

CASO IX

Nome: G. B. N.

Nac.: Brasileira.

Autopsiante: Dr. L.

Sexo: Feminino.

Dia do obito: 21-4-

M. Bechelii.

Côr: branca.

35 (21 lis.)

Clinica: A. C. Cocaes.

Idade: 39 annos.

Dia da autopsia: 22-

5-35 (9 hs.).

LAUDO ANATOMO-PATHOLOGICO

Lepra mixta.

Granulomas

leprosos na serosa intestinal e no peritonio.

Amyloidose do rim.

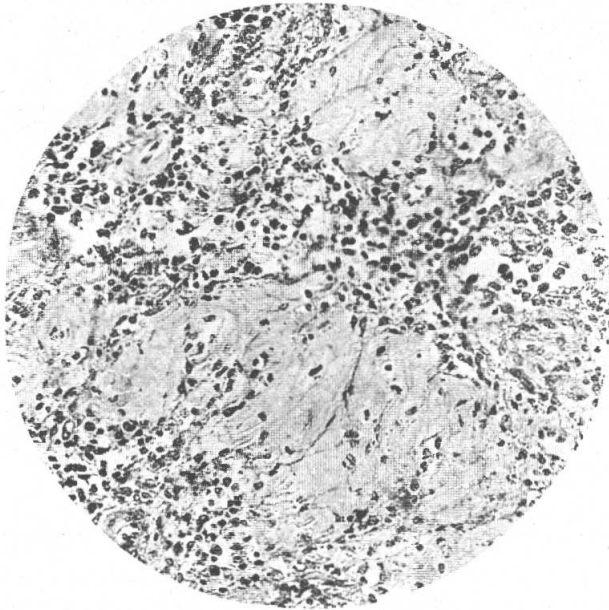
Lepra do ligado com ligeira esteatose.

Lepra do baço Com degeneração amyloide e hyperplasia do reticulo. Areas de periesplenite chronica cicatrizada.

Baço: Macroscopico: Ultrapassando o rebordo costal de 3 cms., pesa 350 grs. e tem 16 cms. de comprimento, por 9 de largura e 4 de espessura (photographia VII). E' de côr vinhosa e de consistencia um pouco augmentada. Sua capsula é livre e brilhante, mostrando entretanto, em alguns pontos, zonas mais espessadas. Uma dellas, correspondente ao bordo posterior (medindo 3 cms. de com-

primento) e outra localizada no polo inferior (medindo 2,5 cms. de comprimento) nos dão a impressão de cicatrizes, mostrando-se mais ou menos adherente ás visceras visinhas. A superficie de corte e de côr vermelha escura, com as trabeculas e polpa branca pouco visiveis. Pela raspagem obtivemos relativa quantidade de polpa esplenica.

Microscopico: A capsula é de aspecto normal na maioria dos preparados, mostrando-se em alguns bastante espessada. Nestes ha grande proliferação do tecido conjunctivo denso, com rarissimos accumulos de lymphocytos e plasmocytos, não sendo, entretanto, encontradas celulas leprosas. As trabeculas mostram-se bem numerosas, com seus vasos bem dilatados e cheios de sangue. As partes mais periphericas do parenchyma esplenico tem o seu reticulo fortemente hyperplasiado, com o desaparecimento quasi total dos seios venosos foliculos de Malpighi. Este desaparecimento da estrutura folicular e devido ainda a um certo grau de degeneração amyloide, que se mostra não só na arteriola, como em toda a espessura do foliculo. Este



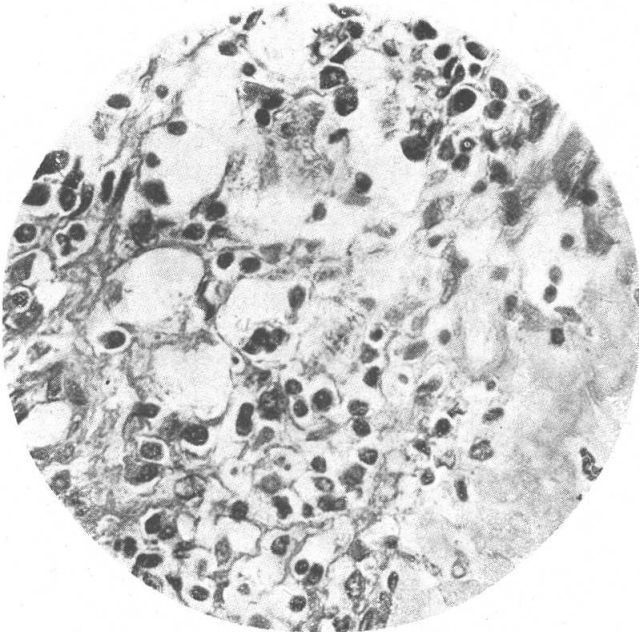
Microphot. 7

ASO IX — G. R. N. - *Troves ele amyloidose entre o reticulo esplenico*
Augmento. 300 vezes.

processo de amyloidose se bem que não muito intenso, acha-se esparso irregularmente em toda a polpa vermelha (microphotographia 7). sob a forma de pequenas estruturas arredondadas e de aspecto homogeneo. As infiltrações de natureza leprosa mostram-se sob forma de aglomerados, esparso de preferencia em toda a polpa vermelha

(microphotographia 8) e no interior dos foliculos de Malpighi. Nos foliculos atingidos pela amyloidose, são tambem encontrados estes accumulos de cellulas leprosas.

O parenchyma esplenico revela no seu reticulo a presença de



Microphot. 8

CASO IX — G. R. N. — *Na parte direita do preparado vê-se uma tra-
ve de amyloidose, acima da qual se notam as cellulas de Virchow*

numerosas cellulas lymphocytarias e epithelioides. Os plasmocytos são visiveis em pequenas quantidades, enquanto que os neutrophilos e eosinophilos são rarissimos. (*Dr. H. Cerruti*).

Nos diferentes preparados de baço que acabamos de descrever, além da coloração pela hematoxylina eosina, praticamos outros methodos electivos, que pelo facto de terem dado resultados semelhantes em todos os casos, resolvemos reunil-os numa descripção em conjuncto. Os cortes corados pelo escarlate R, demonstram a existencia de uma infiltração gordurosa, localisada unicamente no interior do protoplasma das cellulas de Virchow, mostrando que o aspecto vacuolar destes elementos; isto nos preparados corados pela hematoxylina-eosina, corresponde a gotticulos de gordura. (Desenho 1 e microphotographia 8).

Pelo methodo de Zieh-Nielsen, notamos no interior dos vacuolos dessas cellulas, abundantissimos bacillos de Hansen, os quaes são

racões que attingem esse órgão, no decorrer da molestia. Vimos que em todos os exames histo-pathologicos, o tecido esplenico mostrava os caracteristicos signaes do comprometimento leproso, evidenciando assim a localização do mal de Hansen nesse órgão.

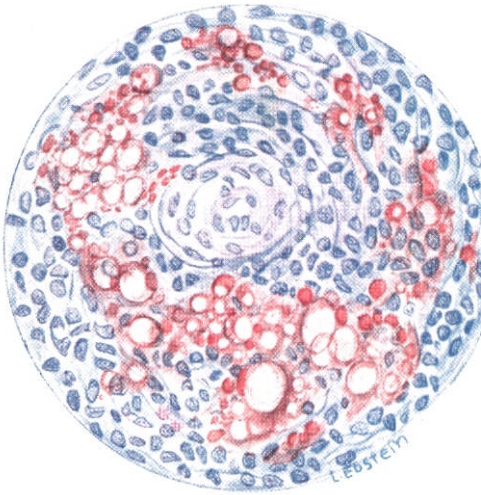
O conhecimento das lesões leprosas deste órgão é, entretanto, antigo. Com efeito, Hansen (cit. por Leloir, 32), assegurava em 1.871, que o tubo digestivo, os pulmões, os bronchios e todas as visceral numa palavra, salvo o baço e o figado, seriam intactas nos leprosos on, pelou menos, ellas não parecem ser tomadas especificamente, pois não contem bacillos. Da mesma maneira Leloir (32) affirmava que a lepra tuberosa determinava lesões especificas no baço, assim como no figado e nos testiculos.

Já na Primeira Conferencia Internacional de Lepra (Berlim, 1897), ficou mais ou menos estabelecido o quadro das modificações especificas soffridas pelo baço no evoluir da molestia, graças aos trabalhos de Joseph (28), Arning (cit. por Darier, 16), Virchow e Mitsuda (citados por Kobayashi, 31). O parenchyma esplenico apresentar-se-ia com aspecto nodular, devido a ser semeado de focos grandes e pequenos, os quaes estariam de preferencia em conexão com as arteriolas. Essa disposição peri-arterial, dos infiltrados leprosos, ponde ser notada nitidamente nos nossos casos ns. 4, 7 e 9, e fixada em evidentes microphotographias. (Vêr microphotographias 2 e 3).

Doutrelepont e Wolters (21) e Schaffer (45) estabeleceram as diferenças histo-pathologicas entre os infiltrados leprosos e tuberculosos. Os primeiros eram caracterizados pela presença de cellulas vacuolisadas, contendo no seu interior os mycobacterium leprae, em agrupamentos typicos: havia não só ausencia absoluta de infiltrações semelhantes ás tuberculosas, com cellulas epithelioides e gigantes, como tambem de zona de necrose. A experimentação animal, resultava negativa no mal de Hansen. Estes ultimos dados, se bem que negativos, são de grande valor para o diagnostico differential.

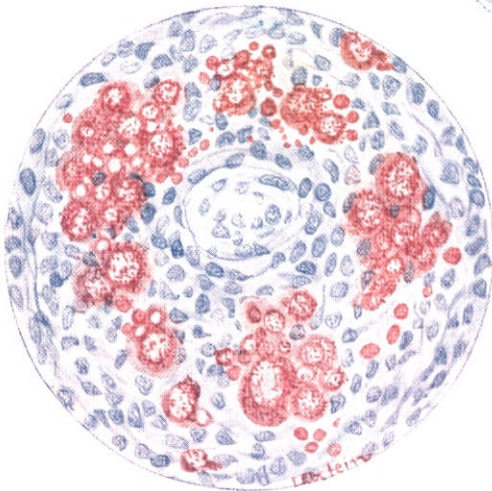
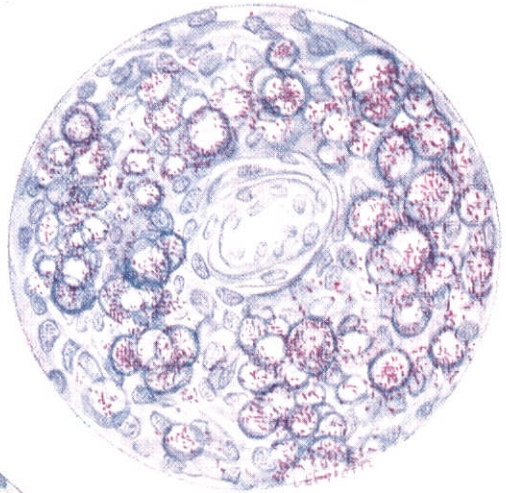
O exame da capsula do baço em geral não revela espessamento, sendo essas alterações mais constantes na lepra tuberosa. (Babes. 1901 e Sugai, 1911 — citados por Kobayashi, 31). Nos nossos exames histo-pathologicos, apenas em dois casos notamos a alteração da capsula. Num delles (G. B. N., 9.º caso), de forma mixta, a capsula apresentava-se em alguns pontos bastante espessada, com rarissimos accumulos de lymphocytos e plasmocytos. No outro caso, o 1.º, (M. C.), tambem de forma mixta, a capsula mostrava-se ligeiramente espessada.

Além dos achados histologicos já referidos, observou-se que, nos casos antigos, as trabéculas esplenicas se tornam espessas, os folliculos se atrophiam e os vasos se esclerosam. A polpa se torna fibrosa e é semeada de globias e de grandes cellulas bacilliferas (Besnier,



Desenho n.º 1
 Corpusculo de Malpighico,
 sua arteriela central, mos-
 trando-se infiltrado de cel-
 ulas de Virchow carrega-
 das de gordura.
 Coloração hematoxylina
 escarlate R. Objectiva de im-
 mersão.

Desenho n.º 2
 Corpusculo de Malpighi com
 sua arteriola central, ven-
 do-se abundantes cellulas de
 Virchow abarrotadas de bac-
 illos de Hansen.
 Coloração: Methodo de Zichl-
 Nilsen. Objectiva de im-
 mersão.



Desenho n.º3
 Preparação, obtida por du-
 pla coloração de hematoxy-
 lina - escarlate R. e me-
 thodo de Ziehl-Nilsen, mos-
 trando a relação entre a gor-
 dura e os bacillos de Han-
 sen no interior das cellulas de
 Virchow. Objectiva de
 immersão.

Brocq e Jacquet, 4). Essa fibrose notamol-a, de maneira bem nítida, num dos preparados (P. D. O. - 4.º caso), onde predominava o espessamento dos seios venosos. Quanto às trabéculas, em dois dos nossos casos se mostraram numerosas.

As modificações macroscópicas do baço, foram estudadas detalhadamente por Kobayashi (31), o qual teceu também longas considerações sobre os achados histológicos. Baseando-se em 60 autópsias, considera elle que as modificações do baço são das mais nítidas, afirmando ainda que a forma desse órgão é em geral conservada e sua superfície é lisa, a não ser nos casos em que ha tuberculose concomitante. A consistência é normal apenas em poucos casos: assim, nos 60 casos em 15 ella era normal, em 3 um pouco augmentada, em 34 compacta e em 8 molle. Quanto ás suas dimensões, encontrou-as normais em 10 casos, em 5 reduzidas e em 39 augmentadas, mostrando, portanto, que na maioria dos casos o baço estava augmentado. Este augmento é mais encontradiço na forma tuberosa, o qual pode ultrapassar de duas, trez ou mais vezes o tamanho normal, enquanto que nas formas nervosas e maculosa a augmento é menos accentuado. Também nós constatamos o augmento do baço nos nossos exames anatomicos, destacando-se um que media 35 cms. de comprimento (P. O. D. — 4.º caso).

Pelo estudo da superfície do corte do órgão observou Kobayashi, que a capsula do baço em geral não é espessada. Nota-se espessamento quando ha associação com a tuberculose. Referindo-se aos achados histo-pathologicos, encontrou a capsula e as trabéculas espessadas, respectivamente em 30% e 15% dos casos.

Em dois dos nossos casos, como já dissemos, a capsula mostrava-se espessada.

Em nenhum caso Kobayashi observou os foliculos normaes e perfeitos. Em 10 casos (26%) nos quais os foliculos foram constatados macroscopicamente, puderam ser verificados facilmente também histologicamente, porem com um certo gráu de alterações pathologicas. Nos outros 44 casos os foliculos não eram visiveis, ou apenas se podia constatar alguns vestigios dos mesmos. Os foliculos eram mais conservados na lepra nervosa que na tuberosa, onde o compromettimento era tão intenso que só em poucos casos se mostravam nitidos. Em todos os preparados por nós examinados, sempre encontramos modificações dos foliculos, que se apresentam infiltrados por cellulas leprosas, as quaes com frequencia, têm uma localização peri-arteriolar. Em alguns casos, os foliculos estavam bastante reduzidos nas suas dimensões e mesmo quasi desaparecidos.

Kobayashi constatou o augmento do tecido reticular somente em dois casos. Nos nossos casos, entretanto, notamos frequentemente

a hyperplasia do reticulo. A infiltração celular da polpa era constantemente nitida em todos os casos, o mesmo se dando nos nossos preparados. Assegura que a degeneração amyloide é muito rara, pois foi observada unicamente em dois casos, enquanto que a degeneração hyalina é mais frequente (38,3% dos casos). Nós observamos a amyloidose em dois dos nossos nove casos, sendo porém a degeneração hyalina das arteriolas mais frequente.

Os bacillos da lepra nunca foram encontrados na capsula e nas trabeculas, ao passo que nos foliculos e 'na polpa foram observados em 40 casos (66,7 %). Na forma tuberosa os bacillos foram encontrados na grande maioria dos casos, sendo muitas vezes incontaveis. Nós tambem não conseguimos descobrir os bacilos na capsula e nas trabeculas, entretanto, em todos os casos, encontramos-os no parenchyma esplenico em quantidade bem evidente, pelos methodos electivos de coloração.

O aspecto histologico das lesões leprosas do baço é tambem referido, com minucias, por Sauton (45), Sokolowsky (49), Jeanselme, Blum, Bloch e Hutinel (27), Stein (51) e Jeanselme (26), sendo que este ultimo affirma ainda, ser muito frequente a existencia de pigmento ocre ou hemosiderotico no baço leproso, considerando que em certos paizes elle pode reconhecer uma origem paludica. Do mesmo modo, uma hypertrophia muito accentuada do baço e um espessamento consideravel da sua capsula, devem ser attribuidos á malaria.

A frequencia do compromettimento esplenico na lépra, foi objecto de um estudo de Hansen e Looft (cit. por Jeanselme, 26), os quais, em 89 necropsias de lepra tuberosa observaram as seguintes lesões: localizações leprosas esplenicas muito pronunciadas: 61 vezes; duvidosas: 3 vezes; localizações tuberculosas no baço: 5 vezes; associação de lesões leprosas e tuberculosas no baço: 8 vezes. associação de lesões leprosas e tuberculosas, com degeneração amyloide: 20 vezes; degeneração amyloide sem manifestações leprosas: 13 vezes; baço sem alterações pathologicas: 4 vezes.

Em 33 necropsias de lepra maculo-anesthetica, Hansen e Looft nunca encontraram localizações leprosas no baço, porém existia degeneração amyloide em nove casos (25 (A) e tuberculose em 3 casos (8.3 %).

Reissner compartilha da opinião acima, affirmando que na forma nervosa o baço está geralmente indemne. Bichler, entretanto, assignalou em nove autopsias da forma nervosa, 3 casos em que havia lesões leprosas no baço, ricas em bacilos (cit. por Jeanselme, 26).

Confrontando as estatisticas dos AA. mencionados, notamos a discordância que entre os mesmos existe, o que é consequencia, se-

gundo .Jeanselme, da interpretação diversa que elles dão as differentes formas clinicas da lepra.

Consultando ainda os trabalhos de Brocq (7), Desaux (19), Businco (10), Boinet (5), Buen e Sampelayo (8), Cochrane (15), Darier (18), Kauffmann (29), Mac Leod (34), Manson (35), Ronca (44), Roger e Ernst Muir (42) e Schridde (47), encontramos unica-mente ligeiras referencias sobre a lepra do baço.

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL NOS NOSSOS CASOS DE ESPLENOMEGALIA

Antes de iniciar as nossas considerações sobre o diagnostico differencial das esplenomegalias que estudamos, faremos uma rapida ressenha, em conjuncto, dos quadros clinicos apresentados pelos pacientes. Assim pudemos reunir os seguintes dados, que nos interessam :

- 1.º — Ausencia, ou quasi, de disturbios subjectivos;
- 2.º — Todos os pacientes negam passado venereo-syphilitico. Quanto á maleita, apenas um a refere nos seus antecedentes.
- 3.º — Enfarctamento ganglionar pronunciado em um caso. Cór amarella escura da pelle, lembrando a ictericia, noutro caso.
- 4.º — Em todos os pacientes, a não ser em dois, raramente havia elevação da temperatura acima de 37.º.
- 5.º — Esplenomegalia accentuada em todos os casos.
- 6.º — Augmento do figado menos accentuado que o do baço em todos os pacientes.
- 7.º — Anemia em todos os casos, revelando-se pelo descoramento das mucosas visiveis e pela contagem dos globulos vermelhos, cujo numero oscila, em geral, entre 3 e 4 milhões.
- 8.º — Leucocytose em alguns casos. leucopenia em outros; na formula leucocytaria, predominavam os casos de lymphocytose e de eosinophilia. Não observamos formas immaturas, a não ser rarissimos myelocytos nas varias contagens.
- 9.º — Em nenhum dos casos, encontramos plasmodium nos esfregaços , mesmo após injeccão de adrenalina.
- 10.º — A pesquisa dos bacillos de Hansen, no esfregaço do liquido de punccão do baço, resultou positiva em 7 casos, dos 10 pacientes em que praticamos esse exame.
- 11.º — Exame de fezes: manca observamos ovos de schistosomo Em 4 casos encontramos, ovos de ascaris e ancylostomo,
- 12.º — Exame de urina: glycoce ausente em todos os casos: albumina estava presente somente em dois pacientes.

13.º — Prova de Frey: Em seis pacientes observamos a leucocytose e a lymphocytose posa-adrenalinica; em dois, as contagens revelavam ligeira leucocytose, sendo pouco accentuadas as modificações da formula leucocytaria. Em iodios os casos houve redução do volume do baço.

14.º — Reacções de Wassermann e Kahn (feitas em nove casos) : positivas, respectivamente em oito e seis casos.

Reunidas assim todas as observações em um mesmo quadro, onde são referidos os dados de interesse, passamos a fazer o diagnostico differencial das nossas 10 primeiras observações, porquanto a 11.ª teve a sua natureza esclarecida pelo controlle histo-pathologico.

São numerosas as affecções que determinam o augmento do baço.

As enfermidades infecciosas agudas, podem occasionar o apparecimento de esplenomogalias, que entretanto, não nos interessam. Focalisaremos apenas as *esplenomegaliac chronicas*, passando em revista as suas varias causas determinantes:

Paludismo: - A maioria das esplenomogalias reconhece uma origem paludica, E' o que affirma Cardarelli (11) : "... sobre cem casos de tumores do baço, pelo menos 80 são malaricos; os restantes devem ser divididos entre os tumores syphiliticos, leucemicos, amyloide's e algumas vezes, neoplasicos". Elie assegura ainda, que o tumor do baço pode existir mesmo sem febre, porem somente na-quelles que nascem e vivem habitualmente nas regiões paludicas; achando difficil entretanto, nesses casos, o baço attingir grande volume.

Dos nossos pacientes, apenas um (observação 10) refere paludismo nos seus antecedentes, de modo que essa causa não pode ser afastada nesse caso. Comtudo, a observação desse paciente mostra que outra molestia (mal de Hansen), tambem concorreu para o augmento consideravel do baço, razão porque este caso será objecto de novas considerações. Os outros pacientes negam a malaria nos seus antecedentes e alguns delles nunca moraram em região paludica.

Ao exame physico, a orientação da esplenomégalia pode facilitar o diagnostico differencial: coar effeito, affirma-se que na esplenomegalia malarica o tumor esplenico se dirige diagonalmente para o umbigo e fossa illiaca direita., (Romeiro, 43) orientação essa que não foi observada nos nossos pacientes.

Os dados de anamnese e do exame physico, contrarios ao paludismo, foram comprovados pela pesquisa de hematozoarios, a qual resultou negativa em 9 pacientes, mesmo nos esfregaços examinados após a injecção de adrenalina.

SYPHILIS: — A tumefacção luetica do baço pode ser constatada

na syphilis adquirida e tambem na congenita. A frequencia do comprometimento de órgão, varia numa e noutra Hausland observou a alteração do baço em 31 % dos casos na lues congenita, sendo a percentagem mais elevada, 61,3%, nos casos de syphilis adquirida. Em relação á frequencia dessas esplenomegalias nos varios periodos da lues, Hausmann notou-as em 20% dos casos, no periodo secundario e em 60% dos casos no periodo terciario. (Cit. por Meirowsky e Pinkus,.39),

Sendo os nossos pacientes portadores de esplenomegalia chronica, para o diagnostico differencial, não nos interessam as tumefacções agudas do periodo secundario da lues, e sim as da syphilis esplenica tardia, as quaes são representadas por alterações intersticiaes chronicas ou por affecções gommosas (raras). A capsula torna-se espessada, contrahindo adherencias com as partes visinhas, estabelecendo-se a periesplenite, que constitue uma complicação anatomo-pathologica typica da lues. E' essa periesplenite, que leva os pacientes ao clinico, pois os outros disturbios subjectivos são ás vezes nullos. Ao exame do abdomen, percebe-se que o pólo anterior do órgão ultrapassa o rebordo costal de alguns cms., tendo consistencia dura e superficie lisa, a não ser nos casos de gamma, nos quaes se palpam nodulos na superficie do órgão. Segundo Meirowsky e Pinkus (39), a tumefacção do baço nunca é muito consideravel. Fazemos notar que esse caracteristico clinico, deve ser levado em grande consideração e é elle que nos permite differenciar as esplenomegalias lueticas daquellas observadas nos nossos pacientes.

O diagnostico da lues é ainda afastado pela ausencia, nos nossos pacientes, de outras alterações de caracter syphilitico, taes como accidente primario, aneurysma, aortite, affecção hepatica, manifestações cutaneas e outras que lhe são caracteristicas. O enfartamento dos ganglios epitrochleanos, esternalgia e a tibialgia, commumente pesquizados em todos os pacientes e indicativos da lues, perdem o seu valor no mal de Hansen, porquanto esta molestia pode determinar esses symptomas.

Nos nossos pacientes foram feitas as reacções serologicas (Wassermann e Kahn), com os resultados já referidos: Wassermann positiva em 8 casos e Kahn em 6 casos. Fazemos notar entretanto, que as reacções de Wassermann têm pouco ou mesmo nenhum valor nos casos de esplenomegalias. Com effeito, Weil (cit. por Silvestrini, 48) praticou esta reacção nas esplenomegalias não primitivas, verificando-a positiva em 58 % dos casos. Esse facto, segundo Weil, não se deve attribuir a uma infecção syphilitica, pois o tratamento anti-luético não modifica a esplenomegalia e tão pouco a reacção; ao

contrario, a therapeutica estabelecida agrava o estado geral do paciente. A positividade da reacção dever-se-ia attribuir, provavelmente, a um parasita.

Alem disso, no mal de Hansen, as reacções de Wassermann e Kahn podem ser positivas, embora os antecedentes morbidos e o exame physico, excluam a possibilidade de existencia da syphilis. E' o que se deprehe de do trabalho de Soule (53). Este A. fez um estudo sobre 615 sôros, comparando a reacção de Wassermann com antígeno de Kolmer e a reacção de Kahn. Os 615 leprosos que forneceram o soro foram submettidos a um exame clinico completo e estabeleceu-se, pelo menos clinicamente, a ausencia de syphilis e de bouba.

Eis os resultados obtidos:

	N. soros exam.	Fort. positivas	Positivos	Duvidosos	Neg.	Negat. %	Positivo %
Wass. (Kolmer).	615	109	5	14	487	81,5%	18,5%
Kahn	615	121	70	—	424	69,0%	31,0%
S. em que as duas reacções coincidiram	—	100	5	—	—	—	—

Conclue que a lepra, por si, é a responsavel pelas reacções positivas verificadas nos sôros examinados.

Os resultados por elle obtidos, mostram que a reacção de Kahn não é especifica para a syphilis e, alem do mais, não o é nos sôros de leprosos. Prova ainda que o Wassermann, quando feito com o antígeno de Kolmer, dá menor causa de erro que a reacção de Kahn.

Portanto dos estudos feitos por Weil e Soule, deduzimos que a positividade das reacções de Wassermann e Kahn, pouca contribuição traz para o diagnostico de syphilis nos nossos pacientes, nos quais estão presentes duas causa de erro: lepra e esplenomegalia. De modo que o diagnostico de lues deve se basear nos achados clinicos: manifestações cutaneas, vasculares, visceraes e outras. A ausencia destas manifestações e o facto da lues não provocar nunca uma esplenomegalia de grandes proporções (Meirowsky e Pinkus, 39); autoriza-nos a exclui-la do diagnostico differencial.

POLYCYTEMIAS, LEUCEMIAS E ALEUCEMIAS. — As contagens dos globulos vermelhos e brancos, referidas nas observações dos nossos pacientes, permitem excluir do diagnostico as polycytemias e as leucemias. Da mesma maneira, o quadro hematico que acompanha as esplenomegalias ocasionadas pelas lymphadenoses aleucemicas e pelas aleucemias myeloides (estas ultimas muito raras), auctorizanos a distincção com os nossos casos. Em geral, a lymphadenoses é indicada pela presença de urna lymphocytose relativa pronunciada

(60-90 %), sendo encontrados lymphocytos atypicos, com nucleus mais ou menos immaturos. O numero global de leucocytos pode estar um pouco augmentado, sendo algumas vezes normal ou mesmo subnormal, simulando então o quadro da anemia esplenica. Devemos assignalar que, em alguns casos, não se constata anomalia qualitativa ou ella é apenas ligeira, de modo que o diagnostico é difficil (Greppi, 24). Clinicamente nota-se que os ganglios se enfartam de maneira uniforme, são facilmente deslisaveis e não se conglomeram. São relativamente frequentes as infiltrações cutaneas das palpebras.

Nas aleucemias myeloides, em geral, encontram-se numerosas formas immaturas.

AMYLOIDOSE DO BAÇO: — Deve-se pensar neste processo sobretudo naquelles casos em que existem, simultaneamente, amyloidose do figado, com enfarte do orgão e amyloidose renal com albuminuria (Matthes, 38). Em dois pacientes com hepato-esplenomegalia, registamos albuminuria. Entretanto, a amyloidose tem sempre uma causa reconhecivel (suppurações chronicas, tuberculose), que não apuramos nos nossos pacientes.

CIRRHOSE DO FICADO: — A esplenomegalia pode acompanhar uma cirrhose hepatica, seja ella atrophica ou hypertrophica, sendo em geral mais accentuada no ultimo caso. A cirrhose atrophica, provocando a estase da veia porta, occasiona o apparecimento de numerosos symptomas: ascite, circulação venosa collateral, hemorroidas, hemorragias das veias esophagianas. Na cirrhose hypertrophica prevalecem a ictericia, o enfarto esplenico e a hyperplasia hepatica. Ambos os quadros symptomaticos não estavam presentes nas nossas observações.

TUBERCULOSE PRIMITIVA DO BAÇO: — Foi considerada rara até ha pouco tempo, não concordando Pappenheim com esse conceito. Observa-se o seguinte quadro clinico: grande mal estar, dôr forte no hipocondrio esquerdo, emmagrecimento e fraqueza; em certos casos ha polycytomia. Com o avançar da molestia, ha thrombose esplenica e propagação para o figado, determinando a cirrhose tuberculosa, com ascite e pleuriz duplo (Annes Dias, 1). Pela sua symptomatologia, afastamos a tuberculose como causa das esplenomegalias que nós observamos.

ANEMIA PERNICIOSA: — A esplenomegalia pode ser verificada na anemia perniciosa, não attingindo porém tamanho muito considravel. Não só este facto, como tambem os outros symptomas do quadro clinico (glossite dolorosa de Hunter, pallidez da pelle e das mucosas, fraqueza e disturbios digestivos, renaes, nervosos e cardiacos) e o quadro hemático (elementos da série megaloblastica, nor-

moplastica e outras formas), excluem-na do diagnostico differencial.

ICTERICIA HEMOLYTICA: — Dos symptomas da ictericia hemolytica, destacamos os seguintes: côr amarellada da pelle e das mucosas; anemia que augmenta ou diminue, em relação com as oscillações para mais ou para menos da ictericia; urobilinuria intensa, que se exacerba Tambem por acessos e deres periodicas nas regiões hepaticas e esplenicas, acompanhando as crises, de aggravamento dos symptomas mencionados (Hirschfeld-Fontana, 25). Na grande maioria dos casos observa-se uma esplenomegalia de gráu medio. Entretanto os symptomas já assignalados permitem fazer o diagnostico differencial, o qual é facilitado ainda pelo quadro hematologico. Este reflecte, na anemia hemolytica, uma reacção intensa da medulla ossea (Polychromatophilia, alguns normoblastos e até megaloblastos, ligeira neutrophilia e ás vezes alguns myelocytos), não verificada nos nossos pacientes.

ANEMIA ESPLENICA INFANTIL E MOLESTIA DE NIEMAN PICK: — Embora produzam o enfarte esplenico deixamos de considerá-las, porque ellas se manifestam nos primeiros annos da vida.

ANEMIA ESPLENICA MYELOIDE DE AUBERTIN: — De prognostico grave, traduz-se por intensa anemia e grande enfarte do baço, com pequeno augmento do figado. O exame do sangue revele leucocytose, numerosos normoblastos e megaloblastos, formas prematuras e' myelocytos, predominancia dos lymphocytos e monocytos (Matthes, 38). Com esse quadro hematologico, não observado nos nossos pacientes, estamos autorisados a afastar a anemia myeloide.

MAL DE BANTI: - Esta enfermidade, devida a uma hyperplasia dos foliculos lymphoides (Greppi, 24), caracteriza-se, clinicamente, pela sua evolução em trez periodos. No primeiro estadio, que dura de 3 a 12 annos, observa-se um augmento consideravel do baço e anemia, a qual apresenta notaveis variações individuaes de intensidade. No segundo periodo o figado tambem augmenta de volume, sendo de superficie lisa e de bordo indolor, tornam-se os doentes sub-ictericos. A quantidade da urina diminue, ficando mais concentrada; a urobilina é abundante. Disturbios gastro-intestinaes (dyspepsias, meteorismo e crises diarrheicas) podem completar o quadro clinico. Finalmente, depois de 12 a 18 mezes, segue-se o terceiro estadio, caracterisado pela cirrhose hepatica, coin o seu cortejo symptomatico. Podemos pois considerar o mal de Banti como sendo "uma hyperesplenomegalia primitiva, acompanhada por um certo gráu de anemia e seguida de cirrhose hepatica" (Cardarelli, 11).

Para o lado das hematias - verifica-se anemia progressiva, com

ausencia dos globulos nucleados. A modificação sanguinea que revela a molestia, é o augmento, não constante porém frequente, dos globulos brancos (20 a 30.000), com uma lymphocytose relativa e absoluta (50 a 80 %) (Greppi, 24).

Segundo Benhamou (cit. por Lourenço Jorge, 33), a prova da esplenomegalia pela adrenalina tem importancia capital para o diagnostico do mal de Banti, sendo negativa desde a primeira phase.

O quadro clinico-hematologico apresentado pelos nossos doentes differe do mal de Banti e os resultados da esplenomegalia dos oito pacientes por mis estudadas, tampem infirmam o diagnostico desta enfermidade.

LYMPHOGRANULOMA OU GRANULOMA MALIGNO OU ENFERMIDADE DE HODGKIN: — O quadro clinico é dominado pela tumefacção dos ganglios lymphaticos, a qual é generalisada, embora mais accentuada e precoce em correspondencia dos ganglios do pescoço; entretanto, pode se iniciar tambem pelos ganglios axillares, mediastinicos, retro-peritonias e abdominaes. O baço acha-se quasi sempre um pouco augmentado de volume, o que se dá mais raramente com o figado. A febre é constante, faltando excepcionalmente.

Em certos casos, o tumor do baço representa a principal manifestação da molestia, não existindo, via de regra, adenopathias a não ser dos ganglios peritoneaes. A esplenomegalia é pronunciada e precoce, variando com os periodos febris, sendo acompanhada por manifestações dolorosas consequentes á periesplenite. Completam o quadro a anemia grave, a febre alta de typo ondulante ou recorrente e o augmento de figado. O exame de sangue revela, em geral, leucopenia com neutrophilia relativa (Di Guglielmo, 20). Podem ainda estar presentes, manifestações cutaneas (prurido generalisado ou localisado. suores profusos), symptomas gemes (asthenia, desnutrição, cachexia), disturbios digestivos (difficuldade da digestão, vomitos, diarrhéa, melena), e outros disturbios (respiratorios, cardiacos, do systema nervoso) que não observamos nos nossos pacientes.

MOLESTIA DE GAUCHER: Inicia-se na infancia, determinando um augmento quasi sempre notavel do baço e uma hepatomegalia. A inspecção do paciente portador desta molestia, chama logo a attenção a côr amarellada escura ou bronzada da pelle, coloração que lembra a da ictericia. Algumas vezes, encontra-se tambem um espessamento amarello pardo da conjunctiva ocular, preferentemente no lado nasal. Os pacientes são anemiados e afebris. A evolução é muito lenta, durando 10 a 20 annos, sendo raros os casos nos quaes a molestia se prolonga até a idade adulta,

Um dos nossos pacientes (P. C., obser. IV), apresenta um quadro symptomatico que nos levou a admittir o diagnostico clinico de moles-

tia de Gaucher. Entretanto, observamos leucocytose (o commum e a leucopenia), e o exame feito pelo Dr. H. Cerruti, no esfregado do liquido de punção esplenica, não revelou as volumosas cellulas de Gaucher, características da affecção.

ESPLENOTHROMBOPHLEBITE: E' consequente a um processo de inflamação da veia esplenica e successivamente tambem do tronco da veia porta, evidenciando-se pela esplenomegalia, anemia, gastroenterorrhagias e ascite (De Guglielmo, 20). Em nenhum de nossos pacientes observamos esse conjuncto symptomatico.

THROMBOSE CHRONICA DA VEIA PORTA: O diagnostico de thrombose lentamente progressiva da veia porta com enfarte esplenico, pode ser muito difficil. A esplenomegalia acompanha-se de anemia muito accentuada, ascite e precocemente soem apparecer hemorrhagias no territorio da veia porta (Matthes, 38). Em vista da symptomatologia exposta. tambem a thrombose chronica da veia porta. pode ser afastada. do diagnostico differencial.

NEOPLASIAS: As neoplasias do baço são raras. De accordo com Schmidt (cit. por Annes Dias, 7) quando o tumor abdominal é do baço, pode-se excluir a idea de malignidade pelo unico caracteristico de apresentar a sua superficie irregular, e desigual. Todos os nossos pacientes apresentavam superficie do baço lisa.

LYMPHOSARCOMA DE KUNDRAT: E' uma affecção um tanto rara do aparelho lympho-adenoides, caracterizada por um processo proliferativo, attribuindo-lhe alguns autores uma natureza hyperplastica, outros um caracter neoplastico ou tambem hyperplastico-neoplastiforme. Na maioria das vezes começa por um tumor ganglionar local, isolado, o qual se distingue dos outros enfartamentos ganglionares não só pelo facto de soffrer um processo de fusão, sendo por isso de consistencia molle, como tambem pela sua tendencia a propagar-se, invadindo as massas musculares. (Matthes, 38 e De Guglielmo, 20).

Em alguns casos pode determinar um augmento do baço, que raramente attinge grande volume. Essa participação do baço assim como do figado, dá-se tardiamente. Em muitos casos, o quadro hematico revela uma leucocytose neutrophila pouco accentuada.

A molestia é chronica, progressiva, oscillando a sua duração entre alguns mezes e dois annos.

Num dos nossos pacientes (A. B. — Obs. VIII), o enfartamento ganglionar era pronunciado na região crural, completando o quadro clinico a esplenomegalia e a neutrophilia.

Pudemos entretanto afastar este diagnostico pois a sua esplenomegalia era muito accentuada, os ganglios cruraes muito duros, sem o menor vestigio de fusão e de invasão nas regiões vizinhas. Além disso o paciente apresentava essa manifestação ganglionar ha um anno e

meio e no entanto o seu estado se mantinha em desacordo com a evolução progressiva e com o caracter maligno do lymphosarcoma de Kundral.

ANGIOSARCOMA: Os tumores vasculares do baço tambem podem determinar um augmento do orgão, sem alteração da superficie, que continua lisa. Em geral, são audiveis os sopros vasculares, os quaes não foram evidenciados em nenhum dos nossos casos.

KISTOS DO BAÇO: São raros. O diagnostico pode ser feito, nos casos em que os kystos são volumosos e accessiveis a palpação, de modo que se pode perceber a fluctuação dos mesmos. (De Guglielmo, 20). Em nenhum dos nossos casos a palpação do baço revelou formações kysticas na superficie do orgão.

MYELOMAS E CHLOROMAS: São raramente observados. Podem determinar o apparecimento de enfarte esplenico, porém os outros symptomas caracteristicos, permitem afastal-o do diagnostico differencial E' assim que no caso de myeloma os pacientes apresentam violentas dôres nos ossos e no nervo, fracturas multiplas, especialmente das costellas, fragilidade das vertebrae e a albuminuria de Bence-Jones. Fazemos notar que, no caso de myeloma multiplo publicado por Cerruti (13), o baço não era palpavel.

Quanto aos chloromas, manifestam-se pelas hypertrofias de forma tumoral, nos ossos do craneo, e com frequencia determinam exophthalmia (Matthes, 38).

ENFERMIDADE DE ALBERT-SCHONBERG: Esta affecção, tambem denominada enfermidade marmorea, caracteriza-se por uma osteoesclerose progressiva que determina o desaparecimento da cavidade medullar do osso. Por essa razão, pode-se observar uma metaplasia myeloide do baço e dos ganglios lymphaticos. Aparece nos individuos jovens, provocando pouco a pouco deformações osseas, fragilidade anormal dos mesmos e osteoesclerose generalisada. O quadro hematico mostra anemia, numero normal de leucocytos, myelocytos e globulos vermelhos nucleados em pequeno numero. (Matthes, 38).

Um dos nossos pacientes com esplenomegalia apresentava ,deformação ossea (C. B., Obs. VI) ; entretanto, a sua idade sendo avançada, e o quadro hematico discordante, pudemos afastar o diagnostico da enfermidade de Albert-Schönberg.

KALA-AZAR: Pode determinar um augmento lento e continuo do baço, que chega a attingir um volume gigantesco, com hepatomegalia sempre pouco accentuada. Os outros symptomas autorizam-nos a afastar esta possivel causa. De facto, no inicio da affecção manifesta-se febre remittente, que se caracteriza por apresentar às vezes, uma dupla remissão diaria. O paciente emmagrece e tem tendencia às

hemorrhagias e aos derrames hydropicos. Verifica-se intensa leucopenia, que pode chegar até 1.000 globulos brancos.

Igualmente caracteristica é a pigmentação escura da cutis, dali o nome de "Kala-azar" dado á affecção, significando "doença negra" (Matthes, 38).

ESPLENOMEGALIA SIDEROTICA PRIMITIVA: TYPO GAMNA:-- Segundo Gamma existe "uma forma de esplenomegalia chronica que, nas suas manifestações clinicas, apparece como primitiva e tem uma evolução muito lenta, acompanhada de alguns symptomas, não constantes nem caracteristicos, dos quaes os principaes são: hemorrhagias gastro-intestinaes e uma tardia decadencia organica com anemia; o substracto anatomico-pathologico, resume-se na presença de alterações esclero-sideroticas numerosas e disseminadas de maneira diffusa na polpa esplenica". Estas alterações são desprovidas de um caracter especifico, porquanto ellas podem ser encontradas em diversas esplenomegalias chronicas (Di Guglielmo, 20). E' difficil o diagnostico da affecção, quando apenas se traduz pela esplenomegalia. Os nossos pacientes, ao lado do augmento do baço, apresentam ainda uma hepatomegalia, a qual soe apparecer nos estados mais avançados da molestia. Nenhum delles, porém, referiu as grandes hemorrhagias gastro-intestinaes, as quaes evidenciam frequentemente a molestia.

DIABETE BRONZEADA: Na hematochromatose, o figado não realiza de maneira completa a desintegração dos globulos vermelhos destruidos e nem os transforma em bilirubina, de modo que se forma um pigmento contendo ferro (hemosiderina), o qual se deposita nos tecidos. A consequencia desse deposito anormal de pigmento é a coloração parda caracteristica da pelle. O figado, o baço e tambem o panoreas, tornam-se cirrhoticos, talvez devido ao accumulo de hemosiderina nos seus parenchymas. Estabelece-se então uma syndrome, com o seguinte conjuncto symptomatico: coloração parda da pelle, enfarte esplenico, cirrhose hepatica e diabete. Este syndrome foi denominada "diabetes bronzeada" (Matthes, 38). Esse diagnostico não cabe nos nossos casos, pois não observamos os signaes da diabete bronzeada e, ainda mais, porque não encontramos glycose no exame de urina.

DIABETE: Nesta molestia, quando ha hyperplasia esplenica por grandes cellulas com lipoidemia, pode determinar o apparecimento do enfarte esplenico. Os outros symptomas que lhe são caracteristicos, assim como a negatividade da pesquisa de glycose na urina, nos permitem excluil-a no diagnostico dfferencial.

SCHISTOSOMOSE: Pode ser afastada, já pela procedencia dos nossos pacientes, que são todos do Estado de S. Paulo, já porque nos exames de fezes não conseguimos encontrar o schistosomo.

MAL DE WERLHOF: O baço pode estar augmentado em alguns casos, porém a ausencia de hemorragias cutaneas e mucosas, permitem afastar o diagnostico desta doença nos nossos casos.

Passamos assim em revista, nas linhas acima, as varias affecções que podem determinar um augmento do baço. Vimos que, apenas num caso (Observação X) pudemos apurar uma molestia capaz de provocar a esplenomegalia, caso esse sobre o qual devemos tecer ainda algumas considerações. Nos outros nove casos não conseguimos encontrar uma affecção, em cujo quadro clinico se enquadrasse toda a symptomatologia apresentada pelos nossos pacientes. Besta-nos ainda considerar mais uma causa:

A LEPROA: Os estudos histo-pathologicos, referidos na segunda parte do nosso trabalho, mostraram que o baço *e* invadido pelos bacillos de Hansen, sendo a sêde de processos especificos no evoluir da molestia. Nos nossos nove casos de controle anatomico, havia em todos elles lesões esplenicas com a presença de bacillos. Devido á lesão que se estabelece no seu parenchyma, o baço augmenta de volume e é essa a manifestação clinica indicativa da reacção do baço ao germen pathogenico. O exame macroscopico dos nossos casos revelava esse augmento do orgão.

O mal de Hansen pode, pois, provocar lesões esplenicas, as quaes se traduzem pela esplenomegalia, que pode attingir grandes proporções, como se constatou no paciente (Obser. XI), cujo baço foi extrahido cirurgicamente e no qual o exame histopathologico revelou unicamente o processo leproso.

Por outro lado, os exames de laboratorio, associados aos achados dos exames clinicos, permittiram excluir as outras affecções determinantes das esplenomegalias, ficando unicamente o mal de Hansen, de que os pacientes são portadores, como responsavel pelas mesmas.

Nas puncções do baço, realisadas em 10 dos nossos pacientes, conseguimos demonstrar os bacillos de Hansen em 7 casos. Pudemos, por esse exame, comprovar o diagnostico de esplenomegalia leprotica, que os dados anatomo-clinicos já nos tinham permittido fazer.

Resta-nos ainda considerar um dos achados clinicos: a hepatomegalia observada em todos os pacientes. Com baço, o ligado tem imtimas relações quer de natureza vascular, por intermedio do systema circulatorio da veia porta, quer de origem morphologica, pela presença do systema recticulo-endothelial em ambos os orgãos. As correlações physiologicas destes dois orgãos já são conhecidas, especialmente pela

actividade de armazenamento e elaboração de material sanguineo e por todos os processos cellulares metabolicos e defensivos. A solidariedade do baço e do ligado em pathologia, é a base de muitas syndromes clinicas, podendo-se affirmar que não existe um processo primitivo localisado no baço, que, cedo ou tarde, não tenha a sua repercussão hepatica, desenvolvida pelas vias circulatorias. Existem ainda certas affecções que, desde a sua primeira genese, têm um caracter francamente systematico no complexo cellular dos dois orgãos (Greppi, 24).

Esse é o caso da lepra que, pela sua electividade pelo systema recticulo-endothelial, compromette os dois orgãos, produzindo a hepato-esplenomegalia encontrada nos nossos pacientes.

E' o que se deduz dos nossos casos de autopsias, nos quaes sempre encontramos lesão especifica do figado.

O enfarcamento ganglionar notado nos nossos pacientes, bem accentuado num caso, é causado tambem pela lepra, cujos bacillos parecem se disseminar electivamente para os orgãos da linha hematopoiética (Jeanselme e outros. 26).

Vemos, pois, que á lepra podemos attribuir não só a esplenomegalia, como tambem o augmento do figado e o enfarcamento ganglionar, enquadrando, ella sosinha, toda a symptomatologia de cada caso. Comtudo, na esplenomegalia leprotica pode haver concomitancia da lepra com outra affecção; por essa razão, embora sejam demonstraveis os bacillos de Hansen no esfregaço do liquido obtido pela punção esplenica, deve-se fazer o diagnostico differencial com as outras affecções que podem determinar o augmento do orgão.

Num dos nossos casos (Obs. X), somente a lepra não pode ser responsabilizada pelo consideravel augmento do baço. O paciente referiu paludismo nos seus antecedentes, de modo que não podemos afastar essa causa. Do mesmo modo, não se pode pôr em duvida a participação da lepra na determinação desta esplenomegalia, não so pelo numero extraordinario de bacillos verificados nos esfregaços de punção esplenica, como tambem pelo facto della poder determinar grandes augmentos do baço, como se constata nas observações por nós apresentadas. Temos, nesse caso, duas determinantes do augmento do baço: paludismo e lepra.

Jeanselme (27) refere os casos dessa natureza, affirmando que uma hypertrophia muito pronunciada do baço nos hansenianos, deve ser attribuida ao paludismo. Fazemos notar que, dos nossos pacientes, apenas um, referia a malaria, do qual já fizemos os nossos comentarios. Os outros pacientes negavam o paludismo nos seus antecedentes e no exame dos esfregaços feitos após a injecção de adrenalina, não conseguimos encontrar hematozoarios.

Distribuindo as esplenomegalias observadas clinicamente, e os casos de exame anatomo-pathologico, em relação com a forma clinica dos pacientes, obtivemos o seguinte quadro:

<i>Forma clinica</i>	<i>Hyperesplenomegalia.</i> <i>— Observ. clin.</i>	<i>Augmento do baço</i> <i>nos casos de exame</i> <i>anat. pathol..</i>
Maculosa	0	0
Nervosa	0	0
Tuberosa	4	0
Mixta	7	7

Vemos, pois, que as hyperesplenomegalias so foram verificadas nas formas mixta e tuberosa, Os exames anatomo-pathologicos tambem foram concordantes, sendo o augmento do baço, observado só nos casos de lepra mixa.

Uma vez reconhecida a lepra como causa determinante dos nossos casos de esplenomegalia, podemos estabelecer o quadro clinico das "esplenomegalias leproticas", fazendo um apanhado geral das nossas observações.

Poucos, ou mesmo nulos, são os symptomas subjectivos, de modo que as esplenomegalias por nos observadas, foram achados casuaes do exame clinico. Apenas num caso o paciente nos procurou expontaneamente, devido á dôr que sentia no hypochondrio esquerdo. Ella deve ser interpretada como consequente, muito provavelmente, a uma dilatação rapida do baço; produzindo distensão dolorosa da capsula e do peritoneo que o envolve, pois a ausculta não revelou os attritos peculiares a periesplenite.

Os pacientes queixam-se, ás vezes, de uma sensação de peso no, epigastrio e no hypochondrio esquerdo. Esse disturbio é explicado pelo grande augmento do baço, chegando a comprimir o estomago determinando a sensação de repleição gastrica. Outro signal subjectivo que reconhece o mesmo mecanismo de compressão, é a prisão de ventre rebelde, a qual foi referida por um dos nossos pacientes (Obs. XI). Neste caso, a compressão do colon pelo baço, que impedia a marcha do bolo fecal, não pode ser posta em duvida, porquanto este disturbio desapareceu, após a esplenectomia a que foi submettida a paciente.

Reaffirmamos, pois, após essa resenha sobre os signaes subjectivos, que o interrogatorio dos pacientes com esplenomegalia leprotica resulta muitas vezes negativo, de modo que a anamnese fornece poucos informes indicativos da presença do grande tumor esplenico,

Os pacientes, em geral, não têm febre (nos nossos casos raramente a temperatura elevava-se acima de 37.° C.).

O exame do abdomen é que nos revela o extraordinario augmento do baço. Em alguns pacientes (como nas observações II, V, X e XI) a simples inspecção pode revelar o estado pathologico do baço, o qual produz o abahulamento do flanco esquerdo do abdomen. Entretanto, a palpação é o meio propedeutico que melhor permite estudar os caracteristicos da esplenomegalia. Reconhecido o baço pelas suas incisaras, constatamos que elle se apresenta com o seu bordo rombo, de consistencia augmentada e não doloroso na maioria dos casos. A sua superficie é sempre lisa e desprovida de irregularidade.

A ausculta em geral nada revela. Num dos nossos casos percebemos os attrictos caracteristicos da periesplenite. A esplenomegalia é mais encontradiça, com grande predominancia, nas formas mixta e tuberosa.

Juntamente com o augmento do baço, constata-se tambem uma ligeira hepafomegalia, de graus variaveis, a qual deve ser attribuida tambem ao compromettimento especifico do figado. (Este apresentava sempre lesões leprosas nos nossos casos necropsiados).

Dos exames de laboratorio, o unico que traz elementos comprovantes da natureza especifica do processo, é a pesquisa de bacillos no liquido obtido pela punção do baço.

Quanto ao quadro hematico, o numero total dos globulos vermelhos acha-se diminuido; assim, em todos os pacientes, observamos anemia, variando o numero das hematias entre 3 e 4 milhões por mm. cubico. Nos esfregaços do sangue peripherico não se encontram formas immaturas da serie vermelha.

Para o lado dos globulos brancos, devemos primeiramente fixar os seus valores quantitativos e qualitativos, que nos consideramos normaes. Segundo a escola de Ferrata (22), o numero normal dos leucocytyos varia de 5 a 3 mil por mm. cubico, falando-se em leucocytose, quando forem superiores a 10.000. Para a contagem especifica, adoptamos ainda as percentagens de Ferrata e de Chiarruggi (14), as quaes são concordantes: lymphocytes: 20 a 22 %; monocytos: 0 a 3 %; granulocytyos neutrophilos: 70 a 72 %; granulocytyos eosinophilos: 2 a 4 e granulocytyos basophilos, 0,5 a 1%.

Exposto o criterio que adoptamos, podemos afirmar que o numero dos leucocytyos é variavel, apresentando-se augmentados em certos casos e diminuidos em outros: assim em tres casos: leucocytose; em 2 casos: leucopenia, e em 4 casos, o numero de leucocytyos era normal. As modificações da formula leucocytaria fazem-se de preferencia para a lymphocytose e a eosinophilia.

Em relação á prova de Frey, na grande maioria cios cases ella

resulta positiva: assim em seis casos, observamos leucocytose e lymphocytose post-adrenalinica; em outros dois casos houve augmento menos pronunciado dos leucocytos, não havendo modificação da formula leucocytaria.

O exame comprovatorio da existencia de um processo especifico esplenico, é dado, como já dissemos, pela pesquisa dos bacillos nos esfregaços feitos com o liquido obtido pela punccção do baço. Nos nossos casos, demonstramos os bacillos em sete punccções. Interessante foi a nossa observação feita em dois pacientes (obs. 2 e 3) que punccionamos mais de uma vez: os bacillos foram demonstrados no esfregaços de primeira punccção, não tendo igual exito a segunda tentativa. Fizemos uma terceira punccção (obs. 2) e os bacillos eram numerosissimos. Com isso, julgamos que o resultado negativo de uma punccção do baço, não pode infirmar o diagnostico de esplenomegalia leprotica, devendo-se repetir varias vezes esse exame.

CONCLUSÕES

I

A lepra pode determinar um augmento consideravel do volume do baço.

II

Essa esplenomegalia foi observada unicamente nos pacientes de formas mixta e tuberosa.

III

As esplenomegalias leproticas produzem poucos disturbios subjectivos (phenomenos dolorosos e de compressão), que podem estar ausentes. São na grande maioria das vezes, achados occasionaes do exame physico, pelo qual se descobre o tumor esplenico, de bordo rombo, consistencia augmentada, superficie lisa, raramente doloroso á palpação.

IV

O resultado negativo, da pesquisa do bacilo de Hansen, no esfregaço do liquido obtido pela punccção do baço, não pode infirmar o diagnostico de um processo especifico desse orgão.

SUMMARY:

Observing in the Asylo Colonia Cocaes some patients with pronounced splenomegalia, the A. proposes to do a clinical study of these cases in order to see if leprosy could be responsible for this considerable increase of the spleen.

The observations of 11 patients with big splenomegalia, are reported in the first part of the work. Cases are documented with various laboratory tests: urine and sediment examinations; Wassermann and Icahn Reactions, blood picture, Frey's prove and splenic puncture.

The A. makes then the anatomico-pathologic study of the spleen leprosy, laying in 9 autopsies made in others patients that had not been observed clinically.

In the last chapter of the work the A. does the differential diagnostic of the esplenomegalic cases verified by him. Concerning by exclusion, and having for base the anatomico-pathologics givens, the A. assures that the observed esplenomegalia, confess their leptotic origin.

His conclusions are the followings:

1 — Leprosy can determine a considerable increase of the spleen.

2 — This esplenomegalia was only observed in patients of mixed and nodular forms.

3 — The leptotic esplenomegalia can produce some few subjectives disturbs (anything remarquable of painful and of compres- sure) that also can be absent. They are in the majority of the cases, occasional findings of the physical examination, by which we can reveal the splenic tumor, with flat border, increased thickness, smooth surface, seldom painful to touch.

4 — The negative result of the Hansen's bacillus examination, in the smears of the liquid obtained by the spleen punction cannot lessen the diagnostic of a specific process of this organ.

Janeiro de 1936, Versão M. G. S.

ZUSAMMENFASSUNG :

Ich beobachtete bei den Kranken des Asylo Colonia Cocaes, einige mit starke Esplenomegalien, der Vert schliigt vor eine klinische Arbeit dieser Fallen zu machen, um zu sehen ob der Aussatz die Verantwortlichkeit diesel auffalende der Volumvergrösserung der Milz sei.

Die Ergebnissen von 11 Patieten mit grossen Esplenomegalien linden sich in dera ersten Teil dieser Arbeit. Die Fallen sind bewiesen mit verschiedenen Laboratorium Versuche: Fiara un Hefen Examen. Rahn and Wassermannsche Reaktion, Blutbildung, mil Versuche der Frey and Esplenische Punction.

Danach machie der Verf. die Beobachtung pathologische Anatomie der Milzlepra, gestützt an 9 Sektionen angewendet bei anderen Patienten die nicht in clinischer Beobachtung waren.

In dem letzten Abschnitt seiner Arbeit führt er die differentialdiagnose des Esplenomegalien Fällen durch ihn Untersuchten. Hergestammt durch Ausschliessung and vorgenommen an den pathologische Anatomie bestätigt der Verf. das die grossen Esplenomegalien erkennen eine leprose Abstammung.

Sein Abschluss ist folgender:

1 — Der Aussatz bezeichnet eine erhebliche Vermehrung der Milzmasse.

2 — Diese Esplenomegalie wurde nur bei den Patienten mit Tuberkulösen and gemischte Form beobachtet.

3 — Die leprösen Esplenomegalien veranlassen wenigen subjectiv Störungen (Schmerzhaften Erscheinungen mit Zuzammendrückung) die auch ausfallen können. Sind bei der Mehrzahl gelegentlich gefunden worden der physische Exam, durch welche man der Esplenische Geschwulst der stumpfte Rand entdeckt. Vermehrte Konsistenz, die Oberfläche glatt, selten schmerzhaft bei Beführung.

4 — Die negative resultat, der Nachforschung des Hansenbazillen, mit der Reibung der Flussigkeit der Milz erhalten durch die Punktion kann man nicht die Diagnostic von einen specifischen Process dieses Organs unkräftigen.

São Paulo, Janeiro de 1936 — Versão de N. M.

BIBLIOGRAPHIA

- 1—ANNES DIAS — Mal de Banti. "Licções de clinica medica", pag. 117 Livraria do Globo — Porto Alegre — 1932.
- 2—ASU'A F. G. "Elementos da hematologia" —Javier Morata, editor. — Madrid, 1932.
- 3—BARLARO P. M. — Lecciones de Patologia medica. Enfermedades de la sangre. — Editor, C. A. D. O. M. — Buenos Aires, 1931.
- 4—BESNIER, BROCCO e JACQUET — Visceres (lèpre). — "La pratique dermatologique" — Masson et Cie., Edit. — Paris, 1902, pag. 41.
- 5—BOINET — Recheches anatomo-pathologiques sur la lépre. — "Marseille-medical", pag. 822 — 25 de Junho 1927.
- 6—BORZONE A. R. — Inmunidad hystogena y syndromes pluri-glandulares en lépre. — "Rev. Sud-amer. de endocrin.", pag. 293 — 15-5-1932.
- 7—BROCK — Lépre — "Precis-Atlas de Pratique dermatologique", pag. 416. — Gaston Doin, edit. — Paris, 1921.
- 8—BUEN S. e SAMPELAYO J. H. — "Formas de la lépra" — La lepra — Madrid, Calpe — 1923.
- 9—BURNET E. — La Lépre. — Edit. Flammarion — 1932.
- 10—BUSINCO A. — Su le cause di morti nella lepra. "Pathologica", pag. 545 — 15-10-1935.
- 11—CARDARELLI — Il morbo di Banti — "Lezioni scelte di clinica medica" — Vol. I—Napoli — 1921.

- 12— CARDARELLI — Iperesplenomegalia malarica — "Lezioni see:- te di clinica medica" — Vol. 4.°, pag. 233.
- 13— CERRUTI — Mieloma multiplo — These de doutoramento — 1928
- 14—CHIARUGI G. - "Istituzioni di anatomia dell'uomo" — Soc. Editrice Libreria — Milano — 1926.
- 15—COCHRANE R. — Lesions in leprosy — "Leprosy", pag. 7, 2 edição.
- 16—DARIER .L — Comptc rendu des travaux de la Conf. Internat, de lépre — Bertin, 1897 — Anatomie pathologique. — "Ann. Der— mat. et syph. 1897, pag.1.153.
- 17—DARIER J. - La lépre a la période contemporaine. — "Pressemed"., pag. 221 — 7-2-1934.
- 18—DARIER J. — "Compendio de Dermatologia" — Salvat Edit.— Barcelona, 1928.
- 19 — DESAUX A. e BOUTELIER — La lépre — "Manuel pratique de dermatologie", 2.° vol., pag. 647 — Masson Et Cie., Edit.— 1932.
- 20— DI GUGLIELMO — Trat. It. di Med. Int., pag. 918. 1.° vol. — Societá Editrice Libreria — Milão, 1931.
- 21— DOUTRELEPONT e WOLTERS — Beitrag sur visceralen Lépra."Arch. f. Dermat. u. syph. t. XXXIV, pag. 56. Abstr. Ann. Derm, et syph. — 1897, pag. 685.
- 22—FERRATA A. — "Le emopatie" — 2.° vol. — Soc. Edit. Libreria Milão, 1934.
- 23—GLEY E. — "Traité elementaire de physiologic" — Edit. J. B. Bailliére et Fils — Paris, 1925.
- 24—GREPPI "La emopatie" de Ferrata, 2." vol. pag. 430. — Soc. Edit. Libreria. — Milão, 1934.
- 25 —HIRSCHFELD - FONTANA — "Malattie del sangue" - Casa Edit. Vallardi — Milano, 1928.
- 26 — JEANSELME, M, BLOCH, P. BLUM e J. HUTINEL — Remarques anatomo-pathologiques au sujet de deux autopsies de lepreux III Conf. Int. de la lépra. — Edit. J. B. Bailiére e Fils — Paris, 1924.
- 27—JEANSELME — Localisation viscerales; Rate' "Lepra", pag. 456 — Edit., Doin — Paris, 1934.
- 28—JOSEPH M, — Ueber viscerele Lepra" — Archiv für Dermat. and syphilis, 1898, pag. 359. — Abstr. Ann. Derm et syph. — 1899, pag. 94.
- 29—KAUFFMANN E. — Trattato di anatomia patologica speciale — pag. 162 e 639 — Edit. Vallardi — Milão. 1915.
- 30—KENSUKI MITSUDA — Destinée du bacille lépreux dans les tubercules lépreux. — III Conf. Int. de la lépre, pag. 156 — Edit. J. B. Bailliére et Fils — Paris — 1924.
- 31—KOBAYASHI W. — "Ueber die viscerele Lepra" — Monographiae Actorum Dermatologicorum — Outubro de 1929, Japão.
- 32—LELOIR H. — Traité pratique et théorique de la legre — Edit. Delahaye et Lecrosnier — Paris, 1886.
- 33—LOURENÇO JORGEEsplenotromboflebite — pag. 289. —"Med. Cir. Farm., — Few 1935.
- 34—MAC LOOD J. M. — A brief survey. on the present state of our knowledge of the bacteriology and pathological "anatomy of leprosy. — "Lepra", 2.° vol., 1910, peg. 309.

- 35— MANSON - Leprosy — "Tropical Disc-ases" - W. Wood —New York — 1919.
- 36—MABCHOUX — Marche de l'infestation lèpreuse et evolution de la lèpre — III Confer. Intern. de la lèpre — Editor — J. B. Bailliére et Fils. — Paris, 1924.
- 37— MARKIANOS J. — La bacillemie et la fièvre lepreuse. — "Ann.
- 38— MATTHES, M. — "Diagnostico diferencial de las enfermedades Dermat. et syphil." — 1993, pag. 221.
des internas" — Edit. Labor. — Barcelona, 1932.
- 39 — MEIROWSKY e PINKUS — Sifilis do baço — "La Sifitis" — Edit. Labor S. A. - Barcelona, 1929.
- 40— ROCHA VAZ — Baço e colesterogenese — "Pubic, Medicas", n.7 — Fevereiro 1935, pag. 3.
- 41—RODRIGUES DE SOUZA A. — Contribuição para o estudo clinico da esplenomegalia teprotica" — Rev. de Leprologia de S. Paulo — Margo, 1935, pag. 37.
- 42— ROGER e ERNEST MUIR — "Leprosy" - J. Wrigh — Bristol 1825.
- 43— ROMEIRO V. — Semiologia Medica — Livraria Francisco Alves — São Paulo, 1927.
- 44—RONGA C. — "La tebbra" — Padova — 1928.
- 45—SCHAEFFER .J — Visceralenkrankungen bei Leprösen — "Lepra" — 1901 — pag. 65.
- 46—SAUTOM D. — Bacteriologie et lésions anatomiques. — "La lèprose", pag. 178 Masson e Cie., Edit. — Paris, 1901,
- 47—SCHRIDDE H. — Órganos hematopoyeticos. — "Tratado de anatomia patológica" — L. Aschoff. - Tomo II - Edit. Labor. 1934.
- 48—SILVESTRINI — Patologia e chirurgia della milza — Edit. Capelli — Bologna — 1934.
- 49—SOKOLOWSKY — Beitrag sur pathologischen Anatomic der Lepra. — Virchow's. Archiv. Bd 159, pag. 3 — Abstr. Lepra 1-901, pag. 51.
- 50—SOUGAI T. — La lèpre viscerale — Journ. Japon. de dermatol. — Fey. 1911, vol. 9, pag. 187. — Abstr. "Lépra. — Bibliotheca internationalis", vol. XII, 1812,
- 51—STEIN A. A. — Sur morphologie de viscerallepra — "Archiv fur Dermatologie and syphilis" — pag. 450, 158 — Band. 2 Heft, 1929.
- 52—TISSEUILL -- Splenomegalies sub-aigues de la lèpre — "Bull. de la Soc. de Path. Exotique" — XII - XI — 1930. pag. 911.

CALCIOPAN

= GOTTAS =

FORMULA:

Cada 40 gotas (dose para adultos) contem:

Clorureto de calcio	0,40	centigr.
Lacto-phosphato de calcio	0,27	centigr.
Arseniato de sodio	0,0007	decimil.
Extrato de glandulas tyroide	0,017	decimil.
Extrato de boço	0,50	milligr.
Glicerina	q.s.p.	centigr.
Vanilina	q.s.p.	arom.
Agua distillada	q.s.p.	XL gotas

SOC. DE PROD. PHARMACEUTICOS

PAN L^{TD}A

TELEPHONE: 2-7433

CAIXA POST. 1874

