

1298

190

BREVES CONSIDERAÇÕES
SOBRE FILARIOSE
do SANGUE e da LYMPHA
(A proposito d'um caso clinico)

132/8 ENC

Antonio Francisco da Conceição

N.º 8

Breves considerações
sobre filariose
do sangue e da lymphá
(A proposito d'um caso clinico)

DISSERTAÇÃO INAUGURAL

APRESENTADA Á

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

Porto — Typ. do "Porto Medico,"
Praça da Batalha, 12-a — 1907

138/8 ENC

ESCOLA MEDICO-CIRURGICA DO PORTO

DIRECTOR

ANTONIO JOAQUIM DE MORAES CALDAS

SECRETARIO

THIAGO AUGUSTO D'ALMEIDA

Lentes Cathedaticos

- | | |
|--|--------------------------------------|
| 1. ^a Cadeira—Anatomia descriptiva geral | Luiz de Freitas Viegas. |
| 2. ^a Cadeira—Physiologia | Antonio Placido da Costa. |
| 3. ^a Cadeira—Historia natural dos medicamentos e materia medica | Ilidio Ayres Pereira do Valle. |
| 4. ^a Cadeira—Pathologia externa e therapeutica externa | Carlos Alberto de Lima. |
| 5. ^a Cadeira—Medicina operatoria | Antonio Joaquim de Souza Junior. |
| 6. ^a Cadeira—Partos, doencas das mulheres de parto e dos recém-nascidos | Candido Augusto Corrêa de Pinho. |
| 7. ^a Cadeira—Pathologia interna e therapeutica interna | José Dias d'Almeida Junior. |
| 8. ^a Cadeira—Clinica medica . . . | Antonio d'Azevedo Maia. |
| 9. ^a Cadeira—Clinica cirurgica . . | Roberto Bellarmino do Rosario Frias. |
| 10. ^a Cadeira—Anatomia pathologica | Augusto Henrique d'Almeida Brandão. |
| 11. ^a Cadeira—Medicina legal . . . | Maximiano Augusto d'Oliveira Lemos |
| 12. ^a Cadeira—Pathologia geral, semiologia e historia medica | Alberto Pereira Pinto d'Aguiar. |
| 13. ^a Cadeira—Hygiene | João Lopes da Silva Martins Junior |
| 14. ^a Cadeira—Histologia e physiologia geral | José Alfredo Mendes de Magalhães. |
| 15. ^a Cadeira—Anatomia topographica | Joaquim Alberto Pires de Lima. |

Lentes jubitados

- | | |
|----------------------------|---|
| Secção medica | José d'Andrade Gramaxo. |
| Secção cirurgica | { Pedro Augusto Dias.
Agostinho Antonio do Souto.
Antonio Joaquim de Moraes Caldas. |

Lentes substitutos

- | | |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Secção medica | { Thiago Augusto d'Almeida.
Vaga. |
| Secção cirurgica | Vaga. |

Lente demonstrador

- | | |
|----------------------------|-------|
| Secção cirurgica | Vaga. |
|----------------------------|-------|

A Escola não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação e enunciadas nas proposições.

(Regulamento da Escola, de 23 d'abril de 1840, artigo 155.º)

À saudosa memoria

de meu Pae

A minha Mãe

Aos meus irmãos

Manoel

Simão

Alfredo

Ao meu Ex.^{mo} Amigo

Conselheiro Abbade Manoel d'Oliveira Costa

Aos meus queridos amigos

Dr. Adriano Brandão de Vasconcellos

Dr. Angelo Pereira de Miranda

Aos meus companheiros de **Republica.**

Aos meus condiscipulos

E em especial a

Adolpho Pinto Leite

José Pinto Machado Torres

Alvaro da Cunha Ferreira Leite

Antonio Augusto Peixoto Osorio Sarmento e Castro

Manoel Joaquim Esteves

Antonio Pereira Ramalho

Gabriel Antonio Cavalleiro

Alfredo d'Oliveira e Pousa Peixoto

Aos meus amigos

e em especial

Aos meus colegas do Ultramar

Ao meu presidente de These

III.mo e Ex.mo Snr.

Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima

DUAS PALAVRAS

De todas as difficuldades que se me depararam ao iniciar o meu quinto anno medico, surgiram-me como as maiores o escolher um assumpto para a minha dissertação inaugural, e tratá-lo.

E no emtanto, eu tinha de decidir-me urgentemente, porque assim m'o impunham as leis militares a que estou sujeito e as leis civis ou escolares

Contra a lei escolar que me obriga a apresentar um trabalho escripto como ultima prova do meu curso, lavro aqui o meu protesto.

E faço-o, porque, em minha consciencia, entendo que do cumprimento d'esta obrigação legal nada resulta, por via de regra, de honra ou proveito, nem para a Sciencia, nem para a Humanidade, nem para a Escola a que taes trabalhos são submettidos.

Como prova de apreciação da idoneidade de quem o apresenta para exercer a profissão medica, afigura-

se-me que o seu valor é ainda desprezavel, porque nenhuma outra pode ser mais falsificada.

Quem com a instituição these apenas aproveita é o typographo, mas como tal proveito não basta para justificar os sacrificios e os prejuizos de toda a ordem que tal instituição nos acarreta, faço aqui votos para que, em breve, e para sempre, desapareça da nossa legislação escolar a disposição obrigatoria das theses.

Submettendo-me, porem, á dura lei, passo a apresentar o meu trabalho.

A escolha do assumpto foi quasi casualmente feita, quando me distribuiram um doente portador de hematochyluria e que eu suspeitei immediatamente atacado de filariose, diagnostico que, em breve, foi confirmado pelo Ex.^{mo} professor Aguiar que, obsequiosamente, me fez as primeiras colleitas de sangue e investigações das micro-filarias.

Acolhi-o com uma certa sympathia, já porque vinha tirar-me do embaraço que sentia na escolha de assumpto, já porque, tratando-se d'uma doença dos paizes quentes e tendo eu de exercer a minha actividade n'estes paizes, era uma doença tropical que ficava a conhecer e que me não seria sem proveito na minha vida futura.

Tratei-o como pude, não tendo de maneira nenhuma a pretensão de ser completo, nem, muito menos, primoroso.

O meu trabalho não é, claro, original.—Para a sua elaboração, servi-me de varios livros e jornaes que pude haver á mão e, principalmente, dos tratados de doenças tropicaes de Patrick Manson e A. le Dantec, e d'um trabalho do Instituto de medicina colonial de Paris de Raymond Penel, sobre as filarias do sangue do homem. Apenas de longe a longe poderá apparecer qualquer deducção, apreciação ou interpretação que seja propriamente minha.

Conforme o titulo escolhido para a minha dissertação, eu limitei as minhas considerações á filaria de Bancroft e sua micro-filaria, deixando em quasi absoluto abandono tanto as outras filarias, como as filariozes que algumas, porventura, determinem. Assim tinha de ser para não fazer, em vez d'uma these, um tratado.

Depois de algumas considerações geraes, muitissimo ligeiras, sobre filarias do sangue, eu descrevi a especie de que tratava o meu caso clinico, tanto na sua forma embryonaria, como adulta. Tratei em seguida do facto notabilissimo da sua periodicidade e da sua evolução no organismo do mosquito.

Referindo-me depois á pathologia, e explicando pela forma corrente a pathogenia das manifestações filaricas, eu pretendi mostrar n'esta parte do meu trabalho, por ventura a mais interessante, que todas as manifestações filaricas *constituem uma mesma unidade pathologica e que ellas não são especificas da filariose.*

Descrevi em seguida cada uma das principaes manifestações filaricas e terminei por apresentar algumas considerações sobre prognostico da filariose nos paizes tropicaes e nos paizes temperados e outras sobre a therapeutica geral da filariose. N'uma ultima parte, apresento a minha observação.

Pareceu-me que este era um rasoavel plano de these.

Aos Ex.^{mos} professores Dr. Alberto d'Aguiar, que me fez as primeiras investigações das micro-filarias e me cedeu varios elementos de estudo e Dr. Souza Junior, que egualmente me cedeu elementos de estudo e me suggeriu a ideia da applicação do atoxil ao tratamento da filariose e m'o forneceu, em parte, deixo aqui patenteada a expressão bem nitida do meu reconhecimento.

CONSIDERAÇÕES GERAES

A. Le Dantec define filariose o habitat do organismo do homem ou do animal por parasitas chamados filarias.

E, relativamente ao homem, conforme a séde occupada pelo parasita, considera tres especies de filarioses: filariose do sangue e da lymphá; filariose do tecido cellular sub-cutaneo e filariose do olho.

Os seus agentes productores são, respectivamente, a filaria de Bancroft, a filaria de Medina e a filaria Loa.

Comtudo, geralmente, a palavra filariose serve apenas para designar as desordens causadas, no organismo humano, pela filaria de Bancroft ou pelo seu embrião, (filaria sanguinis hominis).

Será assim tambem que a estudaremos, deixando completamente de lado, tanto as descripções das outras

especies de filarias, como as desordens a que ellas possam dar origem.

Apenas, para dar ideia dos conhecimentos adquiridos sobre este importante ramo de parasitologia tropical, reproduziremos um quadro de Raymond Penel, tirado do seu importante trabalho sobre as *Filaires du sang de l'homme*, em que este auctor apresenta, como filarias do sangue do homem, as seguintes especies, actualmente conhecidas:

Forma adulta	Forma embryonaria
F. Bancrofti	F. Nocturna
F. Loa	F. Diurna
F. Perstans	F. Perstans
F. Demarquayi	F. Demarquayi
F. Ozzardi	F. Ozzardi
F. Magalhaesi	—
F. Volvulus	—
—	F. Gigas
—	F. Povelli

Le Dantec propõe que, para evitar confusões, se dê ás formas embryonarias das filarias o nome de micro-filarias, reservando-se a palavra filaria para designar o verme adulto.

De accordo com estas designações e referindo-nos ao quadro de Penel, diremos, pondo de parte as duvidas que alguns auctores teem ainda sobre se a filaria Loa representa a forma adulta da micro-filaria diurna,

que não são ainda conhecidas as micro-filarias correspondentes ás filarias Magalhaesi e Volvulus, bem como não são conhecidas as adultas correspondentes ás micro-filarias Gigas e Povelli.

Nem todas estas especies de filarias representam papel pathologico importante. De todas, são a filaria de Bancroft e a sua micro-filaria que teem para o organismo humano maior nocividade; relativamente ás outras, apenas a filaria Loa é productora da filariose do olho e a filaria perstans tem sido considerada como productora d'uma das formas do crawl-crawl, tendo todas as restantes um papel pathologico insignificante, ou pelo menos desconhecido: ou são inoffensivas, ou o organismo tem para ellas uma grande tolerancia.

Limitaremos por aqui as nossas considerações geraes sobre as filarias do sangue, isto é, sobre as filarias que, vivendo em qualquer parte do organismo, mandam os seus embryões para a circulação sanguinea e passaremos á descripção da unica que temos em vista — a filaria de Bancroft e seu embryão.

II

FILARIA DE BANCROFT

Forma embryonaria—micro-filaria nocturna—A forma embryonaria da filaria de Bancroft foi descoberta em 1863, por Demarquay, no liquido d'um hydrocele. Mais tarde, em 1866, Wucherer, na Bahia, fez a mesma constatação, na urina d'um doente attingido de hemato-chyluria.

Varios observadores fizeram, posteriormente, observações analogas; mas foi em 1872 que Lewis a encontrou, pela primeira vez, no sangue humano, fazendo a observação no sangue d'um diarrheico, em Calcuttá e lhe deu o nome de «filaria sanguinis hominis».

Manson propõe para ella a designação de «filaria nocturna», para recordar a curiosa particularidade que tem este parasita de só apparecer no sangue superficial,

durante a noite, ou pelo menos de apparecer então em muito maior abundancia.

O seu dominio geographico é enorme e pode dizer-se, d'um modo geral, que ella se estende a todas as regiões intertropicaes. Pode dar-se d'ella a descripção geral seguinte: é um pequeno organismo vermicular, transparente, incolor, arredondado n'uma extremidade, afilado na outra, constituido por um cylindro musculo-cutaneo finamente estriado, no interior do qual existe uma columna de cellulas, simples ou dupla. A sua transparencia é interrompida em sitios, principalmente na parte posterior do terço medio do parasita e junto á sua extremidade posterior, por manchas que, na opinião de varios auctores, representam órgãos em via de desenvolvimento, (rudimentos do apparelho vasculo-urinario, ou do apparelho genital e anus). É envolvida por uma bainha extremamente delicada e que se não adapta inteiramente ao corpo do animal, podendo este deslocar-se dentro d'ella.

Observando-a com grande ampliação, quando os seus movimentos tenham cessado quasi completamente, verifica-se que a cabeça é envolvida por uma especie de prepucio retractil, com seis franjas, e que da sua extremidade anterior parte um filamento alongado animado de movimentos continuos de propulsão e retracção. As suas dimensões medias são de 300 micras de comprimento por 8 de espessura.

Formas adultas—As formas adultas vivem, em numero variavel, no organismo humano; mas sempre, parece, em relação com o systema lymphatico. O seu numero, devendo ser proporcional ao das formas embryonarias existentes em cada doente, pode elevar-se, n'alguns casos, a centenas.

Estes vermes não são immoveis, durante toda a sua vida, no organismo do individuo seu portodor: «circulão durante um certo tempo nos espaços lymphaticos sub-cutaneos, depois nos vasos lymphaticos, talvez mesmo na circulação sanguinea, como suppõe Moty; ahi fecundar-se-hão; só mais tarde se fixarão isolados, ou em grupos, em um ponto onde serão immobilisados, em consequencia ás vezes mesmo das proprias lesões que determinaram.» (Raymond Penel).

São vermes branco-opalinos, filiformes, de espessura sensivelmente igual em todo o seu comprimento, e apenas attenuada nas extremidades. São providos d'uma cuticula lisa e uniforme. O macho é menor que a femea; tem um comprimento de 3 a 5 centimetros, por uma espessura de 0,^{mm}12, enquanto esta tem 7 a 15 centimetros por uma espessura media de 0,^{mm}185.

O aparelho genital da femea é composto de uma vulva, situada immediatamente atraz do pescoço, vagina que lhe faz continuação e dois uteros tubulares, ligados a esta por uma abertura unica e terminando em cæcum junto á extremidade caudal. Offerecem, em ambos os

sexos, varios outros detalhes de estructura, que são, pela maior parte, communs a todos os vermes e que nos abtemos, por isso, de mencionar.

III

PERIODICIDADE DA FILARIA

A mais curiosa particularidade da vida da microfilaria nocturna é a sua apparição periodica nos vasos superficiaes. Com effeito, se nós examinarmos preparações de sangue de individuos filariosados, colhido ás differentes horas do dia e da noite, observamos que, nas condições ordinarias da vida, o parasita não apparece durante o dia, ou apparece então em muito pequena quantidade para apparecer, pelo contrario, durante a noite, em muito notavel predominio.

A apparição do parasita começa a fazer-se sentir das cinco ou seis horas da tarde, augmenta progressivamente até á meia noite, hora a que attinge o seu maximo, e a sua quantidade diminue depois, progressivamente, até ás oito ou nove horas da manhã, hora a que geralmente tem desaparecido por completo, se-

gundo a maior parte dos auctores. Comtudo, na observação que última este trabalho, encontramos, por varias vezes, o parasita a differentes horas do dia, embora em quantidade relativamente insignificante.

Como explicar esta tão singular e curiosa periodicidade? Ella é absolutamente independente dos differentes factores objectivos que façamos actuar sobre os doentes; e assim, nem as modificações de pressão atmospherica, nem as de temperatura, nem as de luz ou obscuridade podem modifical-a. Observando mesmo o que se passa no proprio individuo, nós vemos que ella mantem a mesma independencia relativamente ás horas das refeições, ás variações do pulso e ás variações da temperatura physiologica. (Penel). Mas as variações das horas do somno ou vigilia podem modifical-a.

Mackenzie e, depois d'elle, Manson, Dutton, Annet, e varios outros poderam, com effeito, verificar que, se invertermos as horas do somno a um individuo filariosado, fazendo-o dormir de dia e não de noite, observamos que, depois de tres ou quatro dias em que a periodicidade deixa de existir, esta se encontra perfeitamente invertida: a micro-filaria apparece no seu maximo, durante o dia e desaparece de noite. Parece, pois, existir uma estreita relação entre as horas do somno e a apparição da micro-filaria nos vasos superficiaes.

Para explicar esta apparição periodica das micro-

filarias, teem sido apresentadas varias hypotheses, que vamos apresentar, tiradas dos trabalhos de R. Penel.

Carter suppõe que o facto derivaria de que as micro-filarias provinham do chylo que se segue á absorpção dos alimentos. Esta hypothese, porem, não resiste á mais superficial analyse. Como explicar, pois, segundo ella, que as micro-filarias não sejam arrastadas pelo chylo que se segue ás refeições da manhã e do meio-dia?

Myers apresentou outra hypothese que igualmente não resiste á critica: segundo elle, as micro-filarias appareceriam periodicamente, porque o seu adultolhes daria origem apenas á tarde; ellas viveriam apenas algumas horas, morreriam e seriam absorvidas de manhã. Myers foi levado a esta hypothese por lhe ter parecido que, nas preparações de sangue colhido de manhã, a vitalidade das micro-filarias era menor e os seus movimentos menos vivos.

Esta hypothese, porem, além de exigir da parte da filaria de Bancroft uma fecundidade verdadeiramente unica, nada nos diz sobre o destino dos cadaveres das micro-filarias e ellas ou seus destroços deveriam ter sido encontradas no sangue, de manhã, o que nunca se verificou.

Demais, em virtude de que circumstancia morreriam as micro-filarias no sangue, seu meio habitual, se ellas, em preparações e em condições bem mais le-

thaes, em meios mesmo que lhe são, positivamente, mais hostis, resistem durante muitas horas, varios dias mesmo?

Não devem, pois, morrer. Mas qual será o seu destino? Alguma coisa nos diz sobre isto Manson.

Elle teve, com effeito, occasião de verificar, na autopsia do cadaver d'um individuo filarioso, que se tinha suicidado, ingerindo acido cyanhydrico, ás oito horas e meia da manhã, hora a que as micro-filarias teem habitualmente desapparecido da circulação peripherica, que varios órgãos profundos e especialmente as grandes arterias e pulmões, continham quantidades enormes d'estes parasitas. Manson concluiu, muito logicamente, embora não se comprehenda bem como organismos tão delicados podem manter a sua posição na corrente sanguinea dos grandes troncos arteriaes, que estes e os pulmões, principalmente, devem ser o habitat, durante o dia, das micro-filarias nocturnas; e os varios auctores parecem dispostos a acceitar esta affirmção.

Um pouco mais seductora parece-nos a hypothese de Scheube, segundo a qual as micro-filarias não passariam ás correntes lymphaticas e sanguinea, durante o dia, porque então o calibre dos seus capillares se encontraria notavelmente reduzido, em consequencia da actividade digestiva e da contracção muscular e,

como estas causas não exercem a sua acção durante a noite, dar-se-ha então a passagem.

Comtudo, se esta hypothese nos explica, até certo ponto, a apparição periodica das micro-filarias, durante a noite, não nos explica satisfatoriamente a sua des-apparição, durante o dia. Ella é, pois, pelo menos, parcial.

Do que fica dito, resulta que nenhuma das hypotheses apresentadas explica completamente a apparição periodica das micro-filarias no sangue superficial; mas fica a existencia d'uma certa relação de dependencia entre esta apparição periodica e as horas do somno, embora essa dependencia não seja immediata.

Com effeito, nós vemos que as micro-filarias comecem a apparecer no sangue superficial, ás cinco ou seis horas da tarde, isto é, muito antes da hora habitual do somno e, pelo contrario, o seu numero começa a diminuir pela uma hora da manhã, precisamente quando o somno é, habitualmente, mais profundo.

Não é, pois, no facto do somno que deve procurar-se a explicação da periodicidade; mas antes nas condições organicas, chemicas ou outras, que o preparam e o determinam. (Martimer-Granville).

Infelizmente, na hora actual dos nossos conhecimentos, o estudo da chimica biologica e de todas as condições somaticas não é ainda tão completo, que nos permitta explicar satisfatoriamente este interessantissimo

phenomeno; mas quer parecer-nos que investigações ulteriores, dirigidas n'este sentido, nos trarão a chave do problema. D'esta esperança, formulada por Raymond Penel, participo eu tambem completamente.

Provado como ficou precedentemente, pelas investigações de Manson, que as micro-filarias não morrem todas, systematicamente, depois d'uma vida d'algumas horas apenas e, visto que ellas não evolucionam no organismo humano, pois encontram-se n'elle sempre no mesmo estado em que podemos vê-las no utero do seu adulto, em que meio evolucionarão por forma a prolongar a especie?

IV

EVOLUÇÃO

Foi Bancroft que primeiro formulou a hypothese de que o mosquito deveria ser o agente intermediario d'esta filaria do sangue, mas é a Manson que pertence a honra de primeiro ter realisado experiencias que permittiram a esta hypothese transformar-se n'um facto scientifico averiguado.

Manson, com effeito, verificou, examinando as femeas de varias especies de mosquitos, pertencentes ao genero *Culex*, ⁽¹⁾ os seguintes factos que transformam a

(1) Nota. Segundo Blanchard, as especies de mosquitos capazes de servir de agentes intermediarios da filaria, são as seguintes: *Culex-ciliaris*, *Culex fatigans*, *Stegomyia calopus*, *Mizomyia Roni*, *Pyretophorus costalis*, *Nissorhynchus Albimanus*, *Nissorhynchus varins nigerrinus*, *Mansonia uniformis*, *Mansonia pseudotilillans*.

hypothese de Bancroft n'uma verdade scientifica indiscutivel:

Examinando o estomago d'estes mosquitos, immediatamente depois da ingestão de sangue de individuos portadores de filarias, viu que este sangue continha filarias vivas e, facto notavel, continha mesmo tres a quatro vezes mais que igual quantidade no organismo do individuo d'onde proveio, como se a trompa do mosquito exercesse para ellas uma especie de attracção ou ellas obedecessem a um instincto especial.

Fazendo identico exame, em horas successivas, viu que, ao passo que o sangue vai perdendo a sua hemoglobina e espessando-se, sem se coagular, adquirindo uma certa viscosidade que lhe permite adherir ás bainhas das micro-filarias, estas, por sua vez, dentro do involucro, activam os seus movimentos, deslocam-se, batendo alternativamente contra o fundo de sacco cephalico e caudal d'esta bainha, como que n'uma ancia de libertação, que attingem finalmente. Saidas d'estas bainhas, que lhes constituiam uma especie de prisão, ellas modificam ainda o character dos seus movimentos: podem agora executar movimentos de locomoção, por meio dos quaes e ainda á custa da sua armadura cephalica, conseguem atravessar a parede estomacal do insecto e caminhar atravez dos seus tecidos. Procedendo ainda a minuciosas e pacientes disseccões, o admiravel experimentador pôde observar estes movimentos e ao

mesmo tempo viu que o organismo do parasita era séde d'uma serie de transformações: apparecem os rudimentos d'uma bocca, d'um tubo digestivo, a extremidade anterior afile-se em cone, a extremidade posterior, egualmente afilada e arredondada, apresenta uma formação trilobada particular, o animal augmenta de volume, espessando-se e alongando-se e assim, por uma serie de transformações e aperfeiçoamentos successivos, consegue tornar-se um organismo, que não é senão a filaria de Bancroft, em miniatura. A filaria deixa então o thorax; na sua maior parte dirige-se para o prothorax e pescoço, penetra na cabeça e base da trompa do insecto, onde espera o momento da sua escapada definitiva e apenas uma pequena parte se dirige para o abdomen, para os tecidos que cercam o estomago.

Como se faz a passagem das larvas da filaria do organismo do insecto para o organismo humano, é ponto que não está ainda definitivamente averiguado.

Alguns auctores, e foi esta a primeira opinião de Manson, teem supposto que o insecto iria depol-as na agua, d'onde depois seriam levadas, por ingestão, para o homem; outros, ao lado dos quaes Manson posteriormente se inscreveu, sem renunciar á sua primeira hypothese d'um modo absoluto, suppõem que o insecto irá inoculal-as directamente no homem, na occasião em que procura n'este o seu alimento.

Em todo o caso, quer a transformação se faça por

um, quer por outro processo, quer por ambos, o que pode afirmar-se como certo, é que a phase intermedia-ria da filaria se passa no organismo do mosquito.

Lançando uma rapida vista para o que fica dito sobre a vida d'estas filarias, pode assim resumir-se o seu cyclor de evolução: a filaria de Bancroft vive, no estado adulto, nos vasos lymphaticos do homem; destaca embryões que se espalham na circulação sanguinea e que são trazidos, durante a noite, aos vasos superficiaes e d'ahi levados pelo mosquito, quando procura n'estes o seu alimento. No organismo do insecto, soffre transformações, até attingir o estado larvar e passa depois, por um mecanismo mal conhecido ainda, novamente para o organismo do homem. O que se passa n'este até ao desenvolvimento completo da filaria, é-nos absolutamente desconhecido.

V

PATHOLOGIA

O organismo humano tem para as filarias uma grande tolerancia ou resistencia e assim, pode albergal-as, durante muito tempo, sem que o seu estado de saude seja, aparentemente, modificado. A maior parte das vezes, porem, a penetração d'estes parasitas no organismo humano, dá logar a manifestações pathologicas, das quaes as mais importantes são as seguintes:

Hematochyluria, chylocele, ascite chylosa, chylothorax, diarrhea chylosa, adeno-lymphocele, varizes lymphaticas e elephantiasis.

Pode, porem, dizer-se que todas estas manifestações filaricas procedem inicialmente d'uma unica, a lymphangiectasia filarica e que todas as outras não são senão estados mais ou menos adeantados, consequencias de aquella. É o que pretenderemos provar, a seguir.

Pathogenia geral—Como se produz a lymphangiectasia filarica? Pode dizer-se que ella é determinada pela filaria sanguinis hominis que, obstruindo em graus diversos, quer por si mesma, quer pelos seus ovos ⁽¹⁾ ou seus embryões, os vasos lymphaticos, origina a sua inflammação e, consequentemente, a sua dilatação.

Vê-se que a primeira condição indispensavel para a producção da lymphangiectasia é a obstrucção completa ou incompleta dos vasos lymphaticos. Mas esta obstrucção mechanica bastará para produzir a lymphangiectasia? Parece que não, pelo menos d'um modo definitivo, porquanto as laqueações dos vasos lymphaticos, praticadas no decurso das operações chirurgicas, não são seguidas de dilatações varicosas permanentes: a circulação é depressa assegurada pelos vasos collateraes. Para que a lymphangiectasia se produza, é indispensavel uma obstrucção mechanica progressiva, tendo como consequencia outro factor egualmente indispensavel, a inflammação.

A lymphangiectasia assim produzida pode ter sédes variadas e d'ahi as differentes manifestações filari-

(1) Nota. Segundo Manson, a filaria de Bancroft, apesar de vivipara, pode, abortando, espalhar, no sangue e na lymphá, óvos. Estes óvos, em consequencia das suas dimensões, da fôrma e da falta de movimentos activos, estão particularmente destinados a ser retidos nos ganglios e são a causa habitual dos grandes adeno-lymphoceles que acompanham a elephantiasis.

cas. Para comprehendermos como as diversas manifestações filaricas derivam naturalmente da lymphangiectasia, supponhamos, com Manson, que a obstrucção lymphatica que conduz á lymphangiectasia se deu no canal thoraxico. Em taes condições, o chylo que tendia a seguir por este vaso não pode attingir a circulação geral, senão por um movimento retrogado. «Por conseguinte, este liquido pode ser forçado a atravessar d'uma maneira retrogada os lymphaticos abdominaes e pelvicos, os da virilha, do scroto e da parede abdominal.»

«Em consequencia, estes vasos, assim como o canal thoraxico até á séde da obstrucção, tornam-se enormemente dilatados. «Quando se pratica a dissecção, encontra-se o canal thoraxico distendido, attingindo a espessura d'um dedo, os lymphaticos abdominaes e pelvicos formando uma enorme variz que pode ter até 30 centimetros de diametro e varias polegadas de espessura e que occulta os rins, a bexiga e os cordões espermaticos. «Em tal caso, quando um dos vasos do feixe varicoso é picado ou se rompe, escoo-se d'elle um liquido branco ou roseo, que não é limpido, como a lympho ordinaria. «É por conseguinte chylo, obrigado a seguir esta via retrogada para entrar na circulação. «Quando o feixe varicoso invade os tegumentos do scroto, o resultado é um «lympho-scrotum»; quando elle é principalmente abundante nas virilhas, encontramos em presença d'um estado dos ganglios que tem

o nome de «adeno-lymphocele»; quando os lymphaticos da bexiga ou dos rins são attingidos e se rompem sob uma pressão exagerada, resulta d'aqui «chyluria»; quando os da tunica vaginal se rompem, produz-se um hydrocele chyloso ou «chylocele». A mesma coisa pode passar-se no peritoneo, d'onde «ascite chylosa». (Traduzido de P. Manson). A diarrhea chylosa e o chylothorax teem uma pathogenia inteiramente semelhante.

De modo que, por esta pathogenia, nós podemos dizer que todas estas manifestações filaricas dependem tão intimamente da lymphangiectasia, que não será arrojado afirmar-se que aquellas constituem com esta uma mesma unidade.

Pelo que diz respeito á elephantiasis, as opiniões sobre a sua pathogenia são inteiramente discordantes. A que actualmente corre na sciencia com mais acolhimento é a seguinte: uma ou mais filarias femeas viveriam acantonadas no systema lymphatico; ahi dariam origem a um certo numero de embryões que seriam levados na torrente circulatoria e viriam obstruir certos troncos lymphaticos; esta obstrucção teria como resultado a stase lymphatica e, consecutivamente, ou por intermedio de qualquer traumatismo, uma lymphangite. Uma reabsorpção imperfeita dos productos inflammatorios, ataques recurrentes de inflamação conduzindo a uma hypertrophia e hyperplasia inflammatorias da parte attingida, explicariam completamente a pachyder-

mia que, d'esta forma, tem uma progressão intermitente.

Patrick Manson, impressionado pela ausencia quasi systematica das micro-filarias do sangue superficial, dá uma explicação da elephantiasis, um pouco differente d'esta: Segundo elle, a filaria de Bancroft, em condições desfavoraveis, e especialmente em consequencia de traumatismos, pode abortar, dando origem a ovos. Elle mesmo encontrou estes ovos em dois casos de filariose, uma vez n'um lympho-scrotum e outra n'um adeno-lymphocele. Estes ovos, em consequencia das suas dimensões, que attingem cinco vezes as do embryo que conteem e da sua falta de motilidade, seriam detidos nos ganglios lymphaticos, obstruindo-os. Assim se explicaria a stase lymphatica e a ausencia das micro-filarias do sangue superficial. Se n'estas condições interviesse um traumatismo, ou qualquer outra causa capaz de determinar lymphangite, o processo seguiria como precedentemente foi dito e d'esta forma estava explicada a pathogenia da elephantiasis.

Le Dantec insurge-se contra estas theorias, diz que a elephantiasis deve ser excluida do quadro das doenças filaricas e que a elephantiasis filarica e a elephantiasis nostras devem ser inteiramente identificadas e consideradas como produzidas por um mesmo agente microbiano, estreptococco. De facto, segundo elle, a identidade das duas doenças é manifesta, tanto debaixo.

do ponto de vista clinico, como bacteriologico. Clinicamente, o acceso elephantiasico e o accesso erysipilatoso manifestam-se identicamente, por arrepio, hyperthemia e lymphangite veticular. Bacteriologicamente, ainda, segundo elle, se manifesta a mesma identidade.

Para o provar, cita um trabalho notavel de Sabouraud, sobre a elephantiasis nostras, em que este auctor prova que, durante o accesso elephantiasico, se encontra sempre o streptococco, no sangue da região doente e conclue que a elephantiasis nostras não é senão uma erysipela de repetição.

Dantec, analysando serosidade tirada da perna, d'um elephantiasico d'origem exotica, pôde ver que esta serosidade continha streptococco associado ao staphylococco; e com uma cultura do streptococco pôde produzir uma verdadeira elephantiasis experimental, n'um coelho.

Tribondeau cita-nos experiencias e apresenta-nos argumentos que parece confirmarem a opinião de Dantec.

Qual d'estas opiniões seguir?

Todas são apresentadas e seguidas por individualidades scientificas de primeira competencia e nós não podemos ter a estulta pretensão de resolver o problema que as traz em desaccordo.

Em todo o caso, se nos é permittido pronunciarmos por uma opinião, se podemos tentar uma concii-

liação entre estas opiniões dos varios auctores, nós diremos, com o professor Magalhães: que a filariose cria um estado anormal, pathologico, do systema lymphatico, caracterisado por uma menor resistencia ás infecções microbianas streptococcicas e staphylococcicas e que estas, determinando lymphangites com infiltração lymphatica, serão a causa ultima da elephantiasis.

A filariose não será a determinante unica da elephantiasis; mas preparará o terreno para as infecções microbianas a produzirem: d'ahi a maior frequencia da elephantiasis nos paizes em que a filariose é habitual.

Lançando uma vista retrospectiva para o que fica dito sobre a pathogenia da elephantiasis, poderemos dizer que, seja qual fôr a theoria que sigamos para explical-a, ella se não affasta ainda da conclusão que pretendemos tirar para as outras manifestações da filariose e poderemos dizer, agora d'um modo absoluto, que todas as manifestações da filariose proveem d'uma mesma pathogenia, que é a que conduz á lymphangiectasia, que todas *constituem uma mesma unidade pathologica*.

Veremos se posso fazer a mesma affirmação para as outras manifestações filaricas.

Começarei pela causa primordial de todas ellas, a lymphangiectasia. Nós sabemos que a filaria determina a lymphangiectasia por obstrucção mechanica, a que se segue a inflammação.

Ora, não haverá outras causas capazes de determinar uma pathogenia semelhante? Ha, sem duvida: a compressão d'um vaso no organismo, qualquer que seja a sua proveniencia, é quasi sempre seguida de inflamação—á stase lymphantica seguir-se-ha, em breve, dilatação varicosa. E o facto tem sido observado repetidas vezes: Bussy cita um caso de tumor retroperitoneal volumoso, que determinou varizes tronculares e dermicas de todo o membro inferior. Paterson cita outro d'um recém-nascido que tinha uma das pernas coberta de varizes, extremamente entrelaçadas. A creança morreu ao nono dia e a autopsia revelou uma bandicula de tecido cellular muito denso, estendida ao longo do ligamento de Poupart e estrangulando os vasos lymphaticos superficiaes. Casos semelhantes tem sido observados por Bichat, Cooper, Broca, Nelaton, etc.

Os estados infecciosos agudos ou chronicos e especialmente os determinados pelo staphylococco e streptococco, são capazes tambem de determinar lymphangiectasia: haverá retracção inflammatoria do calibre dos vasos á qual se seguirá a ectasia. Achalme cita mesmo um caso de lymphangiectasia superficial em que os vasos teriam sido, em sua opinião, obstruidos mechanicamente pelo streptococco.

E assim, temos nós a lymphangiectasia, causa primordial de todas as manifestações da filariose, podendo ser produzida por outros agentes differentes da filaria.

Relativamente á ascite e á pleuresia chylosa, não nos deteremos em largas considerações — ellas teem sido mais vezes observadas, na Europa, onde a filariose é excepcional, do que nas regiões tropicaes.

O chylocele fará excepção a esta regra?

As observações publicadas, na Europa, com esta rubrica, nem sempre nos dão com precisão os antecedentes dos doentes; comtudo, basta lembrar a analogia d'estes derrames com os derrames serosos, para admitir como possivel o chylocele nostras.

O adeno-lymphocele? Th. Anger cita o caso d'um individuo, vivendo ao norte da França, que apresentava um tumor na virilha, clinicamente semelhante aos encontrados nos paizes quentes e dando lymphá por punção. Crê tratar-se d'um adeno-lympho cele, apesar de não ter havido operação, nem autopsia que permitisse estabelecer a identidade anatomica. No mesmo trabalho, (these de 1867) veem ainda citados mais dois casos de individuos vivendo ao norte da Europa em que se encontravam os mesmos tumores. E, quando estes casos não sejam sufficientes para provar-nos que o adeno-lymphocele não é especifico da filaria, a sua anatomia pathologica, provando-nos que elle é constituido por um montão de varizes lymphaticas, basta para dizer-nos que elle pode ser determinado por outros agentes.

A hematochyluria tem sido varias vezes observada

em individuos que nunca habitavam paizes tropicaes, (Comby, em 1883, no «Progrès Medical»). De resto, sabe-se que ella procede sempre da mesma lesão inicial, a lymphangiectasia e as autopsias teem mostrado enormes varizes lymphaticas em relação com as vias de excreção urinaria, em individuos que nenhuma razão leva a suppor atacados de filariose.

E assim, em rapida analyse, fica dito que, se é certo que as manifestações da filariose encontram n'esta uma segunda causa, não é menos certo que ellas podem ser tambem encontradas em regiões e em individuos em que a filaria não existe, o que prova a conclusão que pretendemos tirar, isto é, que *não ha especificidade pathologica nas manifestações da filariose*: sempre que um factor mechanico produza a obstrucção dos vasos lymphaticos e um factor pathologico produza a sua inflammação, produzir-se-hão lesões semelhantes ás que a filariose determina.

VI

MANIFESTAÇÕES FILARICAS—DESCRIÇÃO —HEMATOCHYLURIA

A hematochyluria é caracterizada pela emissão de urinas alternativamente sanguineas e leitosas ou apresentando sangue e lymphá na mesma porção de urina.

Causas—D'um modo geral, pode dizer-se que todos os esforços violentos podem ser causa occasional da hematochyluria.

E assim, ella apparece muitas vezes em seguida a corridas, passeios a cavallo, saltos, etc. Tem tambem uma grande tendencia a produzir-se durante a gravidez ou depois do parto, em consequencia das perturbações lymphaticas que estes estados acarretam e que, n'este caso, veem complicar as alterações dos mesmos vasos produzidas pela filaria. Ella é extremamente rara na creança, relativamente rara ainda nos negros mesmo e

nos Europeus e de todos são os creoulos que lhe pagam maior tributo.

Anatomia pathologica—As lesões anatomo-pathologicas determinantes d'este syndroma podem resumir-se em dilatações varicosas dos lymphaticos abdominaes e pelvicos e do canal thoraxico.

Comprehende-se bem, effectivamente, que, se um lymphatico distendido, em communicação com os rins ou com a bexiga, se rompe, o seu conteúdo se misture com as urinas, communicando-lhe os caracteres que apontamos.

Symptomas—A hematochyluria manifesta-se geralmente por accessos.

Estes são precedidos de dores lombares com irradiação para os testiculos e d'uma sensação penosa na bacia e flancos. Algumas vezes, é a retenção urinaria determinada pela obstrucção das vias urinarias por coagulos chylosos que chama primeiro a attenção. As urinas são geralmente sanguineas a principio e depois leitosas; mas podem, n'outros casos, começar por ser leitosas.

Ha casos em que as urinas teem estes caracteres, durante umas horas do dia apenas, apresentando-se normaes, nas restantes.

Estes accessos repetem-se com intervallos variaveis

e cessam, ás vezes, bruscamente, sem motivo apreciavel. As urinas hematochyluricas conteem uma notavel proporção de albumina e a sua reacção é alcalina ou neutra, conforme a maior ou menor quantidade de sangue que conteem.

Pelo repouso, estas urinas separam-se em tres camadas: uma superior, cremosa, contendo globulos gordurosos em abundancia; uma media, leitosa, onde fluctua um coagulo fibrinoso e que contem abundante materia granulo-gordurosa; e uma inferior, sedimentar, contendo globulos vermelhos, lymphocytos, epithelio, saes urinarios e materia granulo-gordurosa, tudo misturado, geralmente, com micro-filarias.

Se a coagulação da urina se faz, como ás vezes acontece, na bexiga, a emissão de urinas é interrompida durante varias horas, até que se faça a dissolução do coagulo obturador.

Diagnostic. — É extremamente facil o diagnostico entre a hematochyluria e qualquer outra affecção: os caracteres microscopicos da urina bastam geralmente para o fazer.

Deve, porem, evitar-se, na chyluria, a confusão com as urinas jumentosas. Estas teem tambem o aspecto lactescente; mas a lactescencia é devida a particulas muito tenues de uratos e phosphatos que se insolubilisaram em consequencia da alcalinidade das urinas.

Juntando acido acetico a estas urinas, a opacidade desaparece, caso se trate de phosphatos. Para differenciar as urinas uraticas das urinas chylosas, basta o simples aquecimento; porque, enquanto as urinas uraticas se tornam claras pela dissolução dos seus uratos, nas chylosas o calor determina a formação d'um coagulo de albumina muito abundante.

Prognostico.—O prognostico da hematochyluria não é geralmente grave: as perdas occasionadas pela lymphorrhagia são em breve reparadas.

Quando, porem, esta é muito abundante, ou de longa duração, as perdas soffridas determinam o esgotamento do doente, que fica pallido, anemiado, sem actividade physica ou intellectual, incapaz, em summa de trabalhar.

Tratamento.—O melhor tratamento da hematochyluria consiste em prevenir os accessos. Para isso, a emigração para paizes temperados e n'estes uma vida pouco activa, pouco sujeita a exercicios violentos, dão geralmente os melhores resultados.

O tratamento propriamente curativo do accesso faz-se por um methodo analogo ao do tratamento de todas as varizes inaccessiveis: diminuir pelo repouso e elevação da parte attingida a pressão hydrostatica dos vasos distendidos.

Alguns juntam ainda a este tratamento a compressão mechanica, a diminuição dos alimentos, especialmente os alimentos gordurosos e a administração de purgantes leves.

São estes os meios mais racionais e aquelles com que, habitualmente, o doente mais beneficia; no entanto, teem sido tambem empregados varios medicamentos para o mesmo fim.

O perchloreto de ferro, o tanino, o acido gallico, o acido benzoico, o acido chromico, a quinina, o azul de methylene, etc., teem sido muito preconizados e empregados com fortuna varia. Na observação com que ultimamos o nosso trabalho, empregamos varios d'elles.

Vimos, é certo, que sob a influencia d'alguns, e especialmente do azul de methylene e do tanino, que empregamos associados, a hematochyluria cedeu; mas tivemos tambem o desgosto de vêr o seu reaparecimento, sem motivo apreciavel, sob a influencia das mesmas medicações que tinham determinado o desaparecimento.

O que parece podermos concluir do que lemos e observamos é que, por'ora, a hematochyluria deve ser considerada como uma affecção absolutamente inconstante, apparecendo e desaparecendo por uma forma aparentemente caprichosa e que não deve attribuir-se a medicamentos aquillo que só ao repouso e á natureza da doença é devido.

VII

CHYLOCELE

O chylocele é, como o seu nome indica, uma afecção caracterizada pelo derrame de liquido chyloso na tunica vaginal.

Não é especifico da filariose; encontra-se tambem em tuberculosos e cancerosos. É habitualmente indolor e o incommodo que determina é apenas resultante do volume das bolsas.

O diagnostico é simples: a tumefacção da tunica vaginal com fluctuação, não deixando atravessar a luz, é, por via de regra e principalmente quando associada a outras manifestações filaricas, chylocele filarico. O exame microscopico, feito ao liquido obtido por punção ou antes ao residuo da sua filtração, confirmará o diagnostico.

O tratamento do chylocele é o tratamento de todos

os hydroceles: punção seguida de injeção modificadora da vaginal, tendente a provocar um certo grau de inflamação dos seus dois folhetos e a sua ulterior adesão; ou antes, incisão da mesma tunica com expulsão dos coagulos e penso ordinario com gaze iodoformada, segundo o processo de Maitland. Magalhães, n'um hydrocele duplo, recorreu a uma dupla injeção de glycerina e obteve d'um lado a cura persistente.

VIII

ASCITE CHYLOSA

A ascite chylosa é constituída pelo derrame na cavidade peritoneal, de liquido chyloso. Não é, do mesmo modo que a affecção precedente, especifica da filariose: encontra-se em muitas doenças e, entre estas, nas peritonites tuberculosa e cancerosa, no sarcoma do intestino, nas doenças do coração e na cirrhose atrophica do figado.

Devemos addiar o mais possivel a intervenção cirurgica, porque enfraqueceria extraordinariamente os doentes. Julgamo-nos dispensados de fazer mais largas considerações sobre ella, por ser extraordinariamente rara.

Egualmente deixaremos de descrever o *chylothorax* e a *diarrhea chylosa*, não só porque o seu estudo pouco offereceria de interessante, mas principalmente por serem muitissimo raras.

IX

ADENO-LYMPHOCELE

O adeno-lymphocele é uma alteração dos ganglios lymphaticos, caracterisada sobretudo pela dilatação dos vasos lymphaticos d'esses ganglios e pela hypertrophia das suas paredes.

Além d'esta dilatação varicosa dos vasos lymphaticos dos ganglios, dão-se n'estes outras modificações: O parenchyma ganglionar, em vez de ser constituido por tecido firme e elastico, toma uma consistencia molle e esponjosa, em consequencia da transformação do seu tecido adenoide em tecido reticulado e cavernoso. O ganglio cerca-se d'uma atmospherá gordurosa, que, em muitos casos, pode determinar, pela sua abundancia, a confusão com um lipoma.

À medida que o adeno-lymphocele augmenta, contahe adherencias com as partes visinhas, principal-

mente com a pelle, por forma a apparecer-nos, não sob a forma d'uma massa limitada, mas, pelo contrario, sob uma forma diffusa, achatada sobre as partes visinhas. Como os ganglios lymphaticos em que estas transformações se passam se encontram na continuidade dos vasos, nós podemos considerar o adeno-lymphocele com dois pediculos vasculares, um afferente, outro efferente, cujas direcções variam com a séde do adeno-lymphocele. A séde mais frequente dos adeno-lymphoceles é a região da virilha; mas d'um modo geral, os ganglios de todas as regiões do corpo podem ser attingidos.

Scheube encontrou-os na axilla, Le Dantec na parede abdominal e Terrier na nadega.

Symptomas.—O adeno-lymphocele constitue uma lesão indolor, por fórma a ser apenas notada pelo doente, quando o seu volume é já muito pronunciado. É a sensação de tensão dada pelo tumor, ou as mais das vezes um ataque de lymphangite, que primeiro chamam a attenção do doente. A palpação dá-nos uma tumefacção molle, pastosa, fracamente lobulada e coberta por uma pelle de aspecto normal.

A punção revela-nos um liquido, lymphá geralmente, algumas vezes chylo, que é um precioso auxiliar do diagnostico. Este deve fazer-se principalmente com a hernia inguinal: a irreductibilidade pela pressão, a

ausencia de som tympanico á percussão, a falta de projecção do tumor quando se faz tossir o doente, juntamente com o exame do liquido extrahido por punccão e a concomitancia de outras manifestações filaricas, bastam, em todos os casos, para fazer a distincção.

Tratamento. — O adeno-lymphocele, sempre que pelo seu volume não seja grandemente incommodo, ou não dê logar a frequentes accessos de lymphangite, deve ser abandonado á sua evolução natural.

Devemos lembrar-nos, como diz Patrick Manson, que os vasos gorgitados fazem parte d'uma anastomose necessaria á vida. Sempre, porem, que tenhamos de operar, devemos observar a mais rigorosa asepsia, porque são frequentes as lymphangites graves post-operatorias.

De resto, nem sempre a excisão do tumor é seguida de exito: ella pode ser seguida de lymphorrhagia na região da ferida ou do apparecimento de outras manifestações filaricas, em pontos mais ou menos affastados.

X

LYMPHO-SCROTUM

Dá-se o nome de lympho-scrotum á presença de dilatações lymphaticas varicosas ou ampolares no scroto. A pelle d'esta região tem, n'estes casos, uma espessura bastante consideravel sem, comtudo, attingir as proporções que tem na elephantiasis.

As varizes teem uma grande tendencia a romper-se, expontaneamente, ou sob a influencia de quaesquer traumatismos, grandes ou pequenos, dando origem a um liquido lactescente, (lymphe ou chylo) que, pela sua abundancia, pode contribuir grandemente para o exgotamento do doente.

Ellas são tambem séde frequente de inflammações erysipelatosas, que podem, pela sua repetição, dar origem a uma verdadeira elephantiasis.

O lympho-scrotum deve ser abandonado a si mes-

*

mo, havendo o cuidado de manter suspensas e absolutamente limpas as bolsas, a não ser que frequentes ataques inflammatorios, ou a existencia de lymphorrhagias debilitantes reclamem intervenção cirurgica, que consiste na resecção de todos os tecidos attingidos e na utilização d'um retalho cutaneo, tirado á pelle visinha, para cobrir a ferida assim operada.

Deve ter-se em vista que nem sempre a intervenção cirurgica é seguida de exito e que, muitas vezes, a suppressão d'estes feixes varicosos determina a apparição de outras manifestações filaricas, em pontos mais ou menos affastados.

XI

ABCESSOS LYMPHATICOS

Se a filaria de Bancroft, em consequencia de traumatismos, ou de outras perturbações, ou mesmo, em consequencia de applicações therapeuticas, morre, a sua morte pode não ser sem consequencias para o organismo do individuo que a contem. Algumas vezes, é reabsorvida, como seria um fio de catgut aseptico; mas n'outras pode determinar perturbações varias e entre estas, embolias, pelo destaque dos seus fragmentos e abcessos pela irritação que o seu cadaver produz nos pontos do organismo em que se localisa.

Patrick Manson considera ainda que os abcessos poderão formar-se, independentemente da morte do parasita «nos ganglios atingidos de adenite, no lympho-scrotum, na elephantiasis ou n'uma zona qualquer de congestão lymphatica».

A gravidade d'estes abcessos depende do ponto em que se localisam; e assim, se elles se formam em pontos superficiaes, a sua existencia será sem graves consequencias para o portador; se, pelo contrario, a sua localisação se faz em órgãos profundos, no thorax, ou no abdomen, nem sempre o seu prognostico é tão benevolo e muitas vezes a morte pode seguir-se-lhes.

É frequente encontrar-se n'estes abcessos os cada-veres da filaria.

Sempre que a sua localisação o permitta, deve fazer-se a abertura d'estes abcessos.

XII

ELEPHANTIASIS

Define-se a elephantiasis como uma affecção particular da pelle, caracterisada, principalmente, por uma cirrhose hepertrophica da sua derme.

Mas as lesões que caracterisam a elephantiasis não se limitam á enorme hypertrophia da derme — outros tecidos são tambem attingidos.

E assim, a epiderme, nos casos já antigos, espessa-se, enterrando-se na derme e dando á pelle um aspecto verrugoso; as papillas e glandulas, umas vezes, hypertrophiam-se tambem, outras vezes, atrophiam-se; os orificios dos pelliculos tornam-se extraordinariamente desenvolvidos; o tecido conjunctivo sub-dermico augmenta de volume e apresenta-se infiltrado de lymphá; os vasos lymphaticos dilatam-se; os vasos sanguineos são séde d'uma endo-peri-arterite ou endo-peri-phlebite,

que, as mais das vezes, diminue o seu calibre; os ganglios hypertrophiam-se e os proprios musculos, ossos e nervos da região attingida podem, em certos casos, encontrar-se degenerados ou atrophiados.

A elephantiasis não é, como pretendemos mostrar no capitulo «pathogenia», especifica da filariose.

De facto, nós observamos estados analogos em doenças que são absolutamente independentes da filaria e Dantec aponta os seguintes casos em que o syndroma elephantiasiaco pode ser encontrado:

«1.º A elephantiasis pode ter uma origem puramente mechanica, devida ao cedêma prolongado d'uma região—taes são, por exemplo, as pachydermias das doenças do coração, das doenças dos rins, das phlebitis, das obstrucções lymphaticas;

«2.º Existem tambem casos de elephantiasis d'origem puramente nevropathica, como mostra a observação do professor Pitres, n'um caso de elephantiasis d'origem tabetica;

«Ter-se-hia ainda notado o desenvolvimento d'este syndroma no curso da hysteria;

.....

«3.º Isola-se ainda uma variedade de elephantiasis devida á tuberculose, ou á lepra, d'onde o seu nome de elephantiasis tuberculosa, de elephantiasis leprosa. Esta ultima variedade é ainda chamada a elephantiasis dos gregos;

«4.º Emfim a elephantiasis pode ser provocada por ataques inflammatorios repetidos n'uma região qualquer do corpo, taes são a elephantiasis nostras e a elephantiasis dos paizes quentes.»

Apenas estudaremos esta ultima, suppondo transportado para aqui tudo o que sobre este assumpto dissemos no capitulo «pathogenia».

Dominio geographico — Admittindo a identidade entre a elephantiasis nostras e a elephantiasis exotica, pode dizer-se que a doença se estende a todo o globo; mas realmente, onde a sua existencia se torna verdadeiramente notavel é nos paizes intertropicaes e n'estes, onde a filaria existe tambem abundantemente. Nem admira que assim seja, porque, embora a filaria não determine a elephantiasis, ella é, pelo menos, uma causa adjuvante, preparando, como dissemos, o terreno, para as infecções microbianas a produzirem.

Dos paizes intertropicaes, ha ainda alguns em que ella exerce a sua influencia com uma grande preponderancia, a ponto de em Cochim (India meridional) se poder dizer que não ha uma unica casa em que não existam varios casos de elephantiasis.

D'ahi o nome de «perna de Cochim» que tem sido dado á doença.

Etiologia—Debaixo do ponto de vista etiologico, a elephantiasis dos paizes quentes offerece-nos algumas particularidades importantes:

Assim, a hereditariedade manifesta-se, segundo alguns auctores, em 40 por cento dos casos e, segundo outros, este numero podia elevar-se, mesmo, a quasi 60 por cento.

As estatisticas são, porem, debaixo d'este ponto de vista, bastante contradictorias e não devem, talvez, merecer absoluta confiança, visto que n'ellas não entra o factor, muito importante, da hygiene dos individuos. Parece, comtudo, que existe uma certa predisposição para as inflammações lymphaticas, transmissivel de paes a filhos. Nem todas as raças estão egualmente sujeitas a contrahir a elephantiasis. A raça negra é a que paga á doença maior tributo.

Depois d'esta, todas as raças córadas, exceptuando os Pelles-Vermelhas, que são indemnes, a contraem com maior ou menor frequencia.

Nos Europeus, só muito excepcionalmente se manifesta.

É extremamente rara na creança e os poucos casos que teem sido assignalados devem, segundo Dantec, ser classificados antes como pseudo-elephantiasis lipomatosa d'origem nevropathica, do que como elephantiasis verdadeira.

O contagio é, provadamente, nullo. As profissões

que expõem a frequentes escoriações exercem uma influencia muito notavel sobre o seu apparecimento.,

Como é natural, a elephantiasis não se manifesta a partir d'uma certa altitude.

Partes attingidas.—A elephantiasis tem uma certa predilecção pelos membros inferiores, por isso que são attingidos em 95 por cento dos casos observados. A extensão das lesões é variavel: umas vezes só o pé é attingido, n'outras é invadido todo o membro.

Depois dos membros inferiores, por ordem de frequencia, veem o scrotum, os braços, a vulva, os seios e, muito excepcionalmente, porções circumscriptas dos tegumentos de todo o corpo.

Mas, sejam quaes forem as partes attingidas, a elephantiasis manifesta-se sempre por um certo numero de symptomas que, ou abalam o organismo inteiro, symptomas geraes, ou se restringem apenas á região attingida, symptomaes locais.

Symptomas geraes.—O accesso elephantiasico tem com o accesso palustre uma tal semelhança, que os antigos suppunham que os dois eram identicos.

Ambos são caracterisados, com effeito, por tres estados successivos — arrepio, calor e suores.

A differença, porem, está em que, emquanto no accesso palustre a febre termina no fim d'algumas horas,

no accesso elephantiasico prolonga-se durante varios dias, de dois a oito, para no fim d'estes terminar por suores muito abundantes.

Á medida, porém, que as partes attingidas vão adquirindo maiores proporções e que a anemia e a cachexia começam a manifestar-se. e se accentuam, os accessos vão perdendo estes caracteres, a temperatura deixa de attingir o grau de elevação inicial e, finalmente, o accesso passa a manifestar-se apenas pelos seus symptomas locaes.

Symptomas locaes. — Os phenomenos locaes consistem essencialmente n'uma lymphangite reticular, attingindo os lymphaticos cutaneos e acompanhada de suffusão serosa; n'uma lymphangite troncular, manifestando-se nos troncos lymphaticos mais volumosos, que acompanham os vasos principaes da região; e em adenites dos ganglios em relação com estes troncos lymphaticos.

Estes ataques inflammatorios manifestando-se repetidas vezes e sendo seguidos d'uma reabsorção imperfeita dos seus productos, comprehende-se que cada novo ataque venha juntar á massa já existente, alguma coisa e que assim a elephantiasis possa progredir indefinidamente.

De facto, assim é: tem sido observados tumores elephantiasicos, verdadeiramente collossaes.

A. le Dantec cita um caso de tumor elephantiasico do scrotum, cuja circumferencia media 2 metros e cujo peso era 72 kilogrammas.

Roux cita outro da mesma região, attingindo o peso de 105 kilogrammas.

A elephantiasis tem ainda outros symptomas, variaveis com a séde, alem dos que lhe descrevemos e que são os mesmos para todas as regiões.

Abstemo-nos, porém, de os descrever, porque aparte algumas complicações, taes como ulceras saniosas, osteites e periostites, que podem acompanhar certas elephantiasis, todos os outros symptomas giram á volta d'este — augmento de volume da região.

Prognostico.—O tumor elephantiasico pode crescer d'uma maneira mais ou menos rapida, até attingir as suas ultimas proporções, que ás vezes são enormes. Aparte, porem, o incommodo que a sua presença determina, o soffrimento que acompanha as recurrencias da febre elephantiasica e certas complicações, taes como gangrenas e abcessos que se formam na massa tumoral, a sua existencia é, pode-se dizer-se, sem graves consequencias para o individuo, seu portador. Casos ha, comtudo, em que, chegada a affecção ao ultimo periodo, o streptococco, em vez de ficar localizado nos lymphaticos da região attingida, invade o organismo

inteiro e produz uma verdadeira septicemia, muitas vezes mortal.

Outras vezes, mesmo em periodos relativamente adeantados da doença, e principalmente quando o doente emigra para regiões temperadas, pode observar-se uma verdadeira paragem na progressão elephantiasica e o doente viver assim por muito tempo.

Tratamento.—O tratamento prophylatico resume-se a evitar as escoriações e, quando estas se produzam, impedir a sua infecção.

O tratamento propriamente curativo é variavel, conforme o periodo da doença.

Os accessos devem tratar-se d'um modo analogo aos ataques de erysipela — pulverisações antisepticas, compressas de sublimado muitas vezes renovadas, etc.

Nos casos de elephantiasis recente, a primeira de todas as indicações é a emigração para os paizes temperados.

Por este processo, consegue-se muitas vezes deter a marcha d'uma elephantiasis.

As massagens, compressões elasticas e applicações electricas teem ainda dado excellentes resultados, nas mãos de varios experimentadores. No emtanto, quando, apesar d'estas applicações, a elephantiasis adquire um desenvolvimento consideravel, o tratamento cirurgico impõe-se.

Este offerece umas certas particularidades, conforme as regiões em que se encontra localisada a elephantisias; mas, para não tornar demasiado extenso este trabalho que não temos, de modo algum, a pretensão de fazer completo, abtemo-nos de as descrever.

De resto, todos os tratadistas se referem ao assumpto com grande desenvolvimento.

XIII

PROGNOSTICO DA FILARIOSE

Não é facil avaliar o periodo de incubação da filariose. Quando se trata de indigenas que nunca deixaram os paizes tropicaes, tal avaliação é mesmo impossivel, visto não se poder determinar a epocha da contaminação. Demais, pode acontecer que um individuo contenha, durante muitos annos, embryões de filaria, sem o apparecimento de nenhuma das manifestações habituaes (filariose latente). Manson, em 85 individuos adultos, portadores de micro-filarias, encontrou 9 isentos de manifestações.

Pelo que tem sido possivel avaliar de individuos que abandonaram, depois d'uma permanencia maior ou menor, os paizes tropicaes, póde dizer-se que a epocha de apparecimento das primeiras manifestações é, em media, de 1 a 5 annos, depois da epocha da contaminação.

Comtudo, as opiniões, sobre este ponto de vista, são bastante contradictorias e casos ha em que o apparecimento das primeiras manifestações se faz até 10 annos depois da epocha provavel da contaminação, depois do abandono das regiões tropicaes.

Como quer que seja, a evolução da filariose é ainda variavel, conforme o individuo continúa a habitar os paizes tropicaes, ou emigra para as regiões temperadas.

Nos paizes tropicaes, a marcha pode ser mais ou menos rapida, o apparecimento e importancia das manifestações mais ou menos alarmantes; mas a evolução é sempre progressiva, a doença não retrogradará e, embora não seja, geralmente, d'uma importancia immediata para a vida dos doentes, no maior numero de casos pode, pelo menos, inutilisal-os para a vida activa.

Outro tanto não acontece já, quando o doente emigra para as regiões temperadas e principalmente, quando esta emigração se faz na epocha inicial da doença: Então, não é raro observar-se uma paragem na evolução das manifestações e, em muitos casos, o seu absoluto desaparecimento, a cura permanente.

Quando, porem, a emigração se faz n'uma epocha já adeantada da doença, embora a mudança de clima produza, muitas vezes, uma verdadeira paragem na sua evolução, não se pode affirmar a cura; porque casos ha em que a volta para os paizes tropicaes pode determi-

nar o apparecimento das manifestações, ainda mesmo depois de varios annos de cura apparente.

D'aqui parece poder concluir-se que, embora o clima frio exerça uma influencia nefasta para as filarias, não póde affirmar-se a sua morte, sob esta influencia a não ser depois de muitos annos; e mesmo, o desaparecimento das manifestações filaricas e o das micro filarias do sangue superficial não indicará, fatalmente o desaparecimento da filaria adulta.

Em todo o caso, é sempre muito para aconselhar esta emigração, não só pela influencia benefica que o clima frio exerce sobre taes doentes, retardando, pelo menos, a marcha da doença, mas ainda, porque as proprias intervenções chirurgicas a que muitas vezes se é obrigado a recorrer, teem, n'estes climas, o prognostico mais favoravel.

XIV

THERAPEUTICA GERAL

Não é ainda conhecido nenhum tratamento específico para a filariose. Alguns auctores teem tido fundadas esperanças em varios medicamentos. Entre estes, a glycerina, o thymol e o azul de methylene teem sido muito usados.

O sulfato de quinino, em experiencias, *in vitro*, gosa da propriedade de diminuir, pelo menos, a actividade do parasita. Na pratica, porem, os resultados obtidos com a sua applicação são bastante contradictorios e de forma a incutirem poucas esperanças.

Pela nossa parte, empregamol-o no doente da nossa observação, sem que nos parecesse colher d'isso o menor resultado.

A respeito dos medicamentos apontados pelos varios auctores que podemos lêr, pode dizer-se quasi o mesmo — a filaria quasi despreza a sua acção.

A consolar-nos na nossa ignorancia sobre este assumpto, está a opinião de alguns auctores e entre estes Moty, segundo o qual não se deverá tentar a morte do parasita, no organismo humano, porque tal morte poderia trazer ao filarioso consequencias bem mais graves do que as resultantes da existencia da sua filaria: «A filaria adulta, uma vez morta, pode causar abcessos ou mesmo ir formar embolia, de modo que se nós tivéssemos á mão o meio de a matar, não se deveria usar.» (Traduzido de Moty.)

Segundo estas considerações, parece que o tratamento ideal consistiria em conduzir a filaria a uma morte por atrophia lenta, ou antes, por desagregação.

Comtudo, a maior parte dos auctores são de opinião contraria a Moty e entendem que o parasita, mesmo morto, devia ficar aseptico e que, em taes condições, facilmente seria enkistado, não correndo, portanto, o risco de ser lançado á circulação geral. O essencial era encontrar o especifico.

Emquanto este se não encontra, deve, no emtanto, tentar-se a therapeutica corrente nas doenças parasitarias. A boa hygiene, bom ar, exercicio, hydrotherapia e principalmente os medicamentos fortificantes devem ser preconisados.

D'entre os medicamentos fortificantes, destacam-se especialmente os preparados arsenicaes, que são muitas vezes insubstituiveis e que teem dado excellentes re-

sultados nas mãos de alguns experimentadores, no tratamento da filariose. Para muitos, a quinina é também um esplendido medicamento. Pela nossa parte, empregamos-a, durante algum tempo, sem resultado algum.

Dos preparados arsenicaes, apenas empregamos o atoxil em injeção sub-cutanea.

Durante quasi dois mezes e meio que fizemos a sua applicação, nenhuns resultados podemos obter que nos dessem a convicção de que este medicamento tinha para a filaria qualquer acção especifica, semelhante á que tem para os trypanosomas, segundo as investigações do Professor Ayres Kopke e outros.

O unico effeito que obtivemos foi a diminuição da anemia, bastante intensa, que apresentava o nosso doente.

Por esta razão, e até que investigações ultteriores venham demonstrar-nos, porventura, o contrario, consideramos o atoxil um medicamento para aconselhar na filariose, em virtude das suas propriedades fortificantes, mas não um especifico d'esta doença, como alguns teem pretendido.

OBSERVAÇÃO

F. J. R., 25 annos, solteiro, maleiro, natural de S. Martinho de Valbom, Braga.

Entrou para o hospital de Santo Antonio, enfermaria n.º 6, em 14 de agosto de 1906, em consequencia de ter as urinas sanguineo-leitosas e com abundantes coagulos (hematochyluria). Sentia-se fraco e tinha em toda a urethra uma coceira que desapareceu em breve, para dar logar a dôres na bexiga.

Tinha junto ás pregas da virilha, nas bases dos triangulos de Scarpa, tumefacções com os caracteres de adeno-lymphoceles, que diz terem-lhe apparecido consecutivamente a umas lymphangites que teve aos 11 annos, no Pará.

Accusava tambem, por vezes, algumas dôres na região renal.

Antecedentes da doença.—As urinas começaram a apresentar os caracteres de hematochyluria, em julho

de 1905, estando o doente no Pará, onde residiu desde pequeno. Começaram por apparecer amarelladas, transparentes, embora já um pouco espessas; em seguida appareceram leitosas e depois sanguineas.

Todas estas transformações levaram a operar-se o prazo maximo d'um mez.

Esteve em tratamento n'um hospital do Pará, durante quatro mezes, proximamente, sem sentir melhoras e retirou em seguida para o Reino, a conselho do medico que o tratava, indo internar-se no hospital dos Arcos de Val-de-Vez.

Esteve ali proximamente quarenta dias, sentindo algumas melhoras. As urinas eram já por vezes claras e sentia-se mais forte.

Saindo então do hospital dos Arcos, peorou, depois do que veio internar-se no hospital de Santo Antonio, onde actualmente se encontra.

Antecedentes do doente.—Teve aos seis annos o sarampo e, proximamente aos sete, uns abcessos, na parte media e anterior da coxa e na parte superior e posterior da perna. Cerca dos onze annos, manifestaram-se-lhe, nas bases dos triangulos de Scarpa, umas lymphangites que deixaram consecutivamente os adeno-lymphoceles que ainda hoje apresenta: tinha arrepios, febre, que durava quarenta e oito horas em media e dôres na região, que se prolongavam ainda durante um

a dois dias, depois da cessação da febre. Estes accessos repetiam-se com intervallos variaveis entre alguns dias e seis mezes e cessaram completamente, em outubro de 1904.

Teve em 1904 cancos molles e uma adenite e em 1905 uma blenorrhagia, cuja purgação cessou 15 dias depois. Dois mezes volvidos sobre isto, em julho, appareceram-lhe as primeiras manifestações hemato-chyluricas.

Antecedentes hereditarios.— O pae morreu de lepra. A mãe é viva e tem frequentes ataques de erysipela nos membros inferiores. Teve cinco irmãos, tres dos quaes morreram em creanças, de doenças desconhecidas e dos dois restantes apenas o mais velho tem frequentes lymphangites, possivelmente da mesma origem que as manifestações que o doente apresenta.

Diagnostic.— Os symptomas observados levaram-me á suspeição de que devia tratar-se d'um caso de filariose.

Por esta razão, pedi ao Ex.^{mo} Professor Dr. Alberto d'Aguiar para me fazer a investigação das microfilarias no sangue do doente.

As minhas suspeitas foram confirmadas pela revelação d'estes parasitas, em quantidade bastante consideravel: em seis preparações que se fizeram, em 15 de

novembro, pelas 8 e meia da manhã, quatro continham micro-filarias, duas em cada preparação e estas micro-filarias conservaram-se vivas, durante bastante tempo, com os seus movimentos muito activos, apesar de não se usar para isso de nenhuma precauções.

Estava, pois, confirmado o diagnostico da filariose e esta datará, muito provavelmente, desde o apparecimento das primeiras lymphangites, aos onze annos do doente, ou talvez desde o apparecimento dos abcessos que o doente teve aos sete annos, nas coxas e pernas.

Marcha da doença e tratamento. — Mencionarei apenas o que occorreu desde o dia 5 de novembro, data em que o doente foi submettido á minha observação, pela sua transferencia da enfermaria 6, onde esteve primitivamente, para a enfermaria de clinica cirurgica.

N'essa data, o doente, alem da abundante hematochyluria que apresentava e dos adeno-lymphoceles que tinha e ainda tem nas regiões das virilhas, mostrava-se profundamente anemiado: a contagem dos globulos rubros, feita em 16 de novembro, deu 3008800 por milimetro cubico.

Foi submettido ao seguinte tratamento: repouso e administração de duas hostias por dia de 5 centigrammas de azul de methylene e um decigramma de tanino.

A hematochyluria cessou em breve, ficando apenas a chyluria, razão por que, em 17 de novembro, se in-

terrompeu a administração do tanino, continuando o doente a fazer uso ainda do azul de methylene, durante proximamente tres semanas, no fim das quaes tinha tambem desaparecido completamente a chyluria.

Ao mesmo tempo, com o fim de combater-lhe a anemia e para impedir o apparecimento das manifestações hematuricas, deram-se-lhe algumas gottas do soluto de perchloreto de ferro, de 6 a 14.

Em 17 de dezembro, voltam as urinas novamente chylosas, applicando-se-lhe então o tratamento pela essencia de terebentina, indicado por Chernoviz, no seu «Diccionario de Medicina Popular»:

«Essencia de terebentina	10 centigr.
Cêra branca	10 »
Assucar em pó	q. b.

Para uma pilula

10 pilulas por dia.»

Como, porém, se não obtivesse o menor resultado, começou-se em 23 de dezembro o tratamento pela camphora indicado pelo mesmo auctor e que consiste em: «applicar no ventre a cataplasma vermifuga, regada com 15 grammas d'agua sedativa; applicar nas cadeiras pannos molhados em alcool camphorado; internamente tomar tres pilulas camphoradas por dia». Seguir este tratamento durante oito dias, pelo menos.

«Eis aqui o receituário:

«Cataplasma de linhaça	125 grammas
Dente de alho	n.º 1
Assafetida	50 centigrammas
Pomada camphorada	2 grammas»

É a seguinte a formula das pilulas de camphora que lhe foram applicadas:

Camphora.	0,gr.1 decigramma
Conserva de rosas	0,gr.1 decigramma

Com este tratamento, as urinas tornaram-se claras, apresentando apenas alguns uratos e phosphatos, mas uma ou outra vez, e, com intervallos medios de oito dias, appareciam vestigios de chyluria.

Fiz, durante estes tratamentos, repetidas investigações de micro-filarias, tanto no sangue, como na urina, sempre com resultados positivos. Apenas nos exames feitos em 4 e 12 de janeiro, estando o doente a fazer uso da camphora, não pude encontrar estes parasitas, apesar de serem minuciosas as minhas pesquisas. Não posso, no emtanto, attribuir este resultado á influencia da camphora, por quanto pouco tempo depois e ainda sob a acção do mesmo medicamento, pude de novo encontral-as e em quantidade bastante consideravel.

Em 15 de março, como as urinas estivessem novamente chylosas, apesar da camphora, applicou-se ao doente o sulfato de quinina, na dose de quarenta centigrammas por dia.

Durante 10 dias em que se fez a applicação d'este medicamento, as urinas não experimentaram modificação alguma e por esta razão, em 25 de março, passou-se a applicar novamente a camphora.

Em 20 de março foi-lhe feita a punção d'um chylotele esquerdo que se lhe vinha manifestando desde ha tempo e applicada a injectão modificadora de tintura de iodo.

Com o uso da camphora, as urinas tornaram-se novamente claras, por espaço de oito dias, no fim dos quaes appareceram hematuricas.

Esta qualidade, porém, desapareceu em breve, para reaparecer de novo, ao fim de alguns dias e assim successivamente, até que em 24 de abril, a conselho do professor Souza Junior, se lhe fez a applicação do atoxil em injectão subcutanea.

Este medicamento foi a principio empregado na dose de 0,05 gr. por injectão, sendo as injectões espassadas de tres a quatro dias, em media.

Com a segunda injectão, começaram as urinas a apparecer novamente claras, qualidade que desaparecia em breve, para apparecerem de novo chylosas.

Assim se foram mantendo as urinas alternativa-

mente claras e leitosas, durante todo o tempo da applicação do atoxil n'esta dose.

Fiz durante todo o tempo da applicação do atoxil repetidas investigações de micro-filarias no sangue, sempre com resultados positivos.

No emtanto, pareceu-me notar que o numero d'estes parasitas era menor, visto que em muitas preparações não os encontrava e alem d'isso os seus movimentos eram, por vezes, menos activos e a sua vitalidade parecia-me diminuida.

Por esta razão, e ainda a conselho do Prof. Souza Junior, augmentei a dose de atoxil, elevando-a a 5 decigrammas por injeccão, na intenção de accentuar bem os effeitos do medicamento, caso este tivesse, como eu suppunha, uma acção parasitocida sobre as filarias.

Nada obtive, no emtanto: As urinas não só mantiveram quasi permanentemente a sua turvação, (apenas em dois dias appareceram claras) durante 25 dias em que fiz a applicação do atoxil na dose de cinco decigrammas por injeccão e estas com intervallos de cinco dias, mas ainda o numero das micro-filarias no sangue augmentou e a sua vitalidade tambem, visto que os seus movimentos me parecem agora mais activos, normaes.

O unico effeito que me pareceu obter com a applicação d'este medicamento foi a diminuição da anemia, que ainda se manifestava bastante intensa no principio

d'esta applicação, e isto é confirmado não só pelo aspecto do doente que é agora um pouco melhor, apesar das grandes perdas de sangue e chylo que tem tido, mas ainda por que a contagem de globulos rubros, feita em 6 de Julho, deu 5:790:400 por milimetro cubico.

Perdidas as esperanças que houve, a principio, no atoxil, começou-se a applicar ao doente o sublimado corrosivo em injeccão intravenosa, na dose de um milligramma por dia, em 8 de Julho.

O doente tendo sòffrido apenas, até ao presente, tres d'estas injeccões, nenhuma modificação apresenta ainda, nem se podem tirar conclusões de tal applicação.

Afigura-se-nos, no emtanto, que é n'este sentido que devem ser dirigidas as investigações têndentes a encontrar o tratamento especifico da filariose e é n'este tratamento que pomos o melhor das esperanças que ainda temos de ver o doente curado.

Estado actual.—O doente apresenta-se com o aspecto mais ou menos normal, sem a anemia que tinha quando foi submettido á nossa observação.

As urinas da manhã são claras; as do resto do dia e parte da noite apresentam chyluria de intensidade media.

Tem no mesmo estado os adeno-lymphoceles que se lhe manifestavam na região da virilha, á data em que o observamos pela primeira vez.

Reproduziu-se-lhe o chylocele esquerdo, que foi operado em 20 de março e apresenta principio de chylocele direito.

PROPOSIÇÕES

Anatomia descriptiva — Os lóbos hepaticos são independentes, sob o ponto de vista anatomico.

Histologia — As cellulas moveis são os principaes elementos de defesa do organismo.

Anatomia topographica — Sob o ponto de vista operatorio, só o estudo d'esta anatomia me parece verdadeiramente util e imprescindivel.

Physiologia — O valor dynamogenico dos alimentos depende da quantidade de assucar que podem fornecer á economia.

Pathologia geral — A constituição medica explica-se pela acção mesologica sobre o agente pathogenico.

Materia medica — A cafeina, em certos casos, é superior á digitalis.

Pathologia externa — A fractura do corpo do humero é uma das que dão mais frequentemente logar a pseudarthroses.

Anatomia pathologica — Lesões primitivas, nitidamente localisadas n'um só ponto do territorio intestinal, determinam lesões secundarias do figado, na parte correspondente ao territorio porta invadido.

Operações — Na operação da nephrotomia deve ser de preferencia utilizada a via lombar.

Pathologia interna — No mal de Bright, ha alguma coisa que a nephrite não explica.

Hygiene — A hygiene é proporcional ao progresso d'um povo.

Partos — Deve sempre aconselhar-se o uso do cinto abdominal, depois do parto.

Clinica medica — A existencia d'um sôpro nem sempre indica uma lesão organica do coração.

Clinica chirurgica — Á anesthesia, á hemostase e á asepsia deve a cirurgia os seus maiores progressos.

Medicina legal — Os honorarios dos Medicos deviam ser pagos pelo Estado.

Póde imprimir-se

O Director,

Moraes Caldas

Visto

O Presidente,

Carlos Lima