

VII

N.º 138

JULIO AUGUSTO DE MELO CABRAL

A proposito dum
caso de Filariose
(adeno - linfocelo)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA A

Faculdade de Medicina do Porto



201/7 FMP

PORTO, 1922

JULIO AUGUSTO DE MELO CABRAL

A proposito dum
caso de Filariose
(adeno - linfocelo)

TESE DE DOUTORAMENTO

APRESENTADA A

Faculdade de Medicina do Porto



PORTO, 1922

COMPOSTO e IMPRESSO
na IMPRENSA CIVILIZA-
ÇÃO—75, Rua das Olivei-
ras, 77—Pôrto. -----

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR INTERINO

Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior

SECRETARIO INTERINO

Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão

CORPO DOCENTE

Professores ordinários

Anatomia descritiva.	Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima
Histologia e Embriologia	Dr. Abel de Lima Salazar
Fisiologia geral e especial.	Vaga
Farmacologia	Dr. Augusto Henrique d'Almeida Brandão
Patologia geral.	Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar
Anatomia Patologica.	Dr. António Joaquim de Souza Júnior
Bacteriologia e Parasitologia	Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão
Higiene	Dr. João Lopes da Silva Martins Júnior
Medicina legal.	Dr. Manuel Lourenço Gomes
Anatomia topográfica e Medicina operatória	Vaga
Patologia cirúrgica	Dr. Carlos Alberto de Lima
Clinica cirúrgica	Dr. Alvaro Teixeira Bastos
Patologia médica	Dr. Alfredo da Rocha Pereira
Clinica médica.	Dr. Tiago Augusto de Almeida
Terapêutica Geral.	Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães
Clinica obstétrica.	Vaga
Historia da medicina e Deontologia	Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos
Dermatologia e Sifilografia.	Dr. Luiz de Freitas Viegas
Psiquiatria	Dr. António de Souza Magalhães Lemos
Pediatria.	Dr. António de Almeida Garrett.

Professor jubilado

Pedro Augusto Dias. Lente catedrático

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação. (Art. 15.º § 2.º do Regulamento privativo da Faculdade de Medicina do Pôrto, de 3 de Janeiro de 1920).

A' memoria de meu Pai

A minha Mãe

A todos os meus

Aos meus dois professores
e amigos

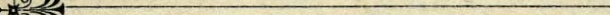
Dr. Couto Nobre

Dr. Manuel de Carvalho

AO ILUSTRE PROFESSOR

e meu presidente de tese

Dr. Alvaro Ceixeira Bastos



Assim, eu tive que resumir em poucas paginas um assunto que encheria um grande volume, o que prejudica sempre a exposiçào.

Não fiz um trabalho original nem tive essa pretensão, porque se a tivesse, não teria aproveitado o caso que apresento.

Mas se este trabalho não tem o valor da originalidade tem, pelo menos, o merecimento de reunir em si o que de mais interessante se tem ultimamente escrito sobre o assunto.

Servi-me, para a sua confecção, de varios livros mas, depois de os lér todos, apeteceu-me dizer como Van Helmont depois de ter lido seiscentos autores gregos, latinos e arabes:

«Omnes libros canentes eamdem cantilenam.»

Só na colecção dos «Bulletins de La Société de Pathologie Exotique» é que encontrei coisas novas e interessantes.

DUAS PALAVRAS

É sempre difícil escolher assunto para tese e tão difícil, que muitas vezes se diz, que quando o assunto está escolhido, está a tese em meio.

Para mim não foi bem isso. Gastei mais tempo na escolha do que na elaboração deste trabalho.

Foi o acaso feliz que me ofereceu o doente que serviu de pretexto à minha tese. Digo acaso feliz porque tive ocasião de estudar um dos assuntos mais interessantes da patologia exótica que, pelas suas incognitas, pelas suas novidades, chega a apaixonar os que ao seu estudo se dedicam.

É principalmente sobre a elefantíase que os trabalhos modernos são mais notáveis.

As ideias de Manson estão caindo por terra para outras se levantarem em seu lugar. É impossível apontar, nas poucas paginas que vão seguir-se, tudo o que sobre o assunto se tem feito e eu, apesar de nele me demorar um pouco mais do que nos outros, tenho-me lamentado varias vezes por não ter tido motivo de intitular este trabalho de Elefantíase para o tratar com maior desenvolvimento.

CAPITULO I

Filarias — Filaria de Bancroft

FILARIAS — FILARIA DE BANCROFT

Considerações gerais — As filarias são vermes da classe dos nematodos, familia dos filarideos. Ha numerosas especies, umas patogenias outras não, algumas parasitas do homem outras dos animaes.

Entre as especies descritas, algumas ha que são bem conhecidas, emquanto que sobre outras ha muitas duvidas.

Das filarias parasitas do homem, unicas que nos interessam, podemos considerar dois grupos: *a*) aquelas cujos embriões (microfilarias) vivem no sangue; *b*) aquellas cujos embriões não vivem neste meio.

Para não gastar tempo em longas descrições vou resumir os caracteres mais notaveis das primeiras no seguinte quadro:

F. Bancroft	F. loa	F. prestans	F. Dermarquay	F. Ozzard	F. Magalhães
Tem bainha	Tem bainha	Não tem bainha	Não tem bainha	Estas são especies duvidosas.	
Nocturna	Diurna	Persistente	Persistente	A de Magalhães é uma filaria adulta que alguns autores supõem ser a de Ozzard ou de Da- marquay.	
Cauda afilada	Cauda afilada	Cauda truncada	Cauda afilada	Não são patoge- nias.	
300 μ $\times 7 \mu$	300 μ $\times 7 \mu$	200 μ $\times 5 \mu$	200 μ $\times 5 \mu$		

As filarias do segundo grupo, isto é, aquelas cujos embriões não vivem no sangue, são:

F. Medinensis

F. Volvulus

Estas produzem afeções a que Le Dantec chama *filarioses do tecido celular sub-cutaneo* e a que adeante faremos referencias.

Agora irei descrever a filaria Bancroft, agente da *filariose do sangue e da linfa* ou *filariose de Bancroft*.

Filaria Bancroft

A filaria Bancroft é a mais bem conhecida de todas as filarias do sangue e da linfa. É ela, como disse, o agente da filariose e, por isso, demorarei algum tempo na sua descrição, deixando de lado todas as outras.

Historia — Foi o cirurgião francez Demarquay que, em 1863, descobriu a *microfilaria nocturna* no liquido dum hydrocelo chyloso.

Tres anos depois, Wucherer, na Bahia, descobriu o mesmo parasita na urina dum doente com chyluria, reunindo em pouco tempo 28 casos.

Mais tarde, em 1872, Lewis mostrou que a *microfilaria* se encontra duma maneira quasi constante no sangue dos doentes com filariose e deu ao parasita o nome de *Filaria sanguinis hominis*.

Mas só em 1876 é que a filaria adulta foi descoberta na Australia, por Bancroft, num abcesso linfatico do braço, ficando a chamar-se então *Filaria Bancroft*. Depois, as observações multiplicaram-se e a sua descoberta foi confirmada por diversos investigadores.

Descrição da filaria adulta — A filaria de Bancroft é um nematodo filiforme, transparente, com 8 a 10 cm. de comprimento. O macho é mais curto.

Ambos vivem nos linfáticos, e algumas vezes nos ganglios, onde estão muitas vezes enrolados um no outro formando novelos.

A femea tem dois tubos uterinos, ocupando a maior parte do corpo, cheios de ovos em diversos graus de desenvolvimento.

A vagina abre-se a curta distancia da boca, o anus perto da extremidade caudal.

Nos dois sexos, a extremidade cefalica e a caudal, são mais delgados que o resto do corpo mas não terminam em ponta, são arredondados.

A extremidade caudal do macho apresenta-se encurvada em gancho.

A femea é ovo-vivipara.

Descrição da forma embrionaria — A forma embrionaria da filaria Bancroft, ou *microfilaria nocturna*, apresenta-se, no sangue fresco, como um pequeno corpo transparente, alongado, de um terço ou um quarto de milimetro de comprimento e 7 a 8 μ de largura, agitando-se com enorme actividade, mas sem se deslocar do mesmo sitio.

A extremidade cefalica é arredondada e a caudal termina em ponta.

O seu corpo não é homogêneo. Em toda a sua extensão podemos notar uma serrada estriação transversal e, na parte posterior, ha umas zonas brilhantes cuja significação se não conhece bem, mas se supõe representarem rudimentos de órgãos.

Tambem, nas preparações coradas, vemos disseminadas por todo o corpo da microfilaria, numerosas granulações.

A cabeça é envolvida numa especie de prepucio e termina por seis dentes ou ganchos tendo no centro uma ponta extremamente delicada que pode ser projectada ou encurtada com grande rapidez.

O animal está dentro duma membrana ou bainha muito tenue e transparente que é muito mais comprida do que ele, chegando mesmo a ter mais do dobro do comprimento como tive ocasião de ver numa das minhas preparações.

Periodicidade das microfíliarias — As microfíliarias não se encontram no sangue periferico senão de noite.

É a este facto que elas devem o nome de nocturnas. Começam a apparecer ás 5 ou 6 horas da tarde, chegam ao maximo á meia noite e diminuem depois para desaparecerem pelas 8 ou 9 horas da manhã.

Este character não é absoluto e algumas vezes

têm sido encontradas de dia, mas, neste caso, em muito menor numero do que de noite.

De dia parece refugiarem-se nos grossos vasos do torax e do abdomen.

O caracter da periodicidade das microfilarias é interessantissimo e, para o explicar têm-se emitido as teorias mais diversas.

Vejamos:

Machenzie pretende que o fenomeno da periodicidade está intimamente ligado ao sono. Diz que, se um individuo toma o habito de dormir de dia e velar de noite, passados uns dias de hesitação das microfilarias, a periodicidade é invertida.

Mas, sendo assim, como se explica que as microfilarias comecem a aparecer no sangue periferico á tarde muito antes do sono e desapareçam de manhã tão tarde?

Carter diz que os embriões passam para o sangue com o chylo após a alimentação.

Mas os doentes têm mais do que uma refeição; porque havia então de se observar este fenomeno só depois da refeição da tarde?

Mayers diz que os embriões são postos á noite e morrem de manhã.

Mas nunca ninguem viu os cadaveres das micro-

filarias. E depois, como acreditar nesta morte das microfíliarias no sangue, seu meio habitual, se elas resistem durante vários dias em meios menos favoráveis ?

Scheube supõe que a passagem dos embriões para o sangue é dificultada, durante o dia, por o trabalho muscular e a digestão e facilitada durante o sono por a posição horisontal e o relaxamento muscular.

Mas nos doentes que estão de cama e portanto na posição horisontal e quasi em resolução muscular, a periodicidade mantem-se.

Por outro lado, se é o trabalho digestivo que dificulta a passagem dos embriões para o sangue periferico, como se explica que eles comecem a aparecer á tarde depois da ultima refeição ?

Von Linstow diz que, dilatando-se de noite os capilares cutaneos, a circulação das microfíliarias é favorecida.

Mesmo que assim fosse não deviam as microfíliarias desaparecer completamente de dia como quasi sempre succede.

Vê-se pois que nenhuma das teorias apresentadas satisfaz. Algumas delas mesmo, como as de Carter e Mayers, carecem de todo o fundamento.

Com o tempo talvez se venha a descobrir quaes as influencias que condicionam esta periodicidade mas hoje podemos dizer que o problema está ainda por resolver.

Evolução da filaria Bancroft— A filaria B. tem por hospedeiro definitivo o homem e por hospedeiros intermediarios certos mosquitos. Quando um mosquito pica um individuo com filariose, numerosas microfilarias podem entrar para o seu estomago. Ao cabo de algumas horas o sangue está hemolisado e, parece que neste estado, excita os embriões que, agitando-se com grande actividade, largam a bainha.

Passadas mais algumas horas todos os embriões deixam o estomago e invadem os musculos toracicos.

Aí se conservam de 16 a 20 dias, sofrendo certas metamorfoses e aumentando muito de volume.

Passam depois para o tecido conectivo do labio onde esperam até que o seu hospedeiro pique o homem. Uma vez inoculados na pele, ganham os linfaticos, deferenciam-se os sexos, conjugam-se e dão embriões que passam para o sangue. É assim temos terminado o ciclo evolutivo da filaria B.

É curioso que as filarias parece distinguirem o animal do vegetal. Manson verificou que elas não deixavam o labio dos mosquitos enquanto estes se

alimentavam de bananas ou outros fructos e que o abandonavam logo que picassem o homem.

Pesquisa das microfilarias — É de noite, pelas 11 horas ou meia noite, que devemos procurar as microfilarias. Para isso é bom surpreender o doente a dormir. O sangue tira-se por picada na polpa dum dedo ou no lobulo duma orelha, depois de desinfectados com eter ou alcool.

Se quizermos vêr as microfilarias vivas podemos colocar uma pequena gota de sangue entre lamina e lamela e examinar imediatamente ao microscopio. Se as houver na preparação, facilmente se denunciam pelos seus movimentos activos.

Se, numa preparação assim feita, vaselinarmos os bordos da lamela, para evitar a desecação, podemos conservar vivas as microfilarias durante 8 dias. Querendo examinar os embriões algumas horas ou alguns dias depois da colheita do sangue, podemos ainda recolher este num tubo com soro citratado a 1/100 para evitar a sua coagulação. Quando se quer vêr os embriões, centrifuga-se o liquido e examina-se em gota pendente. Deste modo, se o exame não é feito muito tarde, ainda podemos vêr as microfilarias vivas.

Se pretendermos examinar as microfilarias mortas para notar as suas particularidades, então temos

de estender o sangue em laminas e corar por diferentes metodos. Muitos são os que podem servir:

May — Grüwald — Giemsa
Lieshman
Giemsa
panotico
pancromo
fuchsina
azul de metileno
eosina
campeche.

Manson aconselha muito o campeche para evidenciar bem os nucleos e a bainha.

Nas minhas preparações usei, como veremos adiante, o Lieshman e o panotico e, posso afirmar, que este ultimo é excelente.

CAPITULO II

Filarioses — Filariose do sangue e da linfa — Filarioses do tecido celular sub-cutaneo — Filariose do olho

Filarioses

Considerações gerais — Filariose é a infecção do homem ou dos animais por uma ou mais espécies de filarias.

Segundo esta definição podemos considerar como filarioso todo o individuo (pondo de parte os animais) que é portador de filarias, sejam ou não patogenicias.

Ora, como as espécies de filarias são muitas, muitas são também as filarioses.

Pertencem aos paizes tropicais e sub-tropicais. Encontram-se em toda a America tropical, toda a Africa, no sul da Asia e em quási toda a Oceania. Raramente se encontram nas crianças abaixo dos 13 anos.

Marote e Morvan, procurando o index filarico em 142 crianças, na Africa ocidental franceza, só encontraram uma de 4 anos parasitada. Nos adultos encontraram uma percentagem de 32 % em homens e 12 % em mulheres. Mas estas proporções podem ser muito mais elevadas em certas regiões.

Rousseau, no Cameroun, entre 31 individuos

que não apresentavam sintomas de filariose, encontrou 15 parasitados.

Ringebach, examinando em Gabon muitos adultos escolhidos ao acaso, encontrou uma percentagem de 80 0/0 com filarias. Ha mesmo regiões em que parece que todos os adultos são parasitados.

É claro que, para arranjar estes numeros, se contam todas as especies de filarias, patogenias ou não, de modo que isto não quer dizer de modo nenhum que haja esta proporção de doentes.

Mesmo, as filarias patogenias podem viver muito tempo no organismo sem darem o mais pequeno sinal da sua existencia: *filarioses latentes*.

Filariose do sangue e da linfa

Esta filariose é causada por a filaria Bancroft. É de todas a mais importante pela extensão e pela gravidade.

Pode existir no estado latente durante muito tempo, havendo mesmo individuos parasitados que nunca se tornam doentes.

Leger, em Guadalupe, encontrou 25 vezes a filaria B. em 150 doentes dum hospital, mas que estavam ali por afecções que nada tinham que ver com a filariose.

Manifesta-se sob formas muito variadas, das quais iremos passar em revista as principais :

1.º *Chyluria* — É caracterizada por a emissão de urina parecendo leite, o que resulta da rotura, nas vias urinarias, dum vaso linfatico varicoso. A urina, em geral, não tem continuamente este aspecto; a chyluria sobrevem por acessos que podem durar de algumas semanas a alguns mezes.

Em regra, o estado geral do doente é pouco tocado, mas, se a chyluria é muito abundante e por muito tempo continuada, a afecção pode tomar um

caracter grave. O doente pode neste caso tornar-se palido, triste, abatido, perde as forças, tem perturbações digestivas e sofre de palpitações. Na urina ha microfilarias. Se, além da linfa, se mistura sangue á urina, o que não raras vezes succede, temos a *hematochyluria*.

2.º *Ascite chylosa* — O liquido da ascite chylosa tem o mesmo aspecto que o anterior e resulta tambem da rotura de vasos linfaticos na cavidade peritoneal.

3.º *Hydrocelo chyloso* — Forma-se quando ha rotura dos linfaticos do testiculo no interior da vaginal. Não dá a translucidez do hydrocelo vulgar mas a sintomatologia é a mesma. Geralmente esta afecção começa por o *adeno-linfocelo*.

4.º *Adeno-linfocelo* — Tumefacção que se desenvolve geralmente nas virilhas e cujo volume pode ir alem do tamanho dum punho. Pode existir só dum lado ou dos dois. Á palpação é mole e vagamente lobulado. É indolor expontaneamente e á pressão. A pele é de aspecto normal e mobilisavel. Estes tumores são constituídos por feixes de varizes linfaticas e ganglios mais ou menos aumentados de volume.

O seu volume aumenta quando os doentes andam de pé e diminue quando estão deitados. Diminue tambem quando sobre eles se faz pressão.

Vêm muitas vezes associados ao *hydrocelo chyloso* e ao *linfo-escroto*.

A linfangite é muito frequente nestes doentes.

5.º *Linfo-escroto* — Afecção caracterizada por o desenvolvimento de varizes linfaticas na pele do escroto.

Estas varizes podem romper-se e dar uma linforragia cutanea, que, por vezes, é muito abundante. Não é raro que ele constitua a primeira manifestação de *elefantiase* do escroto.

6.º *Abcesso linfatico* — É uma forma rarissima mas interessante porque é nos abcessos linfaticos que mais facilmente se encontra a filaria adulta. Foi num abcesso do braço que, como já vimos, Bancroft descobriu a primeira filaria.

O abcesso linfatico forma-se quando a filaria adulta morre em qualquer ponto do sistema linfatico.

7.º *Elefantiase* (1) — É uma forma cutanea da filariose que geralmente só aparece num periodo avançado da doença. É caracterizada por um engrossamento extraordinario da pele por hyperplasia con-

(1) No seculo IX o medico arabe Rhazes deu á doença o nome de *dah-el-phíl* (pé de elefante), que os latinos traduziram por *elefantiase*. Este termo, porém, designava já na linguagem dos Gregos a *lêpra nodular*. Não devemos pois confundir a elefantiase dos Gregos, ou lêpra, com a dos Arabes que é á que eu me quero referir.

juntiva. A elefantíase desenvolve-se principalmente nos membros inferiores e no escroto. Na mulher também se desenvolve frequentes vezes nos grandes lábios e nos seios.

É uma das formas mais temíveis da filariose porque as partes atingidas podem tomar proporções tais que impossibilitem o portador da doença de se entregar a certos trabalhos. Há doentes que chegam a pesar o dobro e mais do que pesavam antes da doença.

Muitos há com elefantíase do escroto tão desenvolvida que precisam de trazer o tumor adiante de si numa padiola, ou num pequeno carro de mão, ou ainda ao ombro. Alguns destes doentes utilizam o seu tumor para se sentarem ou para lhes servir de mesa quando se sentam no chão.

Durante muito tempo a quasi totalidade dos autores aceitou como causa unica da elefantíase dos paizes quentes a filaria de Bancroft.

Hoje há tendencia para considerar a elefantíase como uma infecção estreptococica, de modo que não haveria lugar de distinguir entre elefantíase dos paizes quentes ou filarica e elefantíase *nostras*.

Em 1909, Dubruel, que estudou com cuidado o assunto, diz-nos:

A — É provavel o contagio da elefantíase.

B — Existe discordancia, nos mesmos meios, entre a frequen-

cia da elefantíase, a da microfilaria no sangue e a das outras doenças seguramente devidas á filariose.

C — Existem, duma maneira constante, certos micro-organismos no sangue e na linfa dos doentes com elefantíase.

E depois de justificar cada uma destas afirmações, conclue :

« Il ne me paraît pas que la filaire joue dans la pathogénie de la pachydermie le rôle que lui attribue P. Manson.

L'éléphantiasis exotique devrait être rapproché de l'éléphantiasis nostras, affection microbienne succédant à l'érysipèle à répétition.

Les malades, atteints de crises lymphangitiques, doivent être regardés comme contagieux et ne pas être reçus dans les salles communes de chirurgie. »

E, Sabouraud, provou com varios exames que durante o acesso elefantasiaco se encontra sempre o estreptococcus de Fehleisen no sangue da região doente.

Mas, o que diz Dubruel, é o que Le Dantec sustenta desde 1898, que, no seu livro — Précis de Pathologie Exotique — tenta identificar as duas elefantíases com varios argumentos, terminando assim :

« Tous ces faits tendent donc à faire exclure l'éléphantiasis du cadre des maladies filariennes. »

Ora, não deveremos talvez excluir a elefantíase dos paizes quentes do quadro da filariose, pois casos

ha em que a filaria tem incontestavel papel patogenio, mas, o que não devemos tambem, é considera-la sempre como doença filarica.

Julgo mesmo que ela rarissimas vezes o será. Pois não é certo que as microfilarias só excepcionalmente aparecem no sangue dos elefantiacos? E como explica Manson esta ausencia?

Manson diz que as filarias abortando punham ovos e eram eles que, por serem 5 vezes maiores do que os embriões, rolhavam os linfaticos, impedindo assim a passagem destes para o sangue. Mas porque abortavam as filarias nos elefantiacos e não abortavam nos doentes com outras manifestações filaricas? Era o traumatismo?

Mas quem nos diz que o traumatismo faz abortar as filarias? E não estão sujeitos a traumatismos os doentes com outras manifestações de filariose, nos quais, quási duma maneira constante, encontramos as microfilarias no sangue?

Na elefantiaze do seio, que aparece algumas vezes na mulher, tambem não ha microfilarias no sangue.

Podemos aqui invocar ainda o traumatismo para explicar esta ausencia?

Não. Manson não encontrava as microfilarias no sangue dos elefantiacos porque eles não eram filariosos. E se não podemos classificar de artificio a

sua explicação, porque acreditamos na sua boa fé, podemos no entanto chamar-lhe argumento forçado.

Apoiando o modo de vêr de Dubruel e Le Dan-tec ha ainda numerosos argumentos.

A localização de preferencia da elefantiasse no membro inferior, por exemplo, explica-se por ser esta região mais exposta ás infecções. Sabe-se que a doença aparece principalmente nos individuos que andam descalços e não têm habitos de limpeza.

A elefantiasse do escroto, muito frequente nos mahometanos, seria devida, segundo Clot-Bey, ás abluções de agua fria que os mussulmanos fazem sobre as partes genitais de cinco a sete vezes no dia.

No Senegal a elefantiasse do escroto é tambem muito frequente e os indigenas não a consideram como doença grave, antes lhe atribuem a virtude de dar felicidade e aumentar as suas manadas.

De modo que, alguns ha, sobretudo entre os Peuhls, que fazem incisões ou picadas no escroto com instrumentos molhados na linfa ou no sangue que escorre das feridas de elefantiacos para se tornarem doentes. Ora, se a operação não fosse, pelo menos algumas vezes, seguida de bom exito, eles abandonariam o processo. E, se eles se tornam doentes, não é porque a filaria os infecte, porque para isso teria de passar por o corpo do mosquito; a infecção deve fazer-se por o estreptococcus.

Dubrueel tratou alguns elefantíacos por o soro anti-estreptocócico e obteve resultados satisfatórios; isto é ainda um argumento a favor da doutrina que venho defendendo.

Mas nem todos os investigadores que têm estudado o assunto são da opinião de Dubrueel e Le Dantec.

Ouzilleau, tendo feito na região do M'Bomou, (Africa equatorial franceza), 400 exames, de noite, em individuos diferentes, nunca encontrou a filaria Bancroft.

A filaria perstans e a loa eram, pelo contrario, muito frequentes.

Estudando muitos elefantíacos apurou que todos eles eram parasitados pela *filaria volvulus*.

O resultado dos trabalhos de Ouzilleau despertou muito interesse, e, em 1917, Dubois dedicou-se tambem ao estudo da elefantíase em Ouellé (Congo belga). Em 53 elefantíacos que examinou encontrou 49 vezes as microfíarias da *volvulus*, explicando que as 4 vezes que as não encontrou os exames não tinham podido ser feitos convenientemente.

Estes dois investigadores concluíram portanto dos seus trabalhos que devia ser a *filaria volvulus* o agente da doença.

Ora, em Toma, (Guiné), onde a *volvulus* é muito frequente, a elefantíase é quasi desconhecida.

Por outro lado, outros investigadores que se têm dedicado ao assunto, não têm chegado ás conclusões dos dois primeiros.

Rousseau, por exemplo, tendo em 1919 procurado, de dia, microfírias no sangue de 5 elefantíacos, em todos eles as encontrou.

Estudando dois casos, identificou a *filaria pers-tans*, que julga poder ser o agente da doença.

Parece-me que Rousseau não pode concluir nada dos poucos casos que estudou.

A *filaria perstans*, a que até hoje se não tem atribuído nenhum papel patogénico, podia existir nos seus doentes sem que por isso tenhamos de lhe atribuir a doença. Ela tanto pode existir num indivíduo são como num doente. Mas os resultados a que chegaram Ouzilleau e Dubois são mais para ponderar. Não podemos considerar como mera coincidência a existência da *volvulus* num tão grande número de elefantíacos.

Durante muito tempo a doença do sono foi considerada como uma forma de filariose, e Le Dantec ainda em 1900 assim a considerava. Desde 1901, porém, data da descoberta do agente, esta doença está bem individualizada.

Por o que resumidamente fica exposto, vemos que são numerosos os aspectos clinicos com que se pode apresentar a filariose.

Um facto curioso é que estas formas se distribuem muito irregularmente nas regiões onde a doença é endemica. Aqui predomina, por exemplo, a elefantíase, alem esta é quási desconhecida e é frequente a chyluria; nesta região ha muitos casos de adeno-linfocelo, naquella, esta forma não existe e outras aparecem em grande numero.

Parece poder tirar-se daqui uma conclusão: que alguma coisa ha, em cada logar, que condicione o aparecimento desta ou daquella forma de preferencia ás outras e independente da causa comum.

Patogenia — O processo exacto pelo qual a filaria produz as diferentes manifestações da filariose ainda não está estabelecido duma maneira segura. Só as filarias adultas e os seus ovos, cujo volume é 5 vezes o dos embriões, é que teriam acção patogénica. Parece que os vermes ou os ovos actuam produzindo uma obliteração mecânica dos troncos linfáticos ou uma obliteração por espessamento inflammatorio das suas paredes. Deste modo haveria um aumento de pressão e a formação de varizes linfáticas.

E daqui partimos para as variadas manifestações filaricas. Se os feixes varicosos se desenvolvem

no escroto, teremos o linfo-escroto; se é nas virilhas, um adeno-lymfocelo; se se rompem os linfaticos das vias urinarias, da vaginal ou do peritoneu teremos respectivamente uma chyluria, um chylocelo, uma ascite chylosa. Na patogenia da elefantíase seria reservado um grande papel á inflamação. Sem ella não se produziria a doença e, de facto, os elefantíacos têm frequentes vezes erisipelas de repetição ou crises de linfangite.

Transmissão — A filariose é transmitida por o mosquito. Foi Patrick Manson quem primeiro fez essa observação em Amoy, (China). Como os embriões da filaria apareciam no sangue periferico sómente de noite e como é de noite que o mosquito pica o homem, pensou Manson que devia ser elle o agente transmissor, e, tendo feito estudos nesse sentido, verificou que realmente assim era.

Mas Manson supunha que a infecção do organismo se fazia por a agua de bebida na qual os mosquitos teriam deixado os embriões no momento de porem os ovos ou quando morriam.

Ora, Bancroft verificou que os embriões morrem na agua em poucos minutos. Pensou então que o mosquito devia inocular directamente o homem. Fez varias experiencias e chegou á conclusão de que era mesmo assim que as coisas se passavam.

O proprio Manson veiu depois tambem a verificar este facto e hoje ele é geralmente aceite.

Parece que não ha um mosquito transmissor determinado, podendo a transmissão fazer-se por varios, incluindo o proprio *culex* vulgar que se encontra disseminado por quási todo o globo.

Este conhecimento é duma particular importancia para o estudo dos meios de profilaxia.

O facto, porem, de a doença ser inoculada por o mosquito e este existir quási por toda a parte, não quer dizer que ela tenha esta latitude.

É que não basta haver mosquitos, é necessario que outras condições, principalmente de temperatura, se realizem, para que a doença se desenvolva.

Sem uma temperatura alta, a filaria não pode sofrer no corpo do mosquito as metamorfoses indispensaveis para se tornar inoculavel e portanto não ha doença. Parece porem que alguns casos de filariose se têm registado na Espanha em individuos que nunca deixaram o seu paiz.

E o illustre professor Dr. Froilano de Melo pensa que os filariosos que vêm dos climas quentes para Portugal, ainda podem ser perigosos nos mezes de maior calor. Se me é permitido discordar um pouco da sua opinião, direi que a filariose se aclimata mal no nosso meio, a julgar pelas melhoras e até curas dos doentes que vêm das regiões quentes, e que, por

isso, ela nunca constituirá um grande perigo para nós.

Profilaxia — Desde que é bem conhecido o modo de transmissão da filariose, é fácil estabelecer os meios de a evitar, o que, porem, não quer dizer que sejam de facil realização.

Como a inoculação é feita por o mosquito, como na febre amarela e no paludismo, é obvio que os meios de profilaxia devem ser identicos.

E' nesse sentido são notaveis os trabalhos feitos por os brasileiros no Rio e os americanos em Cuba, para a febre amarela, e mais notaveis ainda as obras monumentais feitas nos *Campos Romanos* para o paludismo, que a invasão dos barbaros destruiu quási totalmente, transformando uma região que já era habitavel num campo abandonado.

E' certo que os romanos retomaram o trabalho e tentaram reconstruir, mas nunca conseguiram fazer obia tão valiosa como a primeira.

A profilaxia da filariose deve assentar sobre quatro pontos principais: a) *Supressão das aguas estagnadas*; b) *Destruição dos mosquitos*; c) *Protecção contra os mosquitos*; d) *Isolamento dos doentes*.

a) *Supressão das aguas estagnadas* —

Deve fazer-se porque é aí que os mosquitos põem as larvas e é junto delas que eles abundam. Conseguem-se isso por meio de canalisações que as levem aos rios ou ao mar. Foi assim que os romanos fizeram nos C. R. para extinguir o paludismo. Á sua obra, porem, presidia um criterio empirico e não científico, visto que eles acabavam com os lagos para dali se não evolarem os *miasmas* da doença. E' donde vem a lenda de Hercules matando a *Hydra* do Lago de Lerne.

b) *Destruição dos mosquitos* — Podemos tentar a morte dos mosquitos queimando pirethro ou enxofre dentro das habitações. Deste modo eles caem aturdidos e é preciso então apanha-los e queima-los porque, se assim não fizessemos, não tardaria que eles voltassem a voar e a picar. Podemos empregar o cresyl, ou melhor, a quinoleina vaporizada á razão de 0^{gr},50 por metro cubico.

Na abertura do Isthmo de Panamá havia obreiros que visitavam todos os dias, por duas vezes, as habitações dos operarios com tubos de folha onde apanhavam os mosquitos. Dentro desses tubos deitavam de vez em quando algumas gotas de cloroformio para os matar. Os que não podiam apanhar no tubo matavam-nos com o « *slapper* » de M. Le Prince: pedaço de rêde metalica fina, de forma

quadrada, de 4 polegadas de lado e fixada a um pau. Como vemos a destruição dos mosquitos é individual. E' cada um dentro de sua casa que deve procurar ver-se livre deles usando qualquer dos processos apontados. Ao mesmo tempo que assim damos caça aos mosquitos podemos tentar a morte das larvas que vivem á superficie das aguas estagnadas.

Para o conseguir devemos deitar petroleo ou qualquer oleo á superficie dessas aguas, de 15 em 15 dias, á razão de 10 a 15 gramas por cada metro quadrado.

Deste modo conseguimos a morte das larvas por asfixia porque a substancia derramada vai tapar os orificios por onde respiram.

c) *Protecção contra os mosquitos* — Pode conseguir-se por meio de redes metalicas, de malhas finas, bem adaptadas ás portas e janelas das habitações, colocando mosquiteiros nos leitos e usando redes na cara e luvas quando se sae de noite.

Mas uma boa maneira de escapar aos mosquitos é habitar as grandes altitudes porque eles, que são maus voadores, não chegam até lá.

E' assim que os habitantes de Petropolis, cidade situada sobre a Serra da Estrela, a 800 metros de altitude e a 45 quilometros do Rio de Janeiro, conseguem escapar á febre amarela e decerto tambem á

filariose, havendo ainda mesmo hoje individuos ricos que todos os dias á noite vão para lá, entrando no Rio só de manhã para tratarem dos seus negocios. Foi tambem para escapar ao mesmo flagelo que alguns habitantes do Rio se transferiram para Paineiras, a 600 metros de altitude. Nessa mesma região foi construido o Hotel Internacional, ligado pelo caminho de ferro ao Rio e que todos os dias á noite de lá recebe numerosos hospedes. Foi Finlay, medico de Cuba, que verificou, por uma facil experiencia, que os mosquitos não voam nas grandes altitudes. Meteu alguns destes insectos dentro dum tubo de vidro, onde podia á vontade fazer variar a pressão, em relação com um manometro, e notou que em pressões correspondentes a altitudes de 600 a 1.000 metros, os mosquitos deixavam de voar.

d) *Isolamento dos doentes* — E' claro que o isolamento dos doentes em compartimentos vedados por redes de malhas finas, ou em hospitais situados em regiões altas, é de toda a vantagem porque eles constituem uma fonte de filarias onde os mosquitos as irão buscar para inocuar em individuos sãos. Não é porém facil realisa-lo porque os doentes, que em geral suportam muito bem o seu mal, não procuram a cura. E depois ha, como já vimos, os portadores sãos que são tão perigosos como os doentes.

Diagnostico— O diagnostico da filariose é, em geral, facil de fazer.

Certas formas como a elefantíase e a chyluria são evidentes. A ascite chylosa, o hydrocelo chyloso, diagnosticam-se por a punção. O adeno-linfocelo é que é de diagnostico mais difficil.

Ha que distingui-lo de: *lipoma*, tumor mole não redutivel; *angioma*, em geral acompanha-se de varicosidades superficiaes que facilitam o diagnostico; *linfangioma* é em geral congenito, mas quando o não é, o diagnostico é impossivel; *hernia* tem a impulsão com a tosse.

As crises de linfangite, tão frequentes nestes doentes e a coexistencia de outras formas, facilitam ainda o diagnostico.

E quando o diagnostico clinico não baste recorreremos aos laboratorios que, na maioria dos casos nos vêm tirar todas as duvidas. Encontraremos as microfilarias no sangue e certas alterações deste tecido que, segundo Lefas, podemos assim resumir:

Globulos vermelhos aumentados ou diminuidos, variando entre 6.000.000 e 3.620.000.

Globulos brancos tambem aumentados ou diminuidos, indo de 13.000 a 3.500.

Polinucleares em geral diminuidos, indo de 60, 5 % a 29 %.

Eosinofilos aumentados, podendo ir até 70 %.

Devemos notar, o que facilmente se compreende,

que o diagnostico clinico é, no nosso meio, mais difficil do que nas regiões tropicais porque, sendo raros os casos que nos apparecem e sabendo nós em geral pouco da sua patologia, não nos ocorre a ideia de que se trate de tais doenças.

Tratamento — O tratamento de algumas formas de filariose tem de ser duplo: medico e cirurgico.

Pelo tratamento medico procuraremos esterilisar o sangue do doente; pelo cirurgico livra-lo-hemos das lesões já constituidas, quando isso seja possivel.

Para obter o primeiro fim tem-se lançado mão duma infinidade de drogas: azul de metileno, sulfato de quinina, timol, acido benzoico, acido galhico, acido salicilico, acido arsenioso, iodeto de potassio, santonina, glicerina, essencia de terebentina, canfora, sublimado, atoxil. Mas os resultados têm sido nulos ou quasi. Num doente hemato-chylurico, a que adiante me refiro, foi ensaiado o sulfato de quinina e o atoxil. Com o primeiro nenhum resultado foi obtido; com o segundo aumentaram as forças e diminuiu muito a anemia. Ora, comprehende-se bem, que o tratamento cirurgico não será eficaz, pelo menos passado certo tempo depois de praticado, se o tratamento medico não vier em seu auxilio, destruindo o agente da doença que determinou a intervenção, para que ela se não reproduza.

Deste modo podemos nós já concluir que o tratamento da filariose é tudo quanto ha de mais precario.

Mas, se isto assim é nas regiões onde a doença é endemica, outro tanto não succede nos nossos climas, onde os doentes melhoram consideravelmente, havendo mesmo verdadeiros casos de cura por morte da filaria e regressão das lesões. Na observação que adiante apresento veremos como o doente lucróu muito em regressar do Pará onde adoeceu. Ali tinha crises linfangiticas que se repetiam, ás vezes, todos os 15 dias; em Portugal, desde Dezembro do ano passado, data do regresso até hoje, ainda só teve uma.

São bem manifestas tambem as melhoras dum doente hemato-chylurico que em 1907 esteve no nosso Hospital, vindo da mesma região e que se encontra registado numa tese daquelle ano.

E todos os autores são concordes neste ponto. Assim, nós podemos ter a esperança de ver coroadas de bom exito as intervenções cirurgicas feitas nos nossos climas em doentes que nos nossos climas se conservem. Impossivel se torna descrever aqui todos os metodos de tratamento que convêm a cada forma de filariose, por isso, apenas referirei o que é de mais novidade ou o que, pelos seus efeitos beneficos, tem algum valor.

Na elefantiasse do membro inferior, por exemplo, que tantas vezes determina intervenções cirurgicas,

usa Castellani um metodo que, por ser muito interessante, aqui, muito resumidamente, deixo exposto :

O doente está de cama com o membro levantado por almofadas. Diariamente são-lhe applicadas injeções de 2 a 4 cm.³ de *fibrolisina* Merck (tiosinamina + acido salicilico dissolvidos em agua) durante 3 a 6 mezes e interrompidas de tempos a tempos. As injeções podem ser dadas nas regiões doentes ou profundamente nas nadegas. Depois de cada injeção o membro é fortemente apertado com uma ligadura de flanela que fica dia e noite. Nos casos de elefantíase verrugosa é útil que a ligadura seja elastica. Nas partes mais duras pode pôr-se almofadas antes de apertado o membro. A pressão deve ser bem distribuida. Se houver massas calosas é útil uma loção de resorcina e acido salicilico. A pele que sobra depois deste tratamento é ressecada em longas elipses e o doente ficará a usar uma meia elastica.

Com este tratamento tem Castellani obtido algumas curas e, no seu livro — *Manual of Tropical Medicine* — apresenta uma fotografia que é bem elucidativa. Um outro metodo de tratamento da elefantíase do membro inferior, cujos resultados são satisfatorios, é o de Kondoleon, que o prof. Dr. Teixeira Bastos vantajosamente aperfeiçou e se encontra

detalhadamente exposto na tese de Bastss Viegas em 1919.

Mas não é o tratamento cirurgico que nos deve interessar de preferencia.

A filariose nunca será eficazmente tratada se uma droga quimica não aparecer que seja capaz de matar a filaria adulta dentro do organismo. É isso que ainda se não conseguiu mas que, creio bem, se virá a conseguir um dia.

É nesse sentido que se trabalha e são já alguma coisa esperançosas as experiencias feitas por G. Curasson em 1919 e 1920, com o galyl, em aves parasitadas.

Curasson injectou galyl em sol. a $\frac{1}{100}$ e á razão de meio cm^3 por kg. de peso na veia axilar d'uma ave — *Néophron monacus*.

São d'ele as seguintes observações :

Obs. I. — Dia 15 Dezembro 1919 injeccão de $1,5\text{cm}^3$. Duas horas depois, parasitas menos ageis.

Dia 16 nova injeccão. Dia 17 nenhum parasita. Exames negativos até 26, data em que as microfilarias começaram a reaparecer. Dia 27 autopsia. Não se encontrou nenhuma filaria adulta.

Obs. II. — Dia 10 Janeiro 1920 injeccão de 1cm^3 . Dia 14 parasitas raros e pouco ageis. Dia 15 morre o animal acidentalmente (morto por um cão). Á autopsia 2 filarias adultas mortas no peritoneu. No sangue do coração raros embriões mortos.

Obs. III. — Dia 6 Dezembro 1920 injeccão de $1,5\text{cm}^3$. Dia 7 nova injeccão. Dia 8 nenhum parasita no sangue periferico até ao dia 20. Autopsia neste dia: femea adulta morta no peritoneu.

Vê-se por estas observações que o medicamento não só exerceu uma ação depressora sobre as microfilarias mas até matou as filarias adultas pelo menos num caso.

Dubruei, apoiando-se no seu modo de vêr a respeito da causa da elefantíase, tem tratado esta por o soro anti-estreptocócico com bons resultados.

Melhor efeito porem tem ele obtido com o percloreto de ferro que usa na dose de LX a C gotas por dia (1).

Prognóstico.— A filariose é uma doença que, em regra, não dá rebate sobre o estado geral do doente. Sómente algumas formas como a chyluria, por exemplo, podem, produzindo uma verdadeira sangria branca, tornar-se graves.

Mas, se na maioria dos casos a filariose não constitue um perigo para a vida do doente, alguns casos ha, raros é certo, em que esta afecção reveste uma grande malignidade, matando em alguns mezes sem que se saiba bem explicar esta terminação

(1) Dubruei apresenta um caso d'um individuo com elefantíase dos membros inferiores, tendo no direito, ao fundo, 93^{cm} de circunferencia e que em 4 mezes ficou quasi de tamanho normal, utilizando este tratamento.

O caso vem documentado com fotografias.

fatal. A estes casos chamam os brasileiros «*lymphantites perniciosas*».

Ora, apesar da filariose* não constituir em geral um perigo immediato para a vida do doente, nem por isso devemos considera-la como uma doença benigna. A filariose é grave por a sua resistencia ao tratamento e por algumas das suas formas que, como a elefantíase, são um verdadeiro tormento para o doente seu portador.

A gravidade da doença depende tambem do clima como vimos. É mais grave nas regiões endemicas do que nos paizes temperados e frios.

Depende ainda da idade da afecção. Uma elefantíase d'um membro, por exemplo, no inicio pode curar-se com simples massagens e enfaixamentos enquanto que, quando fôr muito volumosa, podemos ter necessidade de recorrer á amputação.

Filarioses do tecido celular sub-cutaneo

FILARIOSE DE MEDINA, DRACONCULOSE (1) OU DRACONTIASE

É uma afecção devida á *filaria de Medina* ou *verme da Guiné*. A femea tem um comprimento que varia entre 0^m,50 e 4 metros. A largura é de 1 milimetro.

Anatomicamente ella constitue um sacco cheio de embriões. O macho, que para muitos autores seria ainda desconhecido, é para Polak um pequeno verme de 7 a 10^{cm}. de comprimento.

Esta doença encontra-se sobre a costa occidental da Africa no Senegal, na Serra-Leôa, na Senegambia. Na Asia encontra-se muito na Arabia e principalmente em Medina; em alguns pontos da India, na Persia, na Turkestan.

Na America pode encontrar-se n'algumas provincias do Brazil, em Surinan, em Demerara.

(1) De dracunculus — pequena serpente.

Penetração do organismo. — Parece que a infecção se faz por via digestiva. As microfilarias caindo na agua são ingeridas por um pequeno crustaceo — *cyclope* — e, passado um tempo que ainda não está bem fixado, transformam-se em larvas. Se alguns crustaceos infectados penetram no estomago do homem com a agua da bebida, as larvas põem-se em liberdade no intestino, fecundam, o macho é expulso e a fêmea vai-se localisar no tecido celular sub-cutaneo.

Segundo alguns autores as microfilarias penetrariam directamente na pele por os orificios sudoriparos ou pilo-sebaceos.

Bortet, que em 1909 escreveu um trabalho sobre a doença, declara-se partidario da infecção por via digestiva.

Sintomas — A filaria pode encontrar-se em qualquer região da superficie do corpo mas é principalmente ao nivel dos maléolos que aparece. Aí pode apalpar-se, parecendo uma corda de violão.

Como sintomas gerais pode dar ás vezes dôres de cabeça e febre.

Os sintomas locais são: prurido, dôr e por vezes um pouco de edêma.

Quando o verme quer pôr os embriões vem á superficie da pele onde se forma uma flictena, depois

uma pustula, que abre e dá uma ulcera. No fundo desta ulcera ha um pequeno orificio onde se vê a filaria.

Tratamento— Certos indigenas usam o que os autores chamam o « metodo Negro ». Apanham a extremidade cefalica do verme num pau fendido e enrolam-no até conseguirem a sua saida. Este processo é mau porque, se o verme parte, a ferida é inundada de embriões o que dá supurações interminaveis que não cicatrizam com os desinfectantes ordinarios.

Béclère usa tambem este processo mas antes cloroformisa o parasita colocando sobre a ulcera uma caixa com algodão embebido em cloroformio, tendo o cuidado de vaselinar a pele. O verme depois de cloroformisado tira-se com facilidade.

Lefebvre empregava o cloridrato de cocaina em injeções no interior do parasita para depois o extrair por sessões.

Outros injectam sublimado. Estas injeções usam-se principalmente quando a filaria, em vez de estendida, está enrolada. Neste caso ela morre e é resorvida. O processo cirurgico moderno consiste em fazer a meio do verme uma incisão da pele que lhe seja paralela para depois se fazer uma ansa para tracção. Alguns cirurgiões usavam fazer uma incisão

a todo o comprimento do verme mas isso deixava longas cicatrizes.

Qualquer que seja o processo empregado, o perigo está sempre em a filaria quebrar porque então a ulcera, como já vimos, supura indefinidamente. Modernamente estas feridas são tratadas por o 914. Montpellier e Ardoin citam, em 1919, quatro observações em que Jeanselme empregou o medicamento com resultados admiráveis. Jeanselme conseguiu obter a cicatrização completa, com duas ou trez injeções, de feridas que há muito tempo eram tratadas por os antisepticos ordinarios sem resultado.

VOLVULOSE

Afecção devida á *filaria volvulus*, verme de 6 a 7 cm. de comprimento.

A volvulose consiste em pequenos tumores no tecido celular sub-cutaneo. Estes tumores são constituídos por tecido conjuntivo envolvendo as filarias e formando pequenos quistos onde há microfíliarias mergulhadas em linfa.

Os tumores rarissimas vezes supuram.

Não se conhece bem o modo de transmissão da doença mas supõe-se que pode ser inoculada por certas moscas, uma das quaes seria a *glossina*.

O tratamento consiste na incisão da pele e ablação dos tumores.

Filariose do olho

FILARIOSE LÔA

A filariose lóa é devida á *filaria lóa*, verme de 2 a 3 cm. de comprimento.

Os embriões vivem no sangue. Morfológicamente são identicos ás *microfilarias nocturnas*, mas só aparecem no sangue periferico de dia, daí o chamarem-se *microfilarias diurnas*.

A filaria adulta vive no tecido celur sub-cutaneo mas tem uma particular predilecção por os tecidos de olho, vendo-se muitas vezes debaixo da conjuntiva. É por esta razão que se chama á doença filariose do olho.

No tecido celular onde é localizada, produz, se é muito superficial, pequenas elevações. Como sintomas dá pequenos edêmas, prurido e ás vezes ligeiras dores.

No olho pode prejudicar a visão, se se encontrar na cornea.

Tambem se não conhece o modo de transmissão desta forma de filariose.

A *glossina* seria para alguns o agente da inoculação. O tratamento consiste na ablação do verme.

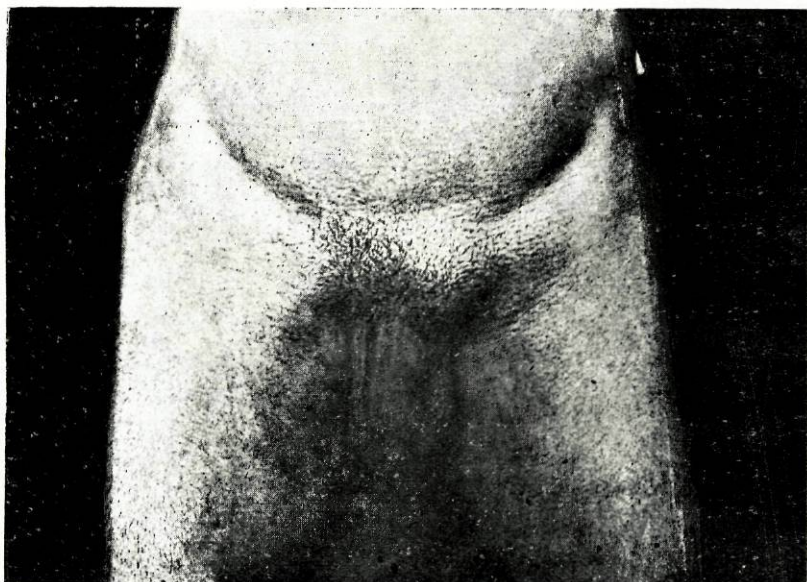
Mas é preciso andar depressa porque ele é muito movel e muitas vezes desaparece antes de haver tempo de principiar a operação.

No Gabon, onde esta filaria é frequente, os indigenas extraem-na dos olhos com pequenos paus aguçados em ponta fina.

CAPITULO III

—

Observação



FOTOGRAFIA DO DOENTE

Observação

Doente J. S. F., de 28 anos, solteiro, empregado comercial, natural de Favaios, concelho de Alijó e residente no Porto.

Entrou para a enfermaria n.º 1, Sala S. Luiz, a 22 de Março de 1922.

Estado actual.—Estado geral regular. Um pouco de palidez da pele. Numerosas cicatrizes de variola pelo corpo, predominando na cara, mãos e pés. Ganglios cervicaes, e axilares.

Quando o doente está de pé nota-se duas tumefacções ovoides (1), uma na região inguinal direita, outra na esquerda, com o eixo maior na direcção das arcadas.

A da esquerda é um pouco maior do que a da direita. A pele destas regiões é normal.

(1) Não pude assistir á fotografia por me encontrar doente na ocasião, de modo que, apesar das minhas recomendações, ela foi tirada sem que o doente tivesse passeado algum tempo antes e por isso as tumefacções estão pouco aparentes, não correspondendo á verdade.

Pela palpação nota-se que estas tumefacções são constituídas, á periferia, por ganglios aumentados de volume e no centro por uma massa mole. Os ganglios da periferia são alongados e dispostos na direcção da arcada crural. São moles e adherentes aos planos profundos. Com a palpação, as tumefacções reduzem-se muito de volume, o mesmo succedendo quando o doente se deita em decubito dorsal. Não ha dôr expontanea nem provocada pela pressão.

O testiculo e o epididimo do lado esquerdo são dolorosos á pressão e o canal deferente é um pouco mais grosso do que o do lado oposito. A pele do escroto deste lado é tambem ligeiramente mais espessa do que do lado direito.

Ruidos cardiacos um pouco rudes. Pulsacões por minutos — 80. Tensão maxima — 14, tensão minima — 7. Respiração soprada nos dois vertices pulmonares. Ligeira broncofonia do lado direito. Fígado ligeiramente aumentado de volume.

Historia e evolução da doença — Em Fevereiro de 1914 o doente embarcou para o Pará, onde esteve cinco anos, empregado no commercio. Regressou a Portugal em Junho de 1919 e voltou para o Pará em Abril de 1920.

Foi poucas semanas depois desta segunda via-

gem que o doente caiu de cama com arrepios, suores, grande elevação de temperatura, inapetencia e dores de cabeça.

Ao mesmo tempo apareceram-lhe, nas regiões inguinais, duas tumefacções vermelhas, muito dolorosas e com grande calor, separadas, na linha media, por uma zona de pele de côr normal.

De cada uma destas tumefacções partia um cordão vermelho, doloroso, que seguia a direcção dos vasos femoraes até meio da coxa.

O escroto tumefez-se muito e o testiculo do lado esquerdo aumentou de volume e tornou-se doloroso á pressão.

Este estado durou cinco dias. Depois tudo desapareceu ficando o doente apenas com as tumefacções nas virilhas.

Poude então retomar o trabalho e sentiu-se bem durante quinze dias. Passado este tempo voltou a adoecer do mesmo modo que na primeira vez e, d'aí por diante, as crises repetiam-se todos os quinze ou trinta dias, enfraquecendo-o e impossibilitando-o de trabalhar.

Consultou então um medico que lhe disse que a sua doença era *filariose* e, sem que lhe receitasse qualquer medicamento, lhe aconselhou que voltasse para o seu paiz.

Foi o que o doente fez, voltando para Portugal em Novembro de 1921.

Aqui, só uma vez, um mez depois da chegada, é que teve uma crise como a que descrevi.

Depois disso, as tumefações têm-se tornado dolorosas por varias vezes, o doente sente um pouco de febre, mas nunca mais se repetiram as crises francas como tinha no Pará.

Antecedentes pessoais — Teve variola aos 7 anos. Aos 16 teve paludismo. Aos 18 um hydrocelo direito e gripe pneumonica a que se seguiu uma pleurisia sêca.

Aos 20 anos sofreu de dores articulares nos pés que diz terem passado com injeções mercuriaes. Teve ainda, em data que não sabe precisar, cancos moles e uma blenorragia.

Antecedentes hereditarios — Os pais são vivos e saudaveis. Tem tres irmãos, um dos quaes sofre do peito.

Exames laboratoriais

Reação de Wassermann no sangue — negativa.

Globulos vermelhos por mm³ — 4.356.000.

Globulos brancos por mm³ — 11.800.

Formula leucocitaria

Eosinofilos	23,2, %
Basofilos	0,5 —
Neutrofilos	47 —
Mononucleares	30 —

Parasitas no sangue — microfilaria nocturna.

Diagnostic

A — *Diagnostic clinico* — O meu doente é portador de *adeno-lymfocelo bilateral*.

Se não fosse a minha ignorancia em assuntos de filariose, antes de começar este trabalho, teria rapidamente feito o diagnostic clinico porque a a sintomatologia que o doente apresenta é tão completa que não deixa duvidas.

Mas, como os meus conhecimentos sobre o assunto eram poucos, só depois de o ter estudado pude fazer este diagnostic com segurança.

E nem merece a pena passar em revista as diferentes afecções que podem prestar-se á confusão com esta forma de filariose e que atraz ficam apontadas, porque era gastar tempo inutilmente. O doente tem, como disse, uma sintomatologia tão completa que nos leva directamente ao diagnostico.

O aparecimento rapido durante um acesso febril, a repetição deste acesso com sintomas locais de linfangite, os sinais colhidos pelo exame local, são bem proprios da doença.

Um facto ha, nos antecedentes deste doente, que chama a nossa atenção: é o aparecimento dum hydrocelo direito quando tinha 18 anos.

Nesta altura estava ele, por a primeira vez, no Pará. Podiamos pois supor que o hydrocelo fosse a primeira manifestação da doença como algumas vezes succede.

Não me parece, porem, porque o doente diz que o liquido era transparente e houve um grande intervalo entre a data do seu aparecimento e o primeiro acesso febril.

B—*Diagnostico laboratorial*—Depois do diagnostico clinico era necessario fazer o laboratorial, unico de certeza.

Para isso piquei o doente na pólpa dum dedo, em dois dias, surpreendendo-o no sono, ás 11 horas da noite.



MICRÓFILARIA NOCTURNA — Microfotografia

Recolhi algum sangue num tubo com soro citratado a 1 0/0, para examinar as microfíliarias vivas e fiz varios *frottis*.

Não consegui vêr as microfíliarias no sangue citratado, mas nos *frottis* havia algumas, apresentando-se como corpos transparentes, alongados, tendo algumas zonas claras no seu eixo.

Córei então estes *frottis*, uns pelo *Leishman*, outros pelo *panotico* e consegui vêr os vermes melhor.

Nas preparações coradas pelo *Leishman*, as microfíliarias apresentavam-se como corpos alongados, de côr azul, sem detalhes nitidos de estrutura.

Pelo contrario, nas preparações coradas com o *panotico*, as microfíliarias apresentavam-se nitidamente, e, podemos assim resumir os seus caracteres:

Corpos alongados, estriados transversalmente, com uma extremidade adelgaçada, envolvidos por uma longa bainha transparente e incolor e cheios de granulações coradas.

As granulações eram, pela maior parte, azuis, mas, ao lado destas havia outras vermelhas, reunidas em grupos, com uma disposição particular: alternavam com as primeiras e dispunham-se á periferia do verme.

Tendo procurado, por varias vezes, as microfíliarias em sangue colhido de dia, nunca consegui encontra-las.

Procurando-as em sangue extraído por picada na pólpa dum dedo, durante a anestesia cloroformica, quando o doente foi operado, tambem as não encontrei.

A microfilaria que encontrei nos *frottis* é bem o embrião da filaria Bancroft ou *microfilaria nocturna*. Para a identificarmos basta saber que aparece no sangue periferico só de noite e que tem bainha (1).

O exame de sangue revelou-nos alterações que, segundo Lefas (2), são as que aparecem nos casos de filariose. É de notar a elevada eosinofilia.

O exame histo-patologico dos ganglios inguinais esquerdos mostra-nos ainda as lesões classicas da afecção.

Podemos assim resumir o resultado desse exame :

Em todo o campo microscopico ha forte congestão. O ganglio conserva nalguns pontos a sua estructura normal, principalmente na porção medular, onde se nota uma intensa actividade circulatoria. Na zona cortical a estrutura é mais desordenada e parece que uma invasão de tecido conjuntivo abraça

(1) Vid quadro de classificação na pag. 18.

(2) Vid pag. 47.

pequenos grupos linfoides, dando por vezes a impressão que elementos do foliculo fluctuam livremente no seio medular. Facto identico se observa em torno dos vasos desta região. Os vasos linfaticos apresentam espessada a sua camada muscular e a luz reduzida num certo grau de linfangite estenosante.

Noutros pontos parecem antes ectasiados.

Nos córtes observados não foi possivel encontrar o parasita.

Tratamento — Em primeiro lugar convem ao doente não voltar para regiões quentes porque é bem manifesta a acção benefica dos climas temperados e frios sobre os portadores destas doenças.

Como já vimos (pag. 49), o nosso doente melhorou muito, depois da chegada do Pará.

Depois haveria vantagem em usar os arsenicais, principalmente o galyl, cujos ensaios sobre aves parasitadas parece terem dado alguns resultados (1).

O tratamento arsenical nestes doentes, quando não tenha uma acção especifica, pelo menos melhora o seu estado geral e diminue a anemia. Para que as crises de linfangite se não reproduzam deve fazer-se a intervenção cirurgica. Esta consiste na

(1) Vid pag: 51.

ablação dos ganglios e varizes linfaticas inguinais com o tecido que os envolve.

A operação foi feita já do lado esquerdo e será feita do outro lado daqui a algum tempo.

A *peça* extraída era constituida por ganglios aumentados de volume e vasos linfaticos envolvidos por tecido adiposo. Dela saía serosidade linfatica em grande abundancia. O seu exame histologico é o que atrás fica relatado.

Não descrevo a operação porque ella não tem nada de particular.

Prognóstico — Não me parece muito severo. O doente tem melhorado desde que veio do Pará e é provavel que continue a melhorar depois de operado dos dois lados. Isto no caso, é claro, de elle não voltar para climas quentes.

Visto.
Teixeira Bastos.

Pode imprimir-se.
Lopes Martins,
Director interino.

BIBLIOGRAFIA

- A. Le Dantec — Précis de Pathologie Exotique (Maladies des Pays Chauds et des Pays Froids) — 1900.
- Antonio Francisco da Conceição — Breves considerações sobre filariose do sangue e da lynfa.
(A proposito dum caso clinico).
- Bastos Viegas — Elefantíase e Estados Elefantíasicos — 1919.
- Bulletins de La Société de Pathologie Exotique — 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922.
- Castellani and Chalmers — Manual of Tropical Medicine — 1913.
- Christian Champy — Le Sang et les Maladies du Sang — 1913.
- E. Brumpt — Précis de Parasitologie — 1910.
- Edmond et Étienne Sergent — Moustiques et Maladies Infectieuses.
- E. H. Rees — The Reduction of Domestic Mosquitos — 1911.
- E. Lancereaux — Maladies Exotiques.
- E. Lefas — Hématologie et Cytologie Cliniques.
- Guy L'Aroche — Examens de Laboratoire du Médecin Praticien — 1919.
- Henri Maurice — Notions d'Hygiène et de Médecine à l'usage des Coloniaux — 1920.
- Henri Pelailon — Contribution a L'Histoire Naturelle et Médicale des Moustiques — 1901.

- H. Salnoue — Ipin — Précis de Pathologie Tropicale — 1910.
- J. Héricourt — L'Hygiène Moderne — 1917.
- Jules Guiart — Les Parasites inoculateurs de maladies — 1914.
— Précis de Parasitologie — 1910.
- L. Bard — Précis des Examens de Laboratoire — 1911.
- L. Gedoelst — Synopsis de Parasitologie de L'Homme et des Animaux Domestiques — 1911.
- Patrick Manson — Maladies des Pays Chauds — 1904.
- Pierre Mégnin — Les Insectes Buveurs de Sang et Colporteurs de Virus — 1906.
- Wurtz et A. Thiroux — Diagnostic et Séméiologie des Maladies Tropicales — 1905.
-

Errata

Apesar de toda a boa vontade não foi possível evitar que este livro saísse sem *gralhas*. Encontram-se algumas durante a leitura, mas como todas elas são de fácil correção, não lhes faço referencias especiais.