

# GAZETA MEDICA DA BAHIA

PUBLICAÇÃO MENSAL

Volume XLVI

ABRIL 1915

Numero 10

Relações pathologicas entre o figado e o baço; aspectos clinicos da pathologia hepato-esplenica nos climas quentes.

Pelo Prof. **C. FRAGA**

*Senhores:*

Ensina uma lei da pathologia geral que orgams em interdependencia anatomica ou physiologica participam dos mesmos processos pathologicos.

O figado e o baço, situados na parte superior da cavidade abdominal, são envolvidos pelo mesmo folheto visceral do peritoneo; o mesmo tronco arterial — o tronco coeliaco, respectivamente, pelas arterias hepatica e esplenica, irriga as duas visceras juxtapostas; pela veia porta, que capillarisa na intimidade do parenchyma hepatico, o sangue do baço, antes de chegar á veia cava inferior e á circulação geral, vae ao figado trazido pela veia esplenica, que é um dos ramos iniciaes do systema porta.

Glenard, de Vichy, e Seregé, de Toulouse, chegaram a distinguir no figado um territorio mesaraico, comprehendido no lobo direito, e um territorio esplenico, restricto no lobo esquerdo.

Esta noção da independencia organo-funcional dos

lobos hepaticos, apesar de seductora, não logrou o accordo unanime dos pathologistas, servindo de infirmal-a provas experimentaes com substancias corantes, injectadas alternadamente nas origens das veias grande mezaraica e esplenica, e seguidas, em ambos os casos, da coloração de todo o organo.

Resulta das relações anatomicas entre as duas visceras evidente solidariedade, quer nos processos geraes, na aggressão commum por via directa, arterial, quer nos processos primitivos de um ou de outro organo, fatalizada a repercussão pathologica pelo intercambio dos agentes morbidos, germens ou toxinas, accarretados mechanicamente, mercê da circulação de retorno no systema especial que recolhe de varia origem visceral o sangue venoso, isto é o systema porta.

De facto, a veia porta, como grande collecter commum do sangue venoso do intestino, pancreas, baço, estomago, tributa o figado pesadamente, transportando-lhe productos morbigenicos dos organs servidos de primeira mão, entre os quaes se conta o baço. *Vena porta, porta malorum*, já diziam os antigos na exacta comprehensão dos perigos constantes com que a circulação porta ameaça o organo jecoral.

De referencia ás connexões physiologicas sabemos que figado e baço têm funcções communs; a hemolyse que é funcção normal e importante do baço se faz tambem no figado; outro tanto se pode dizer da funcção hematopoietica, em que, principalmente no feto os dous organs se encontram associados; o baço auxilia o figado na depuração geral do organismo, como trabalham juntos na funcção bacteriope-

xica; baço e figado collaboram na digestão. Para a regularidade de sua principal secreção externa, o figado se soccorre da hemolyse esplenica, demonstrando a plenas provas que o baço contribue poderosa e efficazmente para a biligenia hepatica.

Por outra parte o augmento de volume do baço, durante o periodo digestivo, cobraria sua principal razão na plethora sanguinea que assoberba o figado, derimida, dentro dos limites physiologicos, pela estase esplenica transitoria. E pois, a biligenia seria influenciada pela hemolyse esplenica, como a congestão digestiva do baço, seria, nada mais nem menos, que um phenomeno banal de derivação circulatoria entre orgams anatomica e physiologicamente connexos, phenomeno sujeito ás intermitencias do trabalho digestivo. Neste particular segundo o prof. Gilbert, o baço não é senão uma esponja sanguinea annexada ao figado. Até aqui os factos de dependencia anatomica e de synergia fuuncional entre os dous orgams; agora vejamos como se passam as cousas na esphera pathologica.

\* \* \*

No estudo das alterações pathologicas do figado e do baço é mister considerar tres aspectos diversos: 1.º alterações simultaneas dos dous orgams, attingidos a um tempo pela mesma causa geral infectuosa ou toxica: *syndrome hepato-esplenica*; 2.º alterações hepaticas nas molestias do baço: *figado esplenico*; 3.º alterações esplenicis nas molestias do figado: *baço hepatico*.

Antes porém de tratar precisamente das relações do

figado e do baço na pathologia dos climas quentes, julgo imprescindivel entreter-vos a respeito das reacções hepato-esplenicãs simultaneas, por effeito das infecções e intoxicações, como estudo preliminar ao das influencias reciprocas dos dous orgams nas molestias primitivas de um ou de outro.

Multiplas são as causas que, por via arterial, podem produzir modificações morbidas sobre o figado e o baço. As infecções experimentaes identificaram o processo commun e paralelo das lesões hepato-splenicãs e a inoculação de germens pathogenicos demonstra a sua localisação no figado e no baço, conforme provou Hess com o carbunculo e fizeram outros em relação á tuberculose, á febre typhoide etc. O mesmo se pde affirmar quanto ás intoxicações exo e endogenicãs.

A clinica muito de commun nos offerece exemplos de determinações hepato-esplenicãs simultaneas. A febre typhoide que produz uma esplenomegalia constante, altera tambem o figado, em dupla localisação da septicemia do começo; na generalisação tuberculosa, nas formas agudas, como a typhobacillose, de Landouzy e a granulia, a determinação espleno-hepatica se faz ao mesmo tempo, como é natural supor, dado o caminho que segue o germen.

Pode acontecer ainda que embolias infectantes produzam infarctus nos dous orgams. Por seu turmo a circulação venosa, profundamente perturbada, reflecte egualmente sobre o figado e o baço, authenticando casos de asystolia hepatoesplenicã, conforme descrevem alguns autores italianos e francezes.

Os trabalhos da escola de Gilbert assignalam o facto de alterações contemporaneas do figado e do baço nas anemias, particularmente nos casos de anemia perniciosa em que ha uma hypertrophia hepatica associada a lesões reaccionaes intensas da polpa-esplenica, ás mais das vezes com megaloesplenia.

Na syphilis e nas leucemias modificações espleno-hepaticas, que alguns acreditam simultaneas, parecem entretanto produzidas por influencia de um organo sobre o outro, quasi sempre o baço sobre o figado, o que daqui a pouco teremos occasião de ventilar. E' nas affecções primitivas do figado ou do baço que vamos estudar a influencia reciproca das duas visceras.

Vejamos as alterações esplenicas nas molestias hepaticas.

Antes porém de passar adeante devo manifestar as minhas duvidas quanto ás molestias primitivas do figado. Na verdade a pathologia hepatica é, em regra, secundaria. Secundaria nas molestias agudas, como nas molestias chronicas.

Referindo-se ás cirrhoses, Lanceraux faz timbre de sua repugnancia em chamal-as de *molestias hepaticas*. Mas si no particular da doutrina a reserva se impõe, do ponto de vista clinico podemos e devemos distinguir as visceropathias em primitivas e secundarias, consoante e chronologia de suas determinações apparentes e a dependencia causal que as relacionam.

Assim sendo, é licito admittir que estados morbidos hepaticos podem repercutir sobre o baço, como estados esplenicos podem attingir secundariamente

o figado. Eis a verdade clinica que á cabeceira do doente, não podemos recusar.

As affecções hepaticas, especialmente aquellas que se iniciam pela alteração das ramificações venosas e biliares, influem communmente sobre o baço. A esplenomegalia constitue um dos symptomas mais importantes, quer se trate das cirrhoses venosas, quer se trate das cirrhoses biliares.

A megalosplenia da cirrhose atrophica é um facto trivial, e em clinica, verificar o augmento de volume do baço num doente suspeito de cirrhose é arrolar um symptoma de primeira ordem no cadastro diagnostico. Apenas a interpretação da esplenomegalia varia conforme os autores. Gilbert e seus discipulos collocam o augmento de volume do baço na dependencia da hypertensão porta: são as lesões esclerosas dos espaços porto-biliares, comprimindo as ramificações da veia porta, por vezes mesmo, produzindo uma endo-phlebite, que acarretam um embaraço circulatorio permanente, donde os phenomenos constantes da syndrome da hypertensão porta, entre os quaes figura a esplenomegalia. O baço dos cirrhoticos seria portanto um baço de estase, augmentado principalmente por effeito da congestão passiva.

Acreditam outros, e entre estes Gauckler, Oestreich, Bleichroder, estes citados no trabalho de Roch, sobre o *baço dos cirrhoticos*, que a lesão esplenica nas cirrhoses do figado é igualmente cirrhotica—uma verdadeira esclerose pulpar hypertrophica, como o chama Gauckler.

Demais disso, taes lesões teriam a significação de uma reacção esplenica inicial de natureza hemolytica,

reação macrophagica vestibular da esclerose pulpar hypertrophica. É por consequencia um exagero da função hemolytica do baço, ahí comprehendidas a erythrolyse e a leucolyse, que inicia, produz e edifica a megalosplenia dos cirrhoticos de Laennec.

Nas cirrhoses biliares o augmento de volume do baço é signal classico da affecção, e tão importante, que pela sua só presença ou ausencia o Prof. Gilbert baseou a sua classificação clinica, trifurcada em cirrhose biliar hepatosplenomegalica, hypersplenomegalica e cirrhose microsplenica ou asplenomegalica. O Prof. Chauffard, discutindo a origem esplenica possível de alguns casos de cirrhose biliar, calcou sobre a chronologia do symptoma esplenomegalia a sua classificação, tambem em tres formas: forma esplenomegalica, com lesões concumitantes hepatosplenicas, forma preesplenomegalica em que ha prioridade da alteração hepatica e forma meta-esplenomegalica, com antecedencia da doença esplenica.

A esplenomegalia encontra-se tambem em estados ictericos chronicos, nas ictericias catarrhaes, nas angiocholites, na lithiase biliar, após muitas crises dolorosas, na cirrhose syphilitica e tuberculosa.

Cabe dizer-lhes aqui, com toda opportuniidade, que alguns pathologistas pretendem que o figado nos paizes quentes é menos são que nas regiões frias ou temperadas. Patrick Manson falla de um estado hyperhemico que acode a uma actividade fuuncional maior e acaba imprimindo ao organo modificações congestivas permanentes. Assim se caracteriza para alguns tratadistas o figado torpido (*torpid liver*, dos autores inglezes).

Por minha parte tenho repugnancia em acreditar na acção nociva do clima sobre o figado, não me tendo ajudado a observação de alguns annos a convencer-me da allegação que se nos depara nos autores estrangeiros.

Para mim o chamado *figado tropical*, na sua syndrome hypohepatica, não é senão o figado que se perturbou e reagiu ao uso das bebidas alcoolicas e aos excessos da alimentação. Não creio, na lenda do figado tropical, tão proclamada quanto inexacta, a semelhança daquella outra que imputava á acção do clima uma anemia, que se não verifica em absoluto nas medias hematimetricas.

Mas si é verdade que ao clima se não deve attribuir uma acção nociva sobre o figado, tambem é verdade que entre nós é mais elevada a cifra dos doentes do figado, principalmente nas classes desprotegidas. E' a alimentação defeituosa, abusiva ás vezes, quasi sempre impropria, que explica o facto, e, no que pode dizer a minha observação, sempre verifiquei que ás manifestações hepaticas correspondiam disturbios gastro-intestinaes contemporaneos.

A base da alimentação carnea nas classes pobres é o xarque ou *carne secca*, o que quer dizer uma conserva de carne bovina, não raro guardada durante longo tempo e sobretudo mal conservada. Tal carne de difficil digestão, ás vezes é usada sem nenhum preparo previo, ou soffre um preparo rapido e summario, insufficiente para tornal-a mais propria, melhor diria menos impropria á alimentação. Por outra parte, para acompanhar essa ração albuminoide, a quota de hydratos de carbono é representada em farta copia

pela farinha commum, farinha de mandioca, talvez o ments toleravel dos alimentos da especie.

Tambem nas classes mais favorecidas a qualidade excitante da alimentação, (entre nós, principalmente com o concurso da pimenta) além do uso commum de conservas estrangeiras, influe poderosamente para as perturbações do apparatus gastro-intestinal e, portanto, secundariamente do figado.

Tal não admira porque somos um povo que no particular dos nossos habitos, não fizemos individualidade: temos os habitos europeus na alimentação, como nas vestes: apreciamos as conservas em latas de exportação estrangeira e supportamos habitualmente ao sol ardente, ou á temperatura de mais de 30°) as roupas de lã que do outro lado servem para proteger contra as baixas temperaturas.

Ora, visto que a alimentação nada tem de hygienica para os climas quentes é natural suppor que as perturbações do figado torpido; do figado insufficiente são devidas á má alimentação e que se constituem por pequenos disturbios iterativos, explicaveis pela permanencia da mesma causa genetriz.

O figado é uma viscera que facilmente se perturba por via intestinal; congestiona-se rapidamente, sendo como é, um organ grandemente irrigado, um appendice da auricula direita, como já o chamaram, e que normalmente contem 1000 a 1200 grs. de sangue, na estimativa de autores recentes, que verificaram dupla a cifra de 500 grs., no calculo de Sappey.

Por seu turno o baço soffre o contra-choque circulatorio, alliviando o figado do impeto congestivo que

lhe augmentou o volume. Demais disso, sabido que o baço tambem collabora na digestão, lançando na circulação uma substancia de origem leucocytaria, capaz de transformar o tropsinogenc do succo pancreatico em trypsina activa, não se pode duvidar que a sua perturbação, mesmo transitoria e leve, possa influir no trabalho digestivo pela falta desse fermento leucocytario, analogo á enterokinase, cuja função se affirma como substancia sensibilizadora do fermento pancreatico.

Vê-se pois como e de que modo se podem admittir relações pathologicas entre o baço e o figado nos climas quentes. Daqui por diante nas chamadas molestias tropicaes, ou molestias mais communs em nossos climas, veremos como se comportam baço e figado, e suas perturbações nos processos morbidos que respectivamente os attingem.

\* \* \*

Passemos agora a indagar como se apresenta o figado nas affecções primitivas do baço.

Mister se faz, porém, que frize ao justo o papel do baço nas infecções, seu posto de combate na defeza organica, e por isto mesmo sua mais facil lesão nas infecções sanguineas.

O baço funciona ao modo de um ganglio lymphatico: está para a circulação geral como o ganglio para a circulação local. Tanto basta dizer-vos para que possaes avaliar das maiores possibilidades de aggressão infectuosa ou toxica, a que o expõe seu papel de guarda avançada do organismo. Germens patho-

genicos fazem do baço asylo ou ponto de escala organica e ahi persistem durante algum tempo para produzirem depois novos surtos septicemicos. Assim o hematozoario de Laveran, o treponema de Schaudin, o micrococcus melitensis etc.

Conforme descreveu Gougerot são estas as phases de uma infecção sanguinea: 1.º periodo septicemico; 2.º escala esplenica; 3.º surto septicemico. Outras vezes, segundo o mesmo autor, ao envez de nova explosão septicemica, a infecção segue caminho da veia esplenica em direcção ao figado, e então são estas as phases: 1.º septicemia; 2.º localisação latente no baço; 3.º infecção do figado; 4.º lesão hepatica metasplenica e nova invasão á circulação geral.

Analysemos.

A tuberculose esplenica primitiva é rara, não ha duvida, mas, por escassos que sejam os casos nitidos, indubitaveis, uma consequencia é certa, infallivel: a contaminação secundaria do figado.

Lefas, tendo reunido em sua these vinte casos de tuberculose esplenica, affirma, autorisado na sua observação, relativamente copiosa, que o figado é attingido em tres quartos dos casos.

Chauffard e Castaigne, injectando em cobaya cultura virulenta de bacillos de Kock obtiveram contaminação immediata do baço e mediata do figado.

Ainda mais raras são as observações da syphilis hepatica primitiva. Entretanto a litteratura medica nos offerece alguns exemplos nos casos de Caussade e Milhit, Leon Bernard, Labbé e Dellile, todos citados na these de Lamare, nos quaes o exame clinico e anatomo-pathologico apurou a antecedencia

da lesão esplênica, donde a provavel infecção secundaria do figado.

Na leucemia a esplenomegalia é um symptoma constante. Constante e até certo ponto precoce.

O figado tambem é seriamente lesado; ha uma intensa infiltração leucocytaria ao nivel dos espaços e fissuras portobiliares, uma verdadeira *apoplexia branca*, na phrase feliz de Menetrier e Aubertin.

São os ramos da veia porta que mais se mostram repletos de globulos brancos, donde a origem esplênica da infiltração hepatica e a natural conclusão de que o figado na leucemia é um figado esplênico.

Uma das molestias em que a lesão esplênica é consideravel e mais intimas se demonstram as relações entre o figado e o baço, é a grande molestia tropical, é o paludismo.

No paludismo a esplenomegalia domina a symptomatologia, maxima nos casos chronicos; é o baço o *covil* dos hematozoarios e, uma vez infectado, permanentemente lesado, torna-se perigoso para o figado.

A esplenomegalia palustre assume ás vezes proporções consideraveis, marcando a evolução de annos a fio da infecção chronica.

A precessão da lesão esplênica no paludismo é incontestavel; o peso do baço se eleva, podendo ir a 4 ou 5 kilogrammas; adquire consistencia, torna-se endurecido, congestiona-se, adhire aos orgams ambientes pela perisplenite simultanea. Ao exame histologico as lesões são as da cirrhose diffusa.

Surgem as perturbações hepaticas que o proprio exame clinico attesta secundarias, a julgar pela chronologia das manifestações. E' pelo sangue da

veia esplenica que o figado se contamina, reagindo então por lesões mais ou menos intensas.

No paludismo agudo os disturbios hepaticos são geralmente leves, a não ser nas formas irregulares graves ou perniciosas. Mesmo assim, curado o doente, rapido desaparecem as manifestações para o lado do figado.

No paludismo chronico, isto é antes da cachexia, as lesões são mais serias, mas ainda assim não tão profundas, como em geral se julga.

Dos estudos que, ha alguns annos, venho fazendo sobre o figado no paludismo me ficou a convicção de que ha evidente exagero na affirmacão classica a respeito. Creio bem que o facto se explica pelo só exame physico, que é em geral o exame clinico, a que o organo é submettido. Ora, o exame physico apenas pode dizer do volume, da consistencia, da forma e da sensibilidade do organo, além de que raras são as observações que precisam as dimensões em centimetros ao nivel de um ponto dado, que, de referencia ao figado, é, via de regra, a linha mamillar.

Pode acontecer, e acontece muitas vezes, que a exploração ao nivel do rebordo costal, illude, fazendo crer num augmento de volume, que de facto, não é senão uma ptose do organo.

Mas admittamos que, como quasi sempre se passa, o figado esteja realmente augmentado. E' bastante para julgar da lesão? Não. Faz-se mister explorar a funcção, calcar sobre as provas da semiologia chimica o juizo exacto sobre o estado do organo, em uma palavra dobrar o diagnostico physico do diagnostico funcional.

Segundo os autores classicos as alterações hepaticas no paludismo chronico correspondem ás lesões da hepatite hypertrophica por hypertrophia cellular simples diffusa ou nodular.

Ao exame physico se encontra o figado augmentado de um a dous centimetros ao nivel da linha mamillar; algumas vezes o augmento não é sensivel, mas a consistencia se modifica e a apalpação provoca dôr, sobretudo ao nivel do lobo antero-esquerdo.

Nos casos em que tenho verificado uma grande hypertrophia, subictericia, sensação de peso no hypochondrio, dôr forte á pressão, outras causas, como a má alimentação e o alcoclismo tambem entravam em acção. (\*)

As provas semiochimicas levadas a effeito para exploração funccional, como a urecometria e a pesquisa da urobilinuria durante dias seguidos, a ammoniuria experimental, a glycosuria provocada a indicanuria a prova do azul de methyleno e a lipemia alimentar, conseguiram demonstrar que não são profundas as alterações hepaticas no paludismo chronico.

A propria origem da lesão hepatica leva a crer na sua relativa benignidade. E' uma lesão secundaria á alteração esplenica, e si o baço inficiona o figado, é claro que tambem o defende, tornando-se o centro principal de deposito e elaboração dos hematozoarios, de formação do pigmento, e parece racional admitir-se que o sangue da veia esplenica deve ser, nos impalu-

---

(\*) Fraga — Le foie dans le paludisme chronique.

dados, mais que de nenhuma outra parte carregado de toxinas, de detritos hemáticos, de granulações pigmentares (Chauffard).

Demais disso as estatísticas de Jonnesco, como as de Vanverts provam exuberantemente que a esplenectomia cura os doentes de paludismo chronico, evitando a cachexia em começo, o que vale por uma afirmação a mais da origem esplenica da hepatite palustre.

O fígado no paludismo é pois um exemplo de fígado esplenico.

A pathologia conta alguns estados morbidos ainda não systematisados no ponto de vista nosographico, os quaes têm um caracter commum e dominante — a megalosplenia.

São deste numero a esplenomegalia de Gaucher ou cancer primitivo do baço, a esplenomegalia primitiva de Debove e Bruhl, a molestia de Banti, a esplenomegalia com anemia de Von Jacksh e Luzet.

Em todas estas affecções ou syndromos morbidos o baço é primeiro atacado, certo por servir ás funcções de defeza do organismo.

Ora os productos inflammatorios e os proprios germens são transportados ao fígado, a maneira do que se passa na infecção palustre. E' Gauckler quem diz que os macrophagos são acarretados em massa, do baço ao fígado, fixando-se e tornando-se o ponto de partida da organização cirrhotica.

Em todos estes estados, que só a rubrica de *esplenomegalia primitiva* pode servir a maravilha, ao menos do ponto de vista estritamente clinico, as manifestações hepaticas são consecutivas ás lesões do baço.

São portanto typos acabados de hepatite de origem esplenica, assim evidenciando as relações pathologicas dos dous orgams.

Em todos elles a esplenectomia tem sido indicada e praticada como o meio curativo por excellencia.

Para por termo a estas considerações devo fallar ainda de outros estados morbidos, encontrados nos climas quentes.

Assim a febre de Malta ou septicemia de Bruce em que o figado e o baço, sobretudo o baço, são augmentados e sensiveis.

A lesão esplenica é precoce, sendo a viscera profundamente lesada; o micrococcus melitensis, ou germen de Bruce, é encontrado no baço, e não parece haver duvida que, quando o figado vem a ser comprometido, a infecção fez caminho pela veia esplenica e veia porta.

Porque acreditar que seja este o caminho seguido? Em primeiro logar trata-se de uma septicemia que para logo ataca o baço, localisando-se o germen, a maneira do paludismo, da febre typhoide, da syphilis; faz-se portanto a escala esplenica, durante a qual o micrococcus melitensis se prepara para novos surtos septicemicos, passando provavelmente caminho do figado para a circulação geral. Os argumentos clinicos fallam em favor da hypothese porque é o baço que apresenta maior reacção, que mais augmenta de volume, tornando-se doloroso á pressão, ao passo que a lesão hepatica apparece depois e menos se exteriorisa aos processos do exame physico.

Na dysenteria, quer se trate da forma bacillar, quer da amebiana, os dous orgams podem ser attingidos.

Na primeira o fígado não é especificamente atingido: ha congestão, lesão parenchymatosa e angiocholite, como em infecções outras, especialmente quando elegem o intestino.

Na forma amebiana as lesões hepaticas são importantes: ha hepatite e formação de abcesso, ás vezes grande abcesso tropical que pode ser uma consequencia proxima ou remota da amibiase intestinal. O baço é então levemente alterado, soffrendo a repercussão do estado congestivo a principio, e depois inflammatorio do fígado.

No Kalaazar, molestia dos climas quentes, mas que ainda não foi identificada entre nós, o baço é seriamente lesado, hospedando o germen e podendo infectar secundariamente o fígado.

Finalmente não deixarei estas considerações sem tratar das relações pathologicas entre fígado e baço na molestia de Chagas da trypanosomíase americana, passando-voe alguns informes ineditos em impressões que me foram transmittidas pelo meu sabio collega, o glorioso descobridor da molestia.

O baço, nas formas agudas da molestia, apresenta-se hypertrophiado, facilmente palpavel ao nível de hypochondrio esquerdo, lembrando o baço do paludismo agudo.

A autopsia revela-o granuloso, encontrando-se as aglomerações parasitarias os dos musculos estriados, semelhantes do coração, etc.

Nas formas chronicas da molestias, qualquer que seja a syndrome predominante, o baço é menos augmentado de volume, aliás bem verificavel a

hypertrophia pela delimitação da zona de matidez. As aglomerações por seu turno diminuem de frequência.

O fígado na forma aguda é notavelmente augmentado a autopsia mostra o em degeneração gordurosa, sendo a "esteatose da viscera só comparavel a que é observada na febre amarella", o que se tem verificado invariavelmente em todas as necropsias praticadas.

Nas formas chronicas a hypertrophia é consideravel, e como a forma cardiaca da molestia é muito frequente, não raro o fígado se apresenta com os caracteres clinicos do fígado cardiaco, natural corollario da insufficiencia cardiaca que resulta inevitavelmente do soffrimento do organo, quasi sempre fortemente parasitado.

Ora, como vêdes, os dois corações são attingidos pelo mal, parecendo pela rapidez do processo que a infecção é simultanea por via sanguinea. Mas, é mister attentar para o facto da maior lesão do fígado, o que leva a crer que, si a infecção não faz escala pela viscera esplenica, esta pode collaborar para a degeneração rapida do fígado, sobrecarregando-o de parasitas e productos toxicos pela veia esplenica, caminho da veia porta.

Nas formas chronicas, a participação do coração, frequentemente lesado, faz soffrer o fígado por contra-choque da perturbação hemodynamica, assim tenha começo a insufficiencia cardiaca. Seja como for, a clinica e a anatomia pathologica identificam lesões dos dous organs expressos em disturbios funcionaes e alterações anatomicas.

Temos estudado com o exemplo dos estados morbidos descriptos as relações pathologicas entre o figado e o baço. Intimas que são as connexões do ponto de vista anatomo-physiologico, é claro que as respectivas lesões, quando localisadas primitivamente em um ou outro organo, repercutem sobre o que se conservou são, trocando as duas visceras os seus males, como no estado normal se auxiliam nas funções a que cada uma dellas é principalmente preposta.

Do ponto de vista clinico é mister estar sempre de sobreaviso, attendendo aos dous organos nas circumstancias morbidas que a ambos podem alcançar.

---

## Tratamento da plasmódiose pelo Hectargyrio (\*)

Pelo Dr. M. C. Góes Monteiro  
1.º Tenente Médico do Exercito

---

M. B. M., branco, com vinte e trez annos de idade, soldado do 14.º Regimento de Infantaria, entrou para o Hospital Militar desta cidade no dia 4 de Maio do corrente anno, ás treze horas, febril, tiritar intenso, face livida, olhar indeciso, dores pelo corpo, ancias de vomito e sudorése abundante.

---

(\*)—Observação colhida no Hospital Militar de Corumbá.

Achava-se abatidíssimo e nos disse quasi assim se mantinha ha mais de uma quinzena, tratando-se fóra, com medicamentos caseiros, sem obter melhora. e por esta razão havia resolvido baixar ao Hospital.

De constituição forte, informa nunca ter soffrido de malaria e affecções outras de importancia, gozando sempre robusta saúde.

Residia em Matto-Grosso desde o mez de Outubro de 1913 sem ser victima tambem de alteração alguma em seu organismo, quando, em meiado de Abril, foi surprehendido com os symptomas acima relatados, os quaes surgiam em horas certas e determinado tempo e ordinariamente de dois em dois dias. Os accessos appareciam pela manhã e a febre subia, quasi sempre, a 40°. Acompanhavam-nos, egualmente, uma pezada prostração com inaptidão ao trabalho, anorexia, a lingua fartamente saburrosa; havia tido muito constantemente momentos de agitação, turvação na vista, insomnia e profunda sede.

Apresentava ao exame objectivo o figado muito sensível á menor pressão, ao nivel do lobo esquerdo, e notavelmente augmentado de volume, pois que media quatorze e meio centimetros á direcção da linha mammaria direita. No mesmo estado se encontrava o órgão esplenico, medindo quinze centimetros de diametro vertical e vinte e cinco de diametro obliquo, e sensibilíssimo á palpação.

Quanto aos outros órgãos e aparelhos nada se percebia digno de attenção; apenas o ventre era um pouco doloroso na «regio illiaca».

O exame microscópico do sangue, effectuado no dia seguinte, revelou positivamente a existencia do hematozoario de Laveran, em typo «crescente», e abundante nos diversos campos da preparação, a qual foi fixada pelo reactivo de May e Grünwald e corada pelo Giemsa, confirmando assim, com segurança, o diagnostico da infecção paludica. A formula leucocytaria deu o seguinte resultado: polynucleares 64,8; mononucleares, 0,8; eosinophilos, 3,5; grandes lymphocitos, 13,8; pequenos lymphocitos, 15,4; formas de transição, 1,7.—Não lhe fizemos o exame completo da urina por não contarmos com os apparatus necessarios.

Firmado assim o diagnostico, iniciamos logo o tratamento com a prescripção, de sessenta centigrammas de calomelanos, em pequenas porções, obtendo-se effeito satisfactorio, e após este a medicação quinica e de seus derivados indicados no caso. Davam-se-lhe em injeções intra-musculares, diariamente, quinze decigrammas de formiato de quinina, usando-se tambem algumas preparações arsenicaes; emfim, nos cercamos de tudo quanto era exigido para debellar a entidade morbida em questão.

No entanto o estado do enfermo continuava inalteravel.—No dia 12 do mesmo mez novo exame do sangue foi praticado, dando approximadamente o mesmo resultado que nos havia offerecido o primeiro.

Experimentamos ainda o azul de methyleno e da mesma maneira foi improficuo.

Dispostos já a lançar mão do Salvarsau, lem-

bramo-nos, em bôa hora, de fazer-lhe applicação das injecções de Hectargyrio, as quaes foram iniciadas no dia 1.º do seguinte mez logo com as empollas B e eram prescriptas quotidianamente.

E assim o nosso doente, após tanto tempo de lucta, se tornou apyretico desde o quarto dia de tratamento arsenico-mercurial.

—No curso desse mez e muitos dias de molestia o enfermo, é preciso notar, teve dois fortissimos accessos, ascendendo a temperatura a 41º e 1/2.

A 12 de Junho, sem mais nenhuma alteração, outro exame microscopico e não mais se verificou a presença do parasita laveranico.

Com outra serie de injecções de Hectargyrio e outras preparações reconstituintes, demos alta ao doente, podemos dizer, restabelecido do padecimento principal, permanecendo apenas ligeiro entumescimento hepato-esplenico.

Outros casos identicos tivemos já oportunidade de observar e, apesar de pequeno o numero, todavia o que delles se averigua em relação a esta medicação, unida ao depoimento absolutamente concorde de quantas observações estranhas nos têm cahido sob as vistas, permite a conclusão, que aqui salientamos, da efficacia grande desse medicamento na cura da plasmodiose.

Um emprego mais amplo permittirá formular juizo therapeutico mais definido sobre a sua acção.

Corumbá, Julho de 1914.

## Kopiopia hysterica

Pelo Dr. Cesario de Andrade  
Professor de clinica ophtalmologica da  
Faculdade de Medicina da Bahia

Dentre os innumerables estados pathologicos descriptos sob a donominação generica de *asthenopia* ou *kopiopia*, e que têm como causa, seja a fadiga do musculo ciliar, ou a heterophoria, ou, ainda, a irritação inflammatoria das palpebras e das conjunctivas, etc., destaca-se um, como una variedade clinica particular, uma excepção typica especialmente definida, chamado *Kopiopia hysterica*, — intimamente ligado a esta nevrose.

Assim, individuos ha que, examinados cuidadosamente ao ophtalmoscopio, não denunciam lezão ocular, nenhum vicio de refração, disequilibrio no aparelho oculo-motor, ou mesmo, si quer, leve irritação das conjunctivas, apresentando, apenas, por vezes, e ainda que insignificante, um estreitamento periphérico do campo visual; mas, que, não obstante a ausencia desses phenomenos, são portadores de perturbações visuaes accentuadas; perturbações visuaes estas que os impossibilitam, quase que, em absoluto, para o trabalho, mormente quando este carece de visão approximada.

Estas perturbações visuaes, de variedade innumeravel nas suas manifestações, consistem, especialmente, em dores orbitarias e peri-orbitarias, parestia da accommodação, espasmo do musculo orbicular, alteração do sentido chromatico e, até mesmo, por vezes, diplopia monocular de *Parinaud*.

Um caso dessa natureza tivemos oportunidade de observar na clinica civil, em dias do mês de setembro do anno proximo findo. Referimo-nos a uma senhora de trinta e tres annos de idade, solteira, constituição regular, extremamente nervosa, e que se dizia incapaz para o trabalho, especialmente quando este exigia a visão de perto.

Qualquer tentativa nesse sentido occasionava-lhe, no fim de alguns minutos, dores orbitarias, tremor palpebraes, cephalalgia, estado vertiginoso e amblyopia transitoria.

Do exame ophthalmoscopico resultou perfeita integridade, não só das membranas profundas do globo ocular, como integridade do nervo optico e dos meios transparentes; á askiascopia, ophthalmometria e subjectivamente, a emmetropia era manifesta; por outro lado, a orthophoria, evidente.

E, o exame das palpebras e das conjunctivas não nos induziu a crêr numa possível *asthenopia conjunctival*.

Aquella accentuada manifestação de phenomenos de fadiga do apparelho visual no individuo, em questão, cujos olhos se apresentavam isentos de lesões apreciáveis, vicio de accommodação ou convergencia, éra, crêmos nós, um caso typico de *kopiopia hysterica*.

Tanto mais quando é certo que, no caso a que nos referimos, não se verificava a debilidade organica que, nos convalescentes, explica, por vezes, certas asthenopias transitorias; assim como, tambem não podiamos admittir o diagnostico de dyslexia, — que é uma alexia transitoria — porque, nesta affecção, faltam, além de outros symptomas, a dor e a confusão das expressões

graphicas, frequentes na asthenopia e existentes no caso a que alludimos.

De modo que, na ausencia absoluta de outra explicação, razoavel se nos afigurou firmar aquelle diagnostico—*Kopiopia hysterica*—por isso que, a par de todo aquelle conjuncto de perturbações funcçionaes do organ da visão, a doente apresentava symptomas outros caracterisadores dessa grande nevrose.

### Reacção de Abderhalden (\*)

pele Dr. E. Vampre'

A applicação da reacção de Abderhalden no diagnostico e estudo das molestias nervosas e mentaes tem sido ultimamente largamente discutida em todos os centros cultos da Europa.

A etiologia de certas molestias, o diagnostico, o prognostico e a therapeutica têm já sido beneficiados com esta nova séro reacção, que cada dia vai adquirindo assim mais importancia em psychiatria e neuropathologia.

Entre nós o assumpto começa apenas a ser estudado. Como se trata de um processo novo, achei interessante trazer á Sociedade de Medicina um resumo das idéas expendidas pelo dr. S. Muttermilch, do Instituto Pasteur de Paris, que claramente expõe o estado actual da questão, no volume 1.º de Abril de 1914, dos "Archives Internacionales de Neurologie".

(\*) Ext. d' "*A Tribuna Medica*".

A concepção da reacção de Abderhalden, dos fermentos de defeza (Abwehrfermente) é baseada no facto do organismo dos animaes adquirirem fermentos novos, de propriedades decomponentes, quando são introduzidas no organismo destes animaes, albuminas extranhas a elle.

Em certos estados physiologicos especiaes como a gravidez, em casos pathologicos, pode ser verificada no sangue a presença dos fermentos dirigidos contra as cellulas destruidas pelo processo pathologico ou contra as cellulas novas que existem no estado normal.

A reacção de Abderhalden na gravidez já é mais conhecida que nas molestias mentaes e nervosas.

Na gravidez os fermentos apparecem no sangue no 8.<sup>o</sup> dia depois da fecundação e desaparecem 14-21 depois da sahida da placenta. Abderhalden considera a reacção da gravidez como sendo rigorosamente especifica. — O professor Bar, em França, diz ter obtido Abderhalden positivo em salpingites, fibroma uterinos etc., negando assim o valor absoluto da reacção.

Dous são os methodos de fazer a reacção de Abderhalden: o methodo da dialyse e o methodo optico, de technicas complicadas, de que só os bacteriologistas podem lançar mão.

Para os praticos o que convem saber é a applicação da reacção de Abderhalden nas molestias mentaes e nervosas, pela constatação da presença dos fermentos de defeza. Todos os autores estão de accordo que nos serums normaes não existem fermentos dirigidos contra a albumina do cerebro ou contra qualquer outro organ.

Foi Fauser quem primeiramente applicou a descoberta de Abderhalden no dominio da psychiatria e neurologia, principalmente na demencia precoce. Kroepelin estudando a etiologia desta molestia, incrimina desde ha muito, o mau funcionamento das glandulas sexuaes como a causa principal da demencia precoce, que ataca sobretudo os individuos moços. Esta hypothese foi perfeitamente confirmada no estudo dos fermentos de defeza:—foram encontrados no sangue dos dementes precoces os fermentos dirigidos contra a albumina das glandulas sexuaes (experiencia de Fauser, Wegener, Zofka, Mayer, Bundschuy e Romer, Krasnouchkine).

A demencia precoce resultaria pois, de uma perturbação da secreção interna dos orgãos sexuaes. Os productos de decomposição dos fermentos de defeza intoxicariam o cerebro que se torna doente e por sua vez excita o organismo para a producção de fermentos novos dirigidos contra a albumina do cerebro (Fauser). Nos dementes precoces tambem tem sido verificada uma reacção positiva com as albuminas da glandula thyroide.

Todos sabem as relações physiologicas que existem entre o corpo thyroide e as glandulas genitales.

Em um catatonico—E. R.—branco, hespanhol, com 21 annos de idade, que tivemos a oportunidade de observar, verificamos uma confirmação plena das idéias de Fauser.

A reacção de Abderhalden, feita pelo Dr. Christofel, assistente do professor Ficker foi positiva para a albumina de testiculos.

Na paralyisia geral, que desde os trabalhos de Nouguchi, Marinesco, Marie e Levadite, é uma molestia

de origem microbiana, produzida pelo parasita de Schaudinn, o espirochéta palido, tambem têm sido verificados os fermentos de defeza contra a albumina do cerebro principalmente.—Em quatro paralyticos geraes, o dr. Christofel, encontrou Abderhalden positiva para a albumina do cerebro, todos em doentes nossos.

Fauser, Mayer, Maas, Nene, têm encontrado Abderhalden positiva não só para o cerebro, na paralytia geral, como tambem para o rim, o figado, o testiculo, o corpo thyroide, o pancreas.

E' que a paralytia geral, conforme a theoria antiga de Krœpelin é uma molestia de todo o organismo.

Na epilepsia, Lampé e Papazolu constataram a reacção Abderhalden com as proteínas do cerebro até 5 dias depois do ataque epileptico. O serum é principalmente rico em fermentos antes do ataque. Nos casos graves e adiantados de epilepsia a reacção é positiva mesmo nos intervallos dos ataques. O prognostico da epilepsia depende pois dos resultados da reacção de Abderhalden, nos intervallos dos ataques.

Nas psychoses funcionaes, na psychose maniaco-depressiva, na hysteria, nos estados simplesmente pscopathicos, a reacção de Abderhalden é sempre negativa.

O diagnostico differencial entre a epilepsia verdadeira e a epilepsia hystérica, que é muitas vezes de enormes difficuldades, póde ser feito com a reacção de Abderhalden (Biswanger).

A reacção de Abderhalden virá certamente facilitar o diagnostico differencial entre o estapor melancolico

e o estupor catatonico, entre o diagnostico da demencia precoce e a psychose maniaco-depressiva.

Na molestia de Basedow, a reacção de Abderhalden pôde indicar, de um modo preciso, qual o órgão mais lesado no momento da analyse do sangue, si o corpo thyroide, o thymus, ou o ovario. A reacção de Abderhalden vem portanto facilitar o emprego da opotherapie da molestia de Basedow, definir os seus varios typos, permittindo ainda estabelecer o diagnostico das formas frustas do syndroma basedowiano com a hysteria. Lampé e Fuchs citam varios casos de bocio hystericico com a reacção de Abderhalden negativa.

Na acromegalia e tumores da hypophyse a reacção tem sido positiva com o tecido hypophysario—(Kafka).

Na paralysisa agitante, Marinesco e Papazolu encontraram Abderhalden positiva com as glandulas thyroides e para—thyroides dos doentes, e negativo com as glandulas normaes.

Nas psychoses alcoolicas e senis, na idiotia e imbecilidades, seringomyelia, tem sido encontrada Abderhalden positiva com o cerebro; nas nevrites, com o tecido nervoso e muscular; na atrophia muscular com o tecido muscular; na anterior esclerose, com o cerebro e outros órgãos:—prostatas, testiculo.

Ahrens nas trepenações simples com incisão da dura-mater, nos animaes, encontrou no serum, os fermentos contra o cerebro.

Como se vê, o estudo do Dr. Mutermilch é da maxima importancia pratica e põe em destaque a applicação que hoje vai tendo a reacção de Abderhalden e julguei interessar á Sociedade de Medicina, expondo as ideias do Dr. Mutermilch e contribuindo

tambem, para os resultados confirmativos das ideias theoricas expendidas, com 5 reacções de Abderhalden feitas pelo dr. Christofel, em doentes que observamos.

A applicação da reacção de Abderhalden é portanto da maxima importancia no estudo da etiologia, do diagnostico, do prognostico e da therapeutica de certas molestias mentaes e nervosas.

Terminando poderei repetir as palavras do dr. Noel Fiessinger, em sua lição sobre os fermentos de defeza do sangue em pathologia humana, proferida no serviço do professor Albert Robin (Journal des Praticiens n. 15 de 11 de Abril de 1914).

“A sciencia moderna está abordando nestes ultimos annos problemas do mais alto interesse. Não se deteve na epoca pasteuriana em que a causa dos processos foi pesquisada na infecção e pullulação dos infinitamente pequenos.

O estudo mais aprofundado dos phenomenos vitaes lhe mostrou a parte importante que cabia aos humores e ás suas orientações dynamicas no determinismo morbido. A defeza do organismo não se limitou desde então á phagocytose; aprendeu-se a conhecer as propriedades especiaes do meio sanguineo, propriedades bacteriolyticas; agglutinantes e anti-toxicas, que o espirito schematico synthetizou e materializou de algum modo no termo de anti-corpo. São os anti-corpos que intervêmna reacção de Wassermann, que se manifestam na sero reacção de Widal para a febre typhoide e em muitas outras reacções empregadas hoje diariamente em clinica medica. A idéa que domina o dynamismo humoral moderno é a noção de uma força de defeza”.

A' reacção de Abderhalden que estuda a força reaccionaria humoral contra a molestia está reservado um brilhante futuro.

## ASSOCIAÇÕES MEDICAS

SOCIEDADE MEDICA DOS HOSPITAES

*Sessão de 11 de Abril*

A 11 de Abril teve logar a primeira sessão desta utilissima associação profissional no corrente anno.

Depois de algumas deliberações a Sociedade elegeu a sua nova directoria que ficou composta dos seguintes funcionarios: presidente Dr. Lydio de Mesquita; vice-presidente Dr. João Americo Garcez Fróes; 1.º secretario Dr. Clementino Fraga; 2.º secretario Dr. João Ferreira Canna Brasil; thesoureiro Dr. Eduardo de Moraes.

O 1.º secretario leu o relatorio dos trabalhos do anno 1914, do qual consta a seguinte synopse:

1. "Sobre um caso de cataracta congenita total unilateral", pelo dr. Eduardo de Moraes. 2. "Sobre um caso de esplenomegalia primitiva" pelo dr. Clementino Fraga. 3. "Quatro casos de calculose vesical na infancia", pelo dr. Antonio Borja, discussão pelos drs. Fernando Luz, Clementino Fraga, e Pedro Emilio de Cerqueira Lima. 4. "Tres casos de cura de gangrena diabetica pelo methodo de Gueipa", pelo dr. Aristides Maltez. 5. "Um caso de dysplasia

periostal", pelo dr. Martagão Gesteira. 6, "Occlusão intestinal por torsão do pediculo de um hematosal-piuge", pelo dr. Adeodato. 7, "Cura da hypertrophia da prostata pelo processo de Freyer", pelo dr. Fernando Luz. 8, "Um caso de resecção do corpo da clavícula, atacado do endothelioma. Gomma tuberculosa da fossa super esternal no mesmo individuo, dois mezes depois de restabelecido, assemelhando-se, clinicamente, ao tumor extirpado", pelo dr. Caio Moura. 9, "Corpo extranho do rhinopharinge e da bocca", pelo dr. David Bastos. 10, "Sobre um caso de corpo extranho da orbita", pelo dr. Eduardo de Moraes. 11, "Caso de gravidez do 3.<sup>o</sup> mez, coincidindo com fibromas multiplos do utero", pelo dr. Gonçalves Martins. 12, "Fistula vesico-vaginal, pelo dr. José Adeodato. 13, "Um caso de inundação peritoneal consequente á ruptura de uma gravidez tubaria, variedade ampullar, no curso do 2.<sup>o</sup> mez", pelo dr. J. Dias Tavares. 14, "Sobre trez casos de laryngo-fissura", pelo dr. Eduardo de Moraes. 15, "Um caso de phocomelia", pelo dr. Alfredo Magalhães, discussão pelos drs. Adeodato e Gonsalves Martins. 16, "Sopros anorganicos intracardiacos", pelos drs. Clementino Fraga e Martagão Gesteira, discussão pelo dr. J. Fróes. 17, "O centenario das laparotomias da clinica do prof. Adeodato", pelo dr. Aristides Maltez. 18, "Tres casos de leishmaniose mucosa", pelo dr. Octavio Torres, discussão pelos drs. Albino Leitão e Alexandre Cerqueira. 19, "Um novo processo de hysterectomia", pelo dr. Gonçalves Martins, discussão pelos drs. Maltéz e Fernando Luz. 20, "Tratamento do tétano", pelo dr. Aurelio Vianna, discussão pelos

drs. Fraga, Edgard Barros, Maltez e Octavio Torres. 21, "Um caso de tuberculose verrucosa", pelo dr. Genesio Salles, discussão pelo dr. Clementino Fraga. 22, "Tumores epibulbares", pelo dr. Cesario de Andrade, discussão pelo dr. Eduardo de Moraes. 23, "Granuloma ulceroso tropical", pelo dr. Octavio Torres, discussão pelos drs. Lydio de Mesquita e Antonio Borja. 24, "Um caso de esplenopneumonia", pelo dr. J. V. de Cerqueira Lima, discussão pelo dr. C. Fraga. 25, "Considerações sobre a phocomelia", pelo dr. Alfredo Magalhães (a proposito do caso apresentado na sessão anterior). 26, "Cancer do pancreas", pelo dr. Moreira Sampaio. 27, "Forma cutanea da peste", pelo dr. Agrippino Barbosa, discussão pelos drs. Eutychio Leal e Clementino Fraga. 28, "Sobre um caso de urticaria palustre", pelo dr. José Olympio da Silva, discussão pelo dr. J. Fróes. 29, "Caso de demencia paralytica", pelo dr. Eutychio Leal. 30, "Tratamento da coxite tuberculosa", pelos drs. Caio Moura e Alfredo Magalhães, discussão pelo dr. G. Martins. 31, "Tuberculose ocular e tuberculina", pelo dr. Eduardo de Moraes, discussão pelo dr. Cesario de Andrade. 32, "Syndrome cerebellar", pelo dr. Aurelio Vianna, discussão pelos drs. Albino Leitão e Eduardo de Moraes. 33, "Hemorrhagias gastro-intestinaes post-operatorias", pelo dr. Gonçalves Martins, discussão pelos drs. Lydio de Mesquita e Clementino Fraga. 34, "Apparelho de distensão continua", pelo dr. Gonçalves Martins. 35, "Sobre um caso de hematometra", pelo dr. Aristides Maltez. 36, "Gravidez complicada da fibroma",

Intervenção in-extremis, cura, pelo dr. Menandro Filho. 37, "Diabetes insipido", pelo dr. Clementino Fraga. 38, "Sobre tres casos de piedra", pelo dr. Octavio Torres, discussão pelo dr. J. Fróes. 39, "Sobre uma modificação das canulas de ascite", pelo dr. J. Fróes. 40, "Lesão fortuita operatoria dos ureteres", pelo dr. José Adeodato. 41, "Sobre um caso de empyema", pelo dr. Antonio Borja, discussão pelo dr. J. Fróes. 42, "Sobre dois casos de otorrhéa chronica", pelo dr. Eduardo de Moraes. 43, "A tocanalgina no trabalho do parto", pelo dr. Menandro Filho, discussão pelos drs. Albino Leitão e Maltez. 44, "Do methodo de Abbot, no tratamento das escolioses", pelo dr. Alfredo Magalhães. 45, "Um caso de molestia de Banti", pelo dr. José Olympio. 46, "Um caso de shock operatorio", pelo dr. Aristides Maltez. 47, "Vaccinotherapia da czeza", pelo dr. Eduardo de Moraes. 48, "Sobre a actinomycese na Bahia", pelo dr. Octavio Torres. 49, "Elephantiasis do penis", pelo dr. Fernando Luz. 50, "Placenta previa central", pelo dr. Canna Brazil.

---

*Um caso de noma.* — O Dr. Fernando Luz apresenta um caso raro de *noma*, observado no seu serviço de cirurgia na Enfermaria "S. José." Começa chamando a attenção para a idade do doente, 47 annos, por ser a molestia mais commum na infancia, de 2 a 12 annos, e por não ter sido precedida de molestia alguma infecto-contagiosa.

Descreve em seguida a marcha da molestia em seu doente, dizendo que, no momento da entrada já a bochecha tinha sido perfurada e a gangrena começava a invadir a pelle da face. Allude ao estado de miseria em que vivia o doente, denotando isto a falta de asseio e hygiene de todo o seu corpo, como causa adjuvante do *noma*.

Diz não ter procurado fazer cultivar para esclarecer a etiologia da molestia, por não ter encontrado collega bacteriologista, que pudesse, no momento encarregar-se destes estudos. Fala nos diversos germens responsaveis provaveis da molestia, dizendo não estar provado qual o unico responsavel, sendo que, em geral, são encontrados os anaerobios proprios das gangrenas. Fala em seguida na marcha rapida da gangrena progredindo sempre circularmente, destruindo a pelle, os vasos, nervos, canal de Stenon, deixando-se ver ao fundo o masseter, como se tivesse sido dissecado por canivete. Diz em seguida ser muito triste e feia esta molestia, não só pela mutilação que produz na face destruindo pelle, labios, nariz, palpebras e muitas vezes as orelhas sem que o medico que della trata possa isso evitar.

Fala em seguida no diagnostico, dizendo não ser difficil, pois a marcha rapida da molestia é pathognomonica.

Diz no começo poder ser confundida com o carbunculo.

Chega ao prognostico, que é quasi sempre fatal, sendo a causa da morte: o coma, a asphyxia pelo

edema, as perturbações pleuro-pulmonares por embolias.

Allude ao tratamento empregado no caso presente e que foi a desinfecção repetida da bocca e da ferida pela agua oxygenada e tambem as injecções intersticiaes de agua oxygenada, feitas nas zonas de limite da gangrena.

O resultado obtido foi bom para a porção posterior, onde a gangrena limitou-se perfeitamente a 2 dedos atravessados para deante da orelha; para a parte anterior, porém, a gangrena marcha na sua faina destruidora, já estando perto dos labios e do nariz. Tambem fez o tratamento geral por meio dos tocos: quina, oleo camphorado.

Allude em seguida ao conhecimento que possui de já se ter empregado o 606 em applicações locais e mesmo em injecções endo-venosas, empregadas com algum resultado por Netter em 1912 em Paris e por Pinto Portella no Rio de Janeiro em dois doentes, que apresentaram melhoras consideraveis.

Pede a opinião dos collegas sobre esta therapeutica, dizendo não ter querido applical-a, devido ao estado do rim, (perda de albumina, cylindros granulosos).

Tomam parte na discussão os Professores Albino Leitão, Eduardo de Moraes, Clementino Fraga, Garcez Fróes que opinam pelo emprego do Salvarsan em doses pequenas; Dr. Mario Andréa que aconselha o emprego da Cacodylina; Dr. Lydio de Mesquita aconselhando o emprego do thermo-cauterio para destruir toda a parte gangrenada.

*Alterações do nervo optico nos traumatismos craneo-nos.*—O Dr. Eduardo de Moraes, após varias considerações a respeito do modo de producção das alterações do nervo optico nos traumatismos do craneo, estudando-os de accordo com a porção do nervo attingida pelo traumatismo, apresenta a observação de um doente que mezes antes soffrera uma forte pancada na cabeça, cahindo de sobre uma arvore, de altura aproximada de tres metros. A queda lhe occasionara a perda completa de sentidos durante algumas horas e hemorragias pelas fossas nazaes e conductos auditivos.

Ao despertar notara a perturbação sensivel da visão, attingindo egualmente os dois olhos e desde então não mais tornara a ver senão muito indistinctamente.

Nenhuma informação de valor prestara relativamente aos seus antecedentes pessoaes e hereditarios.

No dia do primeiro exame praticado pelo Dr. Moraes apresentava um empallidecimento das papilas, com estreitamento das arterias da retina, o resto do fundo do olho normal e os reflexos pupillares reduzidos.

A visão limitava-se a contagem dos dedos á distancia de cincoenta centimetros, sem ser possível melhora-la com os vidros. O campo visual difficilmente examinado apresentava um estreitamento concentrico para o branco e para as cores.

Para explicar as lesões encontradas, pensou o Dr. Moraes n'uma fractura da base do craneo, estendendo-se de modo a interessar a sella turcica do

esphenoide. A fractura linear da sella turcica, determinando um deslocamento do osso teria provocado uma lesão do chiasma dos nervos opticos no sentido transversal, sendo assim possivel attingir a todas as suas fibras, de modo a provocar uma diminuição assim consideravel da visão nos dois olhos.

O tratamento indicado foi o iodureto de potassio em altas doses e as applicações de correntes continuas.

Ao cabo de 15 dias de tratamento o doente havia melhorado, a visão se tornara um pouco mais distincta, não tendo tido o Dr. Moraes occasião de examinal-a d'ahi por diante de maneira a poder medir exactamente o seu gráo de visão porque a doente abandonara o Hospital, onde comparecia diariamente para as applicações electricas e não lhe fora possivel descobrir o seu paradeiro.

Pensa o Dr. Moraes que a melhora accusada para o lado da visão poderá encontrar uma explicação no facto de não terem sido destruidas todas as fibras do chiasma, ficando aquellas que escaparam á destruição impossibilitadas de funcção regularmente durante as primeiras semanas em consequencia simplesmente de uma contusão ou de uma compressão determinada por algum fóco hemorrhagico.

Termina o Dr. Moraes chamando attenção dos seus collegas para a possibilidade de lesões do nervo optico por traumatismos indirectos, mas fazendo ver que da mesma natureza e com os mesmos aspectos ophthalmoscopicos, podem ser as lesões produzidas pela tabes, antes muitas vezes do apparecimento de outras lesões nervosas pelas intoxicações nicotino-alcoolicas, pelo glaucoma chronico simples, etc. havendo portanto

grande interesse sob o ponto de vista medico legal na distincção de casos desta ordem para serem evitadas as simulações e tambem poderem ser reconhecidos n'uma pericia os direitos de individuos victimas de accidentes.

— Sobre o caso falou o Dr. Cesario de Andrade, estudando as lesões verificadas ao ophthalmoscopio e salientando o valor do exame do campo visual na diagnose da atrophia do nervo optico. Alludiu em seguida ao mechanismo da producção da estase papilar, em determinados casos, e terminou referindo um caso de sua observação — *atrophia total bilateral* — do nervo optico, consequente a fractura da base do craneo, evidenciada pelo exame post mortem.

*Sobre um caso de keratose do pavilhão da orelha.*— O Dr. Cesario de Andrade submete a apreciação da Sociedade um interessante caso de keratose, em um individuo de 82 annos de idade, de nacionalidade italiana.

O doente apresentava no bordo superior do pavilhão auricular esquerdo uma producção cornea em forma de chifre medindo  $4 \frac{1}{2}$  centimetros de comprimento por 5 de largura no ponto de implantação.

Entrando em considerações sobre o caso de sua observação, o Dr. Cesario, explica como se realizam esses processos aberrantes de keratinisação das camadas superficiaes da epiderme, tomando, por vezes, como no caso em questão, formas bizarras e singularmente caprichosas pela extensão e séde de seu desenvolvimento.

Alludiu ás condições em que se produz physiologicamente a degenerescencia cornea ou keratínica, como uma alteração de atrophia regressiva particular ao epithelio, e estudou os desvios pathologico que conduzem aos grandes processos de keratinisação como as keratoses da natureza que o seu doente apresenta. Referiu-se por fim, á maneira por que se desenvolvem as keratoses apreciando-as sob o ponto de vista histo-pathologico.

---

SESSÃO DE 25 DE ABRIL

*Sobre um caso de noma.* — O Dr. Fernando Luz traz á Sociedade o doente de noma apresentado na sessão anterior para mostrar a consideravel melhora do mesmo, tendo se limitado a gangrena e entrando os tecidos em franca reparação. Diz que o tratamento empregado se limita a injecções d'agua oxygenada e ligeiras thermo-cauterisações.

A proposito o Dr. Alfredo Magalhães fala de um caso de seu serviço numa criança e lembra que o velho tratamento pelo chlorato de potassio lhe dera bons resultados.

---

*Cysto fetal suppurado (gravidéz extracuterina abdominal secundaria) tratada por laparotomia.* — O Dr. José Adeodato communica o caso de uma doente cuja historia progressa denunciava uma gravidéz que evolueu sem incidentes até o setimo mez, quando se

manifestaram phenomenos de parto, com defluxo de grande quantidade de liquido pela vulva.

Paralysado o trabalho, seguiram-se phenomenos de infecção grave, com calefrios e alta temperatura, que prostraram a doente por espaço de 35 dias.

Seis mezes depois começa uma eliminação de ossinhos pela vagina e depois pelo anus, via por onde continuava exclusivamente a expulsão dos despojos necrosados, sendo o facto verificado no serviço clinico.

A verificação clinica de um tumor duro e doloroso, orlado por uma zona de empastamento, no flanco direito, com o qual se continuavam o utero e a vagina fortemente repuxados e distendidos; a informação anamnesticca da doente concorde na encadeação, precisa e nitida na expressão e corroborada pela observação do caso, levaram o auctor a diagnosticar uma retenção fetal encystada e suppurada, superveniente a uma prenhez extra-uterina abdominal secundaria, com fistulação intestinal.

Ainda mais, o defluxo abundante de liquido pela vulva no momento de falso trabalho, revelado pela anamnese, phenomeno de uma caracterisação tão incontrovertivel que não poderia ser facilmente interpretado pela doente, multipara experimentada, não podia deixar de fazer pensar na existencia de uma abertura do ovo ectopico com a cavidade uterina, o que fez o auctor, firmado o complemento diagnostico—*preghez-tubo-intersticial primitiva*. A laparotomia confirma plenamente o diagnostico.

O auctor seguindo uma technica adaptada ao caso, e que expoz com sufficiente minudencia dividindo o acto operatorio em 9 tempos, retirou após laborioso e difficil isolamento a peça constituida pelo corpo do utero e as paredes proprias do cysto encerrando a maior parte do esqueleto (muitos ossos já haviam sido expellidos anteriormente pelo anus) de um fêto de sete mezes, banhado em um liquido sanioso de cheiro nauseabundo.

Foram encontradas e suturadas devidamente duas largas perfurações no intestino grosso que tomava parte no encystamento do ovo.

O decurso post-operatorio fez-se sem incidentes notaveis na primeira semana; é mesmo digno de repetir-se que não houve então elevação de temperatura além de nenhuma reacção peritoneal, nem mesmo ligeiro tympanismo, como si fora a mais aseptica das laparotomias.

A cicatrizaçào das paredes fez-se *per primum* não obstante ter havido evacuaçào de liquido seroso infecto e mal cheiroso pelos tubos de drenagem (super publica e ao nivel do fòco). A's primeiras dejecções eliminaram-se ainda ossinhos e denunciava-se o cheiro persistente da putrefaçào.

Surge, porém, accidentalmente na segunda semana, uma pleuro-pneumonia que perturbou a convalescença e cujo tratamento embaraçado pela reluctancia da doente não a libertou de todo desta intercurrencia até quando teve alta por insistencia propria e do marido que a levou para fora da cidade onde habitava.

Ha a salientar nesta observaçào a exactidào e minucia no diagnostico confirmado pela laparotomia

pela primeira vez em caso semelhante praticada na Bahia, o exito operatorio não obstante a gravidade da intervenção e do estado precario da paciente.

Finalmente o autor chama a attenção de seus collegas para o facto da intercorrência pleuro-pneumonica que attribue a um resfriamento accidental abrindo porta á invasão do apparatus respiratorio pelos germens que pullulavam no foco septico da cavidade abdominal. Tal é sua opinião sobre a genese dos accidentes pleuro-pulmonares, quando se não pode incriminar a anesthesia geral.

Estes accidentes post-operatorios quer por transplantação de germens partidos de um fóco septico peritoneal preexistente como no caso descripto ou por contaminação operatoria, quer por obra das anesthesias geraes, são muito mais raros entre nós do que na Europa.

E' a primeira vez, que observa o auctor uma pleurô-pneumonia da primeira especie, tendo apenas visto dois casos de broncho-pneumonias ligadas á chloroformisação.

---

*Caso de leishmaniose cutanea.* — O Dr. Octavio Torres traz ao conhecimento da Sociedade um curioso e interessante caso de leishmaniose cutanea.

Apresenta á Sociedade o doente de naturalidade arabe, com 35 annos de idade, residente ás Portas do Carmo, profissão mascate, de côr branca, que entrou para o Hospital em 20 de Março do corrente anno, sendo portador de 35 lesões de leishmaniose e 30 cicatrizes de lesões da mesma molestia.

As lesões eram espalhadas em todo o corpo, cabeça, tronco e membros e apresentavam a singular particularidade de quasi todas serem symetricas.

O aspecto das lesões era o mesmo, todas circulares, umas maiores outras menores, granulosas, a maior parte exuberantes, de bordos franjados e cercadas de uma orla erythematosa vermelha carmin.

O doente não apresenta lesões nas mucosas.

Diz que o anno passado (1914) o doente estivera na clinica neurologica do illustrado professor Dr. Pinto de Carvalho, tendo tido então uma goma syphilitica do cortex, com ataques de epilepsiã jacksoniana, começando pelo pé direito.

Diz que o paciente contraiu a syphilis entre nós, a leishmaniose porém elle já havia tido ha 2 annos em sua terra.

Logo que foi feito o diagnostico de leishmaniose empregou o tartaro emetico com extraordinarios resultados, as lesões estando quasi completamente cicatrizadas, com poucas injecções.

Visto os antecedentes nervosos e o seu temperamento tambem nervoso e despertado por um novo ataque de epilepsia jacksoniana que tivera ha poucos dias passados, pensa o orador ter havido uma influencia nervosa quanto a symetria das lesões.

Diz não ter conhecimentos para classificar as lesões como de natureza trophica, incluindo-as entre as tropho-nevroses e pede a illustrada Sociedade esclarecimentos a respeito.

O paciente acha-se quasi restabelecido.

O orador apresentou photographias do paciente tiradas na occasião que este entrou para o Hospital.

## Perfis Hippocraticos

### V

Inquieto, dentro das proprias maneiras cavalheiras e distinctas, affavel, intelligente e insinuante, é, sem duvida, dos productos da safra rivadaviana, dos mais opimos e acreditados especimens.

Na Faculdade, onde professa sciencia nova, corporisada em linguagem pura e fluente, não raro, entremeadada de surtos de inspirada eloquencia, tem sabido cercar-se de prestigiosa aureola, atravez da qual o encaram pelo mesmo prisma a consideração dos seus pares e o merecido apreço dos seus muitos discipulos.

Qualidades de clinico, que o é, e dos mais reputados em o nosso meio medico, jamais lhe foram escassas; e como lhe não saciassem a ingenita inclinação, fortalecida, ademais, por esmerada educação profissional, vem enriquecendo o patrimonio scientifico com precioso legado ancestral, paulatinamente diffundido ao reiterado contacto de fulgurante espirito, tradicionalmente respeitavel e de consagrado renome na esphera da nossa medicina clinica.

O particular carinho e veneração com que costuma envolver as referencias ao seu grande mestre, o quasi fanatismo que lhe preside a assimilação dos seus sabios ensinamentos, o fazem crêr o futuro continuador, o necessario herdeiro de tão brilhantes tradições. Recursos, aliás, lhe não faltam para affagar tamannas esperanças.

*Causeur*, desses cuja palestra prende e não cansa, o joven esculapio discorre sobre polychromos motivos,

emprestando a cada um, na ponta de discreto sorriso, a dose de pittoresco que o mesmo possa comportar, excepção feita para o dia que todo o Abril dá direito á chalaça e á mentira, quando renuncia os preceitos da rigorosa posologia e inunda, á deshoras, de bulhas telephonicas e echos chistosos a casa socegada dos seus pobres amigos. Apesar disso, porém, os sabe ter e da sua dedicação, deu ha pouco, edificante prova.

E' grato conhecel-o por um outro aspecto: arguindo theses doutoraes. As surpresas do seu arguto raciocinio, na elaboração prompta de uma controversia, recorda, ás vezes, ao candidato, as prelecções que ouvira sobre medicação antispasmodica. Mas... a dysarthria passa logo, ás primeiras applicações anodino-encomiasticas do bondoso professor.

ESPI