

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

COMISSÃO DE REVISTA:

DR. MARIO TOTTA
Prof. da Faculdade de Medicina

DR. DECIO MARTINS COSTA
Do Hosp. São Francisco

DR. WALDEMAR JOB
Do Hosp. São Pedro

SECRETARIO DA REDAÇÃO:

DR. LEONIDAS SOARES MACHADO
Da Diretoria de Higiene

EXPEDIENTE: A correspondência deverá ser dirigida para a caixa do correio no. 872

Piuria na infancia

Pelo **dr. Decio Martins Costa**, assistente de Clinica infantil da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Muita confusão existe ainda no capitulo das piurias na infancia.

O nome *piuria* vai logrando, aos poucos, substituir a antiga denominação de *pielite*. O que, porém, raramente acontece é ser acompanhada para o diagnostico e terapeutica desses casos, a orientação traçada pelos modernos estudos.

Procurarei na medida de minhas forças sintetisar os notaveis trabalhos existentes sobre o assunto, salientando entre eles, além dos livros classicos, a monografia de Schiff sobre Doenças dos órgãos urina-rios na infancia, escrito em 1926; o Problema da Excicose do mesmo autor, em 1929; os artigos de Aron e Hirsch sobre o tratamento das piurias, em 1929; o de Aron, deste ano, e o de Craig sobre Piuria e anormalidades do trato urinario na criança. Muito me valeram igualmente as brilhantes colaborações dos pediatras patri- cios na „Pediatria Pratica“, de S. Paulo, assim como grande cópia de apontame-ntos e observações clinicas tomados em aulas de Czerny, Schiff e Faerber, em Berlim, e Giron, em Paris.

Trabalho, pois, de compilação, não terá o meu originalidade, sinão na maneira de sistematizar o assunto e, quiçá, na tenta- tiva de uma classificação das piurias, se- gundo sua etiologia.

A velha noção da *pielite doença*, a ca- racterisar a inflamação do bassinete e a

apontar o Bacterium Coli como seu agente causador, deu lugar á *piuria sintoma*, de- pendente de causas mais diversas e, por- tanto, passíveis de processos terapeuticos diferentes.

Cabe a Schiff — o grande assistente de Czerny — a primazia deste estudo, reto- mado mais tarde pela escola de Breslau.

Impressionou a Schiff que as mais va- riadas formas clinicas da „*pielite*“, desde os surtos febris leves, acompanhados de anorexia, abatimento e palidez, até as for- mas graves a culminarem, ás vezes, com as convulsões, perturbações de sensorio, res- piração toxica, podessem dar, e dessem sempre, as mesmas modificações da urina.

Observou, além disso, não diferir igual- mente o aspeto urinario entre crianças, nas quais se vinha a encontrar a mais completa variedade de lesões anatomicas.

Foi, exatamente, o considerar, de um lado, a diversidade das manifestações cli- nicas e das lesões anatomicas e, do outro lado, a uniformidade do aspeto do sedi- mento e, o que é mais, a presença, quasi constante, do colibacilo no exame bacte- rioscopico, que levou Schiff a afirmar que „o exame de urina, por si só, não tor- na possivel tirar qualquer conclusão, quer quanto á séde, quer quanto á natureza da doença.“

O fato de os mais variados fatores etio- logicos, como os mais diversos processos

anatomicos, originarem uma e mesma modificação na urina faz supôr que „ao aparelho urinário do lactente se pôde atribuir uma labilidade funcional igual a do canal gastro-intestinal.“

E mais: „que exatamente como pôde reagir o lactente ás mais variadas perturbações mórbidas com uma diarréa que, por sua vez, sobre a natureza da doença pouco revela, exatamente assim pôde o aparelho urinário reagir com o síndrome urinário: albuminúria, cilindúria e puz.

Aí está, em linhas gerais, o novo aspecto do estudo das piúrias na infância.

Piúria — eliminação de puz pela urina —, é tudo quanto se pôde chamar ao síndrome clínico, até que mais detido exame do doente, mais rigorosa anamnese e maior concurso laboratorial, nos venha trazer o verdadeiro diagnostico, isto é, o elemento mórbido ou a anormalidade que tenha posto em prova a hidrolabilidade urinária, da qual é a piúria simples expressão.

Vence mais uma vez em pediatria o estudo do organismo, de sua constituição, de seu equilibrio metabólico, da segurança de suas reações bioquímicas, sobre tendência já um tanto arcaica, que pretende satisfazer a curiosidade científica com um diagnostico que se apoie na verificação de um agente infeccioso e na suposição de uma lesão anatomica.

Assim no capitulo das Pielites que tanto relevo teve em medicina, a inflamação do bassinete foi uma hipótese e a responsabilidade ao colibacilo atribuida no minimo uma facilidade explicavel.

Com efeito, aos exames anatomo-patologicos, procedidos por diversos autores, em crianças falecidas das mais graves formas de „pielite“, excepcionalmente era encontrada a inflamação do bassinete e, quando isso acontecia, havia concomitantemente a afinencia renal a se manifestar em pequenos abcessos.

Essa simples observação, verificada aliás por muitos pesquisadores, tais como Finkelstein, Aron, Hirsch, Schiff da Alemanha, Lereboullet, Nobecourt e suas escolas, de Paris; Helmholtz, dos Estados Unidos, e Frank, de Praga, bastaria para invalidar a denominação de *pielite*, de vez que esta não está caracterizada anatomica-mente.

Quanto ao *coli* como agente causador determinante, falam igualmente rigorosas pesquisas científicas.

Assim Helmholtz, poude averiguar no decorrer de piúrias devidas a nefrite purulenta que, embóra intensa a colibacilúria, rarissimos exemplares de *coli* eram encontrados no pús dos abcessos do rim, onde, ao contrario, abundavam, ora estafilo, ora estrepto, ora a associação de ambos.

Bem expressivos são igualmente os trabalhos experimentais de Schiff.

Injetava Schiff em ratos, por via endovenosa, nuns *coli*, noutros estafilo e estreptococos.

Os ratos injetados com cultura quer de estafilo quer estreptococos apresentavam, 24 horas depois, formação de abcessos na capsula renal, visiveis macroscopicamente, emquanto que a coliinfecção deixava de revelar fenomenos morbidos.

Schiff impressionado com a observação de que o síndrome urinário dos lactentes com frequencia se instala depois de uma peiora aguda do estado de nutrição e, principalmente, que é possível fazê-lo desaparecer desde que se cubra a necessidade hidrica do organismo, resolveu tentar a realização de observações experimentais o que empreendeu com a colaboração de Beyer.

Assim forçando a desidratação encontrou exame comum de urina tal que corresponde exatamente ao da *piúria*.

Em muitos casos — diz Schiff — existem desde o inicio os leucocitos no exame de sedimento; em outros aparecem primeiro os *eritrocitos* e *cilindros* e só então, progressivamente, vão diminuindo até que predominam os leucocitos.

Por considerar quão facil é a desidratação aguda na lactencia e quão comum os sintomas urinares que a acompanham, resolveu Schiff denominar essas fórmulas de „Dehydration Pyurien“.

Aron e Hirsch descrevem-na sob a fórmula clinica septico-meningea, caracterizada pela gravidade dos sintomas nervosos e os de intoxicação.

Põem sempre em relevo o estado geral do organismo, recomendam terapeutica que atenda á desidratação, mas não estudam a genesi dela.

Margarido Filho e Simões Correia, da escola pediatrica de S. Paulo, sem comentarios aos estudos de Aron e Hirsch, accentuam não constituir novidade o artigo dos professores de Breslau e referem mesmo terem antes da leitura dele modificado o tratamento das piúrias em face da grande

Moynihan, sob o pretexto de dar um acesso mais facil ao pediculo do lado interno. Este autor aconselha tambem aquela seguindo o bordo externo do recto esquerdo, prolongando-a transversalmente, si preciso.

Uma incisão obliqua, seguindo o rebordo costal esquerdo, com resecção das cartilagens costais da 8.^a, 9.^a e 10.^a dá uma ótima luz sobre o órgão e expõe facilmente o pediculo.

A linha de incisão preferida por Pouchet segue a mais ou menos um dedo transverso abaixo do rebordo costal. Foi esta a seguida pelo Dr. Alfeu Bica de Medeiros em uma esplenectomia praticada por mal de Banti, conseguindo uma boa exposição do baço, com relativa facilidade em luxar o órgão e ligar os pediculos apezar das solidas adherencias para o lado do diafragma.

Si bem que esta incisão corte varios nervos intercostais, ela é raramente seguida de paralisia da parede. Dão-lhe preferencia tambem Kuttner e Beer.

Afim de conservar estes nervos, Lecène aconselha uma incisão começando sobre o rebordo costal esquerdo, a altura da 9.^a cartilagem costal, desce obliquamente ao longo dos nervos intercostaes que se dirigem ao grande recto e passa a linha mediana imediatamente acima do umbigo. Esta incisão, alem da boa luz sobre a loja esplenica, permite ser facilmente aumentada para cima, entre as costelas, quando a hipertrofia se estende naquela direcção. Vimos empregar esta incisão no serviço do prof. Gosset e ouvimos os motivos porque a prefere explanados por aquele mestre. Para dar mais luz, um saco de areia é colocado do lado esquerdo do torax, o que permite ao operador ver, sob o diafragma e operar sob o controle da vista.

Aberta a loja esplenica, é preciso em 1.^o lugar explorar o grau de liberdade do baço e procurar circunscrever, com a mão, todo o órgão, luxando-o ao mesmo tempo.

Si as adherencias forem muito numerosas e fortes, devem ser ligadas e incisadas cuidadosamente em virtude das hemorragias que delas provêm.

O órgão exteriorisado é isolado sobre campos e uma compressa humida e quente é aconselhavel colocar atraz do baço.

Após a luxação nada mais ha a fazer do que a ligadura dos vasos curtos (epiploon gastro-esplenico) e após o pediculo

principal (arteria e veia esplenicas) e terminar pela verificação de um ou outro vaso que pudesse haver escapado.

Quando as adherencias são muito numerosas e a hemorragia abundante, pode-se tentar começar a operação pela ligadura da arteria esplenica, tendo-se o cuidado, si se a pinça previamente de não comprehender entre os ramos da pinça a cauda do pancreas. Não sendo possivel este pinçamento, pode se fazer uma compressão da arteria sobre o pancreas.

A anestesia aconselhada por Vitor Pouchet é a paravertebral ou rachiana.

Para a realização da primeira, ele injeta ao nivel das articulações costa-vertebral desde a 5.^a até a duodecima costela.

Como já vimos precedentemente, a drenagem é desaconselhavel. Facilita a infecção e predispõe ás hernias.

Indicações

Numa variedade enorme de molestias o baço reage da mesma maneira, pela esplenomegalia, donde a necessidade de se ter em vista, no tratamento cirurgico deste sindromo, de cada caso em particular.

Vamos dividir as esplenomegalias segundo as causas que as determinam. Teremos, assim, em vista, as indicações cirurgicas onde os grandes baços constituem por si só toda a doença e aquelas em que ha esplenomegalia como reacção de uma causa geral.

Neste segundo grupo, que é o que nos interessa mais de perto, separaremos, ainda, as doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos, nos curso dos quaes ha uma esplenomegalia.

Começaremos, consequentemente, pelos tumores do baço, onde não existe alteração da formula sanguinea e sem repercussão directa sobre o estado geral.

Os neoplasmas primarios do baço são raros e as metastases, em virtude da sua situação, não o são mais communmente encontradas.

Nos tumores primitivos sem metastases, a esplenectomia é a operação de escolha, podendo a irradiação previa do tumor melhorar as condições de operabilidade.

Os cistos do baço não parasitarios são de uma etiologia mais ou menos contravertida. Fowler liga a sua origem a precedentes traumatismos.

Como o diagnostico dos pequenos cistos é raramente feito antes da operação, a esplenectomia, geralmente, se pratica nestes casos. Esta intervenção é executada sem grandes dificuldades.

Os cistos parasitarios do baço são ocasionados pelo equinococus. Encontram-se exclusivamente nos paizes onde esta infecção é endêmica. Constituem, eles, 2 por cento de todas as infecções pelo equinococus e o diagnostico é confirmado pela marcada eosinofilia e pelas reações do desvio do complemento.

Como a sintomatologia se resume nos efeitos mecanicos, determinados pelo tamanho do cisto, a intervenção só é praticada em casos de cistos muito volumosos, o que requer, sempre, a esplenectomia.

Esplenomegalias infecciosas

Dentre as doenças infectuosas que determinam a esplenomegalia, destacam-se a sífilis, malária e tuberculose, além da Leishmaniose, a esplenomegalia egípcia, causadas pelo *Schistosomum hematobium*, a febre de Malta ou Mediterranea, tendo como agente o *Micrococcus Melitensis* e a esplenomegalia Amazonica, que já nos fala mais de perto.

A Sífilis

A questão da sífilis esplenica é um dos mais debatidos capitulos da sifilografia.

Querem uns explicar quasi todas as esplenomegalias pela infecção luetica, dando a espiroqueta de Schaudin como o causador de quasi todas as desordens anatomo-histologicas do baço. Para estes, a ictericia hemolitica e principalmente o Mal de Banti não são sinais sintomas de periodos diversos da sífilis.

Anes Dias, na 3.^a serie de suas Lições de Clinica Medica, discute, com a clareza que lhe é peculiar, esta questão em relação ao mal de Banti e termina com a seguinte frase, que nos dispensa quaesquer outros comentarios:

„Si fosse verdadeira a opinião que a sífilis explica tudo o que se passa no mal de Banti, não se podia compreender a ação curativa da esplenectomia, pois, após esta a sífilis continua e não ha motivo para que poupe o figado pelo fato de ter sido removido o baço.

Tuberculose

A tuberculose primitiva do baço é rara, mas pode causar grandes hipertrofias, sem

lesões tuberculosas para outros órgãos, o que bem justifica a esplenectomia. Winternitz, examinando o sangue de 26 pacientes achou-o normal em 9, anemico em 11 e policitemia em 6.

Como, porem, esta esplenomegalia pode se relacionar com a imunidade, quanto á tuberculose, a esplenectomia só deverá ser indicada com a certeza de que ela não abrirá ás portas a uma infecção generalizada.

Malaria

O baço é usualmente aumentado na Malaria e nas formas cronicas, esta sua hipertrofia pode chegar ao ponto de se tornar embaraçosa para o paciente. E' ele depositario, na Malaria, de numerosissimos parasitas, a ponto de ter sido sua extirpação aconselha com o fim curativo radical, da malária crônica.

Em face da friabilidade do baço nesta infecção crônica e ao seu tamanho, expondo-o facilmente aos traumatismos, arriscando-o a ruturas expontaneas e comprimindo os órgãos vizinhos, a esplenectomia tem sido muito recomendada e praticada. Mas, estas mesmas causas são motivos para contra-indicações que só se podem julgar definitivamente depois da abertura do ventre. O tamanho, a friabilidade e principalmente as aderencias que o baço contrae com os órgãos vizinhos, tornam esta operação, algumas vezes, não só perigosa como até certo ponto inexequível.

O baço malarico é tão friavel que os codigos de certos paizes, onde esta infecção é endêmica, prevêm uma pena especial para as contusões sobre o hipochondrio esquerdo.

Leishmaniose

Afecção endêmica, em certos paizes orientais, com alta cifra de mortalidade, apresenta, constantemente, um grande aumento de volume do baço que se pode estender até o umbigo.

Como na malária é muito friavel e a esplenectomia pode, apesar da infecção ser geral, determinar alguma melhora quanto á marcada sintomatologia abdominal.

Esplenomegalia Egípcia

Nesta Bilharziose o baço se apresenta hiperplastico e fibroso. Pode atingir tamanhos consideraveis, até 1k600 gramas e é sitio de forte dor, mórmente após as refeições.

Precocemente a esplenectomia tem suas indicações bem fundamentadas e com uma

mortalidade de 15,7 por cento, nas mãos de Coleman e Boteman.

Febre de Malta

Nos casos agudos, a esplenectomia é formalmente contra indicada.

Pode, entretanto, ser praticada, si a anemia progride após o desaparecimento da septicemia.

Esplenomegalia Amazonica

Denomina-se, assim, uma esplenomegalia descrita por Strong, membro da expedição realizada por Hamilton, na bacia do Amazonas. Suas manifestações clinicas muito se assemelham áquelas do mal de Banti. O baço é aumentado e duro, tornando-se mais tarde doloroso e sobrevivendo hematemeses e anemia.

Para Costellani, a esplenectomia deve ser contraindicada nesta esplenomegalia.

Os casos desta intervenção foram, entretanto, tão pouco numerosos que não se pode ainda ter uma opinião definitiva sobre as suas vantagens ou inconvenientes.

Doença de GAUCHER

Em 1882 Gaucher descrevia, pela primeira vês, um epitelioma primitivo do baço com todos os caracteres da doença que traz, hoje, seu nome.

Tratava-se assim, para ele, de um tumor maligno onde, de facto, os elementos proprios do baço são substituidos por grandes celulas poliedricas, chamadas celulas de Gaucher, contendo uma substancia homogenea e especial.

A concepção de Gaucher, considerando esta afecção como epitelioma e aquela de autores mais modernos (entre eles Lecène) que julgam tratar-se de um endotelioma primitivo do baço, têm sido substituidas pela interpretação mais recente e mais aceita, de tratar-se de uma afecção agrupada entre aquelas genericamente chamadas sistematicas ou do sistema reticulo-endotelial.

Serve, assim, a doença de Gaucher de traço de união entre os dois grupos em que dividimos as afecções que têm como sindromo uma esplenomegalia.

Si bem que o sitio do processo tenha sido indiferentemente localizado no tecido hematopoietico, no linfatico e no sistema reticulo-endotelial, parece certo que o mal de Gaucher é uma doença constitucional, participando dela todo o sistema reticulo-

endotelial. Assim, embora, o quadro do mal de Gaucher haja sido muito bem descrito, sua patogenia permanece mais ou menos obscura, o que acarreta, como consequencia, um estado de maior ou menor indecisão na terapeutica actual.

Para Lècene e Leriche, que a consideram como um tumor benigno primitivo do baço a esplenectomia tem uma indicação precisa.

O tratamento cirurgico do mal de Gaucher está, entretanto, ainda em periodo experimental, em virtude não só da patogenia como da dificuldade de ser feito o diagnostico que só é possível pela punção do baço, contra-indicada pelas serias hemorragias que lhe sobrevivem.

Assim, quasi todas as esplenectomias praticadas por esta doença tratam-se de achados operatorios.

Sobre o tratamento cirurgico deste mal, citaremos estatisticas cujos numeros, dirão, com maior clareza que quaesquer palavras:

Cushing sobre 49 casos praticou a esplenectomia em 29 com 6 mortes, isto é, 20%.

A maioria dos restantes melhorou de peso e força e apresentou uma menor tendencia ás hemorragias, o figado diminuiu em 2 e aumentou em 4 casos.

No fim de 10 anos, 2 dos pacientes estavam em boas condições de saude e 1 no fim de 5. Nesse mesmo periodo 2 operados apresentavam más condições de saude.

Giffin publica 4 casos com uma morte post operatoria, uma morte alguns meses depois, um morto após 3 anos e outro sobrevivendo, em boas condições, 12 anos depois de operado.

Beer cita 5 casos operados com 2 curas e 3 mortes post operatorias. Para este cirurgião não se deve praticar a esplenectomia no mal de Gaucher e é de opinião que, si se pudesse fazer o diagnostico preciso, não se praticariam esplenectomias na doença de Gaucher.

Davidsohn publicou, em 1928, um caso desta molestia em um menino de 9 anos operado, com aumento de 5 quilos, passagem da taxa de hemoglobina de 53% a 90%, subindo as hematias para 5.000.000 e leucocitose normal.

Estamos, assim, na teurapeutica do mal de Gaucher em um periodo experimental.

Nenhum tratamento satisfatorio foi até hoje encontrado. Transfusões de sangue, irradiação do baço, varias drogas, como ar-

senico, ferro etc. têm tido uma ação ineficaz. Quanto á esplenectomia, não se pode esperar dela a cura da doença de Gaucher. Pode, entretanto, melhorar, em casos determinados, as hemorragias, a sintomatologia abdominal e a perda de peso. Talvês, sejam esses beneficios devidos exclusivamente ao efeito mecanico da extirpação de um órgão grandemente hipertrofiado.

Sangue

Nas esplenomegalias, as modificações mais frequentes e interessantes, para o cirurgião, são aquelas que se processam para o lado do sangue.

Após a esplenectomia se dá regularmente, um aumento de globulos vermelhos e de hematoblastas.

Foi esta modificação da crase sanguinea o principal indicador do verdadeiro caminho a seguir nas operações do baço, em se tratando de doenças do sangue e órgãos hematopoieticos.

Mal de BANTI

De todas as esplenomegalias com alterações para o sangue e órgãos hematopoieticos, nenhuma, cremos, despertará, em rosso meio maior interesse que a entidade clinica comunmente conhecida por *mal de Banti*.

De facto, já foi ela assunto de uma tese de doutorando, em nossa escola, o prof. Anes Dias teve oportunidade de, sobre ela, dizer e publicar esplendida aula, e uma esplenectomia com completo exito foi, entre nós, praticada em um paciente portador deste mal.

Podemos, assim, com mais liberdade, esplanarmos sobre uma molestia que nos interessa mais intimamente.

Denomina-se mal de Banti a uma esplenomegalia associada á leucopenia e á anemia e se manifestando por hemorragias do tubo digestivo e evoluindo para uma cirrose do figado com ascite.

Foi descrita pela primeira vês em 1882 pelo professor florentino Banti, é chamada tambem, parece-nos sem muita razão, anemia esplenica e sua patogenia é ainda discutida. Compreende o sindromo que Banti descreveu, fazes distintas que importam ao cirurgião bem distingui-las pelo facto do prognostico da intervenção depender do periodo em que é praticada.

Estas fazes são tres:

1.^a Faze anemica, com anemia, grande baço, perturbações intestinaes, e de 4 a 5 anos de duração.

2.^a Intermediaria, muito curta, com oliguria, sub-ictericia e urobilinuria. Enfim uma

3.^a Ascitica ou terminal, com cirrose atrofica do figado e ascite.

A etiologia do mal de Banti é, hoje, ainda completamente desconhecida, si bem que varios autores, desde Banti, tenham lhe dado varias origens. Assim, podemos nos abalançar a concluir, que toda esplenomegalia com anemia, que tiver uma causa bem explicada, não é mal de Banti.

Como já vimos, os sintomas que caracterisam esta entidade morbida são: para lado do sangue a leucopenia e anemia.

Nos casos de:	Assim existiam:		T. Hemoglobina
	Glob. vermelhos	Glob. brancos	
Osler 41 casos	3.425.000	4.520	
Griffin 18 casos		4.200	abaixo 75 %
Chaney 69 casos	3.700.000	4.990	58 %
Haurahan 22 casos	3.452.000	4.570	50 %
Anes Dias 1 caso	3.300.000	4.300	59 %
P. Soares Neto 1	4.000.000	4.300	53 %

Alem destes sintomas notam-se sensação de peso e dor no hipocondrio esquerdo, baço palpavel, mucosas descoradas, hemorragias que começam por pequenas epistaxis e terminam em grandes hematemeses ou melenas, leves ascenções termicas; sensível diminuição de urina, já no 2º periodo, albuminuria, perturbações

digestivas, ictericia e leve aumento do figado e, finalmente, a ascite, com desaparecimento da ictericia, com acentuação da oliguria e uma grande hemorragia, quasi sempre final.

Tratamento

Si bem que para Edwin Beer a terapeutica do mal de Banti seja uma questão

contravertida, parece-nos que no estado actual da cirurgia esta contraversão não mais existe.

Para Banti a esplenectomia é o meio ideal para a cura desta anemia esplenica, desde que seja feita precocemente.

Julga ele que a intervenção só deve ser aconselhada no 1º e 2º periodos.

Apezar desta opinião prevalecer, ainda hoje, não são poucos os casos publicados do mal de Banti operados no periodo ascitico, com ótimos resultados.

Entre estes citaremos aquele de Albertin, de uma paciente com ascite e cirrose hepatica que, 15 anos após a intervenção, se achava em ótimas condições de saude. Nesta doente o numero de leucocitos passou a 2.000 para 15.000 e a modificação que sefrera a formula leucocitoria foi constante.

Para Cardarelli a esplenectomia salva todos os doentes, quando praticada no 1º periodo; $\frac{2}{3}$ quando no 2º e somente $\frac{1}{3}$ no terceiro.

Blaki e Livio Losio indicam-na em todas as fazes.

Segundo os estudos hematologicos recentes, de Rosenthal, a esplenectomia dá melhores resultados no grupo trombocitopenico do mal de Banti, não sendo os resultados, nos outros casos, tão satisfatorios.

As estatisticas de mortalidade, estatisticas estas onde estão incluídos os pacientes em todos os periodos, em más ou boas condições de operabilidade, são argumentos que falam em favor da esplenectomia. Assim, Giffin, até 1920 havia operado 71 casos com 9 mortes no hospital (12,6%) e 22 mortes tardias, com 27 pacientes em ótimas condições após 5 anos, com 17 que viveram bem mais de um lustro, com 16 pacientes vivos na epoca em que Giffin publicou sua estatistica e com um paciente muito bem, embora operado ha 11 anos.

Mayo, em 1923 conta 83 casos com 13% de mortalidade.

Logo, de tudo que acabamos de ver, podemos concluir praticamente:

1.º A esplenectomia é a indicação terapeutica de mais valor no mal de Banti.

2.º No primeiro periodo ela deve ser aconselhada com bom prognostico e com grandes probabilidades de profundas modificações, para melhor, na crase sanguinea e estado geral.

3.º As principaes modificações sanguineas determinadas pela esplenectomia são:

o aumento de globulos vermelhos e hematoblastas, ascensão da taxa de hemoglobina e crescimento exagerado do numero de globulos brancos.

No caso de Anes Dias, as hemacias subiram, 5 dias após a operação de 3.300.000 para 4.360.000; os leucocitos de 4.300 para 14.700; a hemoglobina passou de 59% a 68% e os hematoblastas de 290.000 a 360.000.

Vemos, assim, que, embora o numero de hematoblastas não fosse muito diminuido, a ascensão foi consideravel.

4.º As hemorragias cessam, com a esplenectomia, ou quando a intervenção é praticada em fase mais avançada, diminuem consideravelmente de intensidade, desaparecendo o risco de se tornarem mortaes.

5.º Quando ha trombocitopenia o prognostico é mais favoravel.

6.º No 2º periodo é ainda a esplenectomia a terapeutica de escolha, dependendo a indicação do estado geral do paciente e da intensidade das hemorragias.

7.º No periodo ascitico a mortalidade operatoria é maior, os resultados são menos encorajadores, mas... não conhecemos outra maneira de tratar do mal de Banti!!...

Purpura hemorragica

Por purpura hemorragica, ou melhor, purpura hemorragica trombopenica, designa-se um grupo de doenças em que as hemorragias patologicas são associadas á marcada redução no numero de hematoblastas ou trombocitos.

Foi esta diminuição de hematoblastas que sugeriu a Kaznelson, um estudante de Praga, a esplenectomia, na purpura hemorragica. Kaznelson partiu da teoria que o baço destruía os hematoblastas e era, por conseguinte, o responsavel pela sua diminuição no sangue circulante.

A observação deste caso do estudante de Praga é tão elucidativa e adquiriu uma fama tamanha, que bem merece de vós, a resignação de mais uns minutos mal empregados:

Tratava-se de uma mulher de 36 anos, sofrendo, já ha varios anos, de hemorragias cronicas repetidas. Em 1906, teve graves hemorragias que fizeram sua taxa de hemoglobina baixar a 10%. Em 1910, após um parto, perdeu consideravel quantidade de sangue, continuando assim, com serias hemorragias intermitentes até 1916,

quando lhe surgiu abundante epistaxis rebelde a todo tratamento.

Por essa época o baço descia até 3 dedos transversos do rebordo costal, a pressão sanguínea era normal e não havia hipertrofia ganglionar nem dores externas ou tibiaes. O exame de sangue mostrou 3.790.000 globulos vermelhos, 6.710 globulos brancos e 200 hematoblastas. A coagulação começava aos 3 minutos mas, ao fim de 48 horas não havia ainda coagulos.

Após a esplenectomia, praticada com facilidade pelo prof. Schloffer, de Praga, as modificações do quadro clinico foram admiraveis: A tendencia a sangrar desapareceu. O numero de hematoblastas subiu a 500.000 e a coagulação tornou-se normal. As sequencias foram taes que se considerou a doente radicalmente curada de sua purpura hemorragica.

Casos como este, depois de 1916 já se contam acima de uma centena.

Beer, só no hospital de Mont-Sinai de New York, publicou 20 casos, completamente curados pela esplenectomia.

Esses ótimos resultados só se observam, entretanto, na forma cronica da purpura hemorragica (aliás, a mais comum) pois nos casos agudos o indice da mortalidade é elevado.

A operação é relativamente sem dificuldades pela ausencia de adherencias.

Concluimos, assim, ser a cura dos casos chronicos de purpura hemorragica trombotica um dos triunfos da cirurgia esplenica.

Ictericia hemolitica

Ictericia hemolitica ou acholurica é uma doença constitucional, de factor determinante desconhecido, com esplenomegalia, e onde se distinguem 2 tipos: o tipo familiar, reconhecido por Minkowski e o adquirido descripto por Hayem.

Os sistemas mais nitidos são, alem da esplenomegalia, a ictericia, uma diminuição da resistencia globular com anemia, a presença de urobilina e ausencia de bilis, na urina.

Nesta doença, assim como na purpura hemorragica, o numero de esplenectomias seguidas de cure, é elevado. Até hoje, já se publicaram quasi 2 centos de casos com bons resultados.

Não se explica, entretanto, o motivo do desaparecimento dos sintomas, quando

se sabe que a ictericia hemolitica afecta todo o sistema reticulo endotelial e a esplenectomia remove unicamente uma parte.

Deve-se notar, tambem que, si bem que desapareçam a anemia, a ictericia, a resistencia globular não aumenta regularmente e alguns casos de recidivas foram observados.

Anemia esplenica infantil

Na anemia esplenica infantil de von Yaksch; anemia pseudoleucemica da infancia, — cuja patogenia deixamos aos pediatras — a esplenectomia não deve ser aconselhada.

Anemia perniciosa

As dificuldades em se encontrar um tratamento para a anemia perniciosa e os ótimos resultados obtidos em outras afecções do sangue, levaram medicos e cirurgiões a voltarem seus olhares para a esplenectomia.

Assim, muitas extirpações do baço foram indicadas nesta anemia e, entre as estatisticas mais completas destaca-se a de Krumbhaar, que reuniu 153 casos de esplenectomias em anemia perniciosa.

Destes 153 morreram 20% logo após a intervenção, 99 melhoraram, mas 6 meses depois não se contavam sinão 53 sobreviventes e no fim de um ano só restavam 27.

Passados 2 anos somente 2 viviam e estes mesmos eram ainda atingidos de anemia perniciosa...

Por esta estatistica vemos quão precarios são os resultados de esplenectomia na anemia perniciosa.

Felizmente, parece que uma nova era surge para estes doentes, com o regime de Minot-Murphy e a cirurgia passa, satisfeita, a melhores mãos, o tratamento da anemia perniciosa.

Leucemias

Não nos deteremos nas apreciações do valor da cirurgia nas leucemias chronicas mieloide e linfoide, onde esplenectomias foram tentadas, pelo nenhum resultado proveniente destas experiencias.

Conclusões

1. Os conhecimentos actuaes da função esplenica já nos permitem realizar, sobre o baço, operações verdadeiramente fisiologicas.

2. A cirurgia do baço, embora antiga, só nos ultimos 20 anos desenvolve-se cientificamente.

3. A cirurgia muito cooperou para os conhecimentos actuaes da fisiologia do baço.

4. O baço, exercendo uma especie de controle sobre os globulos do sangue, mantendo sempre uma percentagem e relação certa entre eles, deve ser extirpado quando esta sua função foi corrompida.

5. Nas esplenomegalias, com indicação operatoria, a esplenectomia é a operação de escolha.

6. Após a esplenectomia as outras partes constituintes do sistema reticulo-endotelial se hipertrofiam.

7. A esplenectomia é uma operação facil, quando não existem aderencias.

8. Nas esplenomegalias a indicação operatoria depende de cada caso particular.

9. Os tumores e grandes cistos do baço exigem, sempre, a esplenectomia.

10. Os pequenos cistos e abcessos podem ser beneficiados com a esplenotomia.

11. A sutura do tecido esplenico é difficil.

12. Nas esplenomegalias infecciosas a friabilidade do baço e as numerosas aderencias dificultam a esplenectomia, aconselhada somente pelo consideravel tamanho que o órgão pode atingir.

13. A esplenectomia não deve ser praticada no mal de Gaucher, a não ser com

o fim de melhorar determinadas hemorragias ou atenuar certos sintomas abdominaes.

14. Nas doenças do sangue e órgãos hematopoieticos a esplenectomia promove um aumento de globulos vermelhos e hematoblastas.

15. O mal de Banti, no primeiro periodo com trombocitopenia é uma das grandes indicações da esplenectomia.

16. A segunda faze do mal de Banti, e os casos onde o numero de plaquetas não é muito diminuido tambem aproveitam bastante com a extirpação do baço.

17. No periodo ascitico deste, a mortalidade operatoria é relativamente elevada.

18. A esplenectomia constitue um dos triunfos da cirurgia esplenica, nos casos chronicos de purpura hemorragica trombotica.

19. Na ictericia hemolitica os resultados obtidos, com a esplenectomia, podem ser considerados ótimos.

20. Nas chamadas anemias esplenicas infantis, na anemia perniciosa e nas leucemias mieloide e linfóide, a esplenectomia não deve ser aconselhada.

21. As indicações cirurgicas nas esplenomegalias são vastas e aquele que se abalança a descreve-las vê-se forçado a agradecer e pedir desculpas aos que o escutaram...

Illustre doutor!

Chamamos a vossa atenção para os preparados annunciados neste numero.

Não deixae de lêr o numero de Outubro, que trará, tambem, trabalhos brilhantes e selectos

e

enviaei o quanto antes, se ainda o não fizestes, a vossa adesão ao Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, sediado em Porto Alegre, á rua General Camara 264.