

136  
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

---

# THESE

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1913

PARA SER DEFENDIDA PELO DOUTORANDO

**José Lobão**

NATURAL DO ESTADO DE SERGIPE (CIDADE DE ITABAIANA)

Filho legítimo de Antonio de Araujo Lobão e D. Maria Guilhermina de Oliveira Lobão

AFIM DE OBTER O GRÃO

DE

**DOUTOR EM MEDICINA**

—•—  
DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clínica Gynecologica

**ELEPHANTIASIS DA VULVA**

—•—  
PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras que compõem o Curso de Sciencias Medico-Cirurgicas

---

BAHIA  
ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS

35 — Rua Conselheiro Saraiva — 35

—  
1913

THESE

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

---

# THESE

APRESENTADA À

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 31 de Outubro de 1913

PARA SER DEFENDIDA PELO DOUTORANDO

**José Lobão**

NATURAL DO ESTADO DE SERGIPE (CIDADE DE ITABAIANA)

Filho legítimo de Antonio de Araujo Lobão e D. Maria Guilhermina de Oliveira Lobão

AFIM DE OBTER O GRÃO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clínica Gynecologica

ELEPHANTIASIS DA VULVA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras que compõem o Curso de Sciencias Medico-Cirurgicas

---

BAHIA

ESTABELECIMENTO DOS DOIS MUNDOS

35—Rua Conselheiro Saraiva—35

1913

# FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR—Dr. DEOCLECIANO RAMOS

VICE DIRECTOR—AUGUSTO CEZAR VIANNA

SECRETARIO—Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO—Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

## PROFESSORES ORDINARIOS

OS DRS.:

CADEIRAS:

Manoel Augusto Pirajá da Silva . . . . .	Historia Natural Medica e Parasitologia
Pedro da Luz Carrascosa . . . . .	Physica Medica
Francisco da Luz Carrascosa . . . . .	Chimica Medica
Julio Sergio Palma . . . . .	Anatomia Microscopica
José Carneiro de Campos . . . . .	Anatomia Descritiva
Pedro Luiz Celestino . . . . .	Physiologia
Augusto Cezar Vianna . . . . .	Microbiologia
Antonio Victorio de Araujo Falcão . . . . .	Pharmacologia
Guilherme Pereira Rebello . . . . .	Anatomia e Histologia Pathologicas
Fortunato Augusto da Silva Junior . . . . .	Anatomia Medico-Cirurgica com operações e aparelhos
Anisio Circundes de Carvalho . . . . .	Clinica Medica
Francisco Braulio Pereira . . . . .	Clinica Medica
João Americo Garcez Fróes . . . . .	Clinica Medica
Braz Hermenegildo do Amaral . . . . .	Clinica Cirurgica
Carlos de Freitas . . . . .	Clinica Cirurgica
Clodoaldo de Andrade . . . . .	Clinica Ophthalmologica
Eduardo Rodrigues de Moraes . . . . .	Clinica Oto-rhino-laryngologica
Alexandre E. de Castro Cerqueira . . . . .	Clinica Dermatologica e Syphiligraphica
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão . . . . .	Pathologia Geral
José Eduardo Freire de Carvalho Filho . . . . .	Therapeutica
Frederico de Castro Rebello . . . . .	Clinica Pediatrica medica e hygiene infantil
Alfredo Ferreira de Magalhães . . . . .	Clinica Pediatrica cirurgica e Orthopedia
Luiz Anselmo da Fonseca . . . . .	Hygiene
Josino Correia Cotias . . . . .	Medicina Legal
Climerio Cardoso de Oliveira . . . . .	Clinica Obstetrica
José Adeodato de Souza . . . . .	Clinica Gynecologica
Luiz Pinto de Carvalho . . . . .	Clinica Psychiatrica e de molestias nervosas
Aurelio Rodrigues Vianna . . . . .	Pathologia Medica
Antonine Baptista dos Anjos . . . . .	Pathologia Cirurgica

## PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

OS DRS.:

CADEIRAS:

Egas Moniz Barretto de Aragão . . . . .	Historia Natural Medica e Parasitologia
João Martins da Silva . . . . .	Physica Medica
Euwaldo Diniz Gonçalves . . . . .	Chimica Medica
Adriano dos Reis Gordilho . . . . .	Anatomia Microscopica
José Affonso de Carvalho . . . . .	Anatomia Descritiva
Joaquim Climerio Dantas Bião . . . . .	Physiologia
Augusto Couto Maia . . . . .	Microbiologia
. . . . .	Pharmacologia
Eduardo Diniz Gonçalves . . . . .	Anatomia e Histologia Pathologicas e aparelhos
Clementino da Rocha Fraga Junior . . . . .	Clinica Medica
Caio Octavio Ferreira de Moura . . . . .	Clinica Cirurgica
. . . . .	Clinica Ophthalmologica
Albino Arthur da Silva Leitão . . . . .	Clinica Dermatologica e Syphiligraphica
Antonio do Prado Valladares . . . . .	Pathologia Geral
Frederico de Castro Rebello Koch . . . . .	Therapeutica
José Aguiar Costa Pinto . . . . .	Hygiene
Oscar Freire de Carvalho . . . . .	Medicina Legal
Menandro dos Reis Meirelles Filho . . . . .	Clinica Obstetrica
Mario Carvalho da Silva Leal . . . . .	Clinica Psychiatrica e de molestias nervosas
Antonio do Amaral Ferrão Muniz . . . . .	Chimica Analytica e Industrial

## PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

OS DRS.:

João Evangelista de Castro Cerqueira	Sebastião Cardoso
Deocleciano Ramos	José Rodrigues da Costa Dorea

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses que lhe são apresentadas.



*A sagrada memoria de minha Mãe*



DISSERTAÇÃO

(ELEPHANTIASIS DA VULVA)

## INTRODUÇÃO

On doit beaucoup exiger de celui qui se fait auteur par un sujet de gain et d'intérêt, mais celui qui va remplir un devoir dont'il ne peut s'exempter, est digne d'excuse dans les fautes qui pourra commettre.

(LA BRUYÈRE).

O termo *Elephantiasis* foi introduzido em medicina pelos medicos gregos, para designar uma molestia chronica caracterizada pela formação, nas diversas partes do corpo, de tuberculos duros e proeminentes, pela queda dos cabellos, pela anesthesia local e por perturbações trophicas.

Esta molestia, desfigurando o individuo a ponto de lhe imprimir um aspecto monstruoso semelhante ao do elephante, ficou sendo, por esse motivo, designada pelo nome de *Elephantiasis*.

Ha uma outra interpretação ácerca da origem do vocabulo *Elephantiasis*: os gregos assim chamaram á molestia por elles estudada, pelo facto della exceder tanto ás outras molestias em impossibilidade de cura e em horror, como o elephante em grandeza aos outros animaes.

De outra parte, RHAZÉS, medico arabe, que floresceu no seculo XIX, serviu-se do mesmo termo para denominar uma enfermidade caracterizada pela hypertrophia de uma parte do corpo, na qual a pelle se tornava em estado mais ou menos rugoso; hypertrophia que, localizada nas pernas, fazia com que ellas tomassem um aspecto comparavel ao dos membros dos pachydermes.

Entre a molestia estudada pelos gregos e a descripta pelo Dr. RHAZÉS existe alguma analogia, principalmente no que diz

respeito ao desenvolvimento mais ou menos exaggerado de certas partes do corpo, mas, todavia, são molestias distinctas.

Para evitar a confusão que necessariamente, sentidos tão diversos ligados a uma só palavra que comprehendia duas molestias, deviam trazer consigo, forçoso foi lançar-se mão de epithetos que servissem para as discriminar.

Convencionou-se chamar, então, á enfermidade estudada pelos gregos, — que não era senão uma das fórmulas da lepra ou morphéa, — *Elephantiasis dos Gregos*, e á estudada pelo Dr. RHAZÉS, — que corresponde ao estado morbido que hoje designa o termo elephantiasis, — *Elephantiasis dos Arabes*.

O estado pathologico, a que hoje chamamos *Elephantiasis dos Arabes*, é uma entidade morbida definida? Não. O termo *Elephantiasis* corresponde a diversos estados pathologicos.

Elle constitue o que, em medicina *clinica*, se chama um syndromo. É um syndromo anatomo-clinico bem definido, no acertado dizer de DOMINICI, que se caracteriza:

1.º Sob o ponto de vista clinico, por uma hypertrophia regional de marcha progressiva;

2.º Sob o ponto de vista anatomo-pathologico:

a) por um edema de serosidade espontaneamente coagulavel;

b) por um processo inflammatorio chronico simples interessando essencialmente o tecido conjunctivo e os vasos sanguineos e lymphaticos;

c) por transsudatos serosos simples (DOMINICI).

Nem toda hypertrophia regional chronica de marcha progressiva é, portanto, *Elephantiasis*.

Não sendo a *Elephantiasis vulvar* ao nosso ver senão a propria *Elephantiasis dos Arabes* localizada nos órgãos genitales externos da mulher, as affecções vulvares com aspecto elephantiasico, porém desprovidas de um ou de varios dos caracteres mencionados por DOMINICI, e que, a cada passo, encontramos nos registos clinicos de gynecologia, com o diagnostico de *Elephantiasis vulvar*, devem ser excluidas do syndromo que é materia do nosso trabalho.

Formam ellas um grupo de enfermidades á parte, que, como a *Elephantiasis*, possuem as mais diversas causas que são mais ou menos conhecidas. É o grupo das *Pseudo-elephantiasis*, como bem designou DOMINICI, ao qual se filiam:

1.º As neoplasias vulvares independentes de todo processo inflammatorio, taes como os fibromas, os fibro-myomas, os papillomas, etc.

2.º As hypersarcoses provocadas por microorganismos especificos determinando não a reacção inflammatoria simples, mas heteroplasias de typos particulares.

A estas effecções vulvares *Pseudo-elephantiasicas* pertencem a tuberculose da vulva na sua fórmula hypertrophica, que se designa pelo nome de *esthiomene*, as infiltrações diffusas de aspecto elephantiasico de origem syphilitica, etc.

3.º As hypertrophias provocadas por edemas simples não inflammatorios, principalmente si estes edemas se acompanham de uma reacção inflammatoria passageira.

Para maior esclarecimento do assumpto que vae constituir o objecto do nosso trabalho, julgamos de grande vantagem apresentar, como introdução, o que ácima ficou expellido.

\* \* \*

Desejoso de attingir á mais perfeita elucidación dos estudos com os quaes nos havemos de occupar em nossa these, começaremos procurando dar um resumo das obras até hoje publicadas ácerca da etiologia e pathogenia da *Elephantiasis vulvar*, discutindo-as e apreciando-as á luz de uma ligeira critica, depois envidaremos esforços para esclarecer a anatomia pathologica, algum tanto obscura e, finalmente, descreveremos minuciosamente, illustrando com observações nossas, os symptomas, o diagnostico, o prognostico, a prophylaxia e o tratamento.

## ETIOLOGIA

Il ne suffit pas de voir, il faut observer;  
il ne suffit pas d'observer, il faut savoir  
analyser et réfléchir. En suivant cette voie,  
on arrive à des faits seulement mais à des  
idées.

(BROCA).

Qual é a causa dessa hyperplasia do tecido conjunctivo e do derma da vulva a que se dá o nome de *Elephantiasis*?

A *Elephantiasis da vulva*, como a *Elephantiasis* em geral, é a resultante da acção de factores etiologicos diversos agindo com especialidade no systema lymphatico.

É a consequencia de uma irritação que exalta os phenomenos nutritivos nos tecidos em a mais intima connexão com o apparelho lymphatico e os incita á proliferação cellular. (CORRE).

Assim sendo, a *Elephantiasis* reconhece causas multiplas que, para que sejam melhor estudadas, dividiremos em *causas geraes* e *causas especiaes*.

### CAUSAS GERAES

Consideraremos como causas geraes todas aquellas que podem influir na producção da molestia, preparando o terreno e tornando-o vulneravel ás causas que, mais adiante estudaremos sob a denominação de causas especiaes.

As causas geraes iuvocadas pelos auctores são:

O CLIMA.— Affirmam os tropicalistas e a maioria dos gynecologos que a *Elephantiasis da vulva* é uma molestia dos paizes quentes e dizem ser o clima um dos factores mais notaveis na sua producção.

A grande frequência dessa enfermidade na zona compreendida entre 30° de latitude norte e 35° de latitude sul, é um facto incontestavel.

Não obstante, pensamos que a acção do calor e do frio é, para tal doença, de uma importancia diminuta.

Assim é que, sob um mesmo clima, a molestia pode existir em uns logares e ser desconhecida em outros. Em Ceylão, por exemplo, diz DOMINICI, ella não reina senão nas localidades pantanosas e nas vizinhanças das costas.

Não podemos, entretanto, negar que as condições thermohygro-metricas dos paizes quentes exerçam alguma influencia.

Ellas determinam, como diz CORRE, um estado particular dos vasos lymphaticos, estado de fraqueza, de menor resistencia, que favorece a producção das molestias do apparelho absorvente.

Além disso, os agentes productores da *Elephantiasis*, os germens reconhecidos como causa das lymphangites de repetição, encontram nas condições de calor e humidade e em outras inherentes aos paizes tropicaes, um meio propicio á sua vitalidade.

A DISTRIBUIÇÃO GEOGRAPHICA.— Quanto ao dominio geographico dessa enfermidade, podemos dizer, sem medo de errar, que, onde houver *Elephantiasis dos Arabes*, ha tambem *Elephantiasis da vulva*, pois, como já nos referimos, esta não é senão a localização daquella no apparelho genital da mulher.

E, sendo a existencia da *Elephantiasis dos Arabes* em todos os continentes um facto sobre o qual não ha mais hoje a menor contestação, podemos affirmar que o dominio geographico da *Elephantiasis da vulva* se estende por todo o globo terráqueo.

Explicamos o augmento progressivo dessa molestia á medida que nos approximamos das regiões equatoriaes, pelo motivo acima expellido de ali encontrarem os germens um meio mais favoravel á sua proliferação.

AS ESTAÇÕES.— É de observação corrente que as estações têm alguma influencia no apparecimento de certas molestias.

Chegou-se mesmo a dizer que cada estação tem seu caracter pathologico especial.

Nos paizes tropicaes, onde sómente duas estações predominam, o inverno e o verão, é no inverno, e principalmente nos dias chuvosos, que os accessos elephantiasicos se manifestam.

Deprehende-se facilmente a razão de ser desse facto: as chuvas não só augmentam o estado hygrometrico do ar como interceptam os raios do sol, — elemento microbicida de grande valor.

O SOLO.— Não ha duvidas ácerca das influencias consideraveis, que as condições telluricas exercem sobre a genese da enfermidade que estudamos.

É um facto demonstrado que ella é mais commum nos logares argilosos, costeiros, baixos e alagadiços do que nas regiões afastadas das costas altas e enxutas.

As mulheres que habitam as planicies aridas, altas e seccas, estão menos sujeitas a essa enfermidade, do que as que vivem nos valles e sitios paludosos.

A RAÇA.— Sabido é que nenhuma raça está ao abrigo da *Elephantiasis*, mas, segundo todos os auctores, as mulheres da raça negra são mais predispostas a ella, do que as da raça branca.

Que essa molestia é mais commum nas pretas do que nas brancas é um facto observado; mas, apresentando a constituição estatica, chimica e dinamica de um organismo variações consideraveis de individuo para individuo, e, não sendo a *Elephantiasis* uma molestia produzida por um elemento figurado especifico, como veremos adiante, não achamos motivos para se attribuir a maior frequência dessa affecção na raça negra a uma sensibilidade especial do typo ethnico.

As indias, que pertencem ao mesmo typo anthropologico que as brancas, são tão sujeitas á *Elephantiasis* quanto as pretas e as mestiças.

Si as mulheres brancas parecem mais refractarias, é porque, sendo superiores suas condições hygienicas, se acham menos expostas aos agentes provocadores da molestia.

A HEREDITARIEDADE.— A herança tem sido invocada por alguns auctores, como causa predisponente ou mesmo determinante.

Em se tratando da *Elephantiasis* em geral, VERING organizou

em Travancore uma estatística e publicou-a no *Indian Annals of Medical Science*. Nella disse ter elle observado 930 individuos elephantiasicos, dentre os quaes 376 eram parentes, o que dá a media de 40,49 por cento.

Infelizmente esse auctor não fez menção da hygiene dos seus doentes.

Sem negar uma certa predisposição ás inflamações do apparelho lymphatico, transmittidas ás creanças pelos paes, pensamos com o Dr. MAHOMMED ALY-BEY que, si muitos membros de uma mesma familia são accomettidos pela *Elephantiasis*, é porque vivem nas mesmas condições hygienicas e sob as mesmas influencias climatericas.

A EDADE.—Na infancia a *Elephantiasis da vulva* é rarissima. BOURSIER cita um caso mencionado por HEIL (*de Darmstadt*), tendo começado no terceiro mez depois do nascimento. TRANIA cita tambem um em que se iniciou a molestia aos tres annos.

É, porém, na adolescencia, sobretudo no periodo activo da vida genital, que a mulher se acha mais predisposta a essa affecção; não raro, porém, notam-se casos em que a *Elephantiasis* se inicia na época da menopausa.

A seguinte lista de casos de *Elephantiasis da vulva*, esparsos aqui e ali na litteratura medica, vem provar a veracidade do que acabamos de relatar.

Casos observados por nós: M. V. L., 27 annos *Elephantiasis dos grandes labios*; M. P. L., 28 annos, *Elephantiasis das nymphas e do clitoris*; P. M. D., 32 annos, *Elephantiasis do pequeno labio esquerdo*; L. A. M., 29 annos, *Elephantiasis dos órgãos genitales externos com estreitamento urethral*; M. C. S., 21 annos, *Elephantiasis dos grandes labios e do clitoris*.

W. DUFF BULLARD, no *Medical Record*, descreve um caso da *Elephantiasis da vulva* em uma mulher de 39 annos.

DOUGLAS-FINLAY observou outro caso em uma mulher de 22 annos.

TRANIA e MARCONI, compulsando as diversas publicações e communicações sobre o assumpto, encontraram os seguintes casos:

De VEH, citam 2, um em uma mulher de 22 annos e outro em uma de 25; de RENNET, um caso em uma mulher de 30 annos; de FISCH, um em uma mulher de 45 annos; de BOURGUET, um em uma moça de 18 annos; de SPADARO, um caso em uma mulher de 34 annos; de SCHRANN, um caso em uma mulher de 29 annos; de BENICKE, um em uma mulher de 36 annos; de POPOF, um em uma mulher de 20 annos; de STANZIALE, um caso em uma mulher de 29 annos; de BERGOUZINI, um em uma mulher de 29 annos; de CROOM, um em uma mulher de 32 annos; de TARNIER, um em uma mulher de 27 annos; de VALDAGNI, um em uma mulher de 24 annos; de KIDD, um em uma mulher de 33 annos; KÖTSCHAU, um em uma mulher de 37 annos; de RENNAT, um em uma mulher de 29 annos; de FINDER, um em uma mulher de 20 annos; de LAUVERS, um em uma mulher de 35 annos; de BUREAU, um em uma mulher de 59 annos; de MENDES DE LÉON, um em uma mulher de 27 annos; de DÉLÉBREZ, um em uma mulher de 50 annos; de COVA, um em uma mulher de 47 annos; de GURBSKI, um em uma judia de 70 annos; de KUGELMANN, um em uma mulher de 27 annos; de AXEL, um em uma mulher de 21 annos; de FRITSCH, um em uma mulher de 35 annos; de FORMÜLLER, um em uma mulher de 29 annos; de MAZZIOTTI, um em uma mulher de 25 annos.

SAMGALLI encontrou no museu de anatomia pathologica, da universidade de Pavia dois vidros com os seguintes rotulos: «*Clitoris extremamente volumoso e tumor canceroso pediculado*». Em um desses vidros, existia um clitoris muito volumoso que provinha de uma moça de 16 annos.

Desses 40 casos, podemos tirar a seguinte porcentagem da *Elephantiasis vulvar* em relação á idade: em meninas até 10 annos, 5%; em moças, de 10 a 20 annos, 10%; de 20 a 30 annos, 45%; em mulheres de 30 a 40 annos, 27, 5%; de 40 a 50, 7, 5%; de 50 a 60, 5%; de 60 a 70, 2, 5%.

O TEMPERAMENTO.—Segundo BARRELLIER, todos os temperamentos são igualmente predispostos á *Elephantiasis*; mas, sendo essa enfermidade, por excellencia, particular ao systema

Na lymphá da parte elephantiasica do recém-nascido, elle encontrou tambem o estreptococco.

RICHARDIÈRE chama a attenção para a coincidência da *Elephantiasis* com a erysipela de repetição da face.

O Professor LE DANTEC considera como verdadeiro agente específico da affecção, um *coccus* que elle encontrou ao lado de um estreptococco na lymphá de um elephantiasico, colhida por occasião de um accesso de lymphangite.

Este *coccus*, que elle designou pelo nome de dermococco por ser o seu *habitat* de predilecção o derma, é um microbio essencialmente polymorpho.

Como o gonococco e o meningococco, elle é, na sua fórma typica, um diplococco composto de dois elementos em fórma de rini, ou de feijão, que se olham pela face concava.

Esta concavidade não é visivel senão em grandes augmentos; nas condições habituaes de observação, a face central apparece plana e os dois elementos diplococcicos se mostram separados por uma simples linha: O todo tem o aspecto de um grão de café.

Nos frottis feitos com lymphá inflammatoria tirada no momento de um accesso completo (geral e local), o dermococco se acha sempre em symbiose com um estreptococco.

Não obstante a grande semelhança do dermococco com o meningococco e com o gonococco, aquelle germen se differencia facilmente destes por se corar pelo methodo de *Gram*.

BEAUJEAN, inspirado sem duvida pelo Professor LE DANTEC, tomando para ponto de sua these inaugural a pathogenia da *Elephantiasis nostras* e da *Elephantiasis exotica*, repetiu o trabalho do mesmo professor, resumindo, como segue nas linha abaixo, o resultado de suas pesquisas sob o ponto de vista microbiologico.

Elle constatou na lymphá inflammatoria, no momento dos accessos elephantiasicos: 1.º o dermococco em diplococco e em tetracocco; 2.º um estreptococco; nos ganglios, fóra dos accessos, elle constatou o dermococco, porém agóra, sob a fórma de diplococco; na pelle, fóra dos accessos, o dermococco em diplococco; na lymphá, fóra dos accessos, o dermococco em diplococco.

Em resumo, elle encontrou o dermococco sob a fórma de diplococco e tetracocco na lymphá na occasião dos accessos e, sob a fórma de diplococco sómente, na pelle, nos ganglios e na lymphá, fóra dos accessos.

DUFOUGERÉ, em trabalhos posteriores aos de LE DANTEC encontrou o mesmo germen e, pelo facto de o ter achado na lymphá, deu-lhe o nome de lymphococco.

Além do estreptococco e do dermo-lymphococco, tem-se verificado nos elephantiasicos outros germens.

MATHON, no liquido que obteve por meio de uma punção de uma perna elephantiasica, encontrou numerosos *coccus* extremamente moveis, ora dispostos em cacho, ora isolados.

RENON verificou pneumococcos em via de evolução.

Nós, em uma preparação que fizemos de lymphá colhida durante um accesso de lymphangite em um caso de *Elephantiasis dos escrotos*, encontramos um bacillo bastante volumoso, de extremidades arredondadas, disposto em estreptobacillo e tomando o *Gram*.

—No capitulo immediato estudaremos melhor o assumpto.

## PATHOGENIA

No importante assumpto da pathogenia da *Elephantiasis*, os escriptores que têm tratado da questão, se acham filiados a tres escolas. São seus principaes representantes: HENDY e ALARD, BOULLAUD e FABRE, LEWIS e PATRICK MANSON.

Para HENDY e ALARD a *Elephantiasis* tem sua séde no systema lymphatico (*theoria da lymphangite*).

HENDY attribue a molestia a um ingurgitamento ganglionario, seja este ingurgitamento produzido por congestões sanguineas, seja devido a outra causa qualquer.

Uma vez ingurgitados os ganglios, diz elle, a lymphá se vae accumulando nos vasos afferentes e distendendo-os pouco a pouco até que, não podendo mais supportar a pressão que interiormente experimentam, se rompem. A lymphá extravasada dissociaria os elementos dos tecidos circumvizinhos e, pelos principios nutritivos que encerra e pela irritação que forçosamente causaria, levava-os á hypertrophia e á proliferação.

ALARD, tendo verificado casos de *Elephantiasis* em que os ganglios não se achavam affectados, emittiu sua opinião dizendo que a molestia tem sua séde inicial nos vasos lymphaticos e, secundariamente, nos ganglios por fazerem parte do mesmo systema.

BOULLAUD e FABRE, observando modificações notaveis para o lado do systema venoso em uma perna elephantiasica, deram a este systema toda a importancia na producção da molestia, e levantaram a theoria chamada da phlebite.

LEWIS e MANSON, estudando melhor a questão, foram buscar no mundo exterior elemento por meio do qual explicam o modo de se desenvolver a molestia. Elles attribuem-na á filaria *Wuchereri* (*theoria parasitaria*).

Deixando de parte as duas primeiras theorias que hoje não têm senão um valor historico, passemos a falar da ultima.

\* \* \*

Em Agosto de 1866 o notavel medico allemão OTTO WUCHERER encontrou nesta cidade, nas urinas de uma mulher que soffria de *hemato-chiluria*, os animaculos alongados e cylindricos que haviam sido descobertos em Paris, tres annos antes, pelo cirurgião francez DEMARQUAY no liquido leitoso collido em um doente de hydrocele da Casa Municipal de Saude.

WUCHERER em dois annos conseguiu reunir 28 observações de *hemato-chiluria*, encontrando em todas os pequenos seres vermiformes considerados por DEMARQUAY como helmintos nematoides no estado embryonario.

Dois annos mais tarde (1868), SARISBURY, dos Estados Unidos, achou na bexiga de uma mulher chilurica, ovos e embryões de um micro-parasita a que denominou *trychina-cystica*. Em 1870, CREVAUX observou em urinas chilosas de um creoulo, de Guadelupe, o pequeno parasita descoberto por DEMARQUAY, e fez desta observação objecto de sua these inaugural.

Por essa mesma época COBBOLD fez a mesma constatação em um chilurico natural de Port-Natal.

O helminthologista BUCK classificou o diminuto ser entre os embryões de filaridios, o que foi confirmado algum tempo depois por CHARLES e PALNIER.

Multiplicavam-se as observações por todos os pontos do globo.

LEWIS, em Calcuttá, de 1873 a 1875, examinou 30 individuos chilosos, encontrando sempre nas urinas *microfilarias* (expressão creada por LE DANTEC para designar os embryões da filaria).

Foi LEWIS quem, pela primeira vez, verificou a membrana chorial que envolve o pequeno parasita, considerando-a como característica.

Foi ainda elle quem descobriu o mesmo nematoide no sangue e lhe deu o nome de *filaria sanguinis-hominis*.

A descoberta do eminente scientista WUCHERER, da filaria

na urina dos hemato-chiluricos, veio desvendar os mysterios em que se occultava o estudo desta molestia e elucidar a sua etiologia.

Como de ha muito FRAYRER tivesse aventado a idéa de ser a *hemato-chiluria* uma affecção identica á *Elephantiasis*, por toda a parte se repetiam as investigações para provar a etiologia commum das duas molestias.

PATRICK MANSON chama a attenção para a coexistencia, communitmente observada, das duas enfermidades em um mesmo individuo.

LEWIS assignala a presença de microfilarias em um israelita hemato-chilurico portador de um tumor elephantiasico.

Em estudos subsequentes encontrou microfilarias em elephantiasicos que não soffriam de *hemato-chiluria*, e filarias adultas em um caso de *Elephantiasis do escroto* (a filaria adulta já tinha sido descoberta na Australia por BANCROFT em Dezembro de 1876).

Aqui no Brazil por essa época (1876), FELICIO DOS SANTOS communicou á sociedade de Medicina do Rio de Janeiro ter encontrado fórmulas adultas da filaria no liquido que obteve pela expressão de um tumor elephantiasico do escroto operado pelo Dr. PEDRO AFFONSO.

Outros especimens foram observados pelos Drs. SILVA ARAUJO, VICTORINO PEREIRA e PEDRO SEVERIANO DE MAGALHÃES em caso de *Elephantiasis do escroto*.

Foi pelos factos supra descriptos em que parece provada a identidade entre a *Elephantiasis* e a *hemato-chiluria*, não só pela coincidencia das duas affecções num mesmo individuo como pelo descobrimento da filaria em hemato-chiluricos sem *Elephantiasis*, em elephantiasicos sem *hemato-chiluria* e em individuos com *hemato-chiluria* e *Elephantiasis* ao mesmo tempo; foi por estes factos, digo, que os auctores fizeram publicar a identidade das duas molestias e foram levados a considerar a *Elephantiasis* como uma manifestação da filariose.

A origem filariana da *Elephantiasis*, embóra largamente acolhida, não satisfazia o espirito de todos os scientistas da época.

No seu compendio de pathologia cirurgica publicado em Setembro de 1877, o Dr. DOMINGOS CARLOS affirmava que as filarias não tinham a minima importancia na pathogenese do morbus que estudamos.

Elle o attribuia exclusivamente a inflamações repetidas dos vasos lymphaticos.

Na inflamação dos vasos lymphaticos, dizia o citado pathologista, «encerra-se a explicação do espessamento destes canaes, que se obliteram em certos pontos, dilatando-se noutros em verdadeiras varicosidades. . . . .

«As alterações da lymphá na parte affectada são manifestas e derivam-se certamente da nutrição dos elementos dos tecidos, que soffrem profundas modificações, dando em resultado productos que, nos vasos lymphaticos, actuam de um modo desfavoravel, irritando por sua presença estes orgãos.

«Dahi origina-se, com o accrescimo de alterações anatomicas de ordem proliferante para o lado do tecido conjunctivo, o estado morbido, conhecido na pratica sob o nome de—*Elephantiasis dos Arabes*».

SOMMERVILLE, um dos contraditores da origem filariana da *Elephantiasis*, ponderava que, si as filarias são levadas ao organismo humano por meio da agua potavel, como affirmava MANSON, os chinezes que, absolutamente, não bebem agua senão fervida, deviam ser poupados.

Não obstante não ter sido abraçada por todos os scientistas da época, a theoria filariana da *Elephantiasis* dominou até uma época bem recente, época em que surgiram as primeiras objecções dignas de nota.

Observou-se que a distribuição geographica da *Elephantiasis* e da filariose não coincidia sempre.

HIRSCH fez notar que a *Elephantiasis* existe em muitos paizes onde não se encontra *hemato-chiluria*.

BANCROFT, partidario da nova theoria, confessa que na Australia a *Elephantiasis* é esporadica, ao passo que a *hemato-*

*chiluria* e os outros estados morbidos produzidos pela filaria são muito frequentes.

GUYOT declara ter verificado factos inversos em Tahiti onde a *Elephantiasis* é commum e os outros estados pathologicos attribuidos á filaria são raros.

Uma outra objecção bastante seria que abalou um tanto a nova theoria, foi a ausencia do parasita commumente observada nos elephantiasicos.

DARIER, director do laboratorio do hospital de S. Luiz de Paris, diz ter examinado o sangue de duas senhoras francezas que soffriam de *Elephantiasis* nas pernas e não logrou encontrar microfilarias.

GUYOT diz ter feito 300 preparações do sangue de um elephantiasico, não conseguindo ver em nenhuma dellas microfilarias embóra tivesse obedecido religiosamente a technica de MANSON.

TILBURI FOX relata não ter observado o nematoide de WUCHERER nos casos de *Elephantiasis* que examinou.

O proprio MANSON nem sempre logrou encontrar filarias nos elephantiasicos, apezar disso elle conserva-se fiel á sua theoria, explicando de um modo engenhoso a ausencia do parasita.

Devido á importancia do assumpto, reproduzimos mais abaixo *in extenso* a theoria de MANSON com o novo estudo pathogenetico.

#### PATHOGENIA DE MANSON

«Os embryões de filarias não existem ordinariamente no sangue.—Nos casos de filariose em que a *Elephantiasis* é o symptoma dominante, é excepcional, não importando qual o estado da molestia uma vez estabelecida, encontrarem-se filarias no sangue ou nos outros tecidos, salvo em logares onde a filariose grassa excessivamente, casos em que ha grandes probabilidades de reinfeccão ou de infeccão em alta dose.

«Razões que fazem ligar a *Elephantiasis* á filariose.—Esta ausencia total de filarias no sangue dos elephantiasicos induz naturalmente esta questão:—Porque attribuir a molestia a esse parasita?

«Eis as razões que militam em favor de uma relação causal:

1.º A distribuição geographica da *filaria bancrofti* e a da *Elephantiasis dos Arabes* correspondem exactamente; onde abunda a filaria, abunda tambem a *Elephantiasis*, e vice-versa.

2.º As varizes lymphaticas da filariose e a *Elephantiasis* se produzem nas mesmas regiões, e coincidem frequentemente no mesmo individuo.

3.º O lympho-escroto, manifestação filariosica não duvidosa, termina frequentemente por *Elephantiasis* do escroto.

4.º A *Elephantiasis* da perna sobrevem algumas vezes depois da resecção cirurgica de um lympho-escroto.

5.º A *Elephantiasis* e as varizes lymphaticas são essencialmente affecções dos lymphaticos.

6.º As varizes lymphaticas da filariose e a *Elephantiasis* verdadeira se acompanham igualmente de uma lymphangite recorrente do mesmo typo.

7.º Como está praticamente demonstrado que as varizes lymphaticas da filariose são causadas pela filaria, está verosimilmente provado que a *Elephantiasis* verdadeira, molestia á qual a primeira se acha muitas vezes associada e com a qual ella tem grandes affinidades, deve ser attribuida á mesma causa.

«Explicação da ausencia da filaria no sangue dos elephantiasicos.—Si a filaria é bem a causa da *Elephantiasis*, como explicar a ausencia de embryões no sangue, que se constata na maioria dos doentes com esta affecção? Póde-se responder da maneira seguinte:

Ou as filarias pathogenas se acham mortas; ou os lymphaticos da zona affectada se acham tão cheios pelas filarias ou pelos seus productos, que as microfilarias que nelles possam existir são mechanicamente impedidas de penetrar na circulação.

«Nós temos observado que nas varizes lymphaticas da filariose, o parasita que produziu a molestia póde morrer, particularmente durante os ataques de lymphangite; o mesmo facto póde ter logar na *Elephantiasis*, e supponho que é, com effeito, o que se dá.

«Não pensamos, entretanto, que esta explicação seja completamente sufficiente.

«*Estase lymphatica produzida pelos ovos de filarias*.—Já temos encontrado em dois casos de filariose ovos de filarias na lymphá: uma vez num lympho-escroto e uma outra em uma adeno-lymphocele.

«A filaria póde, portanto, algumas vezes produzir ovos em logar de embryões moveis.

«Os ovos de filaria não são semelhantes ao embryão, loíngo, delgado, flexivel e activo; elles são desprovidos de motilidade, mais ou menos rigidos e ovaes e o seu diametro iguala perto de cinco vezes o do embryão enrolado no seu interior.

«Esses ovos, visto seu volume e sua passividade, são incapazes de atravessar os ganglios lymphaticos quando, postos em liberdade e acarretados pela lymphá, chegam até esses ganglios.

«Ora, é um facto admittido em pathologia que um dos elementos essenciaes da producção da *Elephantiasis* é a estase lymphatica.

«Tiramos do que precede a conclusão que a estase lymphatica observada na *Elephantiasis* tropical é devida a uma embolia produzida nos ganglios lymphaticos por ovos de filarias.

«Mas, perguntar-se-á por que os ovos de filaria são lançados na circulação? Nas condições normaes, os embryões de filarias no seu nascimento são já completamente desenrolados.

«Si os ovos são expulsos pelas filarias adultas, deve ser o resultado de uma parturição precoce.

«Que esta precocidade existe ás vezes, a descoberta dos ovos no sangue, mencionada acima, prova-o abundantemente.

«Acreditamos que este *processus* é realmente a causa inicial da *Elephantiasis* filarica.

«Podemos facilmente comprehender como em seguida a um traumatismo, ao qual os membros são tão frequentemente expostos, ou em seguida a uma outra causa qualquer, a filaria adulta póde abortar.

«Quando este facto se produz, o conteúdo do utero é expulso prematuramente e antes que os ovos situados na parte superior do utero tenham dado nascimento aos embryões alongados e activos que vemos no sangue.

« Si um certo numero desses ovos são levados pela corrente lymphatica até os ganglios do membro cujos troncos lymphaticos contêm as filarias que abortaram, resultará uma embolia dos lymphaticos afferentes e uma estase da lympho no membro.

« *A inflammação é necessária á producção da Elephantiasis.* — A estase lymphatica por si só, não produz a *Elephantiasis*.

« Este facto tem sido provado praticando-se ligaduras experimentaes sobre os troncos lymphaticos. Ella pôde dar logar uma forma de edema, mas não á verdadeira hypertrophia elephantiasica.

« Si sobrevem uma inflammação numa area de congestão lymphatica assim formada, e é o que pôde acontecer em seguida a um traumatismo, a *Elephantiasis* se produzirá; porque a menos que os lymphaticos da area inflammada não estejam abertos na circulação, os productos inflammatorios não se pôdem absorver completamente.

« A inflammação erysipelatoso, com recahidas frequentes, é um symptoma bem conhecido da maior parte dos casos de *Elephantiasis dos Arabes*.

« *Evolução de um caso de Elephantiasis.* — O processo de formação da *Elephantiasis* é, acreditamos, o seguinte: — Presença de filarias femeas adultas no systema lymphatico da parte attingida; circumstancia desfavoravel á filaria; expulsão prematura dos ovos em seguida a esta circumstancia; embolia dos ganglios lymphaticos devido á presença dos ovos; estase lymphatica; lymphangite produzida por um traumatismo ou por outra causa qualquer (tal como uma infecção septica) ao nivel da zona congestionada; reabsorpção imperfeita dos productos inflammatorios; ataques recorrentes de inflammação conduzindo a uma hypertrophia inflammatoria da parte attingida, com progressão intermittente.

« Tal é a explicação que podemos dar da producção da *Elephantiasis* pela filaria.

« Comprehende-se assim como os embryões do parasita que causaram a molestia não se acham no sangue; elles não podem passar através dos ganglios ingurgitados.

« É provavel que o verme adulto morra desde os primeiros estados da molestia; seja porque succumba ao traumatismo que

produziu seu abortamento, seja porque a lymphangite subsequente lhe seja fatal.

« *Os individuos attingidos de elephantiasis são menos expostos á presença de filaria no sangue.* — Ha' alguns annos, fizemos uma curiosa observação que apoia a opinião precedente.

« Recebemos do cirurgião ELIUM, 88 preparações de sangue nocturno colhido em 88 indigenas de Cochim.

« Entre estes individuos, 14 eram affectados de *Elephantiasis* e 74 não apresentavam esta affecção.

« Sobre as preparações de sangue destes ultimos, 20 continham filarias, isto é, uma media de um para tres e meio; sobre os 14 elephantiasicos, um só continha filarias.

« Por que os individuos elephantiasicos tinham um numero de filarias bem inferior aos outros?

« Porque entre esses individuos, a existencia da *Elephantiasis* implicava a obstruição de uma larga zona do systema lymphatico; seu sangue não podia receber parasitas senão de uma porção do systema lymphatico, relativamente limitada; havia portanto entre elles uma probabilidade muito menor para a livre passagem das filarias no sangue».

\* \* \*

Como acabamos de ver com a leitura do novo estudo pathogenico de MANSON, elle não attribue mais a affecção exclusivamente á filaria.

Convencido de que a filariose é, por si só, impotente para produzir a *Elephantiasis* faz intervir um novo factor, um processo inflammatorio, determinado as mais das vezes por um traumatismo mesmo ligeiro, que causa os accessos de lymphangite, e lembra a inflammação erysipelatoso com recahidas frequentes, como um symptoma bem conhecido da maior parte dos casos de *Elephantiasis dos Arabes*.

Alguns antagonistas da theoria de MANSON, vêem na erysipela

nos casos em que existe, mais do que um symptoma, a causa unica, a causa determinante da molestia.

Sobre isto já nos referimos quando, tratando das causas especiaes, fizemos menção dos estudos de SABOURAUD, das observações de GUSTAVO BUREAU, MONCORVO e RICHARDIÈRE.

LE DANTEC, firmando-se no facto de se encontrarem casos de *Elephantiasis* em regiões absolutamente indemnes de filarias, recusa admittir o nematoide de WUCHERER como uma condição necessaria, indispensavel para o desenvolvimento deste estado morbido.

Baseando-se nas suas constatações relativamente ao dermococco, materia com a qual já nos detivemos anteriormente, diz que a *Elephantiasis* lhe parece ser uma dermite chronica determinada pela presença deste germen.

O accesso regional, diz elle, é devido a uma pullulação momentanea do dermococco.

O accesso completo (geral e regional ao mesmo tempo) é causado pela symbiose do dermococco com o estreptococco.

Para DUFOUJERÉ o dermo-lymphococco não deve absolutamente ser considerado, como quer LE DANTEC, o agente especifico da *Elephantiasis*, visto que não a produz sempre (constatação feita por elle).

Segundo o mesmo expositor, a *Elephantiasis* é o resultado de uma associação de uma filaria qualquer (microfilarias de WUCHERER ou outras) produzindo obstruições, com o dermo-lymphococco, provocando os accessos de lymphangite.

Eis como DUFOUJERÉ explica o mechanismo da evolução de um caso de *Elephantiasis*:

1.º Um individuo possui no seu sangue embryões de filarias de uma variedade qualquer;

2.º Si elle não se infecciona com o lymphococco, a presença desses embryões no sangue não produz nenhuma perturbação, nenhuma lesão especial;

3.º Si, por uma solução de continuidade qualquer, elle vem a se infectar pelo dermo-lymphococco, este microbio ganha as vias lymphaticas e produz a lymphangite;

4.º Esta inflammação tem como resultado a morte dos embryões de filarias; seus cadaveres, não sendo reabsorvidos (affirmação toda hypothetica), accumulam-se, seja nos ganglios, seja nos proprios vasos, produzindo assim uma obliteração que acarreta um derramamento de lympha nos tecidos e constitue a *Elephantiasis*. (CLARAC LEBBEUF e RIGOLLET).

#### CONSIDERAÇÕES SOBRE AS THEORIAS PRECEDENTEMENTE APRESENTADAS

Das tres theorias apresentadas é, indubitavelmente, a de PATRICK MANSON a mais seductora e a que tem conquistado maior numero de adeptos. É ella quasi que universalmente admittida; mas, será a que melhor se acha de conformidade com os factos adquiridos pela experiencia, será a verdadeira?

Não acreditamos.

Sem nos determos para discutir a questão, pois para isto não nos permite a escassez do tempo, apresentamos a seguir os motivos que assim nos levam a pensar.

Não acreditamos que a theoria de MANSON seja verdadeira, isto é, que a *Elephantiasis* seja de origem filariana: 1.º porque o dominio geographico da affecção não coincide exactamente, como affirma PATRICK MANSON, com o dominio geographico da filariose; 2.º porque em certos logares onde as manifestações da filariose são muito frequentes, o Pará por exemplo, os casos de *Elephantiasis* são esporadicos; 3.º porque, não obstante ser muito commum a *Elephantiasis*, ainda não houve quem observasse a existencia de microfilarias antes do apparecimento da molestia, nos individuos por ella affectados; 4.º porque não vemos razões para a sobrevivencia do parasita em certas manifestações filariosicas acompanhadas de lymphangite, como seja a colica filariana, e a morte constante do nematoide nos casos de *Elephantiasis*; 5.º porque não achamos sufficiente, como o proprio MANSON tambem não o acha, a explicação apresentada para justificar a ausencia de microfilarias no sangue dos elephantiasicos; 6.º porque sendo rapida a

destruição dos cadáveres das fórmulas embryonarias do nematoide, não vemos motivo para que não se faça a reabsorção dos ovos do parasita; 7.º porque mesmo se não se desse a reabsorção dos ovos, o bloqueamento de toda a zona affectada não se faria por causa da circulação collateral que forçosamente havia de se estabelecer; 8.º porque todo filariosico curado devia ser um elephantiasico; 9.º porque o tumor elephantiasico fica estacionario e pôde mesmo regressar com a mudança do doente para um clima frio; 10.º porque nas manifestações da filariose em que as filarias ou seus productos determinam obstruições, encontram-se muito frequentemente microfilarias no sangue peripherico; 11.º porque a ausencia das fórmulas embryonarias do nematoide no sangue dos elephantiasicos, não pôde ser attribuida á morte das filarias adultas nem á embolia dos ganglios causada pelos seus productos; 12.º porque o desaparecimento dos vermes é incompativel com os accessos de lymphangite subsequentes; 13.º porque verificamos que as microfilarias existem nos elephantiasicos em uma proporção inferior á da sua existencia em estado latente nos paludosos, e superior nos tuberculosos; 14.º porque o lympho-escroto não se transforma em *Elephantiasis* senão excepcionalmente, casos em que se dão infecções secundarias; 15.º porque o liquido que se encontra derramado na vaginal dos escrotos elephantiasicos é claro, ao passo que o da hydrocele de origem filariana é leitoso; 16.º porque a obstruição produzida pela filaria não determina por si só a *Elephantiasis*, como não determinam tambem as obstruições produzidas por outras causas (tumores, ligaduras experimentaes dos troncos lymphaticos, etc.); 17.º porque, sendo as inflammações repetidas necessarias para a producção da molestia e sendo facto indiscutivel que na *Elephantiasis nostra* as filarias não coparticipam no seu desenvolvimento, é mais logico acreditarmos que a *Elephantiasis* reconhece como causa as inflammações periodicas.

LE DANTEC, considerando a *Elephantiasis* como uma dermite chronica produzida pelo dermococco, ao qual de tempo em tempo vem se associar o estreptococco de Fehleisen causando o grande accesso geral, parece-nos que se acha mais perto da verdade.

Entretanto, elle pécca por attribuir ao dermococco um papel especifico, visto ser o estreptococco o causador do grande accesso que deixa depois de dissipado, a parte affectada cada vez mais volumosa.

Quanto á theoria pathogenetica de DUFOUGERÉ, podiamos apresentar as mesmas objecções que apresentamos á de MANSON, pois pouco differe desta.

Do exposto vemos que tanto o dermococco como as filarias tidos como especificos, reclamam a intervenção de um outro factor que venha produzir uma inflammação. É portanto, como na maioria dos casos de *Elephantiasis* não se encontram nem filarias nem dermococos e sim germens os mais diversos (estreptococos, estaphylococos, pneumococos, bacillos, etc.), somos levados a admittir como causa determinante da affecção todo e qualquer microbio, banal ou pathogeno, que seja capaz de produzir lymphangites repetidas, que, passando para o estado chronico, darão logar á *Elephantiasis*.

## ANATOMIA PATHOLOGICA

A *Elephantiasis* desenvolve-se nos órgãos genitais externos da mulher, ora em sua totalidade, ora em alguns destes sómente.

Quando ella abrange todos os órgãos, o conjuncto dos tumores, quando muito desenvolvidos, dá á vulva o aspecto de um escroto elephantiasico, como podemos vêr nas figuras 1 e 2.

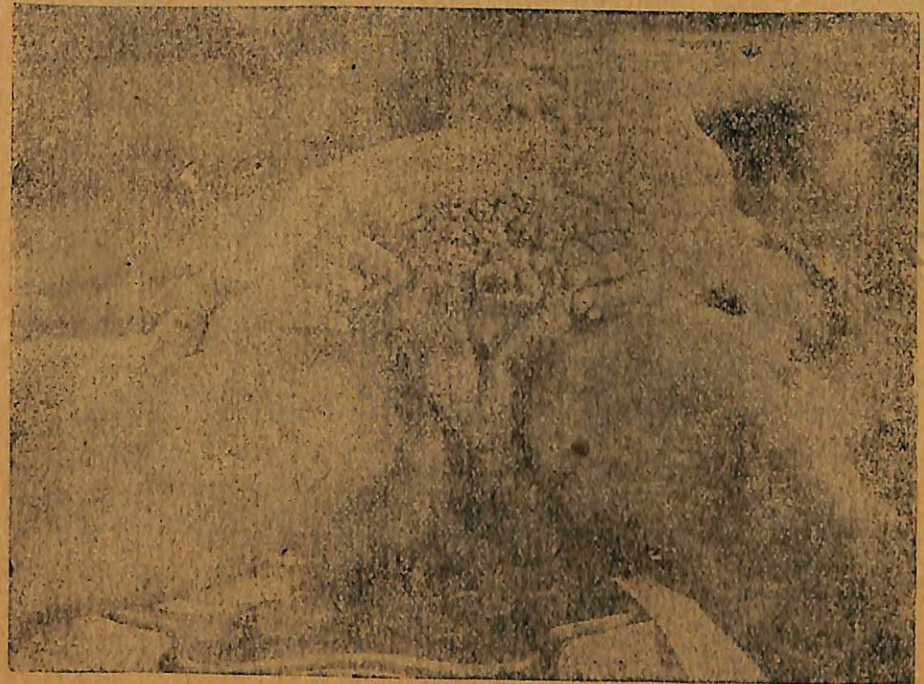


Fig. 1

Frequentemente essa horrivel enfermidade, que inutiliza quasi sempre a mulher para a vida sexual, localiza-se exclusivamente nos grandes labios, ás vezes, porém, ella prefere as nymphas e, mais raramente, o clitoris e o seu prepucio.

Os tumores, a principio mal limitados, desenvolvem-se lentamente e vão pouco a pouco augmentando de volume até attingirem proporções bem sensíveis.

Á medida que elles progridem, vão se pediculando e tomando, de ordinario, uma fórma ovoide, de grossa extremidade inferior.



Fig 2.

São os grandes labios que, em geral, adquirem maiores tamanhos.

Descendo ao longo das coxas, elles pôdem alcançar os joelhos, como no caso citado por VIDAL CASSIS, ou mesmo ir além.

Ás vezes é um só dos grandes labios que é atacado e, então, este toma dimensões monstruosas.

O caso mais extraordinario deste genero é o observado pelo Dr. AMARAL, em uma mulher do Rio de Janeiro, na qual o tumor se achava collocado no grande labio direito, e tão volumoso era que arrastava no chão, quando a infeliz paciente andava.

As nymphas são tambem susceptiveis de adquirir um volume verdadeiramente grandissimo.

FRONMÜLLER diz ter observado em uma mulher de 29 annos, tumores elephantiasicos nas nymphas, entre os quaes um media 7 centimetros de comprimento, 4 de largura e 3 de espessura.

Como nos grandes labios, a *Elephantiasis* pôde desenvolver-se mais numa nympha do que noutra, ou atacar sómente uma nympha, conservando a outra o seu estado normal. (Fig. 3).



FIG. 3

Observamos na enfermaria de S. Martha uma doente da clinica do Dr. BRAZ DO AMARAL, a qual tinha no pequeno labio esquerdo um tumor do tamanho de um ovo, enquanto que o pequeno labio direito permanecia illeso.

O clitoris e o seu capuz podem tambem attingir relativamente dimensões collossacs.

FRITCH viu um tumor do clitoris, que media 18 centimetros de

*larites* com thromboses recentes ou antigas, fibrino-leucocyticas ou conjunctivas. São os capillares e os vasos lymphaticos de pequeno calibre os que primeiro se modificam; vêm em seguida pela ordem de frequencia os capillares sanguineos, as venulas e as arteriolas. Os capillares lymphaticos apresentam-se estrellados ou arredondados e cheios de coagulos de lymphá misturados com cellulas endotheliaes descamadas. As paredes das veias tornam-se elasticas e tomam a consistencia das paredes das arterias, de sorte que, quando são cortadas transversalmente, o orificio permanece aberto, determinando abundante hemorragia.

As alterações dos capillares sanguineos, das arterias e das veias são identicas ás dos lymphaticos.

A reacção defensora consiste na hyperplasia das cellulas conjunctivas, na transformação das cellulas adiposas em cellulas desprovidas de gordura, na emigração de polynucleares, de macrophagos, de plamazellens e mesmo de globulos vermelhos que são acarretados. Estes elementos ora se disseminam irregularmente em todos os tecidos affectados, ora se distribuem ao longo dos vasos.

A seguinte observação de TRANIA e MARCONI vem illustrar o ponto em certas particularidades histologicas e em apoio ao que dissemos.

M.elle X. de 16 annos, até a idade de 3 annos não tivera molestia alguma. Nesta idade percebeu sua mãe que os seus orgãos genitais externos eram mais volumosos do que o das outras creanças e que augmentavam de dia para dia.

De constituição normal, M.elle X. não tinha a tonicidade muscular perfeita.

Os grandes labios, embóra conservassem ainda a fórma, eram multilobados, de consistencia dura e elastica e bastante volumosos. As nympphas eram normaes. Entre ellas notava-se um corpo do volume de um ovo com a mesma côr e a mesma consistencia dos grandes labios.

Os ganglios lymphaticos inguinaes e cruraes tinham volume normal.

O diagnostico feito foi de *Elephantiasis dos grandes labios, do clitoris e do capuz* com tendencia a generalizar-se por toda a vulva.

A doente foi operada, ficando restabelecida em 10 dias.

As preparações feitas de pedaços do clitoris, do capuz e dos grandes labios apresentavam mais ou menos o mesmo aspecto. A camada superficial se achava espessada, porém, não uniformemente: para o lado do

clitoris o espessamento era mais accentuado, em compensação a camada granulosa se achava ligeiramente adelgada, conservando, entretanto, as cellulas a sua integridade.

A camada germinativa encontrava-se tambem espessada, com as papillas bastante volumosas, porém bem delimitadas.

Os espaços cavitarios não se mostravam revestidos de membrana especial, eram forrados por cellulas epitheliaes, entre as quaes algumas apresentavam um processo de desintegração protoplasmico e nuclear notavel. Essas lesões eram mais consideraveis, ao nivel do capuz. Numerosos grupos de leucocytos contornavam os vasos lymphaticos e sanguineos (leucocytos polynucleares e mononucleares).

Os vasos sanguineos apresentavam numerosas alterações, suas paredes eram espessadas consideravelmente. As alterações das veias eram mais notaveis do que as das arterias.

Apezar de cautelosa pesquisa, não se encontraram treponemas, nem cellulas gigantes.

## SYMPTOMATOLOGIA

Descrevem-se dois periodos na evolução da *Elephantiasis*: um, inicial, caracterizado por uma inflamação diffusa do tecido conjuntivo e do aparelho vascular, com tendencia accentuada para o edema e a hyperplasia conjuntiva do derma e dos tecidos subdermicos, (DOMINICI CORRE CLARAC); outro, que é o periodo da *Elephantiasis* confirmada, caracterizado pela hypertrophia fibrosa do conjuncto da região, com tendencia accentuada para a esclerose. (DOMINICI)

Ha no primeiro, hypersarcose inflammatoria, com predominancia de edema; no segundo, hypersarcose inflammatoria, com predominancia de esclerose. (DOMINICI)

O periodo inicial da *Elephantiasis da vulva* é, ao contrario do da *Elephantiasis* em geral, habitualmente apyretico e excepcionalmente febril.

MAYER diz ter observado 10 casos de *Elephantiasis da vulva*, sendo quasi todos de marcha apyretica.

A molestia se declara na sua fórmula febril por accessos que, precedidos ou não de prodromos, têm grande analogia com os accessos de impaludismo.

Distinguem-se em cada accesso elephantiasico *symptomas geraes* e *symptomas locaes*.

### SYMPTOMAS GERAES

Como os accessos paludosos, os elephantiasicos comprehendem tres estados: frio, febre e suores.

Em seguida a um traumatismo, ás vezes sem razão apparente, frequentemente depois de alguns prodromos, como sejam dôres

fulgurantes, prurido, formigamentos, sensação de peso, de calor, etc., manifesta-se de um modo subito e violento um frio intenso, que dura em media duas ou tres horas.

Após o frio vem, tão bruscamente como nos ataques perniciosos da malaria, a febre e com ella todos os signaes de uma infecção aguda: cephalalgia, perturbações gastro-intestinaes, estado saburral da lingua, phenomenos nervosos, etc.

A febre dura alguns dias, de dois a seis, e termina com suores abundantes.

### SYMPTOMAS LOCAES

Os symptomas locaes são muito notaveis: assiste-se o desenvolvimento de uma lymphangite diffusa intensa, com tumefacção consideravel em toda a região vulvar.

A pelle distendida, rubra, luzidia e quente, toma um aspecto que lembra o da *erysipela*.

Percorrem-na frisos vermelhos indicando o trajecto dos troncos lymphaticos que, convertidos em verdadeiros cordões mais ou menos endurecidos, se tornam muito dolorosos pelo toque.

Os ganglios augmentam rapidamente de volume e, como os lymphaticos que nelles vão desaguar, são bastante doloridos.

Discute-se ainda hoje para se saber si os *symptomas geraes* entram em scena antes ou depois dos *symptomas locaes*.

Ao nosso ver o accesso elephantiasico se inicia pelos *symptomas locaes*.

Interrogando ás doentes, ellas respondem invariavelmente que sentem antes do frio, da febre e da dôr de cabeça, coceiras, sensação de peso, dôres nos ganglios inguinaes, etc.

O seguinte caso vem confirmar o nosso modo de pensar.

P. M. D., de 32 annos de idade, brasileira, mestiça, entrou para a Santa Casa em 11 de Agosto de 1913, queixando-se de um tumor na vulva.

FUNCÇÕES SEXUAES.—As épocas catameniaes da nossa doente eram regulares e os catamenios nem muito abundantes, nem muito escassos; duravam em geral de 3 a 4 dias.

Achava-se menstruada na occasião que a observamos.

Não se lembrava em que idade foi regrada pela primeira vez, recordava-se, entretanto, que o primeiro catamenio foi abundante e durou 7 dias.

É accommettida de tempos em tempos por crises dolorosas na vulva; a dôr irradia-se para as virilhas, as regiões lombares e o baixo ventre.

A crise coincide quasi sempre com a época das regras. Accusava um corrimento leitoso que vinha de longa data.

Relatou como accidente do primeiro coito uma pequena hemorragia seguida de uma inflammacção vulvar que durou cerca de uma semana.

Informou que o homem com o qual teve as primeiras relações sexuaes soffria de *erysipela* nos escrotos. Multipara, tem um filho com 17 annos cujo pae é o individuo que a deflorou. Na vida mundana contrahiu 3 bubões, dos quaes 2 suppuraram.

Vivendo ultimamente amigada, teve 3 abortos, sendo um de tres mezes, outro de quatro e outro de cinco.

FUNCÇÕES GERAES.—Urina com difficuldade e disse que, ha 2 annos, as perturbações da micção chegaram a tal ponto que para esvasiar a bexiga era necessario recorrer a sondas.

Tem crises de pranto e soffre de ataques nervosos. Gosa de bom appetite, não soffre palpitações nem perturbações na funcção respiratoria.

É atacada de tempos em tempos de crises de *erysipela* na vulva; por essas occasiões tem febre, frio e cephalalgia.

ANTECEDENTES PESSOAES.—Teve rheumatismo articular, impaludismo, syphilis e blenorragia.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Paes vivos e sadios. Tem um irmão e duas irmãs gosando boa saúde.

EVOLUÇÃO DA MOLESTIA ACTUAL.—A molestia actual, disse-nos a doente, data do dia do seu defloramento. Na manhã seguinte á noite sensual, affirma a enferma que já sentia a vulva dolorida. Pela tarde, observou que a mesma se achava rubra e quente; as dôres se accentuavam e os ganglios inguinaes se ingurgitavam. No segundo dia ella foi surpreendida por uma febre alta á qual tinha precedido um frio intenso. A vulva apresentava-se edematizada e o pequeno labio direito tinha adquirido um volume notavel. Dessa época para cá, quasi todos os mezes por occasião de ser regrada, a nossa doente é atacada por esses accessos de *erysipela* que parecem ter sido pegados pelo amante.

EXAME OBJECTIVO.—Constituição debil, tecido cellular gorduroso bastante reduzido. Temperamento lymphatico e aspecto regular. As paredes abdominaes eram flaccidas e cheias de cicatrizes. Na vulva, os grandes labios, o pequeno labio esquerdo, e o clitoris eram normaes; o pequeno labio direito, porém, era séde de um tumor elephantiasico com o volume mais ou menos de uma laranja. No rebordo anal havia uma gomma syphilitica em suppuração.

O diagnostico feito pelos Drs. ADEODATO e BRAZ DO AMARAL foi de—*Elephantiasis das nymphas* e a lesão do anus de *gomma syphilitica*.

Foi instituído o tratamento mercurial, a lesão syphilitica cicatrizou, mas a *Elephantiasis* não retrocedeu.

Geralmente o primeiro acesso *elephantiasico* passa sem deixar traços e a doente se julga curada.

Ao cabo de algum tempo, porém, um mez ou mais, a paciente é attingida por uma nova crise em tudo semelhante á primeira, e, dissipados os phenomenos geraes e acalmados os symptomas locaes, a tumefacção diminue, mas o orgão affectado não retorna ao seu volume normal.

Com o decorrer do tempo, novas crises sobrevêm, mais ou menos intensas, no curso das quaes a inchação se accentúa e passa para o estado chronico:—É o periodo da *Elephantiasis* confirmada.

Este segundo periodo não é bem característico senão no fim de um tempo mais ou menos longo.

Assim constituída, relativamente pouco volumosa, a *Elephantiasis* augmenta sem cessar até attingir proporções gigantescas. Rarissimas vezes ella fica estacionaria.

Não é só durante os accessos que a molestia progride; mesmo nos intervallos o tumor se organiza.

Na fórma apyretica, que é a mais commum, a evolução se opera de um modo surdo, sem accessos agudos, sem febre, e quasi sem phenomenos locaes.

O seu começo passa quasi sempre desaperecebido pelas doentes, que só muito tarde notam o augmento de volume da parte affectada, como se verifica na observação que damos abaixo.

L. M. da M., natural deste Estado, de 29 annos de idade, parda, casada, lavadeira, engommadeira e cozinheira, residente em Valença—deu entrada no serviço clinico do professor BRAZ DO AMARAL na enfermaria de Santa Martha, em 28 de Junho de 1910, queixando-se de um tumor na vulva e de difficuldade na defecação.

FUNCÇÕES SEXUAES.—Disse ter pela primeira vez menstruado aos 11 annos, que os catamenios são regulares e que duram em media 3 dias.

Não accusava dôres nem corrimentos. Nada adiantou sobre os accidentes do primeiro coito, sensação na copula e sobre a saude do marido.

Teve dous partos e um aborto de cinco mezes.

FUNCÇÕES GERAES.—Não obstante o tumor vulvar, disse-nos a doente que urinava sem difficuldade e em abundancia.

A urina era amarellada, fluida e um pouco turva. Nossa doente tinha bom appetite e faceis digestões, e de nada se queixava quanto ás funcções respiratoria e circulatoria e quanto ao seu estado geral.

ANTECEDENTES PESSOAES.—Soffreu durante muito tempo dos olhos, tendo perdido o olho esquerdo. Não se lembrava mais de molestia alguma.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS.—Não tem pae nem mãe, disse ignorar a causa da morte do pae, a mãe succumbiu victimada pela syphilis.

EVOLUÇÃO DA MOLESTIA ACTUAL.—A enferma não sabia informar quando nem como começou a molestia. Contou que, ha mezes, sentiu que as partes sexuaes lhe incommodavam e notou que o volume das mesmas, que já não era normal, ia augmentando de dia para dia até que attingiu ás proporções actuaes, obrigando-a a se recolher ao Hospital.

EXAME OBJECTIVO.—De constituição fraca e temperamento lymphatico, a nossa doente tinha o tecido cellulo-adiposo e o systema museular muito reduzidos. Não apresentava edemas nem collecções liquidas que nos chamassem a attenção.

Attendendo ao que se queixava a enferma, nossas vistas foram voltadas para os seus orgãos genitales externos e o recto.

Em toda a vulva, no perineo e no anus, havia um edema elephantiasico notavel, que nos grandes labios tomava proporções enormes. O recto era séde de um estreitamento. A doente foi considerada cirurgicamente incuravel.

Ás vezes, porém, a molestia se annuncia por dôres vagas na vulva e ingurgitamento ganglionario.

Seja qual fôr a fórma por que evolúa, na *Elephantiasis* bem definida, o edema torna-se duro, pouco depressivel pela pressão digital, e a depressão formada desfaz-se rapidamente.

Adquirindo um volume enorme, o tumor defôrma por completo o orgão em que se acha assestado.

Graças ao seu peso exaggerado, elle distende os tecidos vizinhos, difficulta a marcha e a micção e, pelo attrito que se produz forçosamente entre as partes em contacto, occasiona o desenvolvimento de ulcerações superficiaes.

A pelle offerece aspectos variados correspondentes a lesões anatomicas interessando seus diferentes elementos.

Segundo esses aspectos, descrevem-se diversas fórmas de *Elephantiasis*.

Ora ella não apresenta nenhuma saliencia e conserva a sua côr natural; os pellos modificam-se, tornam-se quebradiços e cahem

quasi todos; as papillas e as glandulas se atrophiam, (*Elephantiasis glabra de Virchow*).

Ora ella muda de côr, passa para o vermelho, pardo ou negro, (*Elephantiasis rubra fusca, nigricans*).

Frequentemente ella apresenta villosidades muito desenvolvidas e hypertrophias epidermicas, ás vezes verdadeiros botões carnosos com um volume mais ou menos consideravel, (*Elephantiasis verrucosa, Elephantiasis tuberosa*).

Em certos casos, existem entre as villosidades e saliencias papillomatosas, sulcos profundos e fendas, que podem attingir ás dilatações lymphaticas e determinar o escoamento mais ou menos abundante de um liquido seroso (*Elephantiasis serpentina*).

LABADIE, LAGREVE e LEGUEU dizem ter observado a transformação do tumor elephantiasico em epithelioma.

Segundo a maioria dos auctores, a ausencia do fluxo menstrual é um symptoma constante nos casos de *Elephantiasis da vulva*.

Nas observações que temos feito, longe de encontrar este symptoma, sempre verificamos phenomenos menorragicos.

Ao nosso ver, a amenorrhéa que acompanha em alguns casos a molestia não se acha ligada á existencia do tumor e sim ás perturbações da saúde geral originarias de affecções coexistentes (tuberculose, syphilis, impaludismo, diabete, mal de Bright, etc.).

## DIAGNOSTICO

O diagnostico da *Elephantiasis da vulva* é relativamente facil, quando a molestia se acha bastante adiantada e o tumor tem adquirido um volume colossal.

No começo, porém, elle apresenta alguma difficuldade; pensamos mesmo que grande numero de casos encontrados nos registros clinicos com o diagnostico de *Elephantiasis vulvar* não são mais que *pseudo—Elephantiasis* ou lesões outras com a apparencia de *Elephantiasis*.

O diagnostico deve ser feito:

*Com o edema da vulva de origem syphilitica.* Não raro, depois de uma lymphangite cancerosa syphilitica, observa-se um edema escleroso de um ou de ambos os grandes labios, de uma ou de ambas as nymphas, ou do clitoris. Distingue-se sem grande difficuldade esse edema da *Elephantiasis* por ser mais diffuso, pelos indícios da existencia do cancro e, principalmente, por ser a lesão susceptivel de regressar pelo tratamento especifico da syphilis.

*Com a esthiomene.* O aspecto das lesões iniciaes desta enfermidade, apresentando sempre ulcerações onde, ás vezes, se distinguem granulações amarelladas ou cinzentas, analogas ás que descreveu TRÉLAT nas ulcerações tuberculosas da lingua e do pharynge e, ainda mais, o facto dessas ulcerações cicatrizarem de um lado e se estenderem de outro, differenciam sufficientemente a *esthiomene* da *Elephantiasis*.

Póde-se ainda recorrer á ablação de pequenos fragmentos, nos quaes se farão córtes para pesquisar o bacillo de KOCH.

*Com as vegetações papillares,* que têm séde exclusivamente cutanea e são produções individuaes mais ou menos grupadas.

Além disso, sua localização no vestibulo da vulva, na furecula, no capuz do clitoris e na região perineal até ás margens do anus, é excepcional nos casos de *Elephantiasis*.

Com os *fibromas e myxomas pediculados*, que são tumores bem limitados, circunscriptos, onde a pelle não se apresenta infiltrada, como na *Elephantiasis*.

## PROGNOSTICO

A *Elephantiasis da vulva* não é uma affecção *a priori* de prognostico *quoad vitam* desesperador.

Não deixa, entretanto, de ser uma enfermidade que reclama grandes cuidados, devido ás complicações.

Uma das complicações mais perigosas e mais graves é a transformação do tumor elephantiasico em epithelioma, tumor maligno com tendencia a crescer sem cessar e que, invadindo a massa morbida, propaga-se pouco a pouco para os tecidos vizinhos, desorganizando toda a região e transformando a vulva, a vagina e o perineu em uma vasta caverna fetida de paredes duras.

Quanto ao prognostico *quoad functionem*, as perturbações funcionaes, insignificantes nos casos recentes, tornam-se notaveis quando o tumor tem adquirido proporções gigantes.

São as funções urinaria e genital as que mais se perturbam.

A micção torna-se difficil e é fonte de infecções.

A urina banhando os órgãos hypertrophiados irrita-os e determina ulcerações que são portas abertas ás infecções secundarias (phlegmão, phlebites, gangrenas, etc.), dependendo desse modo o prognostico mais das affecções intercorrentes do que mesmo da *Elephantiasis*.

O coito torna-se tambem impraticavel, mas não é de todo impossivel, como podemos ver na observação que damos a seguir, em que, não obstante o volume consideravel do tumor vulvar (figs. 1 e 2), a enferma se achava grávida.

M. C. S., com 21 annos de idade, parda, solteira, natural do Estado da Bahia e residente na Cidade de Remanso, entrou para o serviço da clinica cirurgica do Dr. BRAZ DO AMARAL em 27 de Julho de 1910, indo occupar o leito n. 29 da Enfermaria de Santa Martha.

**INTERROGATORIO. DE QUE SE QUEIXAVA A DOENTE.**—Contou-nos que se recolhera para o Hospital porque, soffrendo de uma molestia na vulva, que vinha de longa data, esta affecção se agravara de um modo espantoso de cinco mezes para cá, passando a incommodal-a horrivelmente, dificultando a marcha e obrigando-a a uma vida sedentaria e triste, que era incompativel com o seu modo de subsistencia. Disse-nos ainda que, para cumulo de seu infortunio, lhe parecia que se achava grávida e tinha incontinencia de urina.

**FUNÇÕES SEXUAES. Regras.**—Havia seis mezes que tinha deixado de regnar, antes, porém, os catamenios eram abundantes e regulares; duravam de 2 a 3 dias. Foi menstruada pela primeira vez ainda bem creança, não se recordando precisamente com que idade. Até então, não obstante sua vida dada aos prazeres mundanos, nunca sentira nada para o lado do apparelho genital, salvo, muito raramente, uns accessos de erysipela na vulva, que vinham acompanhados de «arrepios de frio, febre, suores e dôr de cabeça».

Com o agravamento da molestia, porém, appareceram dôres intensas que se irradiam para o baixo ventre e os lombos. Não apresentava *corrimento* e nada relatou com relação a *molestias conjugaes*. Era nullipara.

**FUNÇÕES GERAES.**—*Funcção urinaria.*—Havia 7 mezes que tinha incontinencia de urina (portanto, antes da suspensão do fluxo menstrual) a urina era turva, fluida e decompunha-se facilmente. *Funcção psychonervosa.*—Queixava-se de cephalalgia e insomnia; não tinha movimentos involuntarios. *Funcção digestiva.*—nada de anormal. *Funcção circulatoria.*—não tinha palpitações, calor no rosto nem vertigens. *Funcção respiratoria.*—não tossia, não expectorava nem tinha dyspnéa. *Estado-geral:*—A saúde apparente era boa.

**ANTECEDENTES PESSOAS.**—Teve impaludismo, sarampo e catapóra (*varicella*). Disse ter tido quando ainda donzella um *bubão de pus*, segundo diagnosticou o medico da localidade.

**ANTECEDENTES DE FAMILIA.**—Pae já morto em consequencia de um pleuriz. A mãe gosava boa saúde. Tinha tres irmãos vivos e seis fallecidos. Dos vivos, um era sadio e dos outros ignorava o paradeiro. Dos seis mortos não sabia informar a que doença succumbiram.

**EVOLUÇÃO DA MOLESTIA ACTUAL.**—Começou por uma cocceira na vulva, depois, inflammation de tempo em tempo e por fim, augmento de volume e de peso das partes.

**EXAME OBJECTIVO.**—**INSPECÇÃO GERAL.**—*Temperamento* lymphatico. *Constituição* fraca. *Facies* symetrica, de côr pallida, volume normal e expressão ora triste, ora alegre. *Attitude.*—conservava-se em decubito dorsal por causa do peso e da dôr que lhe causavam as partes hypertrophiadas.

**MAMMAS.**—Eram volumosas, duras, cheias e davam pela expressão um liquido opalino e lactescente (*coloastro*); apresentavam pigmentação da areola e saliencia dos tuberculos de MONTGOMERY. Via-se distinctamente a areola gravidica.

**ABDOMEN.**—Era de volume apparente e consideravel, sentia-se ao nivel do umbigo, pela apalpação, movimentos fetaes. Pela auscultação percebia-se abaixo da região umbilical o bater precipitado do coração do feto, que fazia 145 pulsações por minuto.

**VULVA E PERINEU.**—Os grandes labios, as nymphas, o clitoris e o capuz eram séde de uma hypertrophia elephantiasica notavel, como podemos verificar nas figuras 1 e 2 que são photographias da observada. Duras e lobuladas, as partes sexuaes eram pouco depressiveis pela pressão digital e apresentavam uma coloração arroxeada. O todo era séde de lymphorrhagias.

**VAGINA, UTERO E ANNEXAS.**—Não foi possivel estender o nosso exame a estes orgãos devido á gravidez e ás hypertrophias falladas.

Todos os demais orgãos e apparelhos se achavam em perfeito estado, com excepção do apparelho urinario que era séde de incontinencia.

## EXAME DE URINA

O exame da urina, feito em 5 de Agosto, pelo interno EURICO AMARAL, deu o seguinte resultado:

## EXAME PHYSICO

Volume examinado . . . . .	200 c. c.
Côr . . . . .	amarella pallida
Aspecto . . . . .	turvo
Consistencia . . . . .	fluida
Cheiro . . . . .	<i>sui generis</i>
Superficie . . . . .	escura
Transparencia . . . . .	incompleta
Deposito . . . . .	abundante
Densidade . . . . .	1,010

## EXAME CHIMICO

## ELEMENTOS NORMAES

Reacção chimica . . . . .	alcalina
Materiaes solidos . . . . .	4 grammas e 66 centigrammas nos 200 c. c.
Uréa. . . . .	13 grammas por litro
Acido urico. . . . .	0,65 centigrammas por litro
Phosphatos alcalinos . . . . .	1 gramma e 50 centigrammas por litro
Phosphatos terrosos. . . . .	0,75 centigrammas por litro
Chloruretos . . . . .	7 grammas por litro.

## ELEMENTOS ANORMAES

Não havia glycose. Albumina existia em abundancia, porém não foi dosada porque se achava quebrado o aparelho do laboratorio.

## EXAME MICROSCOPICO

Cellulas endotheliaes da bexiga, alguns leucocytos e crystaes de acido urico.

## EXAME DO SANGUE

O exame do sangue feito pelo mesmo interno, que mandou colher durante a noite, revelou a existencia de microfilarias nocturnas vivas. (?)

DIAGNOSTICO. — Pela leitura dos dados precedentes chega-se á conclusão de se tratar de uma mulher com *Elephantiasis da vulva* que, pelos symptomas apresentados (abdomen volumoso, suspensão das regras, pigmentação dos mamillos dos seios, areola gravidica, secreção de colostro, urina albuminosa e ainda mais pela pulsação do coração do fêto e movimentos fetaes observados) se achava em um estado physiologico importante — a prenhez.

## PROPHYLAXIA

Na prophylaxia anti-elephantiasica, seja qual fôr a theoria etiologica, que se adopte, ha um certo numero de dados adquiridos pela observação, que se devem ter em conta.

Sabido, como é, que a molestia evolue por accessos que deixam o tumor cada vez mais volumoso, uma preocupação primeira consistirá em procurar, por todos os meios possiveis, evitar as causas dos mesmos.

Quer se adopte a theoria de MANSON, que considera a inflamação como necessaria para o desenvolvimento do morbus, quer se adopte as theorias de SABOURAUD, de LE DANTEC, ou de DUFOUJERÉ, quer se veja na *Elephantiasis* o resultado de accessos de lymphangite, repetidos, causados por um germen qualquer capaz de irritar as paredes dos lymphaticos, devem-se evitar os traumatismos, as contusões, as excoriações, os parasitas cutaneos que preferem as partes sexuaes, (*phthirius pubis*) em fim, tudo quanto possa produzir soluções de continuidade.

Devem-se evitar tambem as fadigas, os resfriamentos e os excessos venereos, que, enfraquecendo a resistencia organica, levam os microbios que possam existir na intimidade dos tecidos da vulva, com a sua virulencia attenuada e em parasitismo inoffensivo, a triumphar da acção protectora dos phagocytos e produzir lymphangites que, pelas recidivas, darão logar a *Elephantiasis*.

A falta de asseio, determinando irritações, e o habito que têm certas mulheres de raspar os pellos da região do penil são perigosos devido ás erosões que se podem produzir.

Um outro cuidado consistirá em evitar o mais possivel os ataques das filarias, visto que, indubitavelmente, ellas podem influir

no desenvolvimento do estado morbido de que nos occupamos, embóra não acreditemos que ellas sejam necessarias para sua producção.

Para isto seria prudente fazer-se uso de mosquiteiros, que são um dos meios preciosos que se dispõem na prophylaxia da filariose.

## TRATAMENTO

Antigamente, sendo multiplas as causas aventadas como productoras da *Elephantiasis*, eram innumeras as indicações therapeuticas propostas para combater tão incommodo mal.

Uns, ligando esta enfermidade ao systema lymphatico, aconselhavam as puncturas, os cauterios, os sudorificos; outros, attribuindo-a ás inflammações repetidas, preconizavam as sangrias; outros, julgando-a de origem syphilitica, empregavam os mercuriaes, os iodicos, os arsenicaes; outros, ainda considerando-a identico ao impaludismo, administravam o quinino e seus saes.

Tudo isto resultava da falta de conhecimento preciso que se tinha outr'ora das formulas etiologica e pathogenica da affecção. Cumpre notar que ainda hoje não existe um tratamento verdadeiramente curador, visto a causa ou as causas da molestia não se acharem ainda perfeitamente estabelecidas.

No momento actual dos nossos conhecimentos, dizem CLARAC, LEBŒUF e RIGOLLET, a *Elephantiasis* só pôde ser combatida com efficacia, por meio de medidas preventivas. Uma vez, porém, confirmada a molestia, não podemos oppôr senão uma therapeutica palliativa, seja medica, seja operatoria.

Donde concluímos que o aphorismo de HOULLER, emittido em 1571,—*confirmata Elephantiasis non curantur*—é verdadeiro ainda hoje.

E, si fôr tambem verdadeira a theoria pathogenica de PATRICK e MANSON, devemos desde já perder as esperanças de para o futuro encontrarmos um tratamento curador, pois toda medicação que vá molestar ou matar as filarias, em vez de fazer regressar as lesões, facilitará sua progressão.

## TRATAMENTO PREVENTIVO

Já tratamos no estudo da prophylaxia, das medidas preventivas, faltando apenas dizer como devemos agir em presença dum accesso elephantiasico.

Em face dum accesso de *Elephantiasis*, o tratamento palliativo das inflammações locais se impõe.

O repouso, as pulverizações antisepticas, as compressas bichloruradas frias ou quentes, as fricções mercuriaes sobre os ganglios ingurgitados, enfim um tratamento analogo ao da erysipela, tal é o caminho a seguir no curso dum accesso.

O que não se deve é intervir, porque não só seria inutil como mesmo prejudicial. Inutil, porque não previne nem as recidivas, nem o desenvolvimento ulterior da hypersarcose; prejudicial, porque as cicatrizes cheloides resultantes da passagem do bisturi ou do thermocauterio, augmentariam a hypertrophia chronica elephantiasica. (FORGUES e RECLUS).

Como tratamento interno, emprega-se o sulfato de quinino cuja efficacia é comparavel a que se observa nos casos de septicemia puerperal. Para evitar as complicações é prudente fazer-se a antisepticia intestinal.

Um bom meio para isto é o emprego de um purgante seguido do regimen lacteo.

Si os accessos têm já determinado um certo estado elephantiasico, devem-se obedecer com rigor as medidas supra descriptas e praticar uma compressão methodica moderada.

Ainda como tratamento preventivo, é necessario cuidar do estado geral da doente, submettendo-a a uma medicação tonica e reconstituente e combatendo, pelos meios apropriados, a syphilis, o impaludismo, a escrofula e a tuberculose si existem.

## TRATAMENTO DA ELEPHANTIASIS

DEFINITIVAMENTE CONSTITUIDA

MEIOS MEDICAMENTOSOS. — São varias as substancias medicamentosas que se empregam actualmente para combater a *Elephantiasis* confirmada.

Quasi todas essas substancias são de efficacia duvidosa.

O iodo e os ioduretos, com que TRIBONDEAU diz ter obtido melhoraes consideraveis em suas doentes, não parecem ter acção sobre a molestia ella mesma, como não têm o quinino e os arsenicaes; entretanto, o emprego destas substancias deve ser aconselhado toda vez que, ao lado da *Elephantiasis*, haja uma affecção que as reclame (impaludismo, cachexia palustre, escrofula, syphilis, etc.).

Coexistindo quasi sempre a syphilis com a *Elephantiasis*, a acção favoravel dos mercuriaes commumente observada em um grande numero de casos de *Elephantiasis*, é devida ao melhoramento do estado geral da doente pela medicação especifica da affecção concomitante.

A observação seguinte de DOUGLAS — FINLAY vem confirmar o que acima dissemos.

Trata-se de uma mulher de 22 annos que se queixava de dôres na vulva e micções frequentes.

Havia tido algum tempo antes syphilis pustulosa, leucorrhéa, um edema nos grandes labios e um abcesso no seio direito.

O grande labio esquerdo apresentava, quando a doente foi examinada pelo alludido auctor, uma inflammação consideravel, que datava de varios mezes; o grande labio direito se achava menos tumefeito.

A superficie da inflammação era rugosa, verrucosa e munida de ulcerações superficiaes. Existiam ganglios ingurgitados nas virilhas, nas axillas, nas regiões sub-claviculares e occipitales.

Foi administrado o tratamento mercurial e ioduretado; a saúde geral da doente melhorou de um modo consideravel, mas a tumefacção do grande labio esquerdo não se modificou.

Fez-se a ablação do tumor, a enferma restabeleceu-se em pouco tempo.

O tumor extrahido era composto de tecido fibroso muito vascularizado.

O que acabamos de dizer relativamente aos mercuriaes se estende á acção benefica que se tem obtido aqui na Bahia com o emprego do salvasan (606).

DUBRUEL, convencido da origem estreptococcica da *Elephantiasis*, e, baseando-se na efficacia do perchlorureto de ferro em outras molestias causadas pelo estreptococco, a infecção puerperal por

exemplo, tem preconizado este medicamento em suas doentes e collido excellentes resultados.

Nos casos de lymphangite aguda, diz elle, a medicação diminua a frequencia e a gravidade dos accessos e, si se continúa o tratamento os accessos não se reproduzirão mais.

Na *Elephantiasis* confirmada o medicamento faz retroceder a hypertrophia desde quando ainda se produzam lymphangites; quando, porém, os tecidos estiverem completamente esclerosados, a acção do perchlorureto de ferro é nulla.

O tratamento serotherapico pelo serum de MARMORECK, que podia ter uma acção especifica mesmo na hypothese de ser a *Elephantiasis* produzida pela associação das filarias com o estreptococco ou mesmo do estreptococco com o dermococco, não pôde ser praticado de um modo continuo devido ao estado anaphylactico que crearia nas doentes.

MEIOS PHYSICOS. — Um poderoso agente, que parece prestar relevantes serviços no tratamento de tão resistente morbus, é a electricidade.

A efficacia deste agente physico foi de ha muito assignalada por HENDY que, segundo affirma ALARD, teve dois casos de cura. Por muito tempo olvidada, foi a electricidade recorrida de novo em 1877 pelos Drs. BEARD e ROCKWELL, dos Estados Unidos, e erigida mais tarde em methodo therapeutico contra a *Elephantiasis* pelos Drs. SILVA ARAUJO e MONCORVO.

Estes scientistas, eminentes medicos brasileiros, empregavam a electricidade sob suas diversas fórmulas. Segundo elles, as correntes continuas determinam o amollecimento dos tecidos duros e esclerosados e as correntes intermitentes provocam a sua absorpção.

Quando a *Elephantiasis* é recente, consegue-se demover o mal simplesmente por meio das correntes faradicas; quando, porém, se tratam de casos adiantados, é necessario associar as correntes galvanicas. Nos casos rebeldes, em que ha nucleos fibrosos, pôde-se recorrer á electrolyse.

Segundo MARQUES, a electricidade não tem a acção que lhe attribuem MONCORVO e SILVA ARAUJO.

Si a hypertrophia elephantiasica é reduzida em certos casos, é porque se dá a evacuação das lacunas lymphaticas abertas pela penetração dos electrodos. As partes duras e esclerosadas, não contendo collecções lymphaticas, não soffrem nenhuma regressão.

Outros meios physicos muito empregados são: a compressão e a massagem.

MEIOS OPERATORIOS. — Antes de abordarmos o estudo das operações que se podem praticar para combater a *Elephantiasis da vulva*, convem que digamos alguma cousa relativamente ás indicações e contra-indicações.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES. — Quando tratamos do prognostico vimos que a *Elephantiasis* não é uma affecção grave. O tumor elephantiasico não se generaliza nem causa accidentes importantes senão em condições muito especiaes.

Portanto, sua existencia, como a dos fibro-myomas, não constitue por si só uma obrigação operatoria, uma indicação causal. Demais, embóra não haja casos de cura espontanea, elles commummente se modificam e regressam ou pelo menos ficam estacionarios com o tratamento medico.

Em outros casos, porém, pela sua marcha, pela sua evolução e pelos accidentes que determinam, o tumor elephantiasico, que é clinicamente benigno, apresenta-se com um prognostico extremamente grave. É nesses casos que a indicação operatoria tem logar.

Dahi tres variedades de indicações: 1.<sup>a</sup> maneiras de ser e certas particularidades da evolução do tumor; 2.<sup>a</sup> exaggeração de certos symptomas; 3.<sup>a</sup> a existencia de accidentes e complicações.

*Maneiras de ser e particularidades da evolução do tumor.* — O volume monstruoso que adquirem certos tumores que, em alguns casos chegam a tocar no chão, é um motivo sufficiente para que se intervenha. O crescimento rapido e continuo do tecido morbido, depauperando o organismo da doente, constitue tambem uma indicação operatoria, principalmente si a enferma se acha grávida, porque não só o bloco de tecido neoformado iria obstar a realização do parto, como as lymphangites repetidas seriam fontes de infecções.

*Exaggeração de certos symptomas.*—Os accessos de lymphangites repetidas acompanhados de perturbações geraes, que abatem de um modo extraordinario a mulher, justificam plenamente a intervenção, sobretudo, se esses accessos não cedem com o tratamento medico.

Quando a paciente se acha prenhe e a massa morbida é séde de accessos de lymphangite, a intervenção deve ser urgente. Ella não pôde ser adiada nem mesmo quando o tumor tem um volume reduzido, porque os estreptococcus sendo frequentemente os causadores desses accessos de lymphangite e achando-se installados nas proximidades de uma região consideravelmente traumatizada e ferida, como é o utero *post-partum*, cujas bocças lymphaticas e sanguineas se acham abertas, determinariam forçosamente uma infecção que podia ter por epilogo uma scepticemia mortal.

As dôres intensas e continuas sobre o baixo-ventre, as regiões lombares, os ganglios e sobre as partes hypertrophiadas, dificultando a marcha, podem tambem constituir uma indicação operatoria.

*Accidentes e complicações.*—Entre as complicações, distinguimos as que podem ser causadas pela presença do tumor e as que podem sobrevir accidentalmente no proprio tecido morbido. Entre as primeiras, as que mais reclamam as intervenções são: a incontinenca de urina, causada pelo repuxamento do tumor vulvar; a invasão do processo elephantiasico na vagina, si a doente se acha gravida; as compressões nervosas determinando nevralgias e nevrites, etc. Entre as complicações que surgem no tecido elephantiasico, citamos a gangrena e as transformações do tumor elephantiasico em epithelioma, que constituem indicações de intervenção operatoria urgente.

As intervenções são contra-indicadas nos casos em que o tumor tem um volume muito reduzido e se acha estacionario ou evolue lentamente e não existem complicações.

São ainda contra-indicadas quando a doente é de idade avançada e se acha em estado de enfraquecimento excessivo, ou si é moça e se encontra abatida pelo peso de molestias graves

(syphilis, tuberculose, impaludismo, diabetes, mal de Bright, etc.) que lhe têm roubado a força e a vida.

INTERVENÇÕES OPERATORIAS.—Deixando de margem certos methodos therapeuticos cirurgicos inspirados em doutrinas pathogeneticas erroneas, que de ha muito se acham abandonados, passemos a falar das intervenções que actualmente se praticam.

TRIBONDEAU, LE MOINE e LE DANTEC, baseados na hypothese de constituirem os ganglios um refugio para os germens após os ataques de lymphangite, donde esperam momento opportuno para novas incursões, têm praticado a extirpação dos ganglios hypertrophiados e annunciam terem obtido resultados satisfactorios.

W. SAMPSON HANDLEY pensa que a destruição dos ganglios não é indispensavel e acha que a *Elephantiasis* retrocede fazendo-se restabelecer a circulação lymphatica, o que diz ter conseguido por meio de fios de sêda passados no tecido subcutaneo.

Como tratamento radical, isto é, que suprime o tumor, embóra não cure a molestia, que pôde voltar ao cabo de algum tempo, praticam-se a nymphectomy (ADEODATO) ou a episiectomia, (*vulvectomia*) segundo a lesão limita-se aos pequenos labios ou abrange toda a vulva.

Essas operações não offerecem nenhuma difficuldade, salvo no que diz respeito á hemostase, que é um tanto trabalhosa devido ás modificações que se operam nos vasos com o processo elephantiasico.

A hemostase preventiva pôde ser recorrida em certos casos; realiza-se pelo methodo da ligadura elastica abdominal de MOMBURGO.

Esse methodo consiste em passar duas ou tres voltas de um tubo de borracha no abdomen da paciente, entre a crista iliaca e as falsas costellas, depois de se ter feito previamente a anemia do tumor e dos membros pelvianos.

Esse tubo deprimindo as paredes do ventre, comprime a aorta abdominal e interrompe a corrente sanguinea, o que se reconhece pelo desaparecimento do pulso femural.

Quer seja feita a hemostase preventiva ou não, a operação deve ser realizada lentamente e com prudencia para evitar os accidentes possiveis (hemorrhagias, etc.).

É desnecessario dizer que se deve observar estrictamente os methodos asepticos, porque as infecções sobrevêm com frequencia e quasi sempre são fataes.

Posta a doente na posição obstetrica, a chloroformização será iniciada desde que se achem promptos todos os preliminares operatorios.

Quando o tumor é muito volumoso, logo que a doente adormeça, deve ser transfixado com uma haste metallica e suspenso por meio de uma polia, que facilitará o manejo no acto da intervenção.

O operador, collocando-se entre as pernas da doente, começará a intervenção circumscrevendo em torno do pediculo do tumor dois retalhos semilunares verticaes, com a convexidade para a frente; o retalho interno, formado pela mucosa, que é sempre muito menos alterada do que a pelle, deve ser maior.

A chloroformização será suspensa desde que os tempos dolorosos da intervenção tenham sido executados, porque a operação exige sempre muito tempo e é de toda conveniencia não comprometter a vitalidade da enferma.

Essas operações frequentemente occasionam accidentes mortaes.

Nas mãos do eminente mestre Dr. ADEODATO, ellas têm sido sempre corôadas de exito.

O mesmo não podemos dizer de outros illustres e afamados cirurgiões, W. DUFF BULLARD, dos Estados Unidos, por exemplo, nem sempre tem sido tão feliz nos casos que tem operado.

A observação que segue pertence ao serviço clinico do professor ADEODATO.

M. V. L., com 27 annos de idade, viuva, morena, natural deste Estado e de profissão domestica, foi admittida no serviço da Clinica Gynecologica nos principios de Junho de 1912.

INTERROGATORIO.—DE QUE SE QUEIXAVA A DOENTE. Dôres no ventre, a vulva muito inflammada, dorida e incommodando a marcha. Sentia tambem ardor na vulva.

FUNCÇÕES SEXUAES.—*Regras*.—Eram regulares escassas, descoradas e duravam 2 dias; as ultimas appareceram no dia 8. Foi menstruada aos 11 annos, catamenios abundantes, durando 8 dias. *Dôres*—independentes das regras, simplesmente na vulva, devida á inflammação supra-mencionada. *Corrimento*,—purulento, pouco abundante, tendo apparecido depois da inflammação vulvar. Suspeitas de corrimento purulento interior. *Molestias conjugaes*,—muitas dôres ao primeiro coito e pequena hemorrhagia. *Partos e abortos*,—teve um parto ha 13 annos seguido de puerperio physiologico. A creança falleceu com um anno e oito mezes com accidentes convulsivos (meningite aguda?).

FUNCÇÕES GERAES: *Funcção urinaria*.—Ardor quando urinava. *Funcção psycho-nervosa*,—nevralgia facial, ligeiras dôres de cabeça, nervosismo, insomnia, perturbações mentaes, amnesia e ideias tristes. *Funcção digestiva*,—nada a mencionar. *Funcção circulatoria*,—palpitação e sensação de calor no rosto. *Funcção respiratoria*,—não tossia nem tinha dyspnéa. *Estado geral*,—não tinha febre.

ANTECEDENTES PESSOAES.—Catapóra (*varicella*) rheumatismo e manchas pelo corpo.

ANTECEDENTES DE FAMILIA.—Não tinha pae nem mãe, ignorava a causa mortis de ambos.

EVOLUÇÃO DA MOLESTIA ACTUAL.—A molestia começou inchando e desinchando, até que a inchação foi augmentando sem desinchar mais. Atribuia o inicio a um *carôço* pequeno que appareceu ao lado do meato urinario, coçando bastante. Cauterizou com pedra infernal e usou uma agua que não sabe informar. Não colheu resultado com este tratamento. Ha um anno e dez mezes que a molestia começou.

EXAME OBJECTIVO.—INSPECÇÃO GERAL. *Constituição*,—bôa. *Facies*,—symetrica, de côr pallida e com manchas nas regiões malares (chromodermia). *Temperamento*,—mixto. *Attitude*,—a doente podia occupar qualquer posição no leito, preferia, entretanto, o decubito dorsal.

MAMMAS,—eram pequenas, bem conformadas, erectas pouco estriadas, de areola primitiva muito regular e de mamillos desenvolvidos.

ABDOMEN,—paredes pouco levantadas, tensas e estriadas. Cicatriz umbilical deprimida.

VULVA E PERINEU,—grandes labios elephantiasicos, o mesmo se notando nas nymphas e no clitoris. Capuz muito edemaciado. Ruptura do perineu e ulcerações do mesmo. Meato urinario desviado para dentro e ulcerado.

VAGINA,—não se conseguiu examinar convenientemente, visto que as affecções da vulva o impediam.

UTERO,—idem como na vagina.

ANNEXOS,—nada a notar.

APPARELHO CIRCULATORIO,—media do pulso, 80 pulsações.

APPARELHO NERVOSO,—media da temperatura 36,7.

Nada havia de importante nos demais aparelhos.

DIAGNOSTICO. — Elephantiasis da vulva com ulcerações.

PROGNOSTICO. — Favoravel.

TRATAMENTO EMPREGADO. — Resecção da vulva (vulvectomy).

OPERAÇÃO. — A doente foi operada no dia 15 de Junho pelo professor ADEODATO, que teve como auxiliares os Drs. MALTEZ e TAVARES e os internos da Clínica, CUSTODIO e NOVAES.

A intervenção interessou toda a vulva, sendo o retalho cutaneo suturado com a mucosa vaginal. Fez-se applicação da sonda de permanencia de PEZZER.

A operação durou mais de uma hora por causa do desenvolvimento extraordinario do systema vascular, que tornou a hemostase um tanto demorada.

No mais a operação correu sem accidentes, não tendo a doente vomitado depois de operada.

#### EVOLUÇÃO CLINICA DA MOLESTIA DEPOIS DA OPERAÇÃO

Dia 16 de Junho, a sonda funcionou bem, não tendo deixado a urina infiltrar-se no penso. Nada accusou a doente de anormal.

Dia 17, a urina infiltrou-se no penso, sendo por isso retirada a sonda de permanencia. Formou-se no lado esquerdo um hematoma que deu sahida a sangue negro e fetido seguido de pus, atravez da linha de sutura. Fizeram-se lavagens de agua iodada e applicaram-se iodoformio e tampão de gaze iodoformada, na vagina.

Dia 19, suppuração franca. Lavagens vaginaes de agua oxygenada.

Dia 20, retiraram-se todos os pontos. Drenagem.

Dia 25, fizeram-se novos pontos de *catgut* afim de reunir os labios da ferida anteriormente deixados abertos para drenar convenientemente.

Dia 30, fistula ao nivel da commissura anterior. Drenagem com gaze iodoformada e toque com tinctura de iodo.

Dia 10 de Julho, abriu-se o trajecto fistuloso. Raspagem. Applicação de iodo e gaze com pomada.

Dia 20, continuou com o tratamento precedente. A ferida ia em regresso.

Dia 30, a suppuração tinha diminuido; a ferida melhorava consideravelmente.

Dia 10 de Outubro, a paciente continuava sem novidade.

Dia 20, a ferida tinha cicatrizado. A enferma retirou-se em bom estado.

## PROPOSIÇÕES

# PROPOSIÇÕES

## CHIMICA MEDICA

I—As pararosanilinas (violeta de genciana, azul victoria, violeta de methyla, etc.) e as rosanilinas (fuchsina, azul de methyleno, etc.) são substancias tinctoriaes largamente empregadas, no estudo da medicina.

II—A combinação do iodo com as pararosanilinas é mais estavel que com as rosanilinas.

III—O alcool desdobra facilmente as iodorosanilinas e não decompõe as iodopararosanilinas. O methodo de colorações de Gram basea-se nesta propriedade das iodopararosanilinas.

## HISTORIA NATURAL MEDICA

I—Os microbios são seres infinitamente pequenos que se filiam uns ao reino animal outros ao reino vegetal.

II—Nem sempre é facil a classificação de um microbio.

III—As difficuldades ás vezes invenciveis com que se luctam na classificação de um microbio seriam sanadas com a adopção do reino intermediario dos protistas (Hœckel) ou protobios (Pizarro).

## ANATOMIA DESCRIPTIVA

I—A vulva é a parte do apparelho genital da mulher, formada pelos orgãos genitales externos.

II—Ella é constituida por orgãos pares e orgãos impares.

III—O clitoris é na mulher o homologo do penis no homem.

## HISTOLOGIA

I—No revestimento da vulva se distinguem uma parte cutanea, uma parte mucosa e uma parte cutaneo-mucosa.

II—O territorio cutaneo e o territorio mucoso da vulva confundem-se nos pequenos labios.

III—A membrana que reveste os pequenos labios, é uma membrana de transição, entre o territorio cutaneo e a porção mucosa da vulva.

## PHYSIOLOGIA

I—As glandulas de Bartholin são glandulas de secreção externa.

II—Ellas excretam no momento das relações sexuaes um liquido unctoso e claro que lubrifica as partes genitales.

III—As glandulas de Bartholin adquirem seu completo desenvolvimento na puberdade e se atrophiam com a menopausa.

## BACTERIOLOGIA

I—A coloração das bacterias não se faz por simples embebição do reagente, resulta da combinação da materia corante com o protoplasma bacteriano.

II—As bacterias dividem-se segundo suas affinidades para os corantes em facil e difficilmente coraveis.

III—As bacterias quer sejam facilmente coraveis, quer se tinjam com difficuldade, apresentam differenças individuaes que se traduzem pela maior affinidade por uma ou outra materia tinctorial.

## MATÉRIA MÉDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I—A thiosinamina é uma substancia que se obtem fazendo reagir o ammoniaco sobre a essencia de mostarda.

II—A fibrolysinina é um composto resultante da combinação da thiosinamina com o salicylato de sodio.

III—A thiosinamina e a fibrolysinina são inefficazes pela ingestão.

## CLINICA PROPEDEUTICA

I—O exame do sangue presta relevante serviço no diagnostico da filariose.

II—É de absoluta necessidade o exame do sangue para se fazer o diagnostico da filariose latente.

III—Para a pesquisa da microfilaria nocturna se deve colher o sangue durante a noite.

## CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I—A syphilis não é a causa da *Elephantiasis*.

II—A syphilis, sobretudo no periodo terciario, favorece consideravelmente o desenvolvimento da *Elephantiasis*.

III—A maioria das mulheres affectadas de *Elephantiasis* são syphiliticas.

## ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I—As alterações vasculares da *Elephantiasis* produzem-se, sobretudo, nos capillares e nos canaes de pequeno calibre.

II—São os capillares lymphaticos os que primeiro se alteram.

III—Seguem por ordem de frequencia e gravidade os pequenos vasos lymphaticos, os capillares sanguineos, as venulas e as arteriolas.

## PATHOLOGIA CIRURGICA

I—Dá-se o nome de gangrena á mortificação local dos tecidos seguida de putrefacção.

II—Ha duas especies de gangrena: a gangrena secca e a gangrena humida.

III—A gangrena é uma das complicações graves da *Elephantiasis*.

## PATHOLOGIA MEDICA

I—A diabetes assucarada é uma perturbação da nutrição caracterizada por um accumulo de assucar no sangue e eliminação do mesmo pela urina, cuja quantidade augmenta consideravelmente.

II—A quantidade de urina emittida por um diabetico em 24 horas varia de tres a quatro litros nos casos ligeiros e de doze a vinte nos casos muito graves.

III—A irritação causada pela urina pôde determinar nos órgãos genitales externos da mulher diabetica um prurido extremamente violento e provocar modificações da pelle e da mucosa, tornando-as eminentemente susceptiveis ás infecções repetidas que darão logar a *Elephantiasis*.

CLINICA CIRURGICA (2.<sup>a</sup> Cadeira)

I—A lymphangite elephantiasica não termina em via de regra pela supuração.

II—Nos accessos de lymphangite elephantiasica a intervenção cirurgica é prejudicial.

III—A lymphangite elephantiasica exige o tratamento palliativo das inflammações locaes.

## CLINICA OPHTALMOLOGICA

I—A *Elephantiasis* pôde excepcionalmente atacar as palpebras.

II—A *Elephantiasis* das palpebras precede sempre uma angio-leucite que communmente é propagada da face.

III—A *Elephantiasis* das palpebras pôde determinar a atrophia do globo ocular.

## ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I—A vulva confina para a frente com a parede anterior do abdomen, para traz com o perineu, lateralmente com a face interna das coxas e profundamente com o diaphragma uro-genital.

II—As malformações vulvares são pouco frequentes; entre as

mais interessantes citam-se a athresia ano-vulvar, as hypospadias, as epispadias e o pseudo-hermaphroditismo.

III—A ausencia total da vulva é caso excepcional.

## THERAPEUTICA

I—A thiosinamina e a fibrolysina exercem uma acção resolutiva notavel sobre os tecidos cicatricial e esclerosados.

II—A thiosinamina e a fibrolysina podem prestar relevantes serviços no tratamento da *Elephantiasis*.

III—A fibrolysina deve ser preferida á thiosinamina por ser menos dolorosa quando injectada na pelle.

## OPERAÇÕES E APPARELHOS

I—A vulvectomy é a operação empregada no tratamento cirurgico da *Elephantiasis* quando esta abrange todos os órgãos genitales externos da mulher.

II—Pratica-se simplesmente a nymphectomy se o tumor elephantiasico comprehende apenas os pequenos labios.

III—Um dos tempos mais difficeis, destas operações, nos casos de *Elephantiasis*, é a hemostase.

CLINICA CIRURGICA (1.<sup>a</sup> cadeira)

I—A erysipela da vulva não apresenta nenhuma difficuldade no seu diagnostico.

II—Ella pôde ser primitiva ou succeder a outras placas de erysipela em outras regiões.

III—A erysipela periodica da vulva, que, certas mulheres apresentam na época da fluxão menstrual, termina quasi sempre pela *Elephantiasis da vulva*.

CLINICA MEDICA (2.<sup>a</sup> cadeira)

I—A diphteria é uma molestia infectuosa especifica cujo agente etiologico é o bacillo de KLEBS LOEFFLER.

II—Ella é caracterizada por um exsudato fibrinoso local e por symptomas geraes que são causados por toxinas elaboradas pelo germen.

III—A diphteria da vulva succede frequentemente ás manifestações laryngéa e pharyngeana da affecção.

#### CLINICA PEDIATRICA

I—As manifestações filariosicas nas creanças de tenra idade são mais raras do que a *Elephantiasis*.

II—Dentre 48.000 creanças que morreram na Capital Federal, de 1864 á 1886, nenhuma succumbiu de chiluria, lympho-escrôto ou outra manifestação qualquer da filariose.

III—Entre ellas muitas falleceram de *Elephantiasis*.

#### MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I—Na elephantiasis da vulva, quando os grandes labios são extremamente crescidos, o coito é impraticavel.

II—A incapacidade sexual, causada pela *Elephantiasis da vulva* não é motivo para divorcio.

III—O casamento realizado com a ignorancia deste estado morbido póde ser annullado.

#### HYGIENE

I—Ha duas theorias para explicar a transmissão das filarias para o homem: a *theoria das picadas dos mosquitos* e a *theoria da deglutição*.

II—Destas theorias a mais acceita pelos auctores é a da transmissão pela picada do mosquito.

III—Para nós a transmissão se faz quer pela inoculação hypodermica das microfilarias pelo mosquito, quer pela deglutição das mesmas com a agua potavel.

#### CLINICA OBSTETRICA

I—A *Elephantiasis da vulva*, quando muito desenvolvida, é um obstaculo serio para o parto.

II—O traumatismo operatorio determinado por uma vulvectomy não traz inconvenientes para uma mulher gravida.

III—A vulvectomy deve ser indicada toda vez que uma mulher gravida é portadora de um tumôr elephantiasico volumoso abrangendo toda a vulva.

#### CLINICA MEDICA (1.<sup>a</sup> cadeira)

I—A febre elephantiasica é algum tanto semelhante á febre palustre.

II—A febre elephantiasica acompanha-se sempre de phenomenos locais; a febre palustre não.

III—A presença da filaria não serve de base para o diagnostico differencial entre a *Elephantiasis* e o impaludismo.

#### CLINICA GYNECOLOGICA

I—As lesões inflammatorias da vulva tem uma pathogenia mais complexa do que a dos órgãos genitales internos.

II—Das inflammções vulvares a mais importante sob o ponto de vista clinico, não só pela sua frequencia como pelas complicações, que podem resultar, é a vulvite blenorragica.

III—A *Elephantiasis da vulva* constitue uma complicação frequente da vulvite blenorragica da mulher adulta.

#### CLINICA PSYCHIATRICA E MOLESTIAS NERVOSAS

I—A histeria é uma affecção na qual as representações mentaes governam o organismo e determinam perturbações nas funcções. (MORBIUS).

II—Ella é mais frequente na mulher do que no homem e apparece, sobretudo, na época da puberdade.

III—As perturbações circulatorias da histeria, determinando edemas fluxinaes, favorecem a producção da *Elephantiasis*.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 31 de  
Outubro de 1913.

O Sub-Secretario em exercicio

Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA.