

Archivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

COMISSÃO DE REVISTA:

PROF. OCTAVIO DE SOUZA
Da Faculdade de Medicina

PROF. ANNES DIAS
Da Faculdade de Medicina

PROF. PAULA ESTEVES
Da Faculdade de Medicina

DIRECTOR: — PROF. ARGYMIRO G. GALVÃO
Da Faculdade de Medicina

— Revista dos Cursos —

Transcrevemos no presente numero alguns artigos da Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Foram elles tirados do excellentissimo sumario com que se apresenta o numero do corrente anno.

Valemo-nos do presente assumpto para estas duas meias columnas.

A excellentissima revista mantida pela Faculdade de Medicina, ao lado dos Archivos Rio Grandenses de Medicina e de Hygia — a nossa revista de educação sanitaria — mostra annualmente a operosidade de um grupo de trabalhadores, em especial o infatigavel director da nossa Faculdade de Medicina.

Nós que como elle trabalhamos para a manutenção de uma outra revista — O Orgão Official da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — sabemos bem das difficuldades com que ha de lutar para a publicação regular da Revista dos Cursos.

No presente numero dos Archivos Rio Grandenses de Medicina, chamard, talvez, a attenção, o facto de transcrevermos muitos artigos da Revista da nossa Faculdade de Medicina.

Temos em mão os originaes de alguns artigos*) gentilmente cedidos por alguns

collegas que sabem bem auxiliar o nosso esforço. Publicando os artigos da Revista dos Cursos, si por um lado concorremos para maior divulgação dos trabalhos dos professores da Faculdade, por outro deixamos registrados nas paginas do nosso jornal, trabalhos que foram lidos em sessões da nossa Sociedade de Medicina e que por circumstancias completamente alheias á nossa vontade, com grande pezar deixamos de publicar em epoca muito mais opportuna.

A despeito porém de todos os contratempos já por nós fartamente ventilados, presentemente podemos assignalar um facto auspicioso.

No Rio Grande do Sul têm vida regular tres revistas medicas: Archivos Rio Grandenses de Medicina, Revista dos Cursos e Hygia.

Tal facto nunca foi apreciado em nosso meio medico.

Almejamos sirva de estímulo para aquelles que fugindo á publicação de seus trabalhos em nossas revistas, julgam assim serem mais lidos, publicando-os em outros periodicos, quizá na imprensa leiga.

A' operosa direcção da valiosa Revista que forneceu o titulo para as presentes considerações, agradecemos a gentileza da offerta do exemplar ora em apreço.

Ao lado da excellentissima leitura que nos proporcionou, deu margem ás singelas e sempre opportunas considerações linhas acimá expendidas.

A. G.

*) Trabalhos a serem publicados nos proximos numeros da nossa revista: A Vacina de Calmette — Dr. Joadyr Euillave. Considerações sobre a Siphilia no Rio Grande do Sul e a Prophylaxia Anti-Venerica no Brazil — Prof. Ulysses de Nogueira. Sumario do Rio Grande do Sul — Prof. Ulysses de Nogueira. Algumas causas de insuccesso no tratamento operatorio das ulceras gastricas e intestinaes — Prof. Guerra Blesmann. Prophylaxia da Tuberculose — Dr. Renato Barbosa. Considerações em torno do problema da Reorganização Sanitaria do Estado do Rio Grande do Sul — Prof. Freitas e Castro. Dominio da Radiologia clinica em Pathologia biliar — Dr. Saint Pastous.

Tratamento Cirurgico dos Aneurysmas *)

GENERALIDADES

Prof. Octacilio Torres Rosa.

O assumpto de que vamos fazer succinto resumo — é daquelles que interessa cirurgiões e medicos.

É necessario o concurso da therapeutica medica, afóra os casos de aneurysmas traumaticos, para que seja attendido o factor etyologico. Dois casos são do meu conhecimento, suggestivos e raros, e que vêm em apoio do que ora foi dito.

O primeiro da clinica do distincto collega, Dr. A. Saint Pastous, tratava-se de aneurysma poplitêo, de origem luetica, radicalmente curado tão só com medicação especifica. O outro, em pessoa de minha familia, tambem poplitêo, curado com o velho Xarope de Gibert, repouso de cerca de dois annos e joelheira elastica.

Mas, afóra a possibilidade de melhoria da affecção, outro factor, para nós, de valor na indicação do tratamento medico, é de dar tempo a que a circulação collateral se adapte, para substituir, em parte ou totalmente, a irrigação principal comprometida. Só então devemos tratar cirurgicamente taes pacientes.

Na feitura apressada deste trabalho, nada de original fizemos. Tiramos a estatistica da enfermaria de cirurgia, onde trabalhamos, chamada — Dr. Wallau (Santa Casa) em homenagem ao notavel cirurgião rio-grandense, Carlos Wallau, por muitos annos seu Director.

Em 13 annos (de 1916 a 1928) 26 casos foram registrados nos livros da Enfermaria, afóra 1 de aneurysma da aorta abdominal, ou, sendo de 5.561 o numero de doentes, que passaram pelo serviço, foi de 0,46 a respectiva porcentagem.

Aneurysmas da arteria femoral tivemos 14 casos ou seja a porcentagem de 53,8; da poplitea — 9 ou 34,6%; da carotida primiliva — 1 ou 3,8%; da carotida interna — 1 ou 3,8%; da carotida externa — 1 ou 3,8%. Não houve complicações cerebraes post-operatorias nos aneurysmas carotidianos.

A mortalidade na nossa série foi de 3 operados ou 11,5%.

A causa-mortis: 1 de insuficiencia renal

1 de choque operatorio
1 de gangrena.

Na estatistica de William Ott (1907 a 1918 — Mayo Clinica, 21 casos) publicada nos Annals of Surgery, november 1921, a porcentagem de mortalidade foi de 14,4. Na de Matas, seu processo exclusivamente, foi de 4,5% (Surgery, Gynecology and Obstetrics, may 1920).

Das complicações, houve gangrena post-operatoria em 2 casos: 1 em aneurysma da poplitea D (n.º 12), operado pelo processo de Hunter — curado; outro, da poplitea E (n.º 6), tratado pelo processo de Antyllus (fallecimento). Este numero de casos de gangrena dá a porcentagem de 7,6.

Na estatistica de Matas, já citada, a gangrena entra com a seguinte porcentagem: 4,2.

Nos 283 casos de Matas (cit.) houve 12 de hemorragia secundaria; na nossa série não houve essa complicação.

ESTATISTICA DA ENFERMARIA DR. WALLAU

Anno	N.º de doentes registrados	N.º de casos de aneurysmas
1916	317	4 ou 1,2%
1917	297	1 ou 0,4%
1918	341	1 ou 0,3%
1919	396	2 ou 0,5%
1920	371	1 ou 0,2%
1921	423	0
1922	414	0
1923	425	2 ou 0,4%
1924	455	2 ou 0,4%
1925	591	1 ou 0,1%
1926	585	7 ou 1,1%
1927	445	2 ou 0,5%
1928	531	3 ou 0,5%
13 annos ...	5.561 doentes	26 ou 0,46%

*) Trabalho apresentado ao 10.º Congresso Brasileiro de Medicina (Julho — 1929 — Rio) e por este approved. Publicado na Revista dos Cursos, anno XV — n.º 15 — 1929.

RESUMO DAS NOSSAS OBSERVAÇÕES

Processo de Hunter

- 1 femoral D, curado (caso n.º 1)
 1 poplitea D, curado (caso n.º 12)
 1 poplitea E, curado (caso n.º 9 — gangrena.
 1 femoral D, fallecimento (caso n.º 14) — insuficiencia renal.
 1 femoral E, curado (caso n.º 21)
 1 poplitea E, curado (caso n.º 22)

Processo de Anel

- 1 femoral D, curado (caso n.º 40)
 1 carotida interna E, curado (caso n.º 44)
 1 carotida primitiva E, curado (caso n.º 15)
 1 femoral D, curado (caso n.º 16)
 1 carotida externa D, curado (caso n.º 47)
 1 femoral E, curado (caso n.º 18)
 1 femoral D, curado (caso n.º 20)

Processo de Mikulicz

- 1 poplitea E, curado (caso n.º 4)
 1 femoral E, curado (caso n.º 2)
 1 femoral E, fallecimento (caso n.º 3) — choque operatorio.
 1 femoral D, curado (caso n.º 7)
 1 femoral D, curado (caso n.º 8)
 1 poplitea E, curado (caso n.º 13)
 1 poplitea D, curado (caso n.º 23)
 1 femoral E, curado (caso n.º 26)

Processo de Antyllus

- 1 poplitea E, fallecimento (caso n.º 6) — gangrena.
 1 femoral D, curado (caso n.º 49)

Processo de Matas

- 1 femoral E, curado (caso n.º 24)
 1 poplitea D, curado (caso n.º 25)

O caso n.º 5 — aneurysma diffuso da poplitea E. — quando deu entrada na Enfermaria „Dr. Wallau“, já tinha gangrena humida da perna, pelo que lhe foi feita a amputação. — Curado.

OBSERVAÇÕES

1) N.º de ordem 88 — Papeleta 1.814 — J. O. N., com 28 annos, do Rio Grande do Sul, jornalista, leito n.º 5. — Aneurysma diffuso da femoral D ao nivel do triangulo de Scarpa.

Operação: 24 de maio de 1916 — Ligadura da iliaca externa a 2 cm. da arcada crural.

Anesthesia — Geral pelo chloroformio.
 Alta — Curado em 26 de junho de 1916.

2) N.º de ordem 117 — Papeleta 1.677 — G. V., com 48 annos, casado, branco, natural da Allemanha, agricultor — Aneurysma da femoral E. logo abaixo da arcada. Fractura do terço superior e do collo do femur E.

Operação: 5-7-1916 — Ligadura da arteria iliaca externa E.

Operação: 2-9-1916 — Tentativa de excisão do sacco.

Operação: 7-10-1916 — Amputação da coxa E. ao nivel do terço superior.

Alta — Curado em 27 de novembro de 1916.

3) N.º de ordem 79 — Papeleta 2.632 — G. V., com 48 annos, casado, branco, natural da Allemanha, agricultor (é o doente n.º 2) — Aneurysma da femoral E. na base do triangulo de Scarpa (reprodução).

Operação: 19-4-1918 — Ligadura da iliaca primitiva.

Alta — Curado em 3 de junho de 1918.

Operação: 7-8-1918 — Abertura do sacco.

Alta — Falleceu de choque operatorio.

4) N.º de ordem 128 — Papeleta 3.375 — A. R. M., com 25 annos, solteiro, branco, do Rio Grande do Sul, marinheiro. — Aneurysma da poplitea E. Syphilis.

Operação: 10-10-1916 — Ligadura da femoral E. no anel de Hunter.

Anesthesia — Geral pelo chloroformio.

Alta — Curado em 28 de abril de 1917.

5) N.º de ordem 8 — Papeleta 3.856 — A. R. P., com 21 annos, solteiro, côr mixta, do Rio Grande do Sul. — Aneurysma diffuso da arteria poplitea E. gangrena humida da perna (ferimento por bala na região poplitea esquerda).

Operação: 10-11-1916 — Amputação a dois relalhos no terço superior da coxa.

Anesthesia — Geral pelo chloroformio.

Alta — Curado em 21-4-1917.

6) N.º de ordem 48 — Papeleta 1.471 — J. F. dos S., 39 annos, casado, côr mixta, do Rio Grande do Sul, jornalista (entrou em 1-5-1917). — Aneurysma da poplitea esquerda.

Operação: 2-5-1917 — Ligadura da

femoral no anel de Hunter e abertura do sacco. Gangrena consecutiva da perna.
Alta — Falleceu em 6-5-1917.

7) N.º de ordem 105 — Papeleta 2.118 — A. B., 2 annos, branco, solteiro, do Rio Grande do Sul, jornaleiro. (Entrou em 19-6-1919). — Aneurysma da femoral direita no terço médio.

Operação: 16-7-1919 — Ligadura da femoral no triangulo de Scarpa.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Em 31-7-1919 — Abertura do sacco.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Alta — Curado em 2-9-1919.

8) N.º de ordem 81 — Papeleta 1.521 — N. C., 30 annos, solteiro, do Rio Grande do Sul, côr mixta, jornaleiro. (Entrou em 4-5-1919). — Aneurysma da femoral direita no terço médio. Osteite do femur.

Operação: 8-5-1919 — Ligadura da femoral D. do triangulo de Scarpa.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Em 5-6-1919 — Abertura do sacco.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Alta — Curado em 17-6-1919.

9) N.º de ordem 94 — Papeleta 1.579 — A. P. T. C., 42 annos, casado, natural do Paraná, branco e operario. (Entrou em 13-4-1920). — Aneurysma da poplitea esquerda. Syphilis.

Operação: 27-5-1920 — Ligadura da femoral no anel de Hunter.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Alta — Curado em 2-6-1920.

10) N.º de ordem 56 — Papeleta 3.186 — J. M., preto, com 33 annos, deste Estado, solteiro, jornaleiro. (Entrou em 25-7-1923). Aneurysma do femoral D. no triangulo de Scarpa. Ferimento por bala.

Operação: 9-8-1923 — Ligadura da arteria acima do sacco.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Alta — Curado em 24-8-1923.

11) N.º de ordem 244 — Papeleta 5.328 — M. S. dos S., 34 annos, côr mixta, casado, do Rio Grande do Sul, jornaleiro. (Entrou em 17-12-1923). — Aneurysma da carotida interna E.

Operação: 22-12-1923 — Ligadura da carotida primitiva esquerda proximo de sua terminação.

Anesthesia geral — Chloroformio.
Alta — Curado em 29-12-1923.

12) N.º de ordem 18 — Papeleta 5.457 — L. S., 48 annos, côr mixta, solteiro, natural do Rio Grande do Sul, carroceiro. (Entrou em 25-12-1923). — Aneurysma da poplitea D.

Operação: 31-12-1923 — Ligadura da femoral no anel de Hunter.

Anesthesia geral — Ether.

Operação: 14-1-1924 — Amputação no terço médio da coxa, por gangrena do pé D.

Alta — Curado em 31-1-1924.

13) N.º de ordem 948 — Papeleta 3.150 — A. E. M., 44 annos, casado, côr mixta, natural deste Estado, jornaleiro. (Entrou em 7-7-1924). — Aneurysma da poplitea E.

Operação — Ligadura da femoral esquerdo no anel de Hunter. O fio de catgut por duas vezes cortou o vaso, muito friavel, por isso se deixou uma pinça de Kocker que foi retirada no terceiro dia.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Alta — Curado em 30-7-1924.

Nota — Voltou á enfermaria em 19-8-1924, tendo soffrido então a extirpação do sacco. Sahiu curado.

14) N.º de ordem 10 — Papeleta 175 — J. L. S., 34 annos, casado, preto, natural do Rio Grande do Sul, cosinheiro. (Entrou em 9-1-1925). — Aneurysma do femoral D. com grande edema do membro inferior. — Insufficiencia renal.

Operação: 13-1-1925 — Ligadura da iliaca externa D.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Alta — Falleceu em 14-1-1925.

15) N.º de ordem — Papeleta — T. G., 43 annos, casado, preto, do Rio Grande do Sul, foguista. (Entrou em 13-4-1926). — Aneurysma da carotida primitiva E.

Operação: 27-5-1926 — Ligadura da carotida primitiva perto de sua origem.

Anesthesia geral — Chloroformio.

Alta — Curado em 1-6-1926.

Nota — Voltou á enfermaria em 5-1-1927.

Alta — Curado.

16) N.º de ordem — Papeleta — O. A. O., 28 annos, solteiro, preto, do Rio

Grande do Sul. (Entrou em 6-5-1926). — Aneurysma da femoral direita no terço médio.

Operação: 8-5-1926 — Ligadura da femoral direita no apice no triangulo de Scarpa.

Anesthesia geral — Chloroformio.
Alta — Curado em 15-5-1926.

17) N.º de ordem 178 — Papeleta 2.976 — E. J. G., 25 annos, solteiro, branco, do Rio Grande do Sul, marítimo. (Entrou em 17-5-1926). — Aneurysma da carotida externa D.

Operação: 8-6-1926 — Ligadura da carotida primitiva D.

Anesthesia geral — Ether.
Alta — Curado em 17-6-1926.

18) N.º de ordem 192 — Papeleta 3.538 — J. L. S., 25 annos, casado, côr mixta, do Rio Grande do Sul, agricultor. (Entrou em 14-6-1926). — Aneurysma da femoral esquerda no triangulo de Scarpa.

Operação: 17-6-1926 — Ligadura da femoral na base do triangulo.

Anesthesia geral — Ether.
Alta — Curado em 25-6-1926.

19) N.º de ordem 225 — Papeleta 2.975 — P. O., 41 annos, viuvo, côr mixta, do Rio Grande do Sul, operario. (Entrou em 17-6-1926). — Aneurysma da femoral direita no terço médio.

Operação: 22-5-1926 — Ligadura da femoral, na base do triangulo de Scarpa. Abertura do sacco e esvasiamento.

Anesthesia geral — Chloroformio.
Alta — Curado em 30-6-1926.

20) N.º de ordem 251 — Papeleta 4.541 — S. M., 43 annos, casado, preto, do Rio G. do Sul, operario. (Entrou em 3-8-1926). — Aneurysma da femoral direita, terço médio.

Operação: 5-8-1926 — Ligadura da femoral direita, no terço médio.

Anesthesia geral — Ether.
Alta — Curado em 26-8-1926.

21) N.º de ordem 311 — Papeleta 5.471 — C. A., 26 annos, casado, côr preta, do Rio Grande do Sul, operario. — Aneurysma da femoral esquerda, no terço médio.

Operação: 26-9-1926 — Ligadura na base do triangulo de Scarpa.

Anesthesia geral — Ether. —
Alta — Curado em 15-10-1926.

22) N.º de ordem 173 — Papeleta 2.072 — V. A. dos Santos, 54 annos, viuvo, côr mixta, do Rio Grande do Sul, marceiro. (Entrou em 29-3-1927). — Aneurysma da poplitea E.

Operação: 30-4-1927 — Ligadura do anel de Hunter.

Anesthesia geral — Ether.
Alta — Curado em 29-8-1927.

23) N.º de ordem 189 — Papeleta 3.095 — M. F. F., 42 annos, solteiro, côr preta, do Rio Grande do Sul. (Entrou a 1-5-1927). — Aneurysma da poplitea D.

Operação: 17-5-1927 — Ligadura da femoral no terço médio da coxa.

Anesthesia geral — Ether.
Em 28-6-1927 — Abertura e esvasiamento do sacco.
Anesthesia geral — Chloroformio.
Alta — Curado em 31-9-1927.

24) N.º de ordem 11 — Papeleta 118 — C. A., 27 annos, casado, preto, operario, do Rio Grande do Sul. (Entrou em 4-1-1928). — Aneurysma da femoral E. (Tinha sido operado em 26-9-26: ligadura na base, pelo processo de Hunter).

Operação: 7-1-1928 — Esvasiamento e endoaneurysmorrhaphia.

Anesthesia racheana.
Alta — Curado em 16-1-1928.

25) N.º de ordem 250 — Papeleta 6.868 — F. D. M., 51 annos, casado, preto, do Rio Grande do Sul. — Aneurysma da poplitea D.

Operação: 10-11-1928 — Endoaneurysmorrhaphia.

Anesthesia racheana.
Alta — Curado em 23-11-1928.

26) N.º de ordem 256 — Papeleta 6.657 — A. J., 24 annos, branco, solteiro, do Rio Grande do Sul, agricultor. — Aneurysma da femoral esquerda, no canal de Hunter.

Operação: 13-10-1928 — Ligadura da femoral no terço médio.

Anesthesia racheana.
Em 27-10-1928 — Extirpação do sacco.
Anesthesia racheana.
Alta — Curado em 6-12-1928.

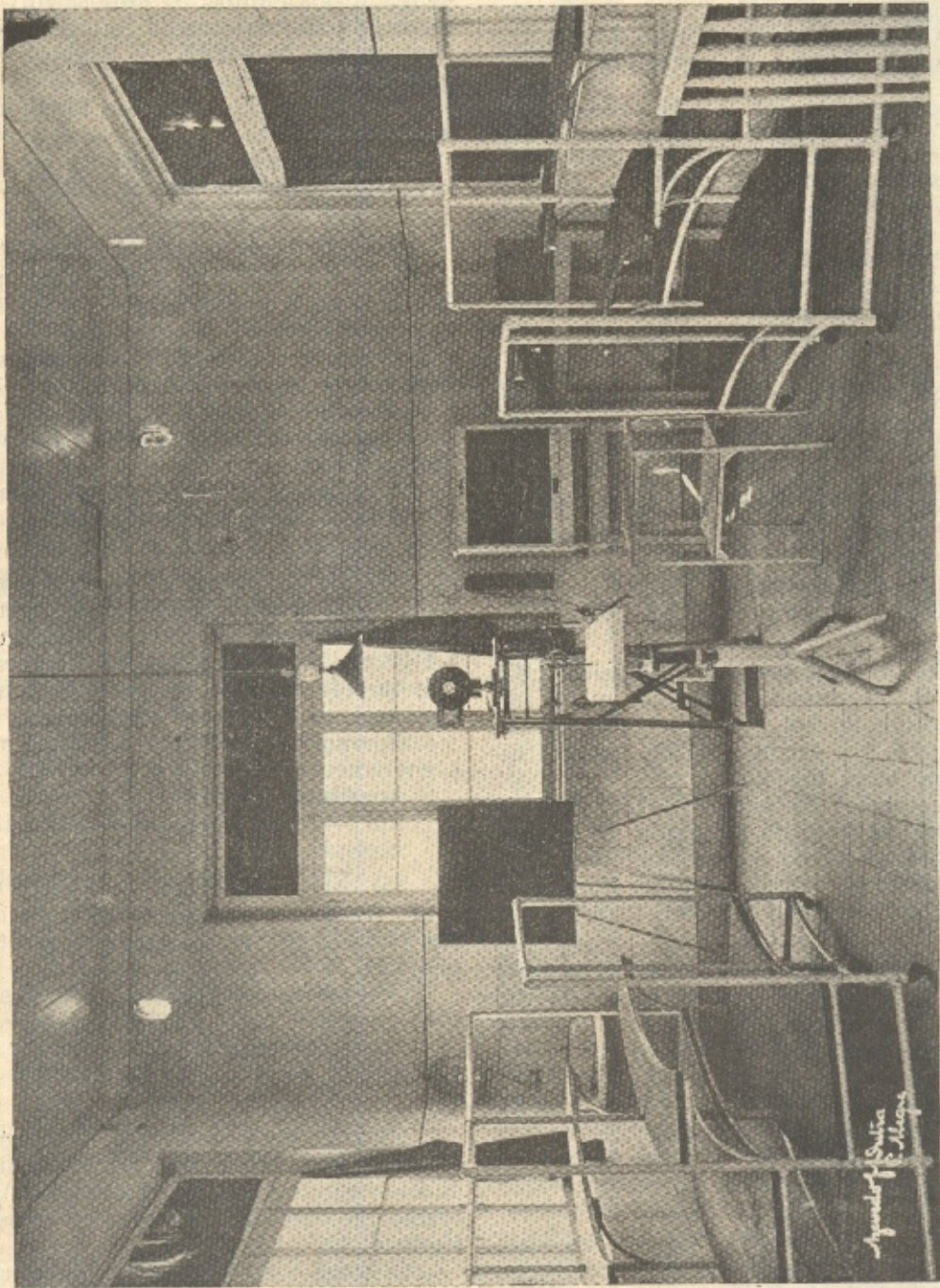


Fig. 1

ALGUMAS PALAVRAS

Os aneurysmas sacciformes são os passíveis do tratamento cirurgico e por isso chamados „aneurysmas cirurgicos“ diz Delbet (cit. de Lecene).

Data venia, julgamos que todo o aneurysma nos membros, pescoço e cabeça, qualquer que seja a sua fórma, é passível de tratamento cirurgico.

E' antes uma questão de localização do que de fórma.

Certo que é inoperavel uma dilatação aneurysmatica da aorta thoracica, embora sacciforme; não obstante, uma aneurysma da poplitea, apesar de fusiforme é perfeitamente operavel.

E o proprio Lecene, em seu trabalho, sobre tal assumpto, eschematisa os diversos processos de ligadura e aneurysmotomia em aneurysmas fusiformes.

Innumeros têm sido os meios therapeuticos utilizados. Muitos em completo desuzo, outros ainda empregados, si bem que raramente, dando-se preferencia actualmente a métodos mais radicaes e mais cirurgicos.

Assim é que os aneurysmas dos membros, cabeça e pescoço e mesmo do abdomen já passaram do dominio da therapeutica do medico para a do cirurgião.

Não queremos, dizer com isso que só ao cirurgião compete o tratamento de taes lesões arteriaes, como sóe acontecer com os de origem traumatica.

Naquelles, por exemplo, em que o elemento syphilis, entra em jogo, a medição especifica se impõe.

Antes de resumirmos a parte propriamente cirurgica, seja-nos permitido ligear digressão pelos velhos methodos, substituidos hoje por outros mais efficaes.

REFRIGERAÇÃO — E' um processo therapeutico palliativo e auxiliar do tratamento medico dos aneurysmas inoperaveis e circundados por zona inflammatoria.

ACUPUNCTURA — Macewen (1890). E' a introdução na cavidade aneurysmatica de uma longa agulha. Tem por fim determinar a obliteração do aneurysma por coagulos. Durante vinte e quatro horas deve permanecer a agulha na bolsa aneurysmatica, tendo-se a precaução de se movimentar tal corpo extranho de maneira a irritar a tunica interna da arteria.

CINESELLI — (1891) relatou uma estalística de 33 casos com 7 mortes, de tratamento com esse processo (Matas, Keen's Surgery).

FILIPUNCTURA — (Methodo de Moore) — 1864. Consiste na introdução de fio metallico na cavidade aneurysmatica, com o mesmo fim da acupunctura.

O methodo foi modificado, quanto á especie do material empregado (fio de seda, catgut, corda de relógio, etc.).

A migração do material usado faz com que seja considerado perigoso o processo de Moore, no tratamento dos aneurysmas inoperaveis.

FILIGALVANO-PUNCTURA — (Methodo de Moore — Corradi — 1879). Depois da introdução do fio metallico (40 cms. de fio) na cavidade aneurysmatica, elle é ligado ao polo positivo de uma fonte de electricidade galvanica.

O negativo é posto em contacto nas circumvisinhanças do aneurysma.

Hunter (cit. de Matas) diz dar este processo therapeutico 17% de curas.

Matas attribue-lhe 19,20% de curas.

A condemnação do methodo, apesar das modificações e aperfeçoamento que se lhe têm feito (qualidade do fio, de limitação da corrente galvanica a 70 milliampères, exposição do sacco, etc.) continua, pelos perigos e incertezas a que ficam sujeitos os doentes (migração do fio, ruptura e perfuração do sacco, thrombose, gangrena das partes periphericas, embolias).

GALVANISACÃO IMMEDIATA — (Methodo de Gallazi e Vizzioli). Applica-se o polo positivo na superficie externa do tumor aneurysmatico e o negativo nas immediações. A corrente galvanica deve ser de 50 a 60 milliampères. As sessões são de 20 minutos diariamente.

COMPRESSÃO — Era o tratamento preferido na época pre-antiseptica. A compressão sobre o sacco foi, desde logo, abandonada pelos perigos que advinham pelo seu uso (ruptura e embolia).

A compressão sobre a arteria, quer acima do aneurysma (Desault — 1784) quer abaixo d'elle, quer finalmente nos dois pontos, simultaneamente, póde ser feita, ou pelos dedos, ou por instrumento, ou pela flexão. A compressão digital é conhecida na America do Norte pelo nome de methodo Knight e na França pelo de Belmas. Stinson (cit. de Matas) descreve

assim o processo: a pelle é coberta de talco no ponto em que se exercita a pressão e os assistentes são perfeitamente instruídos sobre o gráo de pressão a fazer, sobre o lugar e a direcção em que ella deve ser applicada. O tronco principal é que deve soffrel-a.

Quando um assistente vai substituir um outro, colloca os dedos sobre a arteria, immediatamente acima ou abaixo dos daquelle que deve ser substituido e este não abandonará a sua posição, senão depois que a arteria está perfeitamente comprimida pelo outro. Administra-se ether ou morphina, quando o paciente começa a sentir dôres.

A duração do tratamento deve ser de 24 horas, mas na impossibilidade da sua realisação, se faz em sessões de 1 hora, em tres dias consecutivos.

Si depois de algumas sessões, 6 em média, não se obtiver a cura, tal tratamento deve ser abandonado, pois os riscos augmentam proporcionalmente ao numero dellas (traumatismo no ponto de compressão, predisposição á gangrena).

Das estatisticas se colhe ser este methodo efficaz em 50% dos casos.

Compressão por instrumento — Está geralmente abandonada. Diversos appa-relhos foram feitos especialmente para tratar os aneurysmas da aorta abdominal, a qual não deve ser comprimida até o desaparecimento do pulso femoral, por mais de uma hora. As complicações para o lado das visceras abdominaes são de tetar. Worosoff aconselha o seu aparelho de compressão nos aneurysmas diffusos. E cita um caso de cura.

Compressão elastica — (Methodo de Reid — 1870). E' praticado por meio de uma fita elastica e de preferencia nos aneurysmas da poplitea. Faz-se o enrolamento da fita, de baixo para cima, até se attingir o aneurysma. Passa-se sobre elle uma volta, frouxamente, e começa-se de novo a praticar a compressão na coxa, partindo delle. Muitas modificações têm sido introduzidas neste methodo. A compressão deve permanecer durante 1 hora e meia.

O doente precisa ser anesthesiado. Delbet attribue-lhe 48,2%. Está quasi abandonado.

Flexão como meio de comprimir, conhecido como methodo de Hart, 1857. — Usado para tratamento dos aneurysmas

das dobras de flexão. Segundo Delbet a sua porcentagem de cura é de 35,55%.

E' perigoso por causa da possível ruptura do sacco.

Todos estes methods têm por objectivo a occlusão do aneurysma por coagulos.

Os mais propriamente cirurgicos, são as ligaduras, com ou sem a abertura do sacco, a extirpação do sacco, e os processos plasticos.

Ligadura — Póde ser applicada em diversos pontos:

1) Immediatamente acima do sacco (Annel) 1710.

2) Acima e longe do sacco (Deesault-Hunter) 1785.

3) Abaixo immediatamente do sacco (Pwasdor) 1828.

4) Ligadura de um ou mais ramos importantes abaixo do sacco (Waldorf) 1825.

5) Ligadura immediatamente acima e abaixo do sacco sem a sua abertura (Pasquin) 1814.

6) Ligadura immediatamente acima e abaixo do sacco, seguida da abertura delle (Antylus).

7) Ligadura immediatamente acima e abaixo do sacco, seguida de sua extirpação (Purman) 1680.

8) Ligadura typo Hunter ou Anel em um primeiro tempo, abertura com esvasiamento em segundo tempo (Mikulicz).

Os methods Pwasdor e Wardorf, isto é, ligadura distal é tratamento de excepção, indicado, quando os outros meios são inapplicaveis: aneurysmas do pescoço.

O methodo de Pasquin é usado preferentemente nos aneurysmas arterio-venozos.

A operação Deesault-Hunter, isto é, a ligadura proximal e distancial do sacco, é preferivel aos outros methods de ligadura, segundo Walskam, pelos seguintes itens:

1) A arteria tem mais probabilidades de estar integra, distante do que perto do sacco, e suas relações anatomicas não estão perturbadas pela proximidade do aneurysma.

2) O sacco não soffre perturbações pela ligadura á distancia (inflammação e suppuração).

3) Como devem existir diversas colla-

teraes, acima da ligadura, a circulação do sacco, apesar de diminuida, não será completamente parada e os coagulos, por isso, terão probabilidade de serem laminados e permanentes.

Apezar das vantagens preconizadas por Walsham e não obstante as estatísticas, afigura-se a Matas preferível o methodo de Anel que elle considera o melhor methodo de ligadura, pelas seguintes razões:

1) No methodo de Hunter a possibilidade de gangrena, abaixo do aneurysma, é augmentada pelo accrescimento de mais um obstaculo, que inutilisa collateraes importantes.

2) As embolias são de temer por isso que a circulação do sacco não é immediatamente supprimida.

De Gaetano (1925) diz que a ligadura de Hunter deve ser feita nos casos em que melhores methodos são inapplicaveis.

Sendo a hemorragia secundaria, continua Matas, função da sepsia e não estando alterado o vaso acima do aneurysma, sendo menos provavel a migração de coagulos, pela parada completa da circulação do sacco, é preferível o methodo de Anel ao de Hunter.

Mas todos os methodos de ligadura, têm como principal defeito a provocação de gangrena, pela deficiencia circulatoria e pelo perigo de embolias.

O tumor deixado, quando se pratica a ligadura simples, occasiona graves e incommodos disturbios dos nervos e veias comprimidas.

Por isso, procurou-se retirar o tumor, ou pelo seu esvaziamento, ou pela sua extirpação.

O methodo de Antyllus é o typo da primeira operação: o methodo Purman, o da segunda.

O primeiro desses methodos, arrisca á hemorragias consideraveis, das collateraes o que obriga a sua ligadura, fóra do sacco, dentro d'elle. Já se deixa vêr, que o traumatismo produzido, disturba grandemente a circulação collateral predispondo, assim, á gangrena.

Operação de Antyllus (Aneurysmotomia) — Consiste na abertura do sacco aneurysmatico, depois da ligadura da arteria acima e abaixo d'elle.

Si existirem collateraes, serão ligadas fóra d'elle podendo-se para tal mistér se

usar a manobra de Annandale. Esta operação exige a dissecação minuciosa do tumor aneurysmatico, afim de se pôr á mostra as collateraes para serem ligadas. A modificação ideada por Syme (1857) é perigosa.

Operação de Philagrius ou de Purman (Aneurysmectomia) — Nos membros a hemostasia provisoria, é obtida por meio de laço constrictor. Nos silios em que a applicação desse meio não é possível a constrictão deve ser feita directamente sobre a arteria (ligadura, pinças especiaes, etc.). O tempo mais difficil e delicado é sem duvida a dissecação do sacco aneurysmatico. Evitar lesão das estruturas visinhas (veias, nervos principalmente), traumatizar o menos possível os tecidos, manter a maxima asepsia, demandá a par de grande habito cirurgico, conhecimentos perfeitos de anatomia topographica.

Para facilitar o estudo do systema venoso, aconselha Koeler collocar um laço constrictor abaixo do aneurysma e outro acima (a distancia acima e abaixo deve ter cerca de quatro dedos). A ischemia venosa do campo operatorio é obtida por elevação do membro, antes de collocar-se o laço superior. Desejando-se saber si está ou não obstruida a rede venosa, basta retirar-se a fita inferior, depois de exposto o tronco venoso. Após o isolamento do sacco, ligadura, acima e abaixo d'elle, do tronco principal e das collateraes, procede-se a sua extirpação.

A aneurysmectomia é menos grave do que a simples ligadura (proc. de Hunter por ex.) segundo Matas. Delbet (1888) dá para a extirpação a mortalidade de 11,32% ao passo que para a ligadura apresenta 18,94% (Matas, cit.). Em estatistica mais nova, Delbet dá á ligadura 8,33% de morte e á extirpação nenhum obito (cit. Matas).

Quanto á gangrena post-operatoria, segundo a estatistica de Delbet, até 1895 — 7,65% para a ligadura simples e 8,25%, depois da extirpação, tendo sido esta percentagem reduzida a 2,94 em data mais recente.

A vantagem incontesté da aneurysmectomia, sobre qualquer dos processos de ligadura simples — é a da questão de reincidencia.

Operação de Miculiks (Tomia ou ectomia em dois tempos) — É a operação Antyllus modificada. Compõe-se de dois tempos: primeiro, ligadura da arteria (processo

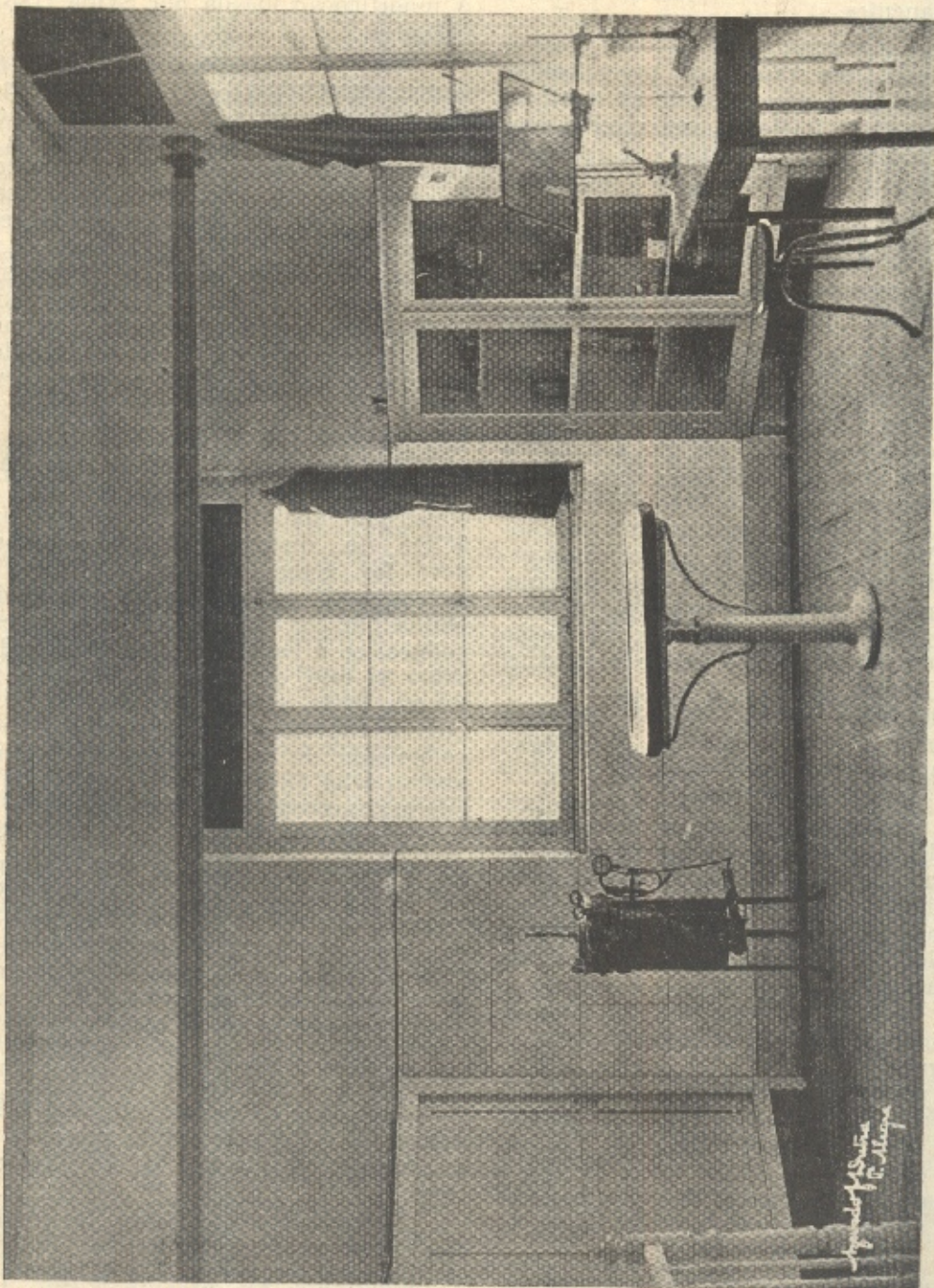


Fig. 2

de Hunter ou de Anel); segundo, algum tempo depois — cerca de um mez — a abertura ou extirpação do tumor. Dar tempo a que se tenha definitivamente extinguido a circulação do sacco, e ao mesmo tempo permittir que se estabeleça a collaterall (que seria comprometida com as manobras de isolamento do tumor aneurysmatico) — é o fim desta operação.

Matas julga a operação de Miculizk „sem vantagens sobre a ligadura proximal ou sobre qualquer das operações radicaes“, porque, escreve elle ha possibilidade „de hemorrhagia secundaria no segundo tempo e não evita o risco da gangrena“.

Na nossa série ella entra como mais alto coefficiente (oito casos) e não tivemos, nem gangrena, nem hemorrhagia secundaria a registrar. Os dois casos de gangrena post-operatoria na nossa série foram em seguida á operação de Antyllus e outro operado pelo methodo de Hunter. Julgamos pela nossa experiencia, ser, ao contrario, a operação aconselhavel, quando não se dispõe ainda de mão adestrada na technica das suturas vasculares.

Endo-aneurysmorrhaphia — Operação de Matas (1888) — O autor deste methodo subdivide-o em tres typos, de accordo com o fim visado:

- 1) endo-aneurysmorrhaphia obliterativa
- 2) „ „ restauradora
- 3) „ „ reconstructiva

Basea-se este methodo no seguinte:

O sacco é revestido duma camada endothelial, por isso gosa da propriedade de formar adherencias, talqualmente, as serosas.

As vantagens do processo de Matas são:

1) Os vasos collateraes, sejam os que emanam do sacco, sejam os que delle se avizinham soffrem menos com este, do que com qualquer dos outros processos.

2) Como a hemostasia é feita pela sutura dos orificios arteriaes dentro do sacco, a circulação collaterall é disturbada no minimo.

3) Nos aneurysmas sacciformes a sua cura é obdida sem interromper a circulação principal do membro.

4) Nos aneurysmas fusiformes a arteria principal pôde ser reconstruida.

5) Diminuem-se os effeitos maleficos da compressão exercida pelo sacco, sem acarretar traumatismo peri-saccular, como acontece com a extirpação delle.

6) Não sendo preciso esperar-se pela granulação, a convalescença é muito mais rapida do que no processo de Antyllus.

1.º Typo — E' a sutura de todos os orificios arteriaes, dentro do sacco. Depois de hemostasia preliminar e temporaria por laço constrictor, quando possivel o seu uso; por compressão directa, ligadura temporaria ou emprego de pinças especiaes, quando a sede do vaso não permite a utilização do laço, procede-se a aneurysmectomia e o tratamento especial de todos os orificios arteriaes do sacco.

Como se antevê e a pratica mostra — tem este typo de tratamento vantagem manifesta sobre os methodos therapeuticos até agora relacionados:

não inutilisa a arteria principal, nem acima, nem abaixo do aneurysma;

não disturba, a circulação collaterall, nem lesa os tecidos circumvizinhos ao sacco.

Mas a par destas vantagens, devemos assignalar que, quando não se pôde usar o laço constrictor, a hemorrhagia pelas collateraes é de temer.

Para Matas, cujo ideal é a restauração integral do vaso, este typo vive das contra-indicações dos typos plasticos.

2.º Typo — Só pôde ser utilizado nos aneurysmas sacciformes. Depois dos cuidados preliminaes de hemostasia, abre-se o sacco, retiram-se os coagulos, procede-se a sutura dos orificios das collateraes do sacco e faz-se o fechamento da unica comunicação da arteria com o sacco, por meio duma sutura continua. E' em seguida desfeita a cavidade do sacco, por meio de sutura, em pontos separados, em alinhavo das suas paredes.

Mistêr se torna, não estreitar o vaso principal no ponto em que elle é suturado. Para isso devem-se utilizar as paredes do sacco para fechar a abertura da arteria.

3.º Typo — Quando os dois orificios dum aneurysma fusiforme estão ao mesmo nivel e approximados, quando as paredes do sacco são elasticas e resistentes, pôde-se tentar reconstruir a arteria com o proprio sacco.

Verdade que é uma tentativa, pois, utiliza-se um tecido doente, cujas propriedades physiologicas estão, senão totalmente

perdidas, ao menos muito diminuídas. Dahi os casos de reincidência.

A irritação da intima arterial, muitas vezes occasiona a obliteração.

Tem sido tentado, com bom exito, em alguns casos, a reseccção do aneurysma e a sutura termino-terminal do vaso quando a extensão reseccada não passa de 4 cms. (Moore, Pauchet).

Quando a porção reseccada é superior a esta cifra, Moore aconselha facilitar a aproximação das extremidades arteriaes pela flexão do membro.

Ainda nos casos de grande extensão reseccada, (mais de 5 cms.) pôde-se tentar a enxertia de um segmento de veia, entre as duas extremidades arteriaes (Perrin 1913).

Não interromper definitivamente a circulação do principal vaso do membro, portador da affecção em jogo, constitue o methodo ideal.

Até agora, por dois meios se pôde atingir tal fim: A endoaneurysmorrhaphia de Matas (typo restaurador e reconstrutivo) e a anastomose arterial simples ou com enxertia venosa.

Para atingir os resultados esperados, dos methodos ideaes, mistér-se torna grande pratica das suturas vasculares.

E para isso é mistér o trabalho experimental intensivo num laboratorio apropriado.

A faculdade de Medicina de Porto Alegre, accetando a minha suggestão, em Março de 1921, creou tal Laboratorio, anexo á Cadeira de Medicina Operatoria. E' modesto como se pôde ver pelas photographias juntas, (Fig. 1 e 2) mas preenche os fins para que foi creado e tem o merito de ser o primeiro construído e em trabalho numa Escola de Medicina do nosso Paiz.

Dentre outros trabalhos, além das aulas de Medicina Operatoria, sobresahe o do Dr. Erwin Presser 1925 — intitulado „arteriorraphias“, these de concurso á docencia livre de Medicina Operatoria naquella Escola.

INDICAÇÃO OPERATORIA — Depende do estado da circulação collateral.

O methodo oscilométrico, quando possível sua applicação, suggeriu a Korotkow a ideia de tirar delle indicações, respeito á circulação collateral, nos casos de aneurysmas das extremidades. Quando depois de compressão do tronco arterial, onde

existe o aneurysma, a pressão, abaixo do ponto comprimido, cae a zero, é que a circulação collateral não satisfaz ainda as necessidades irrigatorias. Pela ascensão manometrica, em observações repetidas, pôde-se acompanhar a sua adaptação.

São de Matas as seguintes palavras, respeito ao test de Korotkow: „there are unfortunately, many fallacies which underlie the application of blood-pressure tests especially where there are most needed, viz., in aneurysms of the popliteal, femoral and iliac arteries. (Keen's Surgery).

Pela mudança de coloração das extremidades, depois de ischemia pela fita de Esmarch e compressão da arteria lesada, procurou-se tirar indicações sobre o desenvolvimento da circulação collateral. Matas (loc. cit.) referindo-se a tal procedimento, escreve: „it is not to be trusted as reliable or as free from danger.“

Siccard e Forestier (Diagnostic et thérapeutique par le lipiodol (1928), em estudos experimentaes, com o lipiodol em injeções endo-arteriaes, ponde estudar radiographicamente a circulação dos membros.

Dizem elles: „Il était evident que la grande tolerance des vaisseaux pour le lipiodol devait conduire à utiliser ce corps pour le diagnostic des obstructions arterielles“.

Em collaboração com Gennes e Coste poderam por esse meio diagnosticar a séde de obliterações arteriaes.

E é possível por esse methodo se verificar a permèabilidade das collateraes dum tronco arterial, sendo preferivel usar-se a radioscopia, ao em vez da radiographia, em taes casos.

Os Americanos do Norte têm empregado, em suas radiographias vasculares, o bromureto de sodio que apresenta o inconveniente de ser dolorosa a sua injeção (Siccard et Forestier).

CONCLUSÕES

- 1 — Os processos plasticos, exigindo a pratica da cirurgia vascular, demandam a especialização cirurgica.
- 2 — Dos processos communs, ao de Mikulicz damos preferencia.
- 3 — O processo de Anel é superior ao de Hunter.
- 4 — Os aneurysmas cirurgicos concorrem

com a porcentagem de 0,46 na morbilidade geral (Enfermaria Dr. Wallau).

5 — A radiographia do systema vascular trará um elemento precioso (conhecimento do estado da circulação col-

lateral) na indicação e escolha do processo operatorio.

6 — A Faculdade de Medicina de Porto Alegre (Rio Grande do Sul) tem a prioridade da criação do Serviço de Cirurgia Experimental no Brasil.

Revista dos Cursos

Conforme se vê de nosso editorial, a Faculdade de Medicina de Porto Alegre acaba de publicar o N.º 15 — Anno XV da Revista dos Cursos.

Apresenta tal numero o seguinte sumario:

Do Diagnostico — principaes causas de erros — *Prof. Octavio de Souza*. Infeção Dentaria e Reação Febril — *Prof. Cirne Lima*. Therapeutica da Paralysis Hysterica — *Prof. Martin Gomes*. Dos Methodos de Tratamentos Orthopedicos — *Prof. Nogueira Flores*. Infeção Dentaria e Syndromos Sympathicos Tegumentares — *Prof. Cirne Lima*. Notas sobre um

caso de Febre Amarella de forma hepato-renal — *Prof. Basil Sefton*. Panplegia de Origem Toxica — *Prof. Raul Moreira*. Auto-Intoxicação de Origem Duodenal — *Prof. Annes Dias*. Consequencias Remotas de um Traumatismo — *Prof. Cirne Lima*. Tratamento Cirurgico dos Aneurismas — *Prof. Octacilio Rosa*. Anomalias de Origem da Arteria Sub-Clavia Direita — *Docente-livre, Dr. E. Paglioli*. Sessões de Congregação — Corpo Docente — Institutos Annexos.

A Revista dos Cursos, no presente anno, teve a sua commissão de redacção representada pelos professores Octavio de Souza, Annes Dias, Ulysses de Nonohay.

Dr. Thomaz Mariante

Clinica Geral

Estomago, coração e rins.

Consultorio: Rua dos Andradas 495, das 16 ás 18 h.

Dr. Sarmiento Leite Filho

Prof. de Pathologia e Clinica Medica da Faculdade Doenças internas e nervosas

Cons.: Andradas 395, ás 17 h. Res.: S. Raphael, 112.

Nutrical

(Phosphato tricalcico)

Silva Araujo

O NUTRICAL DE SILVA ARAUJO, contém phosphato tricalcico puro e carbonato de cal precipitado, nas seguintes proporções:

Cada colher das de chá contém:

Phosphato tri-calcico puro	} ã ã
Carbonato de cal precipitado	
Assucar de leite	} 0,50

Remineralizador do organismo



Panplegia de Origem Toxica *)

Prof. Raul Moreira.

O caso que óra vos apresento não merece ficar ao olvido.

O pequeno desta observação, hoje criança robusta, adoeceu ha já cerca de anno e meio.

Ney, menino de 1 anno e 5 mezes, de côr branca, natural deste Estado, residente no arrabalde da Gloria.

Paes — relativamente fortes, accusando-se o progenitor de ter sido, quando solteiro, portador de lesões de syphilis adquirida, tendo recorrido a tratamento rigoroso. A reacção de Wassermann, no sôro sanguineo, deu resultado francamente positivo. No seu passado morbido, pae e mãe não se lembram de doenças graves. Ignoram a causa-mortis dos ascendentes, vivendo ainda, e acompanhou a doença do pequeno, a avó materna, confessada como senhora portadora de saúde privilegiada.

O observado tem uma irmã de 5 mezes de idade, sadia, e foi-me levado ao consultorio em fins de Junho de 1927 e o seu feitiço clinico assim se resume:

Amamentado ao seio materno até a idade de 8 mezes, seguindo-se dahi o sistema mixto, com sopas, pureias de batatas, mingãos, etc. . . Firmou a cabeça com 3 mezes, sentou-se com 7, e caminhou com 1 anno, sempre de sensorio perfeito, de attenção integra.

Adoeceu em fins de Dezembro de 1926, com diarrhéa intensa, mucosanguinolenta, em estado de apyrexia, assim permanecendo por 2 mezes.

Consultou a familia um clinico, residente no referido arrabalde, que lhe receitou lavagens de *collargol*, uma poção com bismutho e benzonaphtol, alternada com outra de acido lactico e, duas vezes ao dia, um tubo de *Lacteol Boucard*, granulado. Alimentação — exclusivamente o peito.

Pareceu melhorar a função intestinal, mas não se curou.

Outro collega foi consultado, em Maio de 1926, quando sobreveiu-lhe alta pyrexia, tendo sido receitado um collutorio, em virtude de uma pharyngite, afóra banhos tepidos contra a febre. A diarrhéa era, cada dia, mais intensa, de côr escura e seguida de vomitos.

Novo medico foi consultado, que prescreveu fricções de pomada mercurial e uma poção bismuthada.

Recorreram a mais dois collegas, tendo o ultimo receitado injecções de emetina de 0,02 diarias. Acha a familia que, não obstante ter tomado 18 injecções, não logrou melhoras no estado intestinal.

Após a 10.^a injecção notaram os paes que se manifestara no pequeno certa tris-



Antes da intoxicação

teza, apathia, falta de actividade para os brinquedos costumazes e que, em seus musculos, evidenciava-se, lento e lento, um gráo de flacidez que já não lhe permitia ter-se de pé, nem sentar-se, nem firmar a cabeça que veiu a cahir bamba, qual corpo inerte.

Pela manhã ao acordar-se, procurava sentar-se na cama e, para isso, rolava o corpo mollemente, até que se agarrava ao primeiro apoio, nem mesmo assim eralizando o intento, pois tinha o corpo flaccido como boneco de engonço, quadro esse seguido de pertinaz diarrhéa.

Amanheceu, um dia em franca cervi-

*) Comunicação á Sociedade de Medicina de Porto Alegre em Setembro de 1928 e transcripta da Revista dos Cursos, Anno XV — N.º 15 — 1929.

coplegia, em impossibilidade absoluta de firmar a cabeça.

Em tal situação, após a 18.^a injeção de emetina, em fim de Junho de 1927, é que o menino foi-me levado ao consultorio.

Por tel-o encontrado de pharynge hyperemiada, concomitante á flaccidez de seus musculos, mesmo em ausencia de exame laboratorial, fiz-lhe uma injeção de 3.000 u. a. de sôro anti-diphtherico, visto tambem que provocaria, naquelle organismo combalido, um choque necessario.



Em convalescença

Nessa occasião receitei tambem massagens manuaes e fricções de unguento napolitano, de par com injeções de oleo camphorado.

Dois dias depois informou-me o pae da melhora dos gestos da criança, já mais evidenciados e, no fim de duas semanas, tinha recuperado os movimentos activos, passivos, em qualquer posição. A cabeça firmou-se no 10.^o dia.

Quanto ao estado actual do menino, notava-se-lhe bastante emmagrecido, de pelle flaccida e pallida, olhos encravados nas orbitas. Deglutição prejudicada. Certo gráo de dyspnéa. Bulhas cardiacas apagadas. Pulso filiforme. Attenção embotada. Grande apathia. Franca paralysis flaccida generalisada. Palavra difficil, quéda da cabeça, em todos os sentidos. Diminuição accentuada dos reflexos superficiaes e profundos. Sensibilidades integras.

Que pensar de symptomatologia tão alarmante, de evidente ataque á esphera nervosa?

Paralysis post-diphtherica? No dia seguinte, convenci-me da impossibilidade desse diagnostico, pois, em geral as paralysisias pelo bacillo de Loeffler sobrevêm no final da doença, afóra as informações recebidas, totalmente negativas, quanto aos primordios da doença, pois o paciente enfermára havia já 8 dias desse estado de flaccidez muscular, legitima panplegia.

Poder-se-ia suppôr, egualmente uma *paralysis infantil*, um Heine-Medin?

Embora seu character proteiforme, bem longe andou o inicio classico, como infección agúda, de alta pyrexia, de prostação rapida, de suores abundantes. Demais, os reflexos não estavam abolidos, mas sim diminuidos.

Poderia haver nucleos isolados do mal de Heine-Medin na cidade, pois sabe-se que é enfermidade que, em surtos epidemicos, ataca adultos e crianças, com lesões graves dos nucleos cerebraes e bulbares.

Entretanto, dado o começo variavel, de signaes inconstantes, não seria de duvidar do Heine-Medin, não fosse a anamnese do doentinho, inteiramente falha, quanto ao despertar ruidoso, provocado pelo *medullo-virus*.

Repita-se, para isso, o que affirma o prezado collega, Dr. Ygartúa, na magnifica these de concurso sobre doença de Heine-Medin:

„Desde um quadro que apenas se apresenta com symptomas leves que, em horas, desaparecem e novamente tudo volta á normalidade, até o quadro alarmante e mortal do typo Landry, que não pouppando logar no neuro-eixo, vae invadindo territorios até que a vida é incompativel, pelas lesões profundas dos centros vitaes.

Cada dia mais nos afastamos daquelle conceito que existia — falar na Doença de Heine-Medin era dizer tambem paralysisia.“

Uma vez que se affirmasse o diagnostico de Poliomyelitte anterior agúda e em virtude da filiação dada pelo autor, eu affirmaria tambem um caso de *Syndrome cephaloplegica de Fernandes Figueira*.

Bem sabido é que o saudoso mestre assim definia tal modalidade clinica:

„Trata-se de syndrome composta de subita akinesia, observada sempre ao despertar, precedida ou não de catarro das

vias digestivas ou aereas, acompanhada, ás vezes, de diminuição dos reflexos tendinosos, e na maioria dos casos, de hypoeccitabilidade galvanica ou faradica dos musculos e com a regressão de todos os symptomas dentro de 4 ou 10 dias."

Fructo da coincidência, o caso que observei na Policlínica de crianças do Rio, e que constituiu o assumpto de uma de

Caso pessoal de Syndrome cephalo-plegia de Fernandes Figueira, post-diphtherica



Durante a syndrome

minhas théses de concurso, foi aquelle em que sempre se apoiou, mais pesadamente, o Prof. Fernandes Figueira, delle se referindo nos „Archivos de Médecine des Enfants“, caso que espantava a scena do Heine-Medin, forma abortiva do mal, predominando no Rio de Janeiro.

Não obstante, ha annos, apresentei á esta Sociedade de Medicina, um doente, cuja syndrome era identica a da cephaloplegia, sequencia de um ataque diphtherico, o mesmo se dando, na Bahia, com o Prof. Martagão Gesteira.

Neste caso, tão identica andou a phenomenologia clinica á descripta pelo mestre pediatra, que devo concluir por um doente dessa natureza.

Agora, ante as informações paternas, francamente concludentes quanto á syphilis, entraria em jogo, aqui, uma forma de paralysis cerebral infantil, de forma atonica, a *Syndrome de Foerster*.

Póde, a principio, ser distinguida, da Myatonia congenita, que Oppenheim descreveu em 1901.

Para distinguir-lhes, basta, porém, o exagero dos reflexos tendinosos e o surgir, de quando em vez, de certa resistencia muscular aos movimentos passivos, afóra franca flaccidez muscular e as articulações tão hyperestensíveis. E' evidente a hypotonia muscular.

E' forma rara de paralysis cerebral infantil e della observei um caso typico, em Abril de 1921, publicada na nossa Revista dos Cursos.

Mas, para destacad-a do doente em questão, accentue-se que, na Syndrome de Foerster, os reflexos tendinosos são exa-

Syndrome cephalo-plegia de Fernandes Figueira (Post-diphtherica)



10 dias depois. Curado

gerados, ha retardamento intellectual, afóra ser affecção de character chronico e se exhibir nos primeiros mezes da vida, signaes todos ausentes no meu observado.

A' primeira inspecção, poderia tambem ser levado a admittir um paciente de *Syndrome astatica-asthenica de Erb-Strümpell* ou *Myasthenia grave pseudo-paralytica de Jolly*.

Ataca individuos de toda idade, mais especialmente jovens. Ou toma inicio de surpresa, rapidamente, sobretudo na convalescença de doenças infecciosas, ou então começa proteladamente.

Certo que o caso do pequeno Ney não está incluído no âmbito de tão grave afecção, sempre de marcha chronica, de prognostico sombrio e de inicio bem diverso.

Ante, pois, uma symptomatologia que se exhubera para o lado do systema nervoso, em franco ataque ás funcções geraes, a asthenia, com dyspnéa de esforço, pulso rapido e hypotenso, o surdir rapido e progressivo da paresia muscular, que redundou em nitida panplegia, onde não fo-

Syndrome cephalo-plegica de Fernandes Figueira



Fig. 1

Caso da these de concurso

ram poupados os musculos do pescoço, o prejuizo da mastigação, deglutição e phonação, tudo relacionado á marcha do mal, concomitante ás injecções de um alcaloide, ao lado de diarrhéa continua, nada melhora, eu só poderia chegar á conclusão que o meu observado estava em estado de intoxicação agúda pela emetina, cuja dose maxima alcançou a 0,36 e cujos symptoms de intolerancia começaram com 0,20.

Sabe-se como o systema nervoso, é extremamente sensível á maioria dos venenos, e é tal a sua affinidade para alguns, que se chega á crer ser elle um legitimo tecido reactivo.

Tal essa facilidade de absorpção de substancias toxicas pelo systema nervoso

que tem sido possivel a verificação, no correr de certas intoxicações, que elle continha mais substancia toxica que os outros aparelhos.

Associando os methods biologico e biochimico, Georges Guillain emprehendeu grande série de pesquisas sobre as toxinfecções do systema nervoso, chegando a demonstrar como toxinas dipthericas e tetanicas alcançam os centros nervosos, o que tambem se verifica em necropsias desses enfermos, nas intoxicações medicamentosas.

Não fosse a prolixidade, e bem interessante seria o relato das numerosas experiencias e constatações anatomo-pathologicas de diferentes autores, evidenciando a electividade que, pelas substancias toxicas, tem o systema neuro-muscular, localizando-se uns, preponderantemente, na corticalidade cerebral, outros nos cornos



Fig. 2

anteriores ou posteriores da medulla, uns preferindo a substancia branca, outros a substancia parda do nevraxe.

No „Formulario de therapeutica infantil“, o saudoso Dr. Santos Moreira faz notar como a emetina foi introduzida ha pouco tempo na posologia da infancia.

Alcino Rongel communicou á „Sociedade Brasileira de Pediatria“, em Abril de 1915, série longa de observações, tendo fixado as seguintes doses a empregar sem receio:

Abaixo de 12 kilos 1 centigramma
Acima de 12 kilos 2 centigrammas

Referindo-se á toxidez do alcaloide, faz resaltar Manquat que 0,25 de emetina matam um coelho e um gato; 0,10 a 0,30 são bastantes para fazer perecer um cão, segundo Nothnagel e Rossbach.

Segundo Peholier as doses toxicas produzem uma diminuição da contractilidade muscular e abolição dos reflexos e mesmo uma paralyisia progressiva, tal pensa Podwysotszki.

Spehl e Colard observaram phenomenos analogos após a dose total de uma gramma, em 9 centigrammas cada dia.

No ultimo boletim sobre Emetina, do Laboratorio Clin, lê-se a nota seguinte:



Fig. 3

„Pelo contrario póde-se assistir a phenomenos de toxidez accumulativa que são devidos aos effeitos prolongados do alcaloide na funcção ureo-secretoria e sobre a actividade miocardica.

A dose maxima de segurança no homem normal não deve ultrapassar de 1 gramma por mez.“

Cabem bem aqui as palavras de Dopfer, citadas por Martinet, na sua „Therapeutica clinica“ em referencia ás doses para adultos:

1.º — Les injections d'émétine peuvent donner lieu à des accidents toxiques se traduisant par des troubles cardiaques, digestifs et nerveux pouvant parfois amener la mort.

Cette toxicité est favorisée par l'accumulation du produit dans l'organisme et

sa faible élimination journalière. Suivant les quantités totales qui ont été injectées, l'élimination peut durer quarante à soixante jours après la dernière injection, quand le malade a été traité quotidiennement pendant huit à dix jours.

2.º — D'après l'experimentation sur l'animal, et après l'observation thérapeutique humaine, on peut estimer que la dose maximum que l'organisme puisse tolérer atteint la dose totale de 1 gr. 20.

Toutefois certains sujets que ont reçu 0,60 à 0,80 commencent à éprouver quelques symptomes toxiques.

Tout dépend, pour expliquer ces différences de tolérance, de la qualité de l'émétine, de sa préparation, de son ancienneté de conservation, mais aussi de l'état de résistance générale du sujet.

3.º — En pratique, il est donc prudent de ne jamais dépasser la dose totale de 1 gramma, divisée par doses quotidiennes de dépassant pas elles-mêmes 0,08 à 0,10.

Si les symptomes toxiques surviennent, avant que la dose totale de 1 gramma soit atteinte, il y a lieu de suspendre le traitement.

Si la production de rechutes d'amibiase nécessite plusieurs séries de cures d'émétine, il y aura lieu, avant d'entreprendre une deuxième série, d'atteindre l'élimination complète du produit provenant de la cure précédente, cest-à-dire quarante à soixante jours.“

As alterações soffridas pelo systema nervoso são ainda mal conhecidas. Sabe-se, apenas, como o toxico attinge-lhe, por vezes, provocando, como no meu caso, uma hyperhemia dos centros nervosos, alterações congestivas para o lado do neuronio motor superior e inferior, com ataque franco ás funcções bulbares, com disturbios no systema neuro-vegetativo.

Sajous, no „Internal Secretions and principles of Medicine“, faz notar que „collapse, with marked muscular weakness and a steady lowering of the temperature, this is due to increasing paresis of the sympathetic and vaso-motor centres.“

Pouchet admite uma acção deprimente exercida pela ipéca sobre as funcções do systema nervoso central, e explica, pela propriedade attenuante do poder excit-reflexo da medulla, a acção do Xarope de Déséssartz contra a tosse.

Quanto á symptomalogia exhibida no meu caso, coincide com a descripção, aliás restricta, encontrada em varias obras de Manquat, Sollmann, Maurice Tyrode, Walter Bastedo, Amory Hare.

Que se accentue que mais succintos são os autores, no caso de toxico atacar os centros nervosos.

Quero resaltar, como curioso e raro no meu observado, o facto de se tratar de uma criança, o que não se assignala nos

livros que compulsei, sobretudo com esse caracter de panplegia. Ainda mais — a ptóse da cabeça, de aspecto clinico concordante com a *Syndrome de Fernandes Figueira*, em entidade morbida outra que as acima assignaladas, assim retratando mais uma vez, o quadro tão bem pintado, pelo inconfundivel mestre da Pediatria, no Brasil, e que a morte ha pouco arrebatou.

Porto Alegre — Dezembro de 1928.

A Sangria Incruenta

Da The Denver Chemical Manufacturing Company de Nova York recebemos a interessante publicação — „A Sangria Incruenta“.

Esta revista publicada em Inglez, Francez, Allemão, Hespanhol, Italiano e Japo-

nez teve uma circulação de 1.250.000 exemplares.

Consoante declaração que nos foi enviada em carta, a direcção da mesma enviará exemplares a todo o facultativo que ainda não a tenha recebido.

Gratos pela offerta que nos foi feita.

Gottas physiologicas

de

SILVA ARAUJO & C^{IA}

Dose: Adultos
x a xx gottas
2 vezes ao dia
Crianças
a metade
desta dose



FORMULA

CADA X GOTTAS
CONTEM:
EXT. FL. DE GUARANA 0,25
» » » MILA FRESCA ESTERIL 0,25
SOLUÇÃO DE PEPTONA IODADA, 0,05
ARRHENAL 0,005



INDICAÇÕES=

**PRETUBERCULOSE
ANEMIA
CONSUMÇÃO
NEURASTHENIA
MOLESTIAS NERVOSAS
DO CORAÇÃO, ETC. ETC**

Nutrical Iodado

Silva Araujo

Esta variante é o proprio NUTRICAL, contendo um miligramma (0001) de iodo organico por colherinha das de café.

Presentemente, considera-se o iodo na cathegoria dos alimentos, ajuntando-se assim, no grupo das carencias mineraes, uma forma por deficiencia ou ausencia de iodo.

Além da sua indicação na tuberculose pulmonar o NUTRICAL IODADO DE SILVA ARAUJO, attende tambem á therapeutica dos estados hypothyreoideus, de insufficiencia thyreoidiana, e nos engorgitamentos ganglionares.

NÃO CONTEM ALCOOL, NEM ASSUCAR

Ideas recentes acerca do tratamento do hipertiroidismo pelo iodo. (*New views on the treatment of hyperthyroidism with the iodine*), por L. DAUTREBANDE. — *Lancet*, 27 de Abril 1929. (Transcripto da Rev. Lisboa Médica N.º 6 — Ano VI — Junho de 1929).

Morals David.

Se a opinião dos que têm estudado o tratamento do bócio exoftálmico é unânime em afirmar as vantagens do uso do iodo, outro tanto não sucede quando se aborda a questão do mesmo tratamento nos casos de adenoma tóxico da tiroideia.

Para esta variedade há AA. que formulam as mais aterradoras contra-indicações, considerando o método inconveniente e até perigoso pelas alterações que pode produzir e que, nas formas mais graves, terminam no chamado iodo-basedovismo.

Os AA. americanos e de Quervain assinalam esta contra-indicação e reprovam o uso do iodo nas formas de adenoma tireotóxico. Outros AA. porém, e entre êles figura Dautrebande, empregam o iodo nestas formas de adenoma, assinalam vantagens iguais à que se obtém no bócio exoftálmico e comprovam-nas pelos estudos repetidos do metabolismo basal. Supõe Dautrebande que esta discordância provém das condições geográficas diferentes em que operam os diferentes AA.

Ainda, segundo certas opiniões, a atenuação dos sintomas do bócio por intermédio do iodo é transitória e tende a decrescer com a continuação do tratamento.

Dautrebande faz o tratamento contínuo e prolongado por meio de doses progressivas, e desta maneira consegue a atenuação progressiva dos sintomas tóxicos e a baixa sucessiva do metabolismo basal. Cada vez que o metabolismo tende a subir, o A. aumenta a dose de iodo. A altura apropriada para a intervenção operatória

nos doentes pode, com vantagem, ser atrasada alguns meses com aumentos de peso que chegam até 10 quilogramas e melhorias correspondentes dos sinais cardíacos. Logo que a dose de lugol atinge as 20 gotas diárias propõe mais o A. o desdobramento em doses pequenas distribuídas pelo decurso do dia, e com esta técnica torna demonstrável a acção terapêutica do iodo em certos casos que se mostravam rebeldes às doses maciças.

Tratamento das dispepsias do lactante pelo soro com leite de amêndoa, segundo Moll. (*Traitement*, etc.), por DIENTS (Bruxelas e Vienna de Austria). — *Revue Française de Pédiatrie*. Tómo IV, n.º 4 Agosto de 1928. Págs. 436-448. (Transcripto da Rev. Lisboa Médica N.º 6 — Ano VI — Junho de 1929).

Meneses.

A mistura de leite de amêndoas e de soro do leite, prescrita por Moll, e que é já conhecida há perto de cinco anos, mostrou-se ao A. muito eficaz na estabilização das diarreias e nas dispepsias do lactante alimentado artificialmente.

Os sintomas tóxicos, as diarreias e a perda de peso, desaparecem dêste modo com mais segurança do que com os alimentos-medicamentos de base de caseína, sendo talvez até mais económico.

O seu valor calórico, igual ao do leite da ama preserva a criança da inanição e da acidose.

A riqueza em sais protege-a contra as grandes perdas de água.

Depois da estabilização do peso e da desapareição das perturbações dispépticas, permite passar sem perigo para uma alimentação contendo leite de vaca, quer directamente, quer com escala por um alimento-medicamento.

Os „Archivos Rio Grandenses de Medicina“ aceitam annuncios de preparados, casas de material de laboratorio, cirurgia, automoveis, etc. etc.

A Revista sahirá mensalmente e terá grande circulação em todo o Brasil, em especial no Rio Grande do Sul.

Os pedidos de annuncios devem ser dirigidos para a caixa postal n.º 442 — Porto Alegre.

Notas sobre um caso de Febre Amarella, de forma Hepato-Renal Grave, occorrido em Porto Alegre em Maio de 1929*)

Prof. Basil Sefton.

Ha mais de 40 annos não se observam casos de febre amarella em Porto Alegre, sendo o que se segue o primeiro notificado após o advento da Republica.

Trata-se de A. H., branco, norueguês, 22 annos, foguista do cargueiro „Skogland“, que, procedente de Oslo e tendo feito escalas em Recife e Rio, aqui aportou a 6 do corrente.

O paciente, que veio ao Brasil pela segunda vez, é de constituição robusta e, segundo as informações colhidas, não foi atacado anteriormente de molestia tropical, nem tampouco inhalou chloroformio, ingeriu phosphoro ou se fez injectar neosalvarsan. Saltou á terra em Recife e pernoitou preso num xadrez do Rio na noite de 24 a 25 de abril, tendo pisado em terra novamente na tarde de 25, entre 18 e 19 horas, e, nos demais dias em que esteve naquelle porto, dormiu a bordo, estando o navio atracado ao armazem 5 e tendo pelo costado livre chatas a descarregarem.

No dia seguinte á partida do Rio, isto é, a 2 de maio, sentiu-se subitamente doente, com febre, calefrios, dôr de cabeça.

O navio, que fez viagem directa até o nosso Estado, fundeou em Porto Alegre no dia 6, á tarde, occasião em que foi convidado pelos agentes a ir assistir o enfermo a bordo. Chegado, levou-me o commandante a uma cabine situada na ponte de commando, onde se me deparou um marujo ainda joven, deitado em um beliche inferior, com apparencia de gravemente enfermo. Colhidos alguns dados sobre os antecedentes do doente e as escalas que o navio havia feito, o que ficou registrado acima, iniciei o interrogatorio, per intermedio do commandante, em lingua inglesa, visto o paciente não falar outro idioma senão o seu, o norueguês.

Apurei que o mesmo se queixava de dôr accentuada na região lombar e nos membros inferiores, ligeira ansiedade gastrica, cephalalgia supra-orbitaria intensa e grande asthenia. O doente exhalava suspiros e emittia penosos gemidos. A temperatura attingia 39,5° C., com um pulso cheio e rhythmico de 72. Pelle secca. Observada a *facies*, as palpebras inferiores

ecchymosadas e o olhar particularmente brilhante davam a impressão de languor e soffrimento, as conjunctivas accusavam uma leve injectão, a par de uma tenue, muito tenue subictericia da esclerotica dos angulos internos.

Uma accentuada photophobia fazia com que o doente se furtasse á luz, procurando sempre deitar-se com o rosto para a parede.

Não havia vultuosidade da face. Esta, entretanto, apresentava um rubôr uniforme e diffuso. O tegumento da parede thoracica tinha o mesmo colorido e sobre elle se desenhava a estampa nacarada da mão, quando esta o premia.

Tal colorido cutaneo de cor de cereja resulta sempre da combinação do vermelho com o amarello claro e é, por isso, muito caracteristica e de grande importancia, quando não é produzido artificialmente por algum agente revulsivo.

Voltei a examinar as conjunctivas em busca do elemento ictericia. Era tão subtil que, com o proposito de eliminar a auto-suggestão, afastei as palpebras do enfermo, e, chegando mais á luz natural, perguntei ao commandante e ao dispenheiro, que estavam presentes, se não achavam os olhos amarellados. A attitude dubia de ambos nada me adeantou. Encontrava-me nesta conjuntura, sem me poder mesmo convencer da presença de um signal que seria factor da maxima importancia para a elucidação do meu caso, quando um pequeno accidente inesperado veio dissipar toda duvida, quanto á existencia da ictericia.

Afim de proceder ao exame physico do doente com mais conforto, pedi ao dispenheiro que o retirasse do acanhado beliche, collocando-o num sofá ao lado. Este senhor accedeu promptamente ao meu pedido e, com o auxilio de um camarada, o collocou sentado no referido sofá. O paciente, em estado de abatimento consideravel de forças, teve uma lipothymia e

*) Este trabalho foi lido na Sociedade de Medicina, e transcripto da Revista dos Cursos — Anno XV — N.º 15 — 1929.

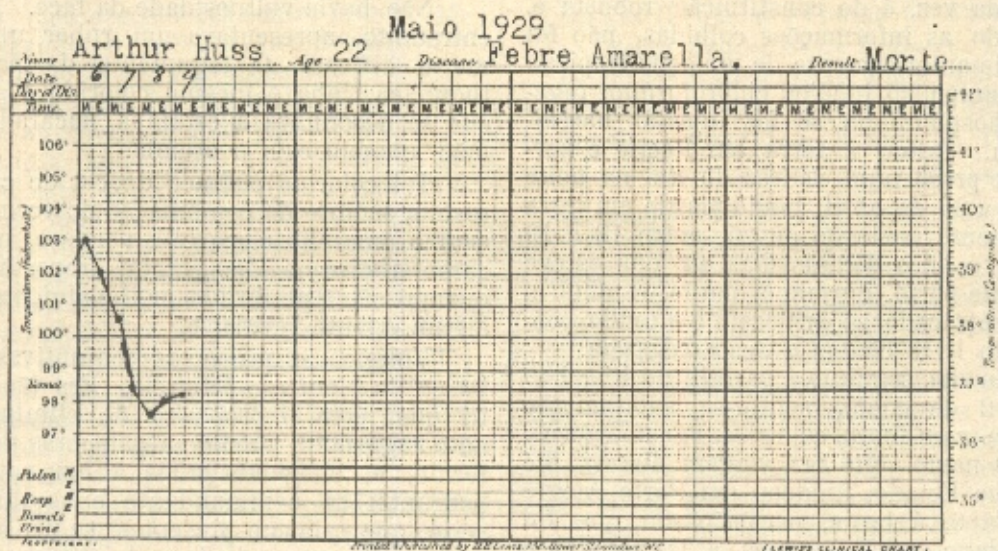
foi, então, que eu pude discernir com o desmaio, pela dissociação momentanea do rubor, uma cor levemente açafroada de todo o tegumento.

O exame minucioso dos aparelhos respiratorio e circulatorio nada revelou de anormal.

A palpação do abdomen mostrou um fígado ligeiramente doloroso, mas dentro das dimensões normaes. Epigastralgia, signal de Steidl e baço impalpavel. Solicitado a urinar, não o conseguiu e foi-me, então, fornecida uma urina turva, jumentosa, que estava em deposito e que, examinada na propria occasião, accusou grande quantidade de albumina.

mucosos e biliosos, provocados pelo paciente que levava frequentemente os dedos á garganta. A pressão arterial, medida gentilmente pelo professor Thomaz Mariante, accusou Mx: $11\frac{1}{2}$ Mn: $7\frac{1}{2}$ (Vaquez-Lauby). Por esta occasião começou o declínio da pyrexia, que marcou o inicio do segundo periodo.

Com a remissão da temperatura, diminuíram de intensidade a cephalalgia e o brilho dos olhos, abrandaram as dores nos membros inferiores, a diurese tornou-se abundante e durante algum tempo o doente apresentou uma acalmia enganadora, uma melhora ficticia, muito propria deste rapido periodo de transição. Com



Deante de uma syndrome tão suggestiva num individuo que, dias antes, estivera exposto á aggressão de aedineos numa cidade onde se manifestava um surto epidemico de typho americano, e, sendo remotas as possibilidades de erro dependentes de provas laboratorias ainda em incubação, optei pela decisão mais logica, segura e prudente — dei-me pressa em declara-lo um caso de febre amarella.

Feita immediatamente a notificação ás autoridades sanitarias, foi o doente, sem perda de tempo, removido para a secção de isolamento da Santa Casa de Misericórdia, onde subsequentemente apresentou exacerbção da cephalalgia supra-orbitaria, não obstante estivessem os seios nasaes integros á diaphanoscopia, accentuada inquietação, vomitos alimentares,

efeito, por volta das 2 horas, o doente, sobremodo desalentado, faz sentir ao enfermeiro que vae morrer, e, de facto, em breve agravam-se os symptomas, prepondera a adynamia, a ictericia acnesmica accentua-se e surgem novos signaes, então ominosos, como grande inquietação acompanhada de suspiros e queixumes flebeis e soluços estrepitosos e fatigantes, nephrose, caracterizada por uma intensa ischuria, com augmento consideravel da albuminuria, cylindruria granulosa, etc., melena, sensação de repleção gastrica, vomitos negros de dez em dez minutos. Finalmente, cerca das $8\frac{3}{4}$ do mesmo dia 9, com a intelligencia lucida, depois de alroz ansiedade epigastrica, emittio copioso vomito preto que, jorrando pela bocca e pelas narinas, lhe inundou as vestes, man-

chando as roupas do leito e a parede do quarto, como se poderá ver na fig. 2.

Expellida essa massa consideravel de liquido hemorrhagico, o paciente cae em profundo colapso e, com o pulso tachycó e filiforme, ao cabo de dez minutos, levando os braços á cabeça, expira sem articular uma nota.

As pesquisas laboratorias constaram de: Hemocultura em geral, hemocultura em bile, para os b. typhico e paratyphicos; reacção de Widal, diazo-reacção de

DIAGNOSTICO DIFFERENCIAL

O diagnostico differencial da febre amarella nem sempre é tarefa simples. No raciocinio clinico ponderado que deve preceder o estabelecimento do diagnostico, o pratico precisa passar em revista todas as entidades morbidas proteiformes, capazes de assumir a physionomia do complexo symptomatico que caracteriza o typho icterico, excluindo, por meio de apreciação critica dos symptomas capitaes, uma por uma, as hypotheses cabiveis.



Fig. 2

Ehrlich, pesquisa do plasmodio de Laveran, do espirillo de Obermeyer, todas com resultado negativo.

A formula leucocytaria revelou-se normal.

A dosagem de hemoglobina accusou uma porcentagem de 90.

Os reiterados exames de urina demonstraram a presença de grande quantidade de albumina, diversos pyócytos, varios globulos vermelhos, algumas cellulas epitheliaes, diversos cylindros hyalinos, muitos cylindros granuloses, etc., etc.

O indice optico, em face da resorcina, verificado pelo Prof. Pereira Filho, foi de 18.

Houve ausencia de retracção do coagulo.

Assim, a ascensão subitanea da temperatura, a presença de um baço normal, a hemocultura em bile, e a reacção de Widal negativas, a ictericia (apenas 3 em 829 casos de Osler), a leucocytose, já eram bastantes para duvidarmos de que se tratasse de um caso de infecção do grupo typhico.

O sexo, a esplenectasia, a ausencia de uma ictericia intensa acompanhada de prurido, a falta de leucina e tyrosina na urina, o figado antes ligeiramente augmentado que diminuido, a pyrexia, a historia negativa de inalação de chloroformio, ingestão de phosphoro ou injeccção de neosalvarsan nos induzem a abandonar a hy-

pothese da atrophia amarella aguda do figado.

O diagnostico da malaria maligna é insubsistente, dada a ausencia absoluta do hematozoario sob a forma de gametos, bem como da hemozoina, verificada em exames multiplos e minuciosos do sangue. O parallelismo entre o pulso e a temperatura e a falta de megalosplenía, sobremodo raros no inicio do impaludismo maligno com cyrrhose, a ictericia, a albuminuria e a hematuria, a proporção normal de grandes lymphocytos (menos de 15%), tudo depõe ainda contra o diagnostico de impaludismo.

Quanto a pyemia e septicemia, a ausencia de focos infecciosos, a cultura geral negativa, etc., nos autorizam a descrever de sua existencia.

Na doença de Weill, a ictericia já se apresenta intensa nas primeiras 24 horas. Não se observa discordancia esphygmothermica.

A falta de leucocytose e a pesquisa reiteradamente negativa de espirillo de Obermeyer em sangue recolhido durante a exacerbação febril repellem o diagnostico de febre racurrente.

No envenenamento pelo phosphoro, o pulso apresenta-se rapido e o baço augmentado de volume.

Na dengue, a occurencia de ictericia, de nephrose e do vomito negro é muito rara. Além disso, observa-se nesta entidade, na maioria dos casos, um erythema inicial pruriginoso e urente, não característico. Verifica-se uma leucopenia geral de 4.000 com diminuição polymorphonuclear e augmento relativo dos mononucleares. Ha dôres musculares e articulares. No prognostico differe em absoluto, pois a mortalidade é apenas de 0,1% segundo refere Hare. Por fim a diazo-reacção de Ehrlich, jamais positiva na febre amarella, é o frequentemente na dengue grave.

Na febre biliosa hemoglobinurica, o augmento dos mononucleares e a verificação espectroscopica de oxyhemoglobina e, ás vezes, de methemoglobina e hematina acida na urina bastam para caracterizá-la. Ha sempre antecedentes paludicos e o fi-

gado apresenta-se sensivelmente augmentado.

As considerações acima esplanadas levam-nos, pois, a estabelecer para o caso vertente um diagnostico inequivoco de febre amarella.

O tratamento empregado consistiu na applicação do classico methodo de Sternberg, modificado, além da therapeutica symptomatica (crymotherapia tonicis diffusivos, diuréticos, cardiosthenicos, etc., etc.)

O exame cadaverico e os achados da necropsia revelaram:

Amarellidão do tegumento externo malhado de ecchymoses.

Elevação de temperatura, tendo o corpo permanecido quente até o momento da autopsia, isto é, 10 horas após a morte.

Rigidez cadaverica precoce.

Decomposição rapida.

Figado de tamanho normal, exangue, de côr pardo-amarellada.

Vesicula de tamanho normal, contendo pequena quantidade de lodo biliar.

Baço de dimensões normaes, congesto e molle.

Tubo pharyngo-esophagico cheio de liquido espesso e negro.

Estomago distendido, de côr violacea, contendo grande quantidade de materia semelhante a borra de café; mucosa hypertrophiada, pontilhado linear hemorragico.

Ligeiro engorgitamento dos ganglios mesentericos.

Rins de tamanho normal, congestionados.

Bexiga contendo 150 cc. de urinalimpida.

Pericardio com effusão de cerca de 15 cc. de liquido amarello-esverdeado (phenomeno raro, jamais encontrado por Torres Homem).

Pleuras normaes, pulmões fortemente congestos, fluctuantes na agua.

Meninges congestionadas, com pontos hemorragicos.

O exame bisto-pathologico, feito solidamente no Instituto Pereira Filho e Laboratorio da Hygiene, pôz em fóco a necrose cellular hepatica salpicada, de Rocha Lima, e uma polyesteatose visceral intensa, caracteristica.

Accitamos a permuta com qualquer das

Revistas Medicas Nacionaes ou Exrangeiras