

Archivos Rio-Grandenses de Medicina

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

REDACTORES:

PROFS. ANNES DIAS, RAYMUNDO VIANNA e LUIS GUEDES

SECRETARIO: DR. RICARDO A. WEBER

OS CORPOS REDUCTORES DO LIQUIDO CEPHALO-RACHEANO

Conferencia lida na Sociedade de
Medicina em Setembro de 1921

Dra. Joanna Lopes.

Começarei dizendo porque adoptei a denominação de **corpos reductores** neste trabalho, em vez da de **glycose**, ou da de **assucar**.

Em realidade admitto com a pluralidade, senão totalidade dos autores modernos que seja um assucar, a glycose, o principal corpo reductor do Fehling, existente no liquido cephalo-racheano **normal**.

Está provado, porém, que, ainda normalmente, além da glycose existem no liquor substancias capazes de reduzir os licôres cupro-alcalinos (creatinina e outros azotados).

Quanto ao liquor pathologico, todos sabem que pôde conter outros assucares que não a glycose: a galactose, por exemplo, dotadas de propriedades reductoras; além dos azotados que teem tambem poder reductor.

(*) A autora observa ser a presente conferencia, em grande parte, resumo do trabalho, muito recente e ainda inédito, que apresentou á Faculdade de Medicina de Bello Horizonte, quando ali revalidou o seu titulo de medica pela Universidade de Buenos Aires.

Deschamps e Bussy, em 1852, verificaram pela primeira vez substancias com propriedades reductoras em solução cúprica alcalina, do liquido cephalo-racheano de um caso de fractura de base de crâneo com grande escoamento pelo ouvido.

Este caso refere-se frequentemente como de **hyrorrhea nasal**. Compulsando, porém, os Annaes da Academia de Medicina de Paris de 1852 verificamos que se trata, de facto, de escoamento pelo ouvido.

Depois d'isso, e sobretudo depois do descobrimento da punção lumbar por Quinke, em 1891, numerosos pesquisadores têm vindo confirmando o novo achado, muito se discutindo, entretanto, sobre a natureza chimica das alludidas substancias reductoras.

Para as primeiras observações inclusive Claude Bernard que fez experiencias com liquido cerebro-espinhal de cães, era glycose.

Outros autores, como Turver e mais tarde Hoppe, sustentaram abertamente que substancias muito diversas da glycose constituam o principio reductor do liquido.

Gorup-Besanez opinava tratar-se de **alcaptona**: Halliburton, de **pyrocatechina**, Toison e Lenoble de **peptonia**.

Em 1897 porém Nawratzki afirmou a presença de glycose no liquido de bezerros normaes e de homens dementes paralíticos.

Depois dos importantes trabalhos de Nawratzki e Denigés, ficou sendo a **dextrose** com razão considerada o mais importante principio reductor do liquido cephalo-racheano.

Alguns, se abstiveram ainda de confirmar

as verificações dos dois autores citados. Dubos sobretudo, procura provar que a substancia reductora seria um producto das bases xanthicas, e dos ultimos residuos da actividade cellular (creatina, creatinina, xantina e hypoxantina).

Dubos analysou sómente líquidos morbidos de paralyticos geraes, de tabidos, de syphiliticos cerebraes e de alcoolicos chronicos.

Elle achou redução do Fehling directamente e após depuração pelo sub-acetato de chumbo — mas ausencia de redução após depuração pelo bi-chlorureto de Hg.

Outro argumento de Dubos conrario á existencia de glycose no liquor é o modo de comportar-se este com o reactivo bismutho-sódico de Böttger-Nylander.

Diz o autor: "Experiencia I — Tomam-se 5 c.c. de uma S. de glycose, adiciona-se 1 c.c. de reactivo de bismutho e levam-se a ebulição. O liquido empardece, ennegrece, e deposita-se ao fundo do tubo um precipitado negro muito abundante de bismutho metallico. — Experiencia II — Si aquecemos l. c.-rach. em presença do reactivo de Böttger a mistura amarellece, mas não ennegrece nunca, e não se fórma deposito algum.

Experiencia III — De outro lado, o l. c.-rach. não contém substancia capaz de entrar a reacção, porque, si, na experiencia II depois de ter verificado ausencia de toda e qualquer redução, ajuntamos uma pequena proporção da glycose, a reacção de Böttger é então nitidamente positiva.

Este argumento é falho, pois que logo na 1.^a experiencia elle deixa de nos dizer qual o titulo da solução de glycose, á qual addicionou 1 c.c. de reactivo bismuthico, para obter o tom negro caracteristico. Isso é de importancia capital no caso, pois o reactivo de Nylander só revela glycose na urina quando esta existe na proporção de 0.50 % pelo menos.

Nós fizemos uma serie de experiencias relativas ao ponto em questão e apurámos que a tonalidade negra não é franca com soluções de glycose em agua destillada de menos de 0.25 % (verificação identica á de Ashley Faught).

Si nos lembrarmos de que os corpos re-

ductores do liquor, fóra de casos de diabetes, de comas cancerosos, não apresentam nunca percentagens verdadeiramente elevadas, comprehendemos a sem-razão deste argumento.

Dubos refere-se ainda á reacção de Moore, que consiste em tratar a solução assucarada pela potassa caustica, que lhe dá um tom amarello nas soluções fracas, pardos e até negro nas concentradas.

Divergem as opiniões de diversos autores com relação ao valor deste methodo, classificando-o uns de excellente e outros de infiel.

Nós verificamos numa serie de experiencias que sua sensibilidade é muito grande, chegando a revelar a glycose em soluções puras até em uma percentagem de 0.03 %.

CAPITULO III

TECNICA

Preparo prévio do liquor

Chamamos a attenção dos práticos para a necessidade deste tempo preparatorio, pois a inobservancia de alguns simplicissimos cuidados (menos de rigor para outras determinações, como, p. ex., as de certos elementos mineraes pouco alteraveis, póde falsear o resultado da analyse, assim qualitativa com quantitativa do assucar cephalo-racheano.

Os erros a que nos queremos referir consistem no maximo das vezes em obtenção de cifras inferiores á realidade, pelo facto de não ser evitada a glycose occorrente "in vitro" nos líquidos contendo elementos (*) ou germes, estes e aquelles capazes de consumir hydro-carbonados.

Para obviar essa possibilidade prejudicial, alguns autores immediatamente após a punção, addicionam ao liquor igual volume de sol, saturada de fluoreto de sodio (como se faz com o sangue) ou de reactivo

(*) Quanto á glycose espontanea em líquidos c.-rach. "sem" elementos figurados, outr'ora admittida por Cavazzani, sabe-se que é hoje negada pela unanimidade dos pesquisadores.

de Patein. Mestrezat apenas insiste sobre a vantagem da centrifugação do liquor, tão proxima quanto possível do momento de sua retirada do organismo.

Confirmando o valor do conselho do mestre francez, tivemos a lembrança de verificar, por varias provas, qual seria a média da perda de assucar na unidade de tempo em alguns exemplares de liquor com leucocytes.

Escolhemos dois casos de paralyisia geral com forte augmento de lymphocytos. Dosámos duas vezes em cada um delles os corpos reductores post-depuração de Mestrezat, a primeira vez logo após a punção, a segunda 24 horas depois (liquidos guardados em geladeira, asepticamente). A média da diminuição foi apenas 0,15 ‰. Em um desses dois liquidos (guardados nas mesmas condições) dosámos ainda os corpos reductores post-dep. (sempre com 8 c.c.) por terceira vez, 72 horas após a punção: a nova diminuição foi de 0,08 ‰ apenas, apezar do maior intervallo.

Parece, pois, que o glycolyse provocada por elementos figurados vai diminuindo, vai exgottando-se com o tempo. Até certo ponto, constituem boa contra-prova desse facto algumas observações nossas de liquidos com lymphocytose e glycosia moderada, que, guardados quatro e mais dias, ainda revelavam assucar pela dosagem.

Mestrezat adopta ainda outra prática para os casos em que é inteiramente necessario adiar o exame por varios dias (e até semanas): a de levar os tubos com o liquor a banho-maria fervente durante 5 minutos.

Tivemos occasião de verificar em um caso de lesão das fitas opticas por placa de meningite luetica com diabete insípida intensa, que, no liquor, separado em duas porções de 8 c.c., ambas as quaes foram centrifugadas logo após a punção (havia sangue) e uma só das quaes fervida um instante — não accusou a dupla dosagem post-depuração — feita tres dias depois — nenhuma differença: 0,44 ‰ em ambas as porções. E' provavel, pois, que, para o assucar, a conservação **rigorosa** do liquor centrifugado em ambiente frígido possa supprir a fervura prévia.

Em todo caso, quando seja preciso recorrer á fervura, deve haver a precaução, lembrada por Mestrezat, de, após resfriamento, introduzir bem os algodões dos tubos e fechar estes ainda com rolha de cortiça, afim de evitar toda e qualquer concentração. E, de facto, quando se dá uma concentração qualquer, a taxa da glycose indicada pela dosagem será evidentemente **superior** á realidade. Nessas condições, para evitar qualquer duvida, aconselhámos que se dê um traço com lapis de diamante no vidro do tubo, ao nivel da superficie do liquido, em ordem a apurar depois qual haja sido a concentração operada, fazendo-se os calculos precisos.

Avaliação approximativa dos corpos reductores pelo licôr de Fehling (ensaio directo)

Nem sempre o clinico pôde dispôr de laboratorio, onde seja possível fazer a dosagem precisa da glycorachia de dado paciente.

Neste caso deve fazer-se o ensaio directo.

Não entrarei em minucias da technica do exame, pois se trata de processo por todos conhecido.

Accentuamos, entretanto, que só deve ser empregado quando fôr de todo impossivel fazer as dosagens — pois a sua imprecisão é evidente, por exemplo: liquidos de meningite que não tinham dado nenhuma redução do Fehling, accusaram pela dosagem, quantidades de assucar variaveis de 0gr.12 a 0,24 ‰.

Este facto foi interpretado de um modo racional por F. Gerard, que fez varias experiencias provando a **acção impeditiva das hyper-albuminoses** sobre a redução do Fehling no **ensaio directo**, sem depuração prévia do liquor.

O autor observa que a **reacção do biuret**, frequente nos casos de hyper-albuminoses e "resultante da formação de um verdadeiro composto cupro-potasico produzido pelo contacto da albumina com o Fehling" — perturba e mascara por vezes a redução do licôr,

Dosagem

METHODO GRAVIMETRICO

Antes de tudo, devemos dizer que não empregamos (nem aconselhamos) para a dosagem dos corpos reductores do liquor nenhum dos antigos processos ponderaes (Allihn-Pflüger ou Soxhlet, A. Girard, etc.), que, theoreticamente, das determinações que aproveitam o principio da capacidade reductora dos assucares, são as unicas absolutamente exactas. E assim procedemos, amparados na opinião das maiores competencias, das quaes nos bastará citar os Professores Denigès e Neuberg.

Com relação especificadamente ao liquor, só temos noticia de terem sido feitas algumas dosagens gravimetricas por Sydney Mann, no serviço do grande neurobiologista inglez Mott (1910). A média de 1.2 a 2.5 0/0, encontrada então, por demasiado alta, não será expressiva de deficiencias technicas do processo empregado?

METHODO VOLUMETRICO

Incontestavelmente, a titrimetria satisfaz por completo as necessidades da clinica, no ponto de vista da dosagem dos corpos reductores do liquor.

O processo que empregamos na quasi totalidade de nossas observações foi o de Mestrezat, que applica ao liquor o principio do Fehling primitivo, usando, porém, depuração especial.

Processo de Mestrezat

Depuração — A 8 c.c. de liquido cephalo-racheano collocados em um tubo de centrifugar-se adiciona-se 1 c.c. 5 de uma solução de **acetato neutro de chumbo** a 30 p. 100; agitar e depois deixar repousar alguns minutos. Clarificando-se o liquido, ajuntam-se-lhe 3 c.c. 5 de sulfato de sodio em solução saturada. Virar o tubo duas ou tres vezes, obturando-o com o dedo. Centrifugar, depois decantar o liquido claro que sobrenada. Está concluida a depuração.

Dosagem — Para essa dosagem são necessarios:

a) um licôr adjuvante, absolutamente exacto, a 2 gr. 50 de glycose por litro, obtido diluindo de metade o licôr a 5 grammas que serve para titular o Fehling.

b) um licôr de Fehling composto de duas soluções: de uma solução de sulfato de cobre puro a 34 gr. 65 p. 1000 e de uma solução de sal de Seignette sodico encerrando por litro:

Sal de Seignette.....	173 grs.
Soda pura em placas.....	130 grs.

A dosagem effectua-se da seguinte maneira:

Introduzem-se em 1 balão pequeno 5 c.c. da solução alcalina de sal de Seignette, deitam-se ahi, em seguida, agitando a mistura, 5 c.c. da solução cuprica, uma dezena de centimetros cubicos de agua e aquece-se no bico de Bunsen até ás visinhanças da ebulição.

Tendo sido decantado em um tubo de ensaio o liquido cephalo-racheano depurado e limpido, pipeta-se dahi um volume determinado, o mais consideravel que possivel (10, 11, 12 c.c.) e introduz-se tal quantidade no balão, um instante retirado da chamma.

Deixam-se então cahir no balão 2 a 3 c.c. do licôr assucarado adjuvante contido na bureta e continúa-se a aquecer para levar a termo a redução do Fehling.

Não sendo sufficiente para reduzir todo o licôr de Fehling usado a quantidade de assucar contida no liquido em exame mais a dos 2 a 3 c.c. accrescentados, continuam-se até completo descoramento as effusões do licôr adjuvante a 2 gr. 50 por litro, com as precauções habituaes. (Convém, com effeito, affin de bem "formar" o precipitado de oxydulo de cobre e seguir sem difficuldade o descoramento, só derramar o licôr adjuvante por fracções de 2 c.c. no começo; depois, por meio-centimetros cubicos, em fim por 2 decimos de centimetro cubico cada vez).

Depois de cada effusão, é o balão levado alguns instantes á chamma e, em seguida, examinando sobre um fundo branco por transferencia ou reflexão, segundo as con-

dições de luz ou as preferencias individuaes de cada observador.

Apprehende-se assim com facilidade o descoramento é completo. Uma affusão supplementar de 0 c.c. 2 dá ao liquido a coloração amarella facilmente perceptivel.

Os calculos da dosagem são simples:

A differença entre o algarismo lido na bureta e o que se obteria, effectuando a redução dos 10 c.c. do Fehling (5+5) pelo sí licôr adjuvante, sem addição do liquido depurado, representa em centímetros cubicos de licôr a 2 gr. 50 de glycose por litro, a riqueza em assucar do volume do liquido depurado em questão.

Outros processos, em que se usa ferro-cyaneto de potassio

Todos os processos em que entra o ferro-cyaneto de potassio com o objecto de precisar mais o momento final da operação são inseguros. Taes são os methodos Causse-Bonnans, Guy Laroche, Sicard e Linosier.

Estes methodos teriam sua indicação, na dosagem de assucar na urina, e de certo tambem na industria, mas não para o exame do liquor em que o accrescimo de um reactivo, introduz na reacção, um novo elemento que pôde ser perturbador.

Objecção semelhante pôde fazer-se de modo geral a alguns dos processos em que se usa o ammoniaco, o cyaneto de potassio (não mais ferro-cyaneto).

Duas palavras sobre o methodo de Causse-Bonnans.

Ao começo de meu trabalho eu fiz todas as dosagens com este methodo. Mas, fazendo dosagens com soluções conhecidas de glycose, verificava que dava erro e grande para mais, e que sobretudo não era constante, como acontece com o Mestrezat que dá pequeno erro para menos.

Foi nessas condições que resolvemos passar a usar o Mestrezat.

Alguns pormenores pessoases de technica

Na immensa maioria das nossas observações as dosagens foram feitas no mesmo dia das punções. Sempre que isso não foi possivel, annotámos a differença de tempo

decorrente entre punção e dosagem. Em todos os casos, até quando decorriam apenas horas da punção ao exame (punções pela manhã, exames á tarde), os liquidos eram guardados em geladeira. Os liquidos em geral não foram fervidos, nem centrifugados antes de serem guardados.

Já dissemos que a quasi unanimidade de nossas dosagens foi feita pelo **processo de Mestrezat**. Diremos algo do que nos ensinou a pratica de algumas centenas de dosagens por esse processo do chamado **methodo por differença**.

Em primeiro lugar devemos dizer, em relação á **depuração**, que não nos era necessario manter por mais de **um minuto** o contacto do liquor com a sol. de acetato neutro de chumbo, **antes de ajuntar a sol. de sulfato de sodio**. Mestrezat manda que esse contacto seja de **alguns minutos**. (Braudeis aconselha que o react. plumbeo (de Courtonne) seja deixado em mescla com a urina que se quer depurar — **pelo menos durante 15 minutos**).

Tivemos naturalmente o cuidado de nos certificar, por experiencias prévias, de que soluções conhecidas de glycose a varios titulos tratadas pelo depurador de Mestrezat dão, á dosagem pelo Fehling, a mesma cifra, **quer se deixe a sol. plumbea em contacto com a agua glycosada 15 minutos, quer um só minuto** (antes do tratamento pelo sulfato de sodio).

Verificámos igualmente, por numerosas dosagens de soluções conhecidas de glycose em agua destillada (e em sôro physiologico) a varios titulos (1,0 0/00, 0,5 0/00, 0,25 0/00) que não tinhamos, com a technica usada, senão os chamados **erros systematicos**, de todo em todo despreziveis.

Além, disso, dosámos tambem repetidas vezes soluções conhecidas de glycose **antes e depois da depuração**, com o objectivo de verificar si esta, só por si, seria capaz de subtrahir proporção apreciavel de glycose.

Apurámos que, de facto, numa sol. de 1 0/00, por exemplo, havia, após a depuração plumbeo-sodica, menos cerca de 0,07, isto é, 0,90 a 0,95 0/00; numa sol. de

0,50 ‰ mantinha-se perda proporcional: 0,04=0,45 a 0,48 ‰.

Parece-nos, pois, logico accrescentar á taxa obtida em líquidos tratados pelo depurador de Mestrezat, um coefficiente proporcional ao teor de corpos reductores obtido em glycose, coefficiente que poderia ser praticamente representado pelo augmento de um centigramma para cada decigramma do resultado achado, conforme o seguinte exemplo:

$$0,90 + 0,09 = 0,99 \text{ ‰}$$

$$0,80 + 0,08 = 0,88 \text{ ‰, etc.}$$

É bem de vêr que, em se tratando de methodos volumetricos, nenhum pormenor deve ser esquecido, desde que contribua para nos approximar da exacção.

Passemos a outra minucia tambem digna de exame.

Mestrezat grypha acetato neutro de chumbo, ao descrever o "modus faciendi" do seu liquido depurador.

Sabendo-se, de facto, como sabemos, que outr'ora o depurador empregado de preferencia em urinas era o acetato tri-basico de chumbo ou extracto de Saturno, ou ainda sub-acetato de chumbo (aliás ainda hoje usado para eliminacção do conjugados glycuronicos), comprehende-se que o autor quiz evitar confusões, frisando de-ver usar-se o sal neutro.

Nem todos têm, entretanto, comprehendido bem esta questáo.

Assim, Lochelongue transcrevendo o processo depurador de Mestrezat, epigrapha o paragrapho: "Défécation par le sous-acétate de plomb"...

Ora, segundo as verificacões de Pellet, citadas na "Encyclopedia Franceza de Urologia", o sub-acetato de chumbo póde, em certas condices, insolubilizar quantidades notaveis de glycose, tanto maiores quanto mais basico fór o reactivo e quanto mais neutro e "a fortiori" mais alcalino fór o liquido assucarado.

Sendo o humor cephalo-racheano normalmente alcalino estavam realizadas assim condicões propicias para o mencionado impedimento.

E, de facto, em repetidas experiencias, feitas não só com liquor como com soluções conhecidas de glycose, verificámos

que, preparando o depurador de Mestrezat com sub-acetato de chumbo (extracto de Saturno) em vez de o fazer com acetato neutro, notavel é o abaixamento da taxa de glycose post-depuracção.

Assim, cinco dosagens feitas antes e depois de tratar uma soluçáo de glycose a 1 ‰ pelo depurador de Mestrezat preparado com sub-acetato — deram-nos uma perda de 0,20 ‰, em média. V. g.: no caso de sol. a 1 ‰, a dosagem accusa 0,80 ‰ e menós.

Outra prova que effectuámos foi a de dosar uma sol. conhecida de glycose a 1 ‰ tratada pelo depurador de Mestrezat — antes e depois de concentraçáo em banho-maria.

Pormenorizemol-a. De 24 c.c. da alludida soluçáo tomámos 8 c.c., tratámol-os pelo depurador de Mestrezat tal qual si fóra l. ceph.-rach., e praticámos a dosagem como sempre: encontrámos 0,98 ‰. Em seguida tomámos um tubo de ensaio graduado, collocámos ahí os 16 c.c. restantes e deixámol-os em banho-maria até estarem reduzidos exactamente á metade, o que só occorreu no dia seguinte. Com estes últimos 8 c.c. fizemos o mesmo que com os primeiros, sc., depuracção e dosagem: encontrámos 1,976 ‰ (aqui ainda vimos bem confirmado nosso coefficiente de accrescimento proporcional).

Em relação á dosagem propriamente dita insistiremos antes de tudo — não se trata, aliás, de nenhuma novidade — sobre a vantagem que ha em adicionar o liq. ceph.-rach. ao Fehling (por pequenas porções) sómente quando teve inicio a ebuliçáo: de outro modo, os resfriamentos parciais que se produzem (formaçáo de hydrato cuproso) deferminam intensa turvaçáo, que difficulta perceber o momento optimo do descoramento completo, significativo do termo da reacçáo.

Além disso, convém manter a ebuliçáo durante todo o curso da operaçáo, sempre com o proposito de evitar que a mistura se turve. Si, por acaso, isso excepcionalmente succedia, apezar de tudo — nos nossos primeiros exames — conseguíamos de novo a transparencia suspendendo as effusões durante momentos e mantendo

leve ebulição. Em casos raríssimos tínhamos necessidade de deixar repousar o liquido fóra do fogo até obter a transparência por sedimentação. Si então o liquido mostrava ainda algum tom azulado, continuávamos a operação, fervendo-o de novo e addicionando o "quantum satis" de licôr adjuvante.

A nosso vêr, o pormenor descripto é ainda em favor do proc. de Fehling-Mestrezat, pois mostra que, si a operação tiver de ser suspensa por qualquer circumstancia, ainda poderá ser retomada após intervallo, com erro que não será considerável.

Isso não é possível, por exemplo, nos methodos pelo ferro-cyaneto, em que uma interrupção qualquer porá tudo a perder.

(Não ha duvida, entretanto, que haverá toda a conveniência em evitar a causa de erro apontada, tanto mais quanto ás vezes succede, de facto, operar-se uma precipitação demasiado lenta do oxydulo, apezar de todas as precauções tomadas. A quem deseje retomar a questão recommendamos a leitura da contribuição de E. Lenk, de Darmstadt, publicada no n.º de 11 de jan. de 1917 da "Deuts. med. Wochenschrift". O autor verificou a desvantagem (sic) de diluir o Fehling com agua destillada. No curso de suas pesquisas, pôde apurar que a agua não destillada depois usada actua-va mais favoravelmente, sc., permitta ao Fehling determinar mais rapida precipitação do oxydulo, — devido ao seu conteúdo magnésiano. Dahi o ter tido a idéa de addicionar á sol. do Fehling uma percentagem de sulfato de magnesia, o que lhe deu os melhores resultados).

Tivemos a precaução de **verificar dia por dia** (e, ás vezes, pela manhã e á tarde) o titulo do licôr de glycose adjuvante, como é de rigro nas dosagens **por differença**.

Cada vez, aliás, mais nos convencemos das vantagens do meth. por differença. Na recente these inaugural, meticulosa e honesta, do Dr. M. F. de Abreu, é de vêr o esforço dispendido para conseguir titular **de uma vez por todas** um dado licôr: o autor termina opinando ser "quasi imprescindivel" não só titular o Fehling, como tambem fazer, para isso, **pelo menos, 3 ensaios**, tomando a média.

Ora, sobretudo para as dosagens dos c. reductores no l. ceph-rach., cremos necessario repetir a chamada "operação em branco", cada dia que se vão fazer novas dosagens, **isso sobretudo porque, devido a condições várias, maxime de ordem physica (temperatura ambiente, estado hygrometrico, actinometrico, etc.) são diferentes os resultados obtidos na titulação da mesmíssima solução pelo mesmo observador, em dias diferentes**. Nós, durante o anno de 1920, verificámos oscilações de cêrca de duas divisões, de c.c. cada uma, da bureta de Mohr por nós utilizada. Todavia, o habitual era que levassemos dias a oito obtendo apenas minimas differenças.

No preparo da solução de saccharose tituladora do Fehling, houve o cuidado, nunca descuidado no Laboratorio do Hospital Nacional de Alienados, de fazer a correção da temperatura a 15°C. A' mesma solução foi addicionada pequena dóse de thymol, para sua conservação. A soda que empregámos foi a soda em bastões, purificada pelo alcool, de Merck. Tambem foi da casa Merck, **pro-analyse**, o sulfato de cobre empregado, verificada a não efflorescencia dos crystaes. O sal de Seignette usado foi de Poulenc, frères. As pipetas, buretas e provetes graduados, que usámos, eram bem calibrados e foram sempre os mesmos durante todo o trabalho.

Todos os exames foram feitos de dia, com boa luz, no Laboratorio do Hospital Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, que tão conscienciosamente dirige o illustrado scientista, Dr. Mario Pinheiro. E' normal a agudeza visual da autora, inclusive sua chromatopsia.

Os corpos reductores no liquor normal

Foi Mestrezat quem primeiro realizou exames bio-chimicos numerosos e completos do liquor, em uma serie de individuos normaes. Os liquidos foram extrahidos por occasião de ir ser feita a rachi-anesthesia para intervenções chirurgicas.

As idades dos operandos variavam de 17 a 67 annos.

Os liquidos eram centrifugados após as punções, em seguida os tubos levados 5

minutos ao banho-maria fervente e depois guardados em geladeira. Completando o volume a 180 o autor não nos diz quantos c.c. utilizou de cada doente); foram feitas dosagens nesse conjuncto, sendo o teor achado o de 0,48 $\frac{0}{100}$, algarismo que o autor considera um tanto mais fraco que o obtido a fresco, em que o autor achou a média de 0,534 $\frac{0}{100}$ de assucar c.-racheano expresso em glycose.

Peso corporal

Autores ha que admittem entre o peso corporal e o teor do ascucar, certa interdependencia.

Mestrezat não nos dá o peso de nenhum dos individuos cujo assucar dosou.

Só presumimos que as mulheres deveriam pesar menos que os homens.

Pois bem; comparando a cifra dos casos masculinos e femininos verificamos, que, a média dos masculinos era 0,54 $\frac{0}{100}$ e de femininos 0,482 $\frac{0}{100}$.

Wigert em 1919, sustentou ser o teor do assucar sanguineo inversamente proporcional ao peso corporal. Isso que, a ser verdade, para o sangue tambem o seria para o liquor não está ainda demonstrado.

Synthetizando, porém, o problema, julgamos poder concluir de nossas observações pessoaes que, si não está ainda comprovado o modo como actúa o factor "peso corporal" sobre a taxa da glycose racheana (e sanguinea), pelo menos a prática mostra innegavel augmento, de um modo geral, nos individuos **mais robustos**.

Esse facto sem duvida se prende a maior massa do systema muscular e consequente maior actividade physica nesses individuos.

Durante o trabalho o musculo exige intensa actividade circulatoria, que não ocorre sem concomittante mobilização de assucar.

Regime alimentar

Conhecem-se as incertezas dos resultados dos autores em relação ao sangue: ao passo que Welz, 2, 3 horas após abundante ingestão de hydro-carbonados, encontra augmento da glicerina até de 0,5 $\frac{0}{100}$, I. Bang e von Noorden verificam que, em certos individuos, não se produz

o referido augmento; por igual são discrepantes as conclusões a que se tem chegado no tocante á influencia das rações de gellatina e de albumina sobre a glycemia.

Si ainda reina tal impressão de resultados para o sangue, com maioria de razão nos falham dados seguros para julgar a influencia da alimentação sobre o liquor, em gente normal.

Sem embargo, o que recommendariamos a todos os que desejem comprovar a acção de dadas substancias alimentares sobre o teor saccharino sanguineo ou racheano, em diferentes individuos, é de, entre as mais condições de igualdade das experiencias, — não olvidar a precaução suggerida por Evoli e Reale para a prova da glycosuria alimentar, isto é, pautar a quota do alimento por kilogr. corporal.

Por outro lado, não é preciso encarecer a necessidade de conhecer o valor da glycemia medida **em jejum**. Com relação á glycorachia, será mais difficil, na prática, effectuar as punções em pacientes jejunos. Nós, que trabalhámos com doentes de Hospital, **uma só vez** punccionámos uma doente nessas condições e encontrámos, como esperavamos, um teor de c. reductores mais baixo do que outra vez na mesma doente, após refeição.

Idade

Na infancia hoje se admittê que a percentagem de assucar no sangue não difere da do adulto.

Na velhice Von Noorden verificou quasi sempre cifras excedentes as taxas médias no sangue.

No liquor não ha ainda estudos documentados a respeito.

Sexo

Scott não verificou em gatos nenhuma differença da taxa glycemica entre os dois sexos. Porges, na Clinica de von Noorden, verificou em mulheres gravidas normo ou hypo-glycemia apezar de glycosuria eventual.

Nós, de conjuncto de nossas observações concluiríamos por uma leve, mas nitida diminuição da taxa sacharina racheana na mulher. O numero de nossas observações no outro sexo é mui limitado.

Influencias thermicas

Bang verificou que os animaes de sangue quente evidenciam augmento da glycemia sob a accção do frio. De Langen, entretanto, observou que, assim o homem como os animaes, têm assaz elevado o seu teor saccharino sanguineo — nos tropicos; (é preciso, porém, não esquecer que o calor é apenas um dos elementos de um clima tropical). Senator, já em 1899, notou constante augmento do assucar sanguineo de coelhos em que se havia praticado a picada do corpo estriado, onde se localiza o centro da temperatura (picada de Sachs-Arohnson).

Nós, de nossas observações concluiríamos por confirmar que a taxa cephalo-racheana (é, pois, sanguinea) de glycose no Rio de Janeiro é um tanto baixa, comparada á dos climas frios.

Influencias emotivas

A prioridade do descobrimento do papel relevante da emoção sobre a mobilização dos hydratos de carbono cabe a Böhm e Hoffman (1878), que descreveram uma glycosuria apparecendo em gatos ameaçados experimentalmente por cães. Os dois autores citados, entretanto, não eliminaram o elemento — dôr — dos seus experimentos. Reconhecendo isso, o Prof. Cannon, de Harvard, os repetiu recentemente, pon-do-se a salvo de quaesquer causas de erro e, assim, pôde estabelecer com segurança a realidade da glycosuria emotiva em animaes, aliás, logo após, por elle mesmo confirmada no homem (glycosuria em rapazes que acabavam de prestar exame). Cannon conclue que em taes casos a presença do assucar na urina pôde ser usada como uma indicação do augmento do assucar sanguineo, confessando, entretanto, que só a dosagem no sangue nos daria a vêr as finas variações da glycemia. Este ultimo desiderato já foi realizado em boa parte por Scott, que mostrou, experimentando tambem em gatos, como variadissimas condições incidentaes, de ordem psychica excitadora, produzem no sangue desses animaes um augmento doseavel do assucar.

Semelhante verificação fizeram em outros animaes de laboratorio outros autores.

Diante de taes factos, Cannon commenta com razão: "Na verdade, tão sensivel é o mecanismo libertador do assucar que todas as primeiras determinações do conteúdo saccharino "normal" do sangue, quando este haja sido extrahido de arteria ou veia sem anesthesia, (*) são de valor muito duvidoso."

Ora, perguntamos, não será essa influenciabilidade excessiva da taxa glycemica pelos factores emotivos — que justificará certas discordancias obtidas por pesquisadores diferentes — no dosar o assucar sanguineo (e racheano) sob condições a outros respeitois identicas? (mesma technica de dosagem, mesmo regime alimentar, etc.).

Acreditamos, aliás, que com os processos micro-chimicos actuaes (Bang e succedaneos) esta causa de erro diminue muitissimo, pois qualquer pessoa se emociona menos em dar do seu sangue apenas algumas gottas do que em delle fornecer alguns calices, como o exigem os antigos processos.

De qualquer modo — aqui é que quieramos chegar — não ha duvida que, quando se trata de diante reconhecidamente hyperemotivo, pôde ter-se mais fiel idéa de sua glycemia esponianeia, ou real, dosando o assucar no liquor, e dahi deduzindo o do sangue — do que fazendo a dosagem directa no sangue (excluida estará naturalmente qualquer causa local, cephalo-racheana, capaz de modificar a taxa do assucar).

De outro lado, porém, — facto digno de nota — desde que haja tempo para que se effectue a dialise, poderá augmentar tambem no liquor a concentração saccharina e, então, havendo para o liquor a mesma causa de erro que para o sangue — será mui importante ter isso em consideração para não dar como da glycorachia normal esponianeia taxas expressivas de glycorachia emocional provocada.

Ora, aos autores que têm estudado os

(*) Aliás, devemos lembrar-nos de que os proprios anesthetics podem provocar augmento do assucar.

c. reductores no liquor tem passado despercebida essa causa de equivoco, tanto mais para ser levada em conta quanto em geral dos l. c.-rach. **normaes** têm sido retirados de individuos que vão soffrer intervenções cirurgicas (casos de Mestrezat, Santangelo, etc.) e nós sabemos como costuma ser intenso o estado emocional de uma boa percentagem das pessoas em vesperas de serem operadas.

Influencia do depurador

Um facto por nós observado repetidamente é que o depurador plumbeo-sodico de Mestrezat furta um pouco de glycose de soluções desse corpo em agua destillada e em sóro physiologico.

Assim sendo deveremos continuar a considerar perfeitas as médias normaes dadas por Mestrezat e admittidas geralmente pelos tratadistas — ou deveremos modificalas, acrescentando-lhes o nosso coefficiente tirado do erro constante para menos que se origina na depuração? (neste caso a média Mestrezat passaria de 0,58 $\frac{0}{100}$ em vez de 0,53 $\frac{0}{100}$).

Creatinina e acido urico

Graças ás dosagens de Leopold (1917) sabe-se que a creatinina, substancia capaz de reduzir o Fehling, pôde-se encontrar no liquor **normal**, na proporção de 0,09 por litro. (*)

Por outro lado, as modernas pesquisas de Victor Myers e Morris Fine ("Journ. of Biol. Chem.", de fev. 1919) vieram provar a existencia de outro corpo reductor importante — o **acido urico** — no liquido ceph-racheano normal, facto, aliás, não surpreendente, pois se sabe que o acido urico naturalmente dialyzará do sangue para o meio racheano, tal como o fazem o assucar, a uréa, a creatinina, etc.

Esta capacidade de reduzir o oxydo de cobre que possuem o acido urico e a creatinina, admitte-se seja a seguinte: uma mo-

lecula de acido urico reduz duas moleculas de oxydo de cobre; uma molecula de creatinina reduz 0,75 de molecula de oxydo.

Valores normaes

Lochelougue (1918), Santangelo, Sepulveda e Fontecilla (1920) admittem a média normal, respectivamente, de 0,55, 0,52, 0,50 $\frac{0}{100}$ (os autores em questão recomendam, em geral, o proc. de Mestrezat).

Levinson, porém, que diz (op. cit.) usar os proc. de Lewis-Benedict, de Epstein e de Kowarski, encontra média muito mais alta — 0,84 $\frac{0}{100}$ — em oito individuos normaes. E' pena que o autor americano publique tão seccamente a sua tabella, sem se preocupar em nos fornecer quaesquer pormenores relativos ás condições de hora das punções, de regime de vida dos pacientes, idade, sexo, etc., bem como á technica preferida entre as tres de que fez uso.

Leopold e Bernhard dão a média elevada de 0,70 $\frac{0}{100}$.

De qualquer modo, embora possa considerar-se que estas médias muito altas estejam sujeitas a caução, a verdade é que a não serem os autores que repetem o proc. de Mestrezat sem preocupação de o analizar tecnicamente, todos os que seguem outros methodos acham cifras mais altas que as de Mestrezat para a média normal.

Isto é mais um elemento em favor de nosso ponto de vista de que, por influencia do depurador, o proc. de Mestrezat daria erros **para menos**.

— Antes de dar as nossas médias normaes seja-me permittida uma ponderação. Aos olhos da critica pontilhosa, faltariam ás nossas pacientes alguns dos requisitos exigíveis para o criterio de hygiene integral.

Considerando porém, que muitos dos nossos casos de debilidade mental, de psychose periodica em phase de remissão, de delirio episodico em declínio, pelo seu caracter funcional e pela sua ausencia de repercussão ao menos actual — sobre a vida somatica, podem ser **praticamente** considerados como normaes no ponto de vista

(*) No caso de usar o acetato neutro de chumbo como depurador (foi o nosso caso) a creatinina é precipitada, mas só em parte, de modo que ficarão traços della tanto nos c. reductores pre- como post-depuração.

physico, — julgamos ter o direito de opinar neste assumpto, e diremos que, segundo nossa experiencia, a **média normal**, expressa em glycose, dos corpos reductores do liquor, na mulher de classe pobre, de peso médio (45 a 52 kgs.), após refeição commum e sob as condições usuaes do regime de vida nosocomial, — oscilla, no Rio de Janeiro, de 0,45 a 0,50 $\frac{0}{100}$. As taxas de menos de 0,40 e de mais de 0,55 $\frac{0}{100}$ são geralmente pathologicas.

(Continúa).

Das injeções endovenosas

A PROPOSITO DE DOIS CASOS COM ACCIDENTES PRODUZIDOS PELAS INJEÇÕES DE ELECTRARGOL

Dr. A. Galvão

Si verificarmos o campo e o poder de absorpção das differentes vias de penetração que offerece o organismo humano aos agentes medicamentosos, si encararmos não só a dose administrada, mas, particularmente, a rapidez da absorpção, desde logo, optaremos pela a escolha da via endovenosa.

Nasceu o emprego das injeções endovenosas, naturalmente da propria logica da interpretação dos phenomenos d'absorpção, que, em materia de pharmacologia, fazem comprehender em toda a sua extensão, os phenomenos fundamentaes da pharmacodynamica.

Comprehendido que, um medicamento não exercerá sua acção geral, sem a prévia condição, de pela torrente circulatoria, ser transportado, ser levado á intimidade dos differentes departamentos organicos; comprehendido que, todos os processos que visam a administração das substancias medicamentosas collimam o mesmo fim, nasceu a ideia de aproveitar directamente a via endovenosa.

Ha mais de dois seculos, Gaspar Schott fizera menção deste methodo, que não tardou a ser aproveitado para os estudos ex-

perimentaes. Todavia, sob o ponto de vista therapeutico teve suas applicações, pois foram injectados por via endovenosa saes ammoniacaes em casos de mordeduras de serpentes, soluções salinas physiologicas nas anemias, etc., etc.

Em 1877, fazendo não só sentir as vantagens, como ainda a sua relativa innocuidade, Oré de Bordeaux dava ao methodo real impulso. Com a creação do processo therapeutico, a transfusão do sangue, conquistou este methodo, a despeito de insuccessos verificados, oriundos de descuidos e exaggeros commettidos, um logar definitivo na therapeutica, maximé quando o professor Bacelli inspirado pelos excellentes resultados obtidos em certos casos em que se impunha um resultado immediato, tornou-se ardoroso partidario das injeções endovenosas.

Como o methodo hypodermico e intramuscular, as injeções endovenosas favorecem a administração de um determinado medicamento em precisas condições de dose, assegurando, como vantagem sobre aquelle, a absorpção rapida e talvez total do medicamento.

Sem duvida, sob o ponto de vista de função, sendo a eliminação o inverso da absorpção, fazendo-se esta pelas differentes portas de sahida que lhe offerece o organismo, e, correndo paralelos os dois actos, quando o agente medicamentoso penetrou pela via endovenosa, é bem possivel, que, no tocante áquelles que soffrem metamorphoses, uma parte do medicamento se elimine sem passar por estes processos no seio do organismo.

Sob o ponto de vista therapeutico, segundo Mayet, as indicações do methodo endovenoso se esteiam nas seguintes condições a preencher:

- 1º) "Para reparar o "deficit" após um desperdicio consideravel, seja de sangue em totalidade (após grandes hemorragias), seja duma notavel proporção de sua parte serosa (como no cholera, por exemplo)."
- 2º) Para favorecer a eliminação de certos principios toxicos, fazendo passar pelas vias circulatorias e consecutivamente pelos rins, uma grande quantidade de

líquido que arrastará estes princípios após os ter dissolvido.'

3º) Para introduzir nas vias circulatorias substancias medicamentosas afim de tornar a acção mais rapida e mais segura."

E', precisamente amparado nesta ultima indicação, que mais correntemente se lança mão das injeções endovenosas e entretanto, é esta ultima consideração a menos precisa, si encararmos os factos de uma maneira geral.

Sendo o medicamento considerado como um modificador cellular, não sendo o sangue theatro de acções e transformações medicamentosas pronunciadas, conclue-se immediatamente que uma das grandes vantagens das injeções endovenosas seja a do medicamento ser levado directamente na circulação.

O estudo da influencia do ponto de applicação da substancia medicamentosa sobre a absorpção, trouxe naturalmente um motivo para multiplas pesquisas no que se prendia a taes assumptos.

Assim, logo surgiram as questões attinentes á rapidez da absorpção, ás vantagens dos differentes methodos, etc., etc.

O estudo do methodo hypodermico, por exemplo, esclareceu as questões relativas ao tempo de eliminação, accumulo do medicamento no seio do organismo, e fez apreciar pouco mais ou menos, as differenças existentes na absorpção e eliminação das diversas substancias medicamentosas introduzidas no organismo.

No methodo das injeções endovenosas, a differença frisante com o methodo hypodermico é que, no primeiro a absorpção total coincide com a administração, tudo o que foi injectado entra em mistura intima immediatamente com o sangue; enquanto que, no segundo, a absorpção das substancias soluveis não se opera rapidamente e de maneira precisa para toda a quantidade injectavel. Justamente este caracter distinctivo, entre a absorpção num e noutro caso, faz com que a injeção endovenosa dos medicamentos seja encarada sob multiplos pontos de vista, entre estes, a natureza da substancia que vae ser introduzida, o tempo de sua perma-

nencia no sangue, o que sobremodo é importante, no que se prende á persistencia duma determinada dóse no organismo.

Ha pois a encarar, de um lado, a rapidez com que se poderá fazer a fixação aos elementos dos tecidos, aos elementos cellulares, e, por outro lado, a eliminação.

Longo seria citar as experiencias tendentes a demonstrarem a persistencia dos venenos no sangue, a duração desta varia largamente com a substancia empregada.

O que não padece duvida é que, certas soluções, certas substancias medicamentosas, não devem ser empregadas; outras, quando usadas, são capazes de trazerem accidentes serios, consequencias graves.

Quando em 1917 a 1918 clinicavamos no municipio de Santiago do Boqueirão, nos foi dado observar dois accidentes consecutivos ás injeções endovenosas de electrargol, accidentes estes que, pelo seu aspecto clinico, o seu feitiço grave, levaram-nos a fazer as presentes considerações.

E se assim o fizemos, foi na certeza de que em medicina não ha propriamente assumpto sem importancia.

Os dois casos prendem-se clinicamente, um, a uma infecção numa moça de cerca de vinte e dois annos e consecutiva a um aborto de tres mezes; o segundo, a um caso de pyopneumothorax num individuo de cerca de 38 annos, doente da clinica dum outro collega, que então trabalhava na mesma villa.

No primeiro caso, como foram leves os signaes reveladores da infecção, com o fim de favorecer as defesas do organismo, lançamos não das injeções de electrargol, abstando-nos, até segunda ordem, da intervenção pela curetagem, tendo comtudo feito tratamento local.

Quando praticavamos a primeira injeção, no momento em que iam terminal-a e respondiamos a uma pergunta da paciente, esta começa em franca agitação, apresenta uma crise de anciedade extrema, forte dyspnéa, as mucosas da bocca ficam cyanosadas, o pulso se mostra filiforme e as pupilas, sem reflexo, ficam enormemente dilatadas. O quadro era dramatico, e a primeira idéa que nos assaltou o espirito foi a de uma possível embolia

pulmonar. Procurando reaver a calma necessaria, immediatamente fizemos algumas injeções de oleo camphorado e de ether. O pulso apresentou em seguida leve melhora, a dyspnéa porem permaneceu. Sustentada a funcção do myocardio, os demais phenomenos foram lentamente se dissipando, sendo porem de accentuar ter sido a dyspnéa o ultimo a ceder.

A' noute do mesmo dia (a injeção fora praticada á 1 hora da tarde) a paciente ainda acusava alguma anciedade, a qual no dia seguinte havia desaparecido por completo.

Tres ou quatro dias após, em vista da febre persistir e augmentar, fizemos a curetagem uterina e continuamos o uso de electrargol porem por via intramuscular. No fim de poucos dias a doente tinha alta curada.

No segundo caso, foi o doente operado pelo seu medico assistente que lhe fez a pleurotomia. Tendo este profissional após a operação, no curso dos curativos, feito uso das injeções endovenosas de electrargol, por occasião da terceira ou quarta injeção surgiu um accidente semelhante ao primeiro relatado. Tendo, na occasião em que o mesmo se deu, sido chamado pelo collega, tivemos ensejo de verificar que este segundo caso fora mais grave do que o registrado na nossa clinica. De facto, o paciente entregue a um estado sub-delirante, achava-se sem pulso, com o olhar fixo, sem reflexo pupillar, com as mucosas da bocca e da face cyanosadas, com os movimentos respiratorios augmentados em numero e diminuidos em amplitude.

Tendo feito um prognostico fatal, em face não só das condições do doente, como também da nenhuma reacção que apresentára ao tratamento feito (injeções massicas de ether e oleo camphorado que seu medico fizera) retiramo-nos após o haver attendido no que nos estivera ao alcance. Alguns dias após soubemos que o paciente vencera na lucta entre a vida e a morte, e tendo de, na ausencia de seu medico assistente, fazer-lhe um curativo, nos foi dado o ensejo de constatar, ao nivel dos grandes peitoraes, duas grandes zonas circu-

lares, de necrose, produzidas pelas injeções de ether.

Comprehende-se perfeitamente que a interpretação dos dois accidentes, observados com um pequeno intervallo um do outro, viesse preoccupar desde logo a nossa attenção.

Indubitavelmente, com a evolução scientifica porque tem passado a medicina nestes ultimos annos, a therapeutica, com o seu grande surto, derrubando em parte o empirismo, remodela o seu edificio, esteando-o em modernas concepções, producto de nitidas noções auferidas de maneira incontestante no progresso das diversas ciencias.

A despeito da questão da acção medicamentosa não estar definitivamente clareada, os seus estudos estão hoje calcados em dados mais precisos e embora a immensa complexidade dos phenomenos da vida nos faça sentir a relativa imperfeição dos methodos experimentaes, tende a pharmacologia actualmente a tomar verdadeira autonomia entre as ciencias biologicas.

Muito embora sejam sommados aos dados fornecidos pela iatrochimia aquelles fornecidos pela doutrina da fixação exposta por Ehrlich; muito embora o citotropismo viesse clarear a questão attinente á influencia dos estados pathologicos sobre os ceptores e por conseguinte sobre a receptividade; continuaram em litigio as questões que se prendem aos interessantes estudos do erethismo medicamentoso, das idiosyncrasias e da anaphylaxia. No que respeita ao erethismo medicamentoso e á idiosyncrasia, tal como são ainda correntemente admittidos, só um esforço de interpretação poderá dissociar os dois phenomenos.

O mecanismo destes dois phenomenos permanece na obscuridade, sabendo-se apenas, neste particular, que as acções medicamentosas dependendo sejam de condições individuaes, sejam de causas que escapem ao nosso apreciar, podem variar de um extremo ao outro.

Assim como a doença em cada caso particular apresenta uma feição especial, o que nos faz dizer que — não ha doenças, ha doentes — assim como cada individuo

no seu jogo celular reage distinctamente e em épocas diversas, aos diferentes excitantes, também ao agente medicamentoso a sua reacção se faz de maneira diversa; e como o cerebro do homem fosse impotente para explicar o intrincado phenomeno biologico, eis por que a palavra idiosyncrasia, dada a sua elasticidade, muitos phenomenos pretende explicar.

Quando Richet atirou o advento da anaphylaxia, logo uma grande corrente quiz explicar a idiosyncrasia com aquella nova concepção; porém em bem analysando os dois phenomenos comprehende-se perfeitamente a distancia em que o raciocinio scientifico os separa.

Não sendo possivel no primeiro caso appellar para o choque anaphylactico, pois, na anaphylaxia ha necessidade dum periodo de incubação, ficará no caso a possibilidade de uma acção chimio-toxica, dum disturbio circulatorio, duma embolia pulmonar, ou em ultimo caso appellariamos para as expressões de Richaut, quando diz: na falta de explicação satisfactoria tocante á causa verdadeira destas variações, creou-se uma palavra para exprimir os factos desta ordem, uma palavra que fez fortuna, porque é pittoresca, que tudo diz e não diz nada, e que assim dispensa de todo o esforço de comprehensão e põe ao abrigo de todo o pedido indiscreto de explicação: é a palavra **idiosyncrasia**.

No segundo caso, porém, já a feição clinica foi diversa, o accidente explodiu na terceira ou quarta injeccão e seria possivel appellar para os phenomenos anaphylacticos, não só encarando o periodo de incubação, como principalmente tomando em consideração o que dizem Richet e Arthus quando fazem sentir que as reacções anaphylacticas traduzem o estado de hypersensibilidade conferida a um organismo pela previa injeccão de natureza colloide.

Creio, porém, que qualquer uma das interpretações que aos referidos casos emprestassemos, mesmo que discutissemos as demais hypotheses admittidas, não escapariam á critica daquelles que bem esmiu-sacem o assumpto.

Actualmente, porém, no campo das pes-quizas biologicas, entre os notaveis traba-

lhos surgidos na França, vêm recentes de Widal e seus alumnos, publicados sob o nome de **Hemoclasias**.

Segundo Widal, a hemoclasia reflecte uma perturbação brusca, sobrevinda no equilibrio dos colloides, no estado physico que traduz um equilibrio instavel destes no plasma, mas que é especifico para cada individuo.

Este equilibrio pôde ser bruscamente alterado quando, **albuminas extranhas, colloides de especificidade diferente**, são no organismo introduzidas por via sanguinea. O quadro clinico que este disequilibrio traduz é representado por um verdadeiro estado de choque, cuja symptomatologia clinicamente se exteriorisa por vomitos, anxiedade, dyspnéa, collapsus, phenomenos convulsivos, as vezes por uma sensivel e brusca elevação de temperatura, calefrios, etc., etc.

Todos estes phenomenos cabem perfeitamente na moldura do quadro anaphylactico, porém, como já ficou dicto, o choque anaphylactico não se exteriorisa á primeira injeccão, emquanto que na hemoclasia todos estes mesmos phenomenos podem ser observados desde a primeira injeccão, sobretudo com os colloidas, desde que sejam introduzidos no organismo por via endovenosa e em doses elevadas. Eis, pois, com differenças aparentemente nitidas, dois estados de choques, em que o ultimo trazido á luz por Widal, com o seu recente estudo sobre as hemoclasias, parece veio perfeitamente pôr em relevo a interpretação a dar aos dois casos acima citados.

E' de salientar que, sendo a via endovenosa a que de preferéncia deve ser escolhida para produzir experimentalmente o choque, em face de multiplas considerações, devemos sempre reservar a via endovenosa para os casos de inteira necessidade, tanto mais quanto, comprehendidos os medicamentos em geral em duas grandes classes; os organodepositores e os organodecursores, com manifesta razão este modo de encarar o uso da via endovenosa encontrará apoio.

Esta maneira geral de encarar principalmente a rapidez com a qual se eliminam e a quantidade total eliminada dos agen-

tes pharmacotherapicos, colloca no primeiro grupo os medicamentos que ficam retidos no organismo, e no segundo aquelles que são rapida e facilmente eliminados.

Trata-se, na realidade, duma questão de classificação, em que predomina o espirito de systematisação. Como tal podemos della nos servir de uma maneira geral, mas devemos desde logo comprehender a difficuldade em citar um medicamento exclusivamente pertencente a um determinado grupo, podendo-se mesmo dizer que todos os medicamentos apresentam a dupla feição de organodepositores e organodecursores. Poderá haver, incontestavelmente, sensiveis factos tirados á observação, de que um dado medicamento apresenta particular feição para ser collocado em um determinado grupo, porém ainda com a observação e o raciocínio chegaremos á conclusão, que em certos casos, pouca será a influencia da via endovenosa na ordem de factos a observar após a administração do agente medicamentoso.

Demais, sendo a acção do medicamento resultado da influencia que este exerce sobre certos elementos cellulares, podemos admittir que em certas e determinadas circumstancias possa mais valer a lenta e continua absorpção duma substancia medicamentosa, que a injeção massica da mesma. Sem nos alongar em citações de exemplos, não acceitando *in totum* as palavras de Henrijean, quando diz que, "sendo a injeção endovenosa o methodo mais rapido de absorpção, não quer dizer que seja elle o que age mais rapidamente, nem mais eficazmente", diremos que é a injeção endovenosa um methodo therapeutico heroico, do qual podemos lançar mão, preenchendo indicações em que o criterio e o saber do profissional saberão tirar o necessario proveito, nunca esquecendo que Henrijean, o mesmo cujas palavras acceitamos com reservas, é quem faz ver, e segundo sua observação pessoal (pesquisas experimentaes sobre a adonidina), que toda a substancia irritante pôde produzir uma vaso-constricção, que, segundo diz, nem sempre é duma influencia desfavoravel.

Devemos ainda levar em consideração que, em determinadas circumstancias as

condições anatomo-physiologicas do orgão central da circulação poderão trahir o seu funcionamento, trazendo ao paciente uma morte subita, por parada rapida do myocardio, o que, por vezes, não é senão a expressão clinica de uma verdadeira irritação levada ao endocardio.

Si com as injeções endovenosas de electrargol, conforme espelham as duas observações aqui consignadas, em que o funcionamento do coração era normal, foi dado apreciar phenomenos que bem poderiam acarretar a morte dos pacientes, que dizer de outras, sinão daquellas já hoje preconizadas injeções endovenosas de oleo camphorado?

Fazemos ponto, e si o presente assumpto interesse não apresenta, appellariamos para a questão de oportunidade no referente a um thema em ordem do dia, as hemoclasias, que não só vêm dar explicações aos phenomenos observados nestes dois casos, que foram de verdadeiros choques, como tambem, talvez sob uma nova feição, permittir apreciar os intrincados phenomenos da idiosyncrasia, cuja explicação tem até hoje permanecido sob o nevoeiro denso da ignorancia das causas que a determinam.

15-7-921.

*) Reproduzido, por ter sahido truncado no numero anterior.

Um caso de volumoso aneurisma da aorta ascendente

Conferencia feita na Santa Casa de Misericórdia em Agosto de 1921

Considerações pathogenicas e theurapenticas

Prof. Aunes Dias

O caso que vos vou apresentar hoje, não tem o sabor da raridade, nem condensa subtilezas de diagnostico, mas é de notoria importancia clinica, não só devido á sua constante actualidade, não só porque novas questões de pathogenia são agora descortinadas, mas tambem porque nos deve levar

ao largo e fecundo capitulo da medicina preventiva.

O diagnostico não soffre duvida; está estampado indelevelmente na bossa pulsatil que emerge do hemithorax direito, — é um aneurisma sacculiforme da aorta ascendente, na sua face convexa.

O doente, tem 38 annos, é agricultor, casado, branco, residente em Camaquam. Entrou a 6 de Agosto para o hospital.

Seu pae morreu de uma infecção gastrica e sua mãe falleceu da ruptura de um aneurisma (textual).

Tem 3 filhos vivos, sua mulher teve um aborto, um filho morto, outro filho falleceu de meningite e outro morreu aos 3 dias de vida.

Diz ter tido rheumatismo articular agudo aos 21 annos. Ha alguns annos esteve neste hospital, onde lhe deram "iodureto e injeções".

Nega syphilis adquirida; refere ter tido feridas nos pés e pernas.

Historia da molestia actual: Em Outubro de 1919, tendo feito um grande esforço para levantar um peso sentiu um "estalo" no peito e pouco a pouco lhe appareceram dôres intensas no peito, irradiando para as costas, á direita.

Por esse tempo sobrevieram dyspnéa de esforço, insomnia.

Sente-se irritado e com exacerbação das dôres thoraxicas quando toma alcool.

Uns 3 mezes antes de entrar no hospital, lhe appareceu um tumor no peito, que foi augmentando. Notou que com o apparecimento deste as dôres diminuiram.

Tem actualmente tosse, com alguma espectoração.

Exame do doente: Face cyanosada e edemaciada, assim como o pescoço e a parte superior do thorax. Na região esternal e um pouco á direita desta, na altura da 3.^a á 5.^a costella ha um tumor do tamanho de uma maçã. Ha uma notavel rêde venosa cutanea, e na visinhança do tumor e na base do thorax ha zonas de arborisação capillar muito accentuadas.

Esse tumor pulsatil é principalmente notavel ao exame de perfil.

Ha no abdomen tambem muitas veias dilatadas.

Apparelho circulatorio: Pulso 136, ligeiramente retardado com relação á ponta.

Tensão arterial: Mx.....	12
Mn	6
Df.	6
Io	1

A impressão dada pela inspecção é reforçada pela palpação, que mostra a expansão nitida. A ponta bate no 5.^o intercosto.

A auscultação revela hyperphonese das duas bulhas, verdadeiros estálidos.

Apparelho respiratorio: Quando examinado no dia 8-8-21. Fremito augmentado no apice e parte média do pulmão direito e diminuido na base, ao passo que estava augmentado no hemithorax esquerdo. A respiração, á escuta, diminuida na base direita e augmentada alhures.

Exame radioscopico: Revelou bases livres; uma larga sombra pulsatil fazendo corpo com o coração e tão grande como elle.

— Um segundo exame feito a 30-8-21, pelo assistente Dr. Escobar revelou para o **apparelho respiratorio:**

Respiração augmentada no pulmão esquerdo.

No pulmão direito: no apice augmento de fremito, ausencia deste abaixo da ponta do omoplata.

Sonoridade normal no apice, maciez na base.

Diminuição da respiração no apice, quasi imperceptivel na base.

Uma punção pleural praticada na base direita, deu sahida a liquido seroso, no qual a reacção de Rivalta foi negativa.

E', como dissemos, um caso claro de aneurisma e este é sacculiforme, isto é, só cedeu um espaço limitado da parede arterial e não toda a circumferencia do vaso como sóe succeder nos aneurismas fusi-formes ou cylindricos.

E' nesta idade que elle costuma ser mais frequente, entre 30 e 50 annos, no apogeo da vida, quando esta é mais intensa, e, por

isso, é no homem que a proporção de casos é maior.

E' esta, tambem, a séde mais frequente do aneurisma aortico, pois, conforme as estatisticas de Hare, Lawson, etc., esta lesão prefere a parte ascendente da aorta em 30 até 60 % dos casos.

Nem sempre, porém, elle se revêla com facilidade, porque, tendo diante de si o largo vazio do mediastino anterior, pôde desenvolver-se, sem dar logar á symptomatologia ruidosa dos aneurismas da parte transversa. Elles pôdem mesmo attingir grande volume sem dar logar a quaesquer symptommas notaveis, eis o motivo, pelo qual Broadbent os chamou de **aneurismas de signaes physicos**, para distinguil-os dos de outra séde, que mereceram o nome de **aneurismas de symptommas**.

Dada a extensão do tumor aneurismatico para a direita, com destruição da 3.^a e 4.^a costellas e da parte do externo correspondente, somos levados a affirmar tratar-se de lesão da parte convexa da aorta ascendente.

Si o diagnostico é tão simples, que nem mesmo com o empyema pulsatil achamos necessario defrontar, qual o interesse de vol-o trazer aqui, para discretear?

O valor do assumpto é vos pôr ao corrente de certos factos novos ou, pelo menos, de certas interpretações modernas da pathogenia do aneurisma, com as consequentes deducções praticas.

Si é verdade que já vêm de longe a noção da prévia lesão da parede do vaso para que, nesse ponto, se possa precisar um aneurisma, si é verdade que, já em 1805, Scarpa havia affirmado que o aneurisma é sempre precedido de lesões, especialmente da tunica média; foi, principalmente depois dos trabalhos de Koester que se fez unanime o accordo em considerar a mesarterite a base do aneurisma. Mostrou-se que a arteriosclerose, cuja lesão predominante é um espessamento da intima, não enfraquece tanto a parede a não ser quando a média é, por sua vez, alterada. A experimentação com a adrenalina já esclarecera essa questão.

Gra os notaveis trabalhos de Eppinger, Thema e Welch puzeram em destaque o

papel relevante da syphilis na producção da mesarterite.

Eis-nos, assim, em face da questão magna em materia de aneurisma aortico, isto é, da questão das suas relações com a syphilis.

Ellas representam uma curva ascendente, sempre em marcha. Já entrevistas por Ambrosio Paré, no seculo 16, se foram affirmando, de modo cada vez mais decisivo, em successivos trabalhos, que mostraram a proporção da syphilis na etiologia do aneurisma, chegando, para Klemperer a 25 %, para culminar, por um estudo mais acurado dos casos, nas cifras impressionantes dos trabalhos mais modernos, que orçam em 85 % e mesmo 92 %, na estatistica de Rasch.

Tanto é dizer que a aortite syphilitica é a substractum da quasi totalidade dos casos de aneurisma. Lamb diz que todo o aneurisma deve ser considerado como syphilitico até prova do contrario.

Norris pensa que, sob o ponto de vista pratico, todos os aneurismas aorticos são o resultado da aortite syphilitica e que, em 30 % dos casos a aortite termina por aneurisma.

Estas affirmações, resultado de conscienciosos estudos, são um verdadeiro grito de alarma, pois nos vêm mostrar quanto está exposto o syphilitico ás lesões da aorta.

E não só a syphilis adquirida ataca esse vaso, nem só essa nos vae mostrar o treponema, nas tunicas arteriaes, pois Richardson e outros encontraram treponemas na aorta em casos de syphilis congenita.

Lamb, no admiravel capitulo que, em 1921, escreveu na "**Nelson Loose-Leaf Medicine**", sobre aortite syphilitica, inscreve o aneurisma, a angina de peito e a insuficiencia aortica, como complicações da aortite.

Como esta nova concepção da syphilis aortica exprime bem a evolução lenta mas decisiva, que se fez, e cuja consequencia ineluctavel é encarar com grande cuidado o diagnostico e o tratamento da aortite syphilitica.

Todo o syphilitico pôde ter aortite e toda a aortite pôde complicar-se de aneurisma, angina de peito ou insuficiencia valvular.

Tal deve ser, a nosso vêr, uma das preoccupações não só dos syphiliticos, principaes interessados, mas dos medicos, que devem se esmerar em surprehender a lesão no seu periodo de aortite, pois terão, então, todas as probabilidades de, por um tratamento rigoroso e uma hygiene bem orientada, jugular a aortite existente e evitar as complicações que lhe são a sequencia.

Todo o syphilitico deve ser considerado como candidato á aortite e deve, pois, ser tratado nesse sentido, isto é, por um tratamento não opportunistista, mas systematico, pois está demonstrado amplamente que, quasi todos os aneurismas foram observados em casos tratados mal, insufficiente ou tardiamente.

O intervallo que vae entre a aortite e o apparecimento do aneurisma é em regra de 16 annos, mas tanto pôde ser de 3 como de 40 annos.

Como a aneurisma, a aortite que o precede, é geralmente mais frequente na 1.ª parte da aorta ascendente.

Os dados que precedem permitem comprehender porque os aneurismas são observados mais na idade adulta do que na velhice, na qual, no entanto, se accumulam as causas que, antigamente, eram accusadas de produzir o aneurisma.

Sobre estas voltaremos, d'aquí a pouco.

A tendencia é, hoje, em medicina, de prevenir o apparecimento das complicações da aortite, porque, depois de installadas, ellas constituem ou lesões irremoviveis ou progressivas, algumas rapidamente fataes.

Precisamos, pois, agir em pleno periodo therapeutico, em que não nos faltam armas de fina tempera, cujo manejo nos é familiar, mas que, muita vez, deixamos de empregar ou por uma certa reluctancia do doente, que não comprehende o alcance da medicina preventiva, nem os perigos que o ameaçam, — ou por uma arraigada convicção na excellencia do velho methodo opportunistista, que só ataca o que vê e não leva em conta a evolução latente das lesões syphiliticas, tanto mais perigosas quanto mais insidiosas.

Devemos examinar com o maior cuidado os syphiliticos, e aqui devo insistir espe-

cialmente sobre o exame da aorta, para ajuizar do estado do seu aparelho vascular.

A esse respeito é de incalculavel valor o exame dos Raios X, que, muita vez, reserva surpresas, pois constitúe um excelente meio para descobrir não só lesões do vaso, o seu augmento de volume, as suas differenças de coloração, mas as suas relações de visinhança, a presença de zonas de periaortite, etc., etc.

Quando a lesão, já constituida, se conserva ainda silenciosa sob o ponto de vista symptomatico, o exame radioscopico pôde ser decisivo, mostrando, principalmente, quando feito na posição obliqua, modificações que a clinica não pudera surprehender.

E a reacção de Wassermann, me perguntareis, porque não se guiar o clinico por esse meio de laboratorio?

Responder-vos-hei que deve ser feita, mas a titulo de contribuição, pois si fôr positiva forte, forçará a vossa mão ao tratamento, mas si fôr positiva fraca ou duvidosa, e principalmente si fôr negativa, será um elemento perigoso, porque poderá fazer pensar a alguns, que ou o individuo não tem syphilis ou esta está adormecida.

Eis o perigo. Absolutamente não deveis orientar a vossa acção therapeutica, nesses casos, pela reacção de Wassermann, pois esta pôde ser, e tem sido muitas vezes, negativa nos casos de aortite syphilitica mais caracterizada. A reacção de Wassermann não permite excluir a syphilis da aorta; é preciso que tenhais bem presente a phrase lapidar de Lamb: "Todo o aneurisma deve ser considerado como syphilitico até prova do contrario" e a reacção de Wassermann não é prova sufficiente!

O que se diz aqui desta reacção é o que os srs. me têm ouvido dizer, nas lições clinicas, os signaes de laboratorio valem pela sua interpretação. Si não se os sabe interpretar elles constituem armas perigosas; e elles devem ser interpretados em face de cada caso concreto.

Permitti-me, agora, uma pequena digressão a respeito de signaes de laboratorio.

Tendes visto que, quando possivel e ne-

cessario, procuro me cercar de todos os elementos clinicos e de laboratorio, orientação que decorre dos dous factos seguintes:

1) são relativamente frequentes os erros de diagnostico;

2) são tanto mais frequentes quanto mais incompleto o exame do doente.

Esses factos são incontestaveis. Clinicos, nós devemos, quanto nos fôr possível, diminuir as causas de erro, e como afastal-os sinão nos cercando da maior somma possível de elementos de diagnostico?

Essa precaução, porém, impõe ao medico a necessidade de bem se capacitar do valor real e relativo de cada um dos elementos de diagnostico e da associação delles. O medico deve pôr no alto das suas cogitações a clinica; é o exame clinico que orienta as pesquisas de laboratorio, é a clinica que os interpreta, é ella que na grande maioria dos casos tem a ultima palavra.

Disso tivestes a prova em licções varias; ha bem pouco tempo tive occasião de fazer aqui mesmo uma conferencia sobre um caso de cancer de pulmão, baseado tão sómente na clinica, contra o laboratorio; dias após, contra repetidos resultados de laboratorio, que pareciam contradizer o diagnostico, me vistes, em nome da clinica, falar em neoplasma pleuropulmonar num doente que occupava a cama n.º 14, e a autopsia confirmou esse diagnostico.

Quando tratei da anemia perniciosa, tive occasião de alludir a exames de laboratorio contradictorios, insistindo na necessidade que tem o clinico, de saber joeirar nesse terreno. Naturalmente o medico precisa sublimar os seus conhecimentos no sentido de bem escolher entre os varios elementos que lhe enviar o laboratorio, pois si os ha de inestimavel valor, imprescindiveis na pratica diuturna, ha outros que, com facilidade, induzem o clinico em erro. A clinica moderna exige que todos tenhamos a capacidade precisa para bem interpretar os signaes morbidos, venham de onde vierem.

— Assim, pois, daremos á reacção de Wassermann o limitado valor, a que alludimos, mas não ficaremos, na nossa acção,

adstrictos a indicações decorrentes das variações que ella apresentar.

Esperar, pelo diagnostico clinico irrecuavel, para agir, é temerario, pois a syphilis da aorta só se desvenda quando já é grande o damno causado.

Um factor coadjuvante da syphilis, na producção do aneurisma é o esforço excessivo, e este se entende externo ou interno. O externo é realizado no trabalho exhaustivo ou nos traumatismos; no Hospital John Hopkins o aneurisma é de 5 a 10 vezes mais frequente nos negros, devido a essa causa; o esforço interno pôde ser representado pela hypertensão, absoluta ou relativa a que é submettida a aorta, — absoluta quando, ultrapassar as cifras normaes, o que não é a regra; relativa, quando, mantendo-se nos limites normaes, actúa não mais sobre um vaso integro mas lesado.

Este factor é importante porque si a aorta supporta, quando intacta, pressões extraordinarias sem ceder, como nós vemos em casos de nephrite hypertensiva, o mesmo não se dá quando suas paredes alteradas recebem o martellar incoercível da massa sanguinea, á razão de 70 vezes por minuto, de 100.000 vezes por dia, de 40.000.000 de vezes por anno!

A proposito da symptomatologia voltaremos a tratar da pressão sanguinea.

— Entre as outras causas de aneurisma, são citadas intoxicações pelo chumbo, pelo fumo, a gotta, a nephrite chronica, e molestias infecciosas; essas causas todas representam a "minima pars" em face da syphilis.

Quanto á acção dos traumatismos, ella se faz sentir mais nas arterias periphericas e na aorta abdominal do que na aorta thoraxica.

— Sobre a evolução do aneurisma, os trabalhos modernos de Richardson, Whartin e principalmente de Manouélian, vieram lançar uma luz que já se fazia necessaria.

O aneurisma progride regularmente, no sentido da menor resistencia, na razão directa da pressão (Hirschfelder); elle chega, por vezes, a invadir quasi a metade da cavidade thoraxica antes de se romper.

Richardson e Manouélian demonstraram

a presença do treponema, em grande quantidade na parede do vaso e como Menetier, caracterisaram, como uma esclerogomma, a lesão da aorta.

E, o que é mais importante, este tecido esclerogommoso é que constitúe a parede do vaso, lesão é, ao mesmo tempo, pela sua espessura crescente um meio de defeza contra a ruptura, cuja ameaça é também crescente.

Esses trabalhos nos permitem melhor interpretar a marcha implacavel do aneurisma atravez dos tecidos, nada respeitand-o, destruindo ossos, absorvendo porções de órgãos, englobando e destruindo nervos, cartilagens, etc.

Oslér, na descripção hoje classica da marcha destruidora do aneurisma, adopta a theoria da "agua molle em pedra dura tanto bate até que fura".

Hirschfelder explica a erosão dos tecidos alcançados pelo sacco, dizendo que a pressão constante sobre elles lhes interrompe o supprimento de sangue, por ser a pressão aortica superior á dos pequenos vasos, que, em seguida, essa pressão sobre os tecidos occasiona a necrose e que os productos desta são absorvidos pelos pequenos vasos, que o tecido osseo é absorvido pela actividade dos osteoclastas, avançando assim a parede do sacco atravez da parede costal, tal como um tumor, mas sem a intervenção de cellulas anormaes.

Bem vêdes quão pouco satisfactorias são taes explicações, que esbarram desde logo numa objecção: porque uma parede pouco resistente, em vez de se dilacerar de encontro a fragmentos osseos, os engloba e destróe?

Essa objecção é cabalmente respondida nos trabalhos de Manouélian e outros, que mostram a syphiloma em marcha, destruindo tudo que se oppõe á sua passagem e a propria pelle, tão extensivel, se rompe quando o processo esclerogommoso a empolga.

A direcção, a principio, é orientada pela corrente sanguinea, assim, o aneurisma da aorta ascendente se orienta para a direita do esterno, o do arco aortico para cima, o da aorta descendente para traz e para a esquerda.

Essa direcção pôde variar, em seguida, de accordo com a evolução da esclerogomma.

O processo de esclerose é uma reacção de defeza organica, que procura reforçar a parede que cede e essa lucta entre a lesão que avança e a defeza que tenta atenuar-lhe a marcha prosegue até que um desequilibrio circulatorio grave provoque o desfecho brusco ou até que a ultima linha de defeza, como se dá na pelle, seja rompida, ou, que esta, ao invéz de se apoiar sobre um terreno solido, alcance um espaço vasio, em que a torrente sanguinea se precipita, como sóe acontecer na trachéa, na pleura, na veia cava superior, etc.

E' muito raro que a esclerose prevaleça, a parede resista, coalhos se consolidem e a cura expontaena sobrevenha.

A duração do aneurisma é raramente inferior a 2 ou 3 annos, podendo, em casos exceptionaes, ir até 20 annos e mais. Hirsch e Robins observaram um caso em que o tumor pulsatil externo, ficou mais ou menos inalterado durante 25 annos.

Em 40 % dos casos sobrevém a ruptura ao fim de poucos annos.

Essa ruptura pôde ser brusca ou preannunciada por signaes varios.

Quando o aneurisma alcança a pelle, depois de destruir o arcobouço thoraxico, esta se vae distendendo, como vêdes no nosso doente, fica lisa brilhante e, ao fim de alguns mezes, se torna rubra ou pardacenta e, ou se abre bruscamente ou, ulcerando-se, poreja sangue durante algum tempo antes da explosão final.

Quando o sacco alcança um bronchio ou o esophago e o rompe, se infecta a esse nivel e a ruptura é assim facilitada; a ruptura nos bronchios pôde ser precedida, durante algumas horas ou dias, por pequenos hemoptyses, mas nem todos os hemoptyses, nesses casos, significam fissura aneurismatica, pois pôdem ser devidos á tuberculose coincidente ou a phenomenos de estáse pulmonar.

Si a ruptura se faz na arteria pulmonar, na veia cava superior ou na auricula direita o doente apresenta brusca e terrivel dyspnéa, com cyanose e collapso; em al-

guns casos excepcionaes a morte tarda algum tempo.

Em certos doentes os signaes de hemorragia interna fecham o quadro.

Entre as causas que predispõem á ruptura, é de citar as emoções, um esforço excessivo, traumatismos, tosse, etc.

Não só pela ruptura termina o aneurisma: fazendo pressão sobre vasos e nervos, compromettendo funções vitaes, determinando embolia cerebral, pôde elle terminar.

Dous accidentes particularmente sérios, ainda se pôde citar: a angina de peito e o edema agudo do pulmão.

O desfecho brusco pôde surpreender o individuo em plena robustez ou já encontrá-lo combalido, ao fim de uma asthenia progressiva ou presa de cyanose de compressão, dessa cyanose tão bem estampada no nosso doente.

— Meus srs. Bem razão tinha Broadbent em dividir os aneurismas em dous grandes grupos, os de signaes physicos e os de symptomas, pois o nosso doente, que apresenta um aneurisma verdadeiramente enorme, só ha pouco começou a soffrer delle, pois até 2 mezes atraz pouco incommodo lhe causava, não obstante a sua extensão consideravel não só revelada ao exame radioscopico, como attestada pela simples inspecção.

O nosso caso deve, pois, ser considerado como pertencendo ao grupo dos aneurismas de signaes physicos, olygosymptomaticos.

Esses signaes physicos nos aneurismas, que vêm á superficie, como este, se revelam:

a) á inspecção, pelo augmento de volume ao nivel, geralmente, do 2.º e 3.º espaço direito pelo tumor que pulsa synchronicamente com a ponta cardiaca e que é expansivo.

b) á palpação, pela expansão tão caracteristica, dessa massa molle, fluctuante e reductivel si o aneurisma é recente, dura e resistente si é antigo (Josué). Si o vaso communica com o sacco por um collo estreito se poderá observar o **thrill**.

c) á auscultação, por sopros ou estálidos; destes ultimos, um systolico corresponderia

á distensão da bolsa e o outro, protodiastolico, ao fechamento das sigmoides.

Si, porém, o sacco preenche condições, para isso, o 1.º será substituido por um sopro rasposo, e o 2.º será tambem si existir insufficiencia aortica.

Josué chega a admitir mesmo o sopro diastolico na ausencia da insufficiencia, quando ha regorgitação na aorta de uma porção de sangue que penetrára no sacco aneurismal.

Certos signaes á distancia pôdem ser observados, como o edema em cabeção, de Stokes, a dilatação das veias da cabeça e da parte superior do thorax e do membro superior, attestado da compressão cava, phenomenos pupillares ou vasomotores dependentes de compressão do sympathico.

O coração não costuma estar hypertrophiado a não ser nos casos de coexistir insufficiencia aortica.

Os caracteres do pulso não são muito modificados no aneurisma da aorta ascendente.

Quando o aneurisma da aorta ascendente é profundo, pôde apresentar os seguintes signaes physicos:

Massicez anterior ou posterior, signal de Oliver Cardarelli, de Musset, levantamento das subclavias, e, ao exame radioscopico, uma sombra densa, pulsatil, occupando uma certa parte do espaço retrocardiaco, com augmento das dimensões ao orthodiagramma, devendo se levar em conta causas de erro, cujas principaes são: a possivel falta de pulsação nos velhos aneurismas cheios de estratificação fibrinosas e a possibilidade de movimento pulsatil de um tumor contiguo á aorta e á auscultação, o sopro systolico, e ás vezes sopro bronchico de compressão.

O nosso doente, portador de aneurisma da aorta ascendente, apresenta ligeira dyspnéa, cyanose notavel da extremidade cephalica, com edema e circulação venosa superficial muito desenvolvida, pulsação visível do 2.º ao 4.º espaços intercostaes direitos, sopro systolico, thrill e choque diastolico, signal de Oliver Cardarelli.

Quanto ao exame da **tensão arterial**, elle, no caso revelou Mx. 12 e Mn. 6.

Si procurarmos vêr quaes as relações

que, com o aneurisma pôde ter a tensão arterial podemos inscrever estas duas afirmações: a hipertensão tende a augmentar o aneurisma, a hipertensão predispõe á ruptura.

Já não são tão claras essas relações sob o ponto de vista etiopathogenico, pois Hirschfelder pode dizer que não ha, em vida, modificação de pressão capaz de dilatar uma arteria ás proporções do menor aneurisma.

Ch. Steward achou em varios casos baixa tensão systolica e grande differencial, sem que existisse insufficiencia coincidente, pensando que "provavelmente o grande enfraquecimento do arco aortico tem mecanicamente o mesmo effeito sobre a corrente sanguinea, que a insufficiencia, durante a diastole".

Existe ahí um grande reservatorio, no qual o sangue é impellido, na diastole, diminuindo assim a tensão minima e dest'arte augmentando a differencial.

Gallavardin acha que a lesão nada tem que vêr com o processo hypertensivo, mas pôde coexistir com outras alterações, como insufficiencia valvular, etc., que estejam em relação com as modificações de tensão.

A opinião geral, neste particular, é ser a tensão normal.

O estudo dos *symptomas* é resumido nos aneurismas da porção ascendente. No nosso caso elles só de pouco começaram a se accentuar, de accordo com a extensão rapida que, em profundidade, tem tomado o aneurisma nos 2 ultimos mezes. Notastes que o doente referiu terem cedido as dôres que o atormentavam, quando appareceu o tumor subcutaneo.

As dôres pôdem ser localisadas ou extensas; umas e outras costumam ser rebeldes a qualquer tratamento e constituem, não poucas vezes, um signal denunciador de aneurisma. Até pouco eram ellas, em sua totalidade, explicadas por phenomenos de compressão, mas trabalhos recentes fazem-nas depender de verdadeiros nevrites.

A sua localisação é varia, se as encontra intercostaes, brachiaes, phrenicas, retrosternaes e até occipitae (Josué).

De todas essas dôres, uma empolga a attenção pela gravidade que resume: é a

dôr anginosa, ora puramente precordial, ora extendendo-se pelo baço. Essa dôr pôde ser precôce no aneurisma da aorta ascendente e dos seios de Valsalva e é provavelmente devida, para Osler, á pressão ou lesão do plexo aortico; essa dôr costuma desaparecer nos velhos aneurismas.

No nosso doente os phenomenos dolorosos são inconstantes e nem sempre intensos.

A *dyspnêa*, a principio de esforço, depois permanente, é discreta no nosso doente. É devida ou á compressão de vias aereas ou a perturbações circulatorias (compressões venosas, cardiaca, etc.) ou á compressão do phrenico, com resultante immobilisação do diaphragma.

Quando paroxystica, ella assume o aspecto asthmatico, exigindo cuidado na diagnose; nesses casos é principalmente nocturna. Muitas vezes se acompanha de *piêira* (cornage), symptoma que desde hontem o nosso doente apresenta, o que attesta já o avango do sacco na profundidade.

Commum é a *tosse*, quer por bronchite, quer pela compressão do recorrente, que a faz rouca, ou occasiona dysphonia.

Mais raro é observar, em casos como o do nosso doente, o apparecimento de *dysphagia*, tão frequente nos aneurismas da porção descendente, ou do *solugo*, signal de irritação phrenica.

Vertigens, cephaléa, epistaxes são phenomenos de congestão cephalica, em estreita relação com o grão desta.

— Corremos, assim, muito rapidamente o quadro da symptomatologia, para podermos abordar, ainda nesta palestra, a questão therapeutica.

Antes, porém, referiremos algumas *complicações* do aneurisma da aorta ascendente que pôdem carregar ainda as já sombrias côres do prognostico.

Para o lado vascular, citaremos a angina de peito e a insufficiencia aortica; para o aparelho respiratorio: compressão bronchica e das veias pulmonares, occasionando estâse na base do lado comprimido e hydrothorax, como se observa no nosso doente.

Não é raro encontrar a tuberculose.

O *prognostico*, desnecessario será dizel-o,

é muito grave, o aneurisma da aorta thoraxica é sempre fatal.

A sua associação constante com lesões coronarias faz com que estes doentes, na phrase de Elsner, estejam "sempre morrendo", pois o desfecho subito é a ameaça implacavel que paira sobre esses infelizes.

Casos têm sido citados de cura expontanea, por coagulação em massa no sacco, mas são de uma raridade extrema e se referem a aneurismas não diagnosticados em vida. A coagulação não é transformada em massa de tecido conjunctivo, mas se limita a estratificação de fibrina.

A duração média de um aneurisma vae de 2 a 3 annos, mas si o doente não tem o repouso conveniente esse periodo pôde não ser alcançado.

O aneurisma da aorta ascendente é o que tem probabilidades de durar mais e um doente pôde viver mezes e annos com um grande sacco exteriorisado.

No nosso paciente, no emtanto, devemos fazer um máo prognostico, prevendo um desfecho para breve, dada a notavel rapidez com que se têm pronunciado a evolução profunda do sacco.

Tratamento. A therapeutica do aneurisma aortico sacculiforme visa tres objectivos:

- 1) combatel-o como manifestação syphilitica;
- 2) procurar deter a dilatação da parede arterial, pela formação de coagulos no sacco e moderando a tensão sanguinea e o esforço que é obrigado a supportar;
- 3) combater symptomas incommodos ou graves.

Em summa, no primeiro item se procura fazer therapeutica pathogenica, no segundo physiologica e no terceiro symptomatica.

Diversos tratamentos especiaes foram propostos, como o de Abrams, tão decantado por este auctor e tão pouco elogiado pelos que o empregaram depois. Segundo Abrams se deve percutir a 7.^a vertebra cervical, durante 15—20 minutos de manhã e á noute. Diz elle ter obtido assim 40 curas, affirmação contestada por Fressinger.

Já decahiu o methodo das pequenas sangrias semanaes.

Certos cuidados hygienicos são de alto al-

cance no tratamento desses doentes: o repouso completo no leito, que, para Fressinger deve ser de 1 a 1 ½ anno; uma dieta razoavel, ou na opinião deste auctor, uma diêta feroz, tal qual se vê no methodo de Tuffnell, que é uma modificação do velho regimen de Valsalva.

O tratamento symptomatico procura, por meio da morphina, do gelo, dos nitritos, combater ou a dôr ou a hypertensão, mas está ultima, quando existe, cêde geralmente ao repouso e á dieta.

Quanto ao emprego de uma faixa elastica, nos aneurismas já externos, com o intuito de lhes deter a expansão e, portanto, a marcha não pôde ter applicação no nosso doente, pois este já apresenta phenomenos de compressão profunda, que só se aggravariam si quizessemos comprimir o sacco exterior.

O serum gelatinado, proposto por Lancereaux, pôde dar resultados satisfactorios, mas temporarios, e deve ser empregado em largas doses de 100 a 150 c.³ cada semana. Os saes de calcio tem o mesmo fim de favorecer a coagulação.

Dia talvez virá em que, a exemplo do que se está fazendo agora com as varizes, se possa instillar no interior do sacco aneurismatico gottas de solução de carbonato de sodio, capazes de provocar uma coagulação obliterante.

O perigo de uma embolia nos impede de realisar esse tratamento.

O velho processo da móla de relógio inserida dentro do sacco com o intuito de formar nucleo para a coagulação, revive hoje nas mãos, principalmente, de Hare, para os aneurismas sacculiformes, com os fios de platina e ouro, em contacto com o pólo positivo de uma corrente electrica, ficando o negativo no ponto opposto. Apesar dos resultados proclamados pelos renovadores desse methodo, se é hoje, muito sceptico em acceital-os.

As maravilhosas experiencias feitas em cães, de Carrél, para a intubação da aorta, com tubos de vidro, constituem uma brilhante hypothese para um futuro longinquo.

E' pois para o tratamento da syphilis que nos devemos voltar, pois si este não modifica a bolsa, pôde contrariar a marcha

do processo, desfazendo a mediastinite e attenuando os phenomenos de compressão e perturbações funcioaes.

Toda a gamma dos medicamentos anti-syphiliticos ahí desfila, iodureto de potasio, que deve ser empregado "larga manu"; mercurio, principalmente pelas injeções de oxycyanureto; e os arsenicaes, entre os quaes o neosalvarsan.

E' preciso ter cuidado, no emtanto, no manejo deste ultimo, pois reacções violentas pôdem ser a consequencia delle, não devendo o medico fazer taes injeções no seu consultorio, mas em casa do doente, e este deve estar em repouso.

Lamb aconselha não ultrapassar a dose de 0.30 cent. e faz séries de 6 injeções semanaes.

Diante de uma affecção tão grave, de marcha tão rapida, não se deverá levar ao mais alto gráo a potencia therapeutica, empregando-a em toda a sua força?

Assim parece que o devia ser, mas Oettinger chama a nossa attenção para o facto de constituir o aneurisma uma esclerogomma, em que a espessura da parede vascular, as adherencias aos tecidos visinhos revelam a lucha travada entre o treponema que procura destruir e a defeza organica que vae, "pari passu", recuando mas combatendo, que vae construindo novas camadas de esclerose, tendentes a adiar a explosão, sempre prestes a se dar. Si empregarmos num aneurisma já constituído os meios therapeuticos em alta potencia, dar-se-á a fusão da gomma vascular e com ella poderá se esboroar a defeza architectada pelo organismo, precipitando a ruptura.

Devemos, pois, lutar, medindo, no emtanto, o alcance, o resultado dos meios empregados, para não ultrapassar o fim que collimamos.

Bem aleatorios serão os resultados dessa therapeutica que se propõe curativa; ella infelizmente não pôde apagar a terrivel sentença pendente sobre a cabeça do portador de aneurisma aortico.

Si pouco podemos contra o aneurisma chegado á sua phase destruidora, muito e muito podemos contra a aortite que lhe dá origem. E' a prophylaxia do aneurisma, da aorta do peito e da insuficiencia aortica

que deve nos preoccupar, quando defrontamos uma aortite syphilitica. E nesse terreno os mais brilhantes resultados hão de coroar os nossos esforços, si tivermos a necessaria comprehensão da gravidade do problema e a precisa auctoridade para afastar o doente, que nos é confiado, desses multiplos perigos, que não vê e para os quaes corre, despreoccupado.

Apontar-lhes taes perigos, evitar-lh'os é o nosso dever.

Diagnostico, suas causas de erros

Conferencia lida na Sociedade de Medicina, no dia 19 de Agosto de 1921

Dr. A. Galvão

Senhores collegas, expontaneamente nos fazemos alvo da vossa critica esclarecida, sincera e crystalizando a mais pura sciencia dos nossos dias; senhores estudantes, cheios de esperanças, esperamos lograr a felicidade, de algo poder vos ser util a nossa modesta palestra.

O movimento scientifico de uma epocha marca uma série de factos, em que, conforme as aptidões, gostos dos differentes individuos, a feição com que elles se apresentam, varia sobremodo.

Assim, uns firmam sua attenção na elucidiação d'alguma questão obscura, inexplorada, estudam-na com precisão, fazem monographias; outros, em conferencias, lições, elucidam os casos que lhe têm particularmente interessado, fazem obra de real valor, transmittem-nos o producto, o fructo duma longa experiencia; outros, emfim, reunindo, sommando materiaes esparços, deixam-nos o livro classico, condensando o estado actual da sciencia, neste ou naquelle departamento dos conhecimentos humanos.

Não alimentaremos a pretensão de figurar em qualquer um destes grupos, porem, mesmo na escassez do seu saber, a todo áquelle que acompanha o evoluer dos factos na Medicina, a todo áquelle que se

interessa pela vida moral, intellectual do nosso meio medico, é permittido pedir venia, para, durante alguns instantes, abusar de vossa attenção.

Quanto poderíamos dizer em torno só da palavra diagnostico, na clinica, quando satisfeita, scientificamente para nós tão confortadora, quanto a sua co-irmã prognostico o é, para o cliente, quando o tem favoravel?

No exercicio, na pratica da medicina, diagnostico e tratamento correm tão parallelos, quanto a pathologia medica e a propedeutica.

Aqui, traça a pathologia o perfil da doença, desvenda a propedeutica o caminho da clinica; ali, diagnostico, somma, complexo de elementos que permittem focar a entidade morbida; tratamento, primordial motivo da Medicina, collimando a cura e invariavelmente dependente do diagnostico.

Estas poucas palavras bastam para evidenciar, pôr em destaque, o valor capital, dum bom diagnostico.

Tirando partido, de um dos resultados que colhemos das trocas do organismo com o meio exterior; sommando ao tacto, á visão, ao ouvido; o raciocinio, estaremos sem duvida em boa orientação para o diagnostico.

A evolução scientifica do diagnostico, sempre, por uma mui natural connexão, esteve presa ao elemento etiologico, o que a despeito de tudo, permite ainda, em multiplos casos, permanecermos na ignorancia dos factos, que determinaram o mal.

Um diagnostico completo será a expressão, da somma, de quatro diagnosticos parciaes.

O diagnostico clinico, identificando uma determinada especie clinica; o anatomico, precisando a séde da lesão original; o funcional, explicando o mecanismo das differentes perturbações, e, o etiologico, cuja palavra condensa sua propria interpretação.

Eis em palavras o que, com a maior satisfação e orgulho scientifico, cada um de nós procuraria sempre realisar.

A Medicina, porém, não é e nunca será, por multiplos factores de ordem biologica, uma sciencia, em absoluto, precisa, para

que, sob leis immutaveis, possam no futuro serem assentados os diagnosticos.

Uma intermina serie de exemplos evidenciariam que, si temos quadros clinicos, selados com um diagnostico integral, como por exemplo, a syndrome de Stocks-Adams; em que a syphilis assignala o elemento etiologico; em que, a lesão do feixe de His precisa o elemento anatomo — pathologico; em que, a dissociação auriculo-ventricular espelha a physio-pathologia e a tripeça symptomatica, com que se exteriorisa, dá-nos o elemento clinico; por outro lado, temos o cancer, cujo diagnostico integral permanece incompleto, em face da ignorancia absoluta em que nos achamos do elemento causal. A propria endocrinologia, com todos os seus surtos, exaggeros de concepções, no que respeita ao ponto etiologico, em muitos casos permanece obscura.

A evolução scientifica actual marca a substituição do "pensar anatomo-lesional", pelo "pensar physio-funcional". Sob o ponto de vista therapeutico, a escola de Grasset mostra de sobejo, quão racional é tal modo de encarar os factos. Melhor exemplo, não poderíamos ir procurar, sinão, no estudo das nephrites, em que a classificação physio-pathologica faz perfeitamente sentir, que, o preenchimento das indicações therapeuticas neste caso não seria da mesma forma orientado, si o diagnostico fosse esteiado na antiga classificação anatomo-pathologica; classificação esta, que, sob o ponto de vista prognostico, de accordo com as palavras de Lepine, entrega-nos invariavelmente ao pessimismo.

De facto, "duma maneira mais ou menos consciante o anatomo-pathologista tende a considerar a incurabilidade da lesão como natural e de alguma sorte fatal."

No que respeita ao diagnostico etiologico, em grande escala a bacteriologia desvendou o caminho.

Esta questão porem da etiologia, ella que tanto faz variar a feição especifica da molestia, continua em um grande numero de casos em absoluta ignorancia.

Ahi estão os attestados: como acima dissemos o problema etiologico do cancer, o elemento causal do rheumatismo, do sarampão, da varicella, da coqueluche, etc., etc.

Silenciando sobre as diferentes phases porque passou a questão referente ao diagnostico, sabemos que actualmente o conceito physio-pathologico é o que domina. E porque não? Si faz a physiologia o estudo das funcções normaes, a fortiori, a physiopathologia fará o das molestias.

Comtudo, está ainda longe o ponto de perfeição na sciencia diagnostica; porém, em face dos conhecimentos scientificos actuaes, somos obrigados a procurar attingir o ideal.

Visando tal fim, vão sendo eliminados da linguagem clinica, os termos imprecisos, taes como nervosismo, nevralgias, etc., termos sem significação, òcos, que nada exprimirão, si a elles não corresponderem as respectivas adjectivações determinando a localisação e a causa.

Na clinica, grande scenario, onde a argucia e a perspicacia do medico estarão sempre em cheque, é que de uma maneira inconcussa, no jogo das investigações clinicas e do raciocinio, o medico verá, seja a solução definitiva e acertada de um determinado caso, seja o erro coroando uma série de investigações e estudos.

Eis porque, não seria de mais, enriquecermos as nossas letras medicas, com um livro que se prendesse á considerações relativas aos erros de diagnosticos.

E' bem possivel, que tal empreendimento, que tal obra, de grande e inestimavel valor, appareça, traçada por um destes grandes expoentes da nossa cultura scientifica, e cujo espirito tenha já amadurecido nas agruras da lucta, em prol da descoberta das verdades scientificas.

Si, por vezes, é a facies, que, como uma verdadeira bussola orienta o caminho ao clinico, mostrando-lhe, em sua plena nudez, o diagnostico a fazer; outras vezes o olho do espirito embora esmiúce, pesquize, ou vacilla ou cahe vencido.

Mas, ao lado desta lucta que traduz a vontade de vencer a natureza, ficam por vezes os erros de diagnostico.

Afranjo Peixoto diz, que, em sciencia as que mais erram são aquelles que negam ou affirmam cathegoricamente. O erro faz parte de todo humano, — errare humanum est. —

Poderíamos condemnar em geral o erro, si não errassemos tambem. Aquelle que nunca errou, que condemne o primeiro erro.

Independente porem desta verdade, fôrçoso será apreciar o erro conforme a feição com que se apresente.

Não é culpavel o medico que se engana, depois de ter emprestado todo o seu labor, todo o seu saber, toda a sua capacidade de julgamento, toda a sua intelligencia e melhor boa vontade, no julgar de um caso clinico. Como dissemos, está longe o ponto de perfeição na sciencia diagnostica, está longe de ser perfeita a Medicina.

Incontestavelmente o erro diminuirá, á proporção que a sciencia avance e o medico deste avanço tire o melhor partido. Mas, si tal factor pesa sobremodo para attenuar o erro, si ao lado d'elle poderão formar certas condições da humanidade; o enfraquecimento dos sentidos, as preoccupações pessoaes; poderão influir certos factores da vida diaria; o cansaço, excesso de clinica, etc., outros factores ha, que, estão sujeitos á censura, e, entre estes, não se pode perdoar o factor ignorancia.

Si o erro de diagnostico é um dissabor na clinica, si, segundo Letamendi, "indiscutivelmente todo o erro de juizo clinico implica em facto mais ou menos grave de responsabilidade moral"; incontestavelmente bastante instructivo é um erro de diagnostico.

Quando aproveitado, sincera e methodicamente analysado, vale por uma preciosa lição.

A verdade deste conceito, a nossa turma teve occasião de verificar, numa lição de clinica cirurgica, em que o prof. Sarmento Leite, entre varias considerações, commentando os erros de diagnostico, traçou tambem em paralelo, as consequencias que os mesmos trariam, para um clinico cujo nome já estivesse firmado e para aquelles que se iniciassem na vida clinica.

Considerando de um lado a vastidão do assumpto, por outro, que, si em certos casos, os erros não são prejudiciaes, noutros, ao contrario, põem em risco a vida do doente, ou, o que mais commumente acontece, concorrem para a protelação dos sof-

frimentos do paciente; comprehendemos a vantagem que advem, em estudarmos as causas que predominam na formação do erro do diagnostico.

Innumeras são as causas de erros de diagnosticos, as quaes podemos assim grupar:

1.º) Erros de diagnostico obedecendo como causa a insufficiencia do exame do doente.

2.º) Aquellas ligadas a erros de interpretação.

3.º) Erros de diagnostico que têm como causa a ignorancia.

Insufficiencia do exame medico

De todas as causas de erros, a mais frequente, na insufficiencia do exame do doente, podemos apontar os descuidos, a má technica, condescendencias injustificaveis, etc.

A insufficiencia do exame medico traduz por vezes a lei do menor esforço, a qual pela sua predominancia, permite, diariamente, se revelar o diagnostico symptomatico, intimamente unido á idéntica therapeutica.

Nada mais facil do que enveredarmos por este caminho, que na pratica sómente marcará desillusões e dissabores. Entre nós, ao menos no nosso tempo de estudantes, era o que se via nos consultorios do hospital.

Innumeros doentes, apinhados na sala de espera, aguardavam a sua hora de consulta. Estudantes avidos para praticarem a arte de formular, inconscientemente algemavam o seu raciocinio clinico, imitando o medico sob cuja direcção trabalhavam.

O rosario de doentes desfilava; um accusava dôr do lado, outro tosse, outro cephalea. Para o primeiro aspirina, para o segundo o alcaloide do opio, para o terceiro pyramido.

Quantos estados morbidos interessantes não revelariam aquelles symptomas, tão esquivamente apprehendidos, para, no preencher das indicações medicamentosas, darem logar á uma therapeutica tão viciosa!?

O valor do exame completo não escapa á apreciação de qualquer medico, os factos

estão ahí amontoados mostrando-nos a necessidade de assim procedermos no exercicio da clinica.

Suggestivo caso é o da clinica do prof. Annes Dias, em que o exame completo desse paciente, em que não faltou o exame radiologico, uma dôr, de localisação précor-dial, era a consequencia de um calculo retido na visicula biliar.

O modo, o methodo de examinar o doente influe sobremodo no numero de erros de diagnostico.

Este particular prenderia demasiado a nossa attenção, se o fossemos abordar em toda a sua extensão.

As condições em que se examina um doente têm a maior importancia. Quantas vezes passará despercebida uma ictericia, uma anisocoria, sómente pela falta de uma boa iluminação?

Quantos signaes poderão escapar na percussão, ausculta, se o medico não se cercar de todos os cuidados?

Neste primeiro grupo de causas de erros, alguns incluem os máos clientes.

Não ha propriamente máos clientes, o que ha são condescendencias injustificaveis do clinico para com estes.

Na verdade, certos casos, — em que o doente fecha-se em um mutismo absoluto, parecendo desafiar a argucia do clinico, — são difficeis para fazer o diagnostico.

Porém, as condescendencias injustificaveis, por parte do clinico, são de temer e preparam-lhe verdadeiras decepções.

Neste particular, um suggestivo caso nos foi dado observar e tem elle o testemunho do particular amigo e collega prof. Paula Esteves.

Receiando que, num accidente traumatico do membro inferior não houvesse se processado sómente a luxação do joelho, fazendo sentir ao doente a possibilidade — como aliás já o havia dicto aquelle collega, quando o vira — duma fractura intra-articular, lembramos o exame ao raio X.

O doente não quiz fazer o exame, ia passando bem e como todos os signaes clinicos que então apresentava, não nos induziram a acceitar a possibilidade de uma fractura, — ausencia de dôr expontanea ou provocada, nada de crepitação, os movi-

mentos se faziam em pequena escala quando provocados, etc. — achando, em face duma febrícula e dum grande derrame da articulação do joelho, que fosse possível tratar-se só de uma arthrite traumática, consentimos em protelar o emprego do raio X. Uma dessas tantas variantes observáveis no exercício da clinica, fez com que o caso, — a despeito de, para fugirmos a um possível erro que prejudicasse o doente, havermos pedido uma conferencia, que foi dispensada, — fosse parar nas mãos dum destes medicos, que, vindos do estrangeiro, aqui armam sua tenda de trabalho. Este appellou para o raio X e fez o diagnostico.

A radiographia revelava uma fractura intra-capsular da extremidade inferior do femur, viciosamente consolidada. O processo dystrophico que motivára a fractura, cujo mecanismo (escorregão numa calçada) só poderia ser assim explicado o grande derrame articular que mascarára o estado local, foram neste caso os grandes elementos trahidores na clinica. O caso que então já não era mais por nós acompanhado, permittiu que o ultimo medico explorasse a situação, — o que aliás não nos surpreendeu — e que, pagassemos caro a nossa injustificavel condescendencia, com um doente, cujo character impulsivo, muito o dominava.

O presente caso serve, para mostrar, que sempre devemos nos preparar para a defeza das surpresas na clinica e as investidas dos profissionaes desleaes.

Sí, em rigor, podemos acoimar de máo doente, aquelle que no interrogatorio responde propositadamente errado, o mesmo já não podemos dizer daquelle que, por um constrangimento, um pudor, negue-se a um tocar rectal. Ante a recusa do doente, ao medico não é permittido deixar de fazel-o, se o caso o exige.

Pela sua missão, pelo seu feittio moral, a confiança se lhe impõe, e, se a recusa traduz pouca confiança disfarçada em pudor, não tocar, mas não mais acompanhar o caso.

Difficil será commentar todas as situações capazes de se apresentarem em cada caso particular; facil porem determinar a

conducta em todos os casos que tal exame seja necessario. Uma vez indicada a exploração, indistinctamente fazel-a. Assim, ficaremos a resguardo do erro grosseiro de diagnostico, e protegidos dum possível e futuro máo juizo por parte da familia e do doente.

A proposito, citamos o caso relatado pelo collega Dr. Plinio Gama, em sessão ordinaria desta "Sociedade".

Trata-se de uma moça que apresentava um estado morbido de localisação intestinal. Chamado em conferencia, no exame da doente, visto uma supposição que lhe assaltára o espirito, praticou o tocar rectal.

Com este exame, confirmou sua suposição, de obstrucção intestinal por fecaloma. A doente melhorou rapidamente com a therapeutica então instituida. A deficiencia do exame fez o medico assistente elaborar num erro, que não só lhe foi desagradavel, como tambem, foi um erro que concorreu para prolongar o soffrimento do doente.

Erros de interpretação

Como vimos, não é culpavel o medico que vê o erro coroar toda uma somma de esforços em volta de um caso clinico.

E' justamente no apreciar dos dados colhidos durante o exame do paciente, é justamente no seleccionar os elementos colhidos para edificar o diagnostico, que, em toda a sua grandeza, revela-se no medico o seu valor intellectual, a sua bossa clinica, as suas facultades analyticas. Entre o erro grosseiro e o erro excepcional, no julgamento clinico, ha uma grande distancia.

O primeiro prenderá a nossa attenção no terceiro grupo de causas, o segundo prende-se em via de regra a inilludiveis factores.

De facto, o valor da operação mental realisavel á cabeceira do doente, ou no silencio do gabinete entre os livros, permite encarar esta questão, como sendo uma das mais delicadas.

Podemos errar por preguiça de raciocinio, por ignorancia relativa de certos phenomenos, por querermos muito simplificar ou muito complicar as cousas: mas erramos particularmente pela cegueira, ás ve-

zes involuntaria, inconsciente da obcecção.

A facilidade com que julgamos encontrar a chave, a solução dum problema clinico, permite-nos por vezes cahirmos pelo plano resvaladigo do erro.

Um caso registramos o anno passado.

Em conferencia com dois distinctos collegas e respeitaveis clinicos, nos foi dado examinar uma creança, com cerca de 9 annos, e, que ao exame apresentava: tosse frequente e humida, emmagrecimento accentuado, febre particularmente vesperal, tachycardia. A escuta pulmonar ao nivel dos apices exteriorisava francos phenomenos de tuberculose, typo granulico. A despeito do exame do escarro ter sido negativo, os signaes esthetoscopicos eram tão claros que, no final da conferencia, apuradas todas as ideias, aquelle diagnostico ficou assentado.

O desespero de causa da familia, que não se conformava com tal sentença, fez com que fosse chamado outro medico, que encarando o caso como febre typhoide (os phenomenos intestinaes eram nullos), fez uma therapeutica diversa e continuou com a assistencia do caso. Tendo sido novamente chamado, declaramos só poder comparecer como na primeira occasião, em conferencia com o medico assistente.

A conferencia não se realizou, já tivemos porem ensejo, de muitas vezes encontramos esta creança, que hoje está forte, e que na citada conferencia recebera a terrivel sentença da morte.

De facto, é bem possivel que uma febre typhoide atypica nos arrastasse a um erro, que além de ter sido collectivo, levou por algum tempo o desespero ao espirito de uma familia.

Quando clinicavamos no interior do Estado, num caso de extrema simplicidade, registramos um erro de diagnostico, por um pequeno deficit de interpretação.

Uma creança vinha sendo medicada para uma infecção gastro-intestinal que apresentava. A despeito de todas as medicações feitas, a febre se mantinha e o estado geral da creança não melhorava.

A dieta, a par a anorexia, cada vez mais

compromettiam a saúde do pequeno doente. Examinando-o com o previo consentimento do seu medico assistente, verificamos que se tratava duma estomatite typo ulceroso, a qual cedeu, bem como todos os phenomenos que a acompanhavam, a um tratamento adequado.

São frequentes, primam pela abundancia, maximé na campanha, os casos que temos observado, relativamente á creanças tratadas como sendo portadoras de infecções intestinaes, e que na realidade só precisam ser convenientemente alimentadas.

E' que a facilidade com que julgam alguns acharem a chave da solução em cada caso particular, faz com que olvidem o estudo deste capitulo da pediatria ou então façam por vicio de interpretação uma medicação inefficaz, sómente prejudicial ao doentinho.

Conhecemos um caso, em que durante quatro annos, um individuo apresentára sempre uma symptomatologia intestinal que fizera classificar o mal como uma enterocolite chronica.

Pois bem, este doente, depois de haver sido submettido a uma variada therapeutica, foi encontrar a cura fazendo as injecções de chlorhydrato de emetina. As crises diarrheicas que apresentára eram a exteriorisação de uma dysenteria amebica, que o erro de interpretação, já filliado á deficiencia do exame do doente, permittira se prolongar por tanto tempo. Outro caso interessante prende-se á seguinte historia. Um collega fóra chamado em conferencia para examinar um doente, no qual o diagnostico de febre typhoide havia sido firmado pelo medico assistente. Muito embora todos os esforços, dispendidos pelo conferencista, fossem incapazes de descobrir a causa, a symptomatologia do caso exteriorisando-se por anuria, 39,1 do temperatura, lucidez completa do paciente, estomatite com zonas de mortificação, sialorrhéa abundante, vaginite tambem com zonas de mortificação; fez o collega afastar a hypothese de febre typhoide, (o Widal fóra negativo) e admittir que se tratasse duma intoxicación aguda, possivelmente mercurial, em face do que acabava de observar. Corroborando ainda por esta hypothese, fi-

cára a evolução que foi fatal e se fizera em seis dias.

A collecção de casos a registrar e filiados a este grupo é grande, e, justamente pela sua farta copia, permite considerar este grupo, como talvez um dos mais fartos em exemplos, mesmo porque, por vezes, em muitos casos, vimos associarem-se deficiência de exame e erro de interpretação, abrindo a primeira causa passagem para os erros que encontram sua justificativa no segundo grupo.

Um ultimo caso observado no interior do Estado, servimo-nos citar, e, não fôra a nossa consciencia, seríamos até hoje culpados, de havermos augmentado a afflicção ao afflicto. Um cidadão de cerca de 50 annos procurou-nos no consultorio. Contava uma historia pathologica longa. Seu mal, que consistia em um tumor na coxa, datava de mais de 8 mezes. Dôres, ao principio na esphera do sciatico o haviam feito soffrer muito. Notando que ultimamente o tumor augmentava sensivelmente, resolvera consultar-nos. Examinando-o, a par o estado de debilitamento em que se achava e que confessava, se installára lentamente; pelo exame local constatamos um tumor fusiforme, tomando quasi toda a área da coxa, o qual era de consistencia dura, ossea.

Após o exame geral, tendo feito o diagnostico clinico de osteo-sarcoma do femur — o qual foi confirmado por outro medico que tambem viu o doente — fizemos vêr á familia o pouco que havia a esperar mesmo operando o doente. Passado um mez, fomos vêr o doente que pedia para novamente observarmos o tumor que havia ulcerado.

Nada tendo a fazer, receitamos uma poção tonica e uma pomada para fazerem os curativos.

Qual a nossa surpresa, quando após alguns mezes, num determinado dia, vimos o paciente, que vinha de tres leguas de distancia, a cavallo e a passeio? Foi quando apreciamos em toda a sua vastidão, o erro commettido e que por felicidade não fôra maior, pois não quizeramos operar o doente.

Por vezes, não só predomina o erro de julgamento propriamente dicto, no mo-

mento, em que o diagnostico deve ser precisado, intervem um factor individual. Eis porque, com razão, podemos nesta phase da obra do diagnostico, apreciar o medico pelo prisma de seus sentimentos, valor moral, etc.

Exemplo edificante vou aqui relatar.

Trata-se de uma conferencia em que se resolvia uma questão de pediatria.

A symptomatologia que apresentava a doentinha não escapou ao pediatra nos seus mínimos detalhes. Fizera o diagnostico pela facies e nos disse ser o segundo caso que observava em sua clinica.

A despeito da precisão do diagnostico, no duello de ideias entre o assistente e o conferencista, sustentou o primeiro o seu diagnostico, embora a evidencia dos factos dêsse ganho de causa ao segundo. Predominou neste caso o espirito de paradoxo ou de contradicção. A ideia preconcebida, alimenta sensivelmente o erro de interpretação.

E' frequente, por vezes nos especialistas, que, afastados sem razão de ser da pathologia geral, só vêm o que se prende ao seu campo de acção. Assim, vemos, uns dominados pela ideia da syphilis, outros do arthritismo, etc., etc.

Eis um capitulo em que Alfaro na sua conferencia, sobre os erros de diagnostico, combate com energia.

O homem intellectualmente emancipado não pôde errar por espirito preconcebido pessoal, doutrinario ou de escola.

Saberá apreciar, dentro da historia da medicina, as falhas produzidas pelas theorias e systemas. São por exemplo a anaphylaxia, as hemoclasias, a endocrinologia, que, no exaggero das concepções, arrastam o medico ao erro.

E' como diz Alfaro fallando "dos que são sinceros, não daquelles que diagnosticam a cada enfermo uma "appendicite chronica" para poder curar com uma operação bem paga todas as dyspepsias, etc..."

"Medicos e estudantes, reflectindo um instante, encontrarão proximos de si e em si mesmo, casos numerosos dessa tendencia, a verem tudo da mesma côr; a fazerem sempre o mesmo diagnostico, forçando os factos da clinica para fazel-as entrar

nos moldes preestabelecidos pelo espirito que deveria julgar livremente e que não faz sinão submitter-se a vistas systematicas e prejuizos infundados."

A influencia do sentimento, no erro de diagnostico é sensivel. A não ser casos excepcionaes, em que o individuo é dotado duma superioridade invejavel, em que domina os seus nervos, o seu eu individual, duma maneira absoluta, o sentimento prejudica a capacidade de julgamento. E' o caso de um collega que não percebendo a causa que alimentava o máo estado intestinal de seu filho, ao em vez de corrigir a alimentação, medicava-a visando outro fim.

Os exemplos mostrando a influencia do sentimento sobre a capacidade de julgamento e acção do individuo, são muitos e se prendem não só ao diagnostico, como também ao tratamento e prognostico, como attestam as apprehensões, receios, que se fazem sentir, quasi sempre, nos casos que nos batem á porta. Neste rosario de causas de erros, prende-se ainda o horror á responsabilidade.

Neste caso, assaltado o espirito do clinico pela duvida, perdendo este a confiança em si proprio, o erro de diagnostico é infallivel e a victoria do clinico na lucta pela vida está comprometida.

Ha um grupo de causas de erros que existem só para explorar o vulgo, o leigo. Não é propriamente uma causa de erro, é antes um ponto de transição ao charlatanismo.

Lembramo-nos de um suggestivo caso, que tivemos ensejo de verificar no interior do Estado.

Tratava-se de uma moça, em que o quadro dramático da grande hysteria, seguidamente abalava a quietude da casa.

Examinando-a, outro diagnostico não nos era possível fazer, sinão aquelle, a despeito de ter o medico da casa, então ausente, declarado tratar-se dum caso de hyperplasia da hypophyse. Não nos conformando, tendo se offerecido ensejo, aconselhamos á familia que ouvisse a opinião de um especialista. Foi ouvida a opinião do illustrado prof. R. Vianna e na mesma occasião a do acatado mestre prof. Olinto.

O nosso diagnostico foi confirmado. Des-

necessario seria dizermos, que, para justificar o diagnostico de hyperplasia da hypophyse, além da vaidade do seu auctor procurar desmerecer o conceito de seus collegas, para interpretar os periodos de plena saude que medeavam as crises hystericas, em face do argumento que lhe lançamos com o significado da propria palavra hyperplasia, o citado clinico não hesitou, em admittir, para explicar o phenomeno, verdadeiras phases de retrahimento no tumor formado.

Exemplo frisante de erro por um orgulho mal contido, está neste caso, por nós, perfeitamente documentado.

Uma creança com quatro a cinco annos, apresentava todos os signaes clinicos reveladores da ancylostomias. O exame laboratorial feito no "Instituto Oswaldo Cruz" deu sob talão n.º 1.461, o seguinte resultado:

"Ha muitos ovulos de ancylostomas duodenalis, ascario lombricoides e trycocephalus dispar.

Pois bem, medico de elevado conceito e prestigio, — em face da diarrhéa que a creança apresentava e que era a exteriorização da irritação intestinal produzida pelos parasitas — contrariou o nosso diagnostico invocando um possível erro por parte do laboratorio.

Ainda, antes de fecharmos este capitulo dos erros de interpretação, não podemos passar em silencio, sobre aquelles que se prendem a interpretação dos dados fornecidos á clinica pelo laboratorio.

A alliança indispensavel entre a Medicina e o Laboratorio, como bem diz o Dr. Oswaldo Ferreira Barboza, em sua these, — o estado clinico do sangue normal, especialmente na Bahia, — trará á sciencia vantagens extraordinarias na resolução de innumerous problemas da pathologia indigena, que ainda se acham mergulhados na obscuridade.

Mas, ao lado destas vantagens, devemos reconhecer o conflicto diario entre a clinica e o laboratorio. Frequentemente o medico pouco experimentado perde o rumo, ante os resultados paradoxaes de certos exames.

A classica reacção de Wassermann, che-

garia para mostrar o erro em que elaboraram aquelles que, ao vel-a negativa, supõem afastado o elemento syphilis. Si um Wassermann positivo, um pesquisa de bacillo de Koch positivo, dizem peremptoriamente é syphilis, é tuberculose, inversamente, quando negativas, não pôdem fallar pela exclusão de taes diagnosticos. E' que, quando estabelecido o conflicto entre duas interpretações, assim a fazer, no caso da duvida, devemos ficar com a clinica, nella procurar a solução do problema.

Eis um caso recente, que tivemos ensejo de acompanhar com o prof. Paula Esteves.

Uma senhora casada, com 28 annos, adoeceu após o parto. A marcha da molestia, seu cortejo de symptomas só permittiam pensar em febre typhoide. A duvida dissipou-se quando na terceira semana, uma enterorrhagia fez presença. Este caso, — que após um curto periodo, em que parecia a doente entrar em franca convalescença — teve uma segunda phase de molestia, quasi identica á primeira.

A despeito do quadro clinico observado, a reacção de Widal foi negativa. Interpretado o caso de accordo com o laboratorio, o diagnostico de febre typhoide fallia.

Outro interessante caso observamos no interior do Estado.

Um rapaz com cerca de 20 annos apresentou-se no consultorio queixando-se de dyspnéa, fadiga, abatimento e de uma tosse impertinente. O mal apparecera havia mais de quatro mezes.

O exame do doente levou-nos ao diagnostico de pleuriz com derrame, provavelmente tuberculoso. O exame do liquido retirado na quantidade de tres litros e quatrocentas e cincoenta grammas, de aspecto sero-fibrinoso, revelou a presença de pneumococcus.

A disparidade entre o aspecto do liquido retirado e a presença do pneumococcus, logo chamou-nos a attenção. Neste caso ficamos ainda ao lado da clinica, o nosso doente poderia eventualmente ter tido uma pleuro-pneumonia, porem os signaes clinicos que apresentava e continuou a apresentar após a extracção do liquido, faziam-nos firmar o diagnostico de tuberculose. Assim num desfilar de casos ficaria apontado que da somma dos dados colhidos na

clinica e no laboratorio, no caso da duvida ficaremos com a clinica.

Erros por ignorancia

A ignorancia como causa de erro oscilla entre o absoluto e o relativo.

A ignorancia absoluta, aquella que sómente traduz erros grosseiros, é rara. O ignorante em absoluto não nos preoccupará muito a attenção, elle será no exercicio da clinica a sombra do ridiculo, viverá ostentando um titulo que ironicamente emoldura-lhe o nome.

Como julgar um individuo que, se intitulando medico, em 1913, no interior do Estado, logo após havermos abandonado os bancos academicos, trocando em conferencia ideias a respeito de um caso que — em ultima analyse, era uma arterio-sclerose generalisada, com uma insuficiencia mitral funcional, em plena descompensação — fizera o diagnostico de aneurysma da aorta thoraxica ao nivel do estomago?

Que pensar do seguinte caso, em que o medico positivamente não é um ignorante, e sendo consultado por telegramma sob forma de conferencia, a proposito dum caso, em que todos os signaes clinicos communicados faziam pensar numa infecção typhica ou paratyphica, em que clinicamente fizemos o diagnostico de paratyphose, respondeu ao telegramma com as seguintes palavras: infecção profunda, septicemia, prognostico letal?

Casos ha em que o erro parece ter sido por ignorancia, porem o que passamos a relatar, a despeito da materialidade do facto, julgamos ter sido um dos casos, em que talvez, o sentimento, prejudicasse a capacidade de julgamento.

Foi ainda este caso um dos que observamos na campanha. Chamado e avisado para levar material para uma cezariana, dizia o recado tratar-se de um estreitamento da bacia, qual não foi a nossa impressão, quando, ao examinar a parturiente, deparamos com a cabeça do feto na vulva, ali detida a 72 horas por inercia uterina?

Maior desastre não poderíamos testemunhar, este caso assignalou o sacrificio de duas vidas. Felizmente são elles raros, cedem logar áquelles em que a ignorancia é

relativa, em que ella exprime falhas na cultura, no conhecimento de certos assumptos, como sejam as especialidades, assumptos de laboratorio, etc.

Para estes erros ha justificativas, nem todos tendem a ser encyclopedicos.

Por vezes, a despeito de todos os esforços, ou torna-se impossivel o diagnostico, ou só nos é possivel fazel-o provisorio.

E' justamente o momento em que vemos o preito de veneração e respeito, que devemos aos grandes clinicos, Trausseau, Potain, Huchard, Dienlafoy e outros.

O indignantavel é menos frequente do que realmente parece ser.

Um caso, que passou pelas nossas mãos, ficou sem diagnostico, embora recebesse elle o poderoso auxilio de um dos mais illustros professores do nosso meio medico.

Uma senhora, de pouco mais ou menos 40 annos, que gozava relativa saude, repentinamente adoece, apresentando um quadro clinico, em que predominavam os vomitos côr de borra de café, a cephaléa, e a gastralgia.

No mesmo dia em que adoeceu, os phenomenos á noute se aggravaram, pelo que pedimos uma conferencia.

Na occasião em que esta se realisava, o pulso, que á tarde era imperceptivel, assim continua. Os vomitos haviam cessado, os suores eram profusos, o estado de coma persistia.

A' uma hora da noute a doente fallecia, isto é, quatro horas após a realisação da conferencia.

A despeito de todo o interrogatorio á familia, no qual foi esmiuçado o passado pathologico da doente, a possibilidade de um envenenamento, nada foi esclarecido e o mysterio ficou impenetravel.

Fosse para não elaborarmos em erro, fosse para aguardarmos algum signal capaz de nortear o rumo do diagnostico, eis o que se passou com o seguinte caso:

Individuo de 59 annos, casado, com um passado de syphilis e estigmas da mesma, começou a sentir dyspnéa de esforço, por vezes algumas tonturas. Taes symptomas fizeram-no consultar.

Alem do que ficou assignalado, como signaes importantes, ficaram registrados: a

retumbancia do segundo tom aortico, a albuminuria e particularmente a bradycardia, em que o numero de pulsações por minuto era de 48 a 50.

Fizemos o diagnostico provisorio da syndrome de Stoks-Adams, pois era razoavel tambem pensar numa cardio-esclerose.

Este individuo, por interesses particulares, mudou-se para o Rio de Janeiro, onde ha pouco tempo a syndrome explodiu com todo o seu aspecto clinico.

Ao lado pois dum caso indignantavel, podemos apresentar este, em que a possibilidade admittida, ficou mais tarde confirmada.

Si, por vezes, no que respeita á therapeutica, ficamos impotentes ante a força da natureza, em compensação ainda podemos, sob o esforço, a perseverança, com o manejo habilidoso de todos os dados colhidos no exame do doente, vencer inumeras difficuldades.

Um exemplo recente tivemos no diagnostico feito pelo illustrado prof. Annes Dias, num caso de cancer primitivo do pulmão.

E' que a prophylaxia, afim de prevenir os erros de diagnostico, consiste numa unica palavra, — estudar. Estudar para vencer nesta lucta mysteriosa, incessante, tremenda e implacavel, em que se agita o homem no meio dos elementos que o cercam.

Todos os esforços serão dispendidos, o estudo, a vontade de vencer devem ser o alvo dos que se dedicam á medicina.

Assim, um dia, nós — talvez vós os futuros medicos de amanhã — possamos com mais serenidade e justiça ser julgados como fazendo parte dum corpo medico dos mais capazes.

E, quando exgottados todos os recursos do raciocinio, quando exgottados todos os recursos para o bom diagnostico, a morte levar comsigo o segredo do mal, lançaremos mão do microscopio e do bisturi.

O primeiro penetrando profundamente nos segredos cellulares mostrar-nos-á de maneira evidente a verdadeira natureza do mal; o segundo assim como o alvião rasgando o planeta nos mostrará a verdade cosmica, elle nas mãos do anatomista rasgando o cadaver, nos mostrará o verdadeiro diagnostico.

Dr. Argymiro Soares Galvão

Palestra clinica realisada no Hospital no dia 15 de Setembro ultimo pelo Prof. Plinio Gama.

Meus senhores.

Não me tendes aqui para uma conferencia. O assumpto de que vou me occupar não comporta divagações theoreticas, das quaes sempre fujo.

Venho palestrar comvosco, despreziosamente, presumindo trazer-vos qualquer cousa de pratico, de util, modestamente sem outras preoccupações subalternas.

A proposito de um caso de recto-colite erosiva hemorragica grave — cryptogenetica curado —.

Eis o assumpto.

Passemos em primeiro lugar á

Observação (mais ou menos resumida)

F. F. R. — 44 annos, casado, natural deste Estado, residente em Santo Antonio da Patruha, onde é funcionario publico.

Antecedentes hereditarios negativos — habitos bons. Nunca teve nada de maior para seu aparelho digestivo a não ser alguma tendencia á prisão de ventre. Não accusa molestia anterior grave de importancia etiologica. Confessa a syphilis e tem estigma. Não ha filhos no casal. Houve aborto. Nunca fez neste sentido um tratamento bem conduzido.

Pesava 65 kilogrammas quando enfermou, ha 9 annos mais ou menos, de uma maneira brusca: após dois dias de prisão de ventre sobreveiu uma descarga intestinal, á qual seguiram-se dejectões frequentes, liquidas em breve praso acompanhadas de muco e sangue, determinando fortes colicas e prolongados tenesmos.

Fez uso então de simarruba, opio, bismutho e agua de linhaça, sob diéta rigorosa, melhorando bastante.

Pretendendo ampliar um pouco o regimen alimentar, recrudescceu a molestia o que o obrigou a permanecer por muito tempo sob o uso d'aquellas drogas e em diéta; unica condição que lhe proporcionava al-

gum conforto. As tentativas para abandonar o tratamento eram seguidas, dentro em breve, de aggravação. Suas evacuações que nestes periodos eram em numero de 10 a 20 e até mais, nas 24 horas, francamente dysentericas onde, entretanto, o sangue predominava, nunca chegaram ao normal, nem em numero nem em consistencia, sendo que era sempre da meia noite para o dia que evacuava seu intestino com 2 a 3 dejectões acompanhadas de colicas e, as vezes, de muco-puz sanguinolento.

Nestas alternativas se mantém até 1914 quando, aggravando-se sobremodo a molestia veiu pela primeira vez á Capital, onde o medico consultado applicou-lhe a emetina, 37 injeccões, com o que diz ter melhorado. Com este tratamento, outras drogas e regimen foi se mantendo mais ou menos bem até Março do anno passado — 1920 — quando seu incommodo novamente exacerbou-se e de uma tal fórma que obrigou a abandonar o emprego e vir novamente a procura de seu medico.

Este repetiu emetina, 18 injeccões, diariamente, **sem o menor proveito.**

Feita a R. W. accusou positiva forte+++ . Algumas injeccões mercuriaes endovenosas, determinaram estomatite e nada influiram sobre a molestia.

Seguiram-se duas injeccões 914 e 11 de iod. de sodio que não lograram melhor resultado. Vejamos o que elle proprio diz na resenha de sua molestia que tenho comigo: "Nada conseguindo com este tratamento, retirei-me para Santo Antonio, tendo se aggravado a minha enfermidade ao ponto de chegar ao peso de 45 kgs.; quando meu peso, já me achando mal, era de 55 kgs., chegando a um tal estado de fraqueza que não podia dormir e difficilmente caminhava; tinha colicas horriveis e evacuava algumas vezes catarro com sangue e outras uma agua sanguinolenta e isso tudo na roupa por não ter mais forças de ir ao vaso, affrouxando-me tambem as urinas."

A instancias de amigos voltou novamente á Porto Alegre endereçado ao meu consultorio, trazendo o diagnostico de **cancer do recto.** Foi nestas condições que tive oportunidade de vel-o pela primeira vez. Seu aspecto era devéras muito máo. Indi-

viduo de 1.75 de altura, bastante emmagrecido, pesando 45 kgs., grandemente abatido physica e moralmente, exprimindo sua physionomia a dôr e o desanimo! Sua pelle e mucosas bastante descoradas. Temperatura, pulso, normaes. Apparelho respiratorio negotivo, circulatorio e vasos idem, apenas ligeiro reforço do 2.º aortico.

Apparelho digestivo: Língua saburrosa sobretudo na base; dentes máos, pyorrhéa, muitas caries e ausencia dos incisivos superiores.

Abdomen: Fígado e baço normaes. Ligeiro tympanismo. Dôr moderada á pressão ao longo dos colons, maxima ao longo do descendente e de alça sigmoide. Corda colica bem apparente. Plexos muito sensiveis.

Inspecção do anus — negativa.

Exploração digital do anus e do recto nada revelou além de ligeira atonia dos esphinctéres e da presença de secreções muco-purulentas sanguinolentas e fétidas.

Exame rectoscopico: posição genu-pectoral: penetração difficil devido ás fortes dôres, provocadas pelo apparelho. Mucosa da ampola e do colón pelvio, 20 cm. do anus até onde pude penetrar, vermelha, edemaciada, valvulas de Hauston espessadas; pequenas ulcerações em grande numero, disseminadas pela mucosa, recubertas algumas por um abundante exsudato purulento. Sangravam facilmente e não eram profundas. Retirei com o tubo pequena porção deste exsudato para exame. Preparei-o para a investigação fluoroscopica a qual effectuei no dia seguinte: 100,0 de barita, em 3 dôses, com intervallo de 4 horas uma da outra. Ultima dôse tomada ás 24 horas.

Exame sá 9 horas. Pulmões e coração, negativos. Aorta ligeiro augmento.

Intestinos: colons, apenas reconheciveis por uma faixa de sombra não uniforme, com lacunas que lhe davam o aspecto marmorisado, indicando seu trajecto e posição. Ligeira ptose do transverso. Regular quantidade de gazes nos angulos. Alça sigmoide e recto, vazios com o mesmo aspecto. (O paciente informou que pela madrugada tivera suas evacuações habituaes). Estes dados nos deram a convicção da extensão

das lesões: Todo o intestino grosso estava compromettido.

Estomago: (50,0 de carbonato de bismutho, na occasião). Posição e fórma, normaes. Ligeira hypotonia; limite inferior pouco abaixo da linha bis-iliaca anterior e superior, contracções preguiçosas, evacuação lenta.

— Aguardando o resultado do laboratorio fiz-lhe medicação symptomatica.

Este resultado foi negativo no sentido de parasitos.

Nos dias que se seguiram continuei em pesquisas.

Assim, exigí novos exames, pedindo ao paciente que fosse em pessoa ao laboratorio para que as fezes, ou melhor, o mucopuz, fosse recolhido nas condições óptimas para a pesquisa da *ameba pathogenica* e de outros protozoarios. B. de K. tambem foi pedido. Taesexames foram repetidos com algum intervallo — 3a 5 vezes, com resultado sempre negativo.

O exame funcional do intestino por mim praticado, evidenciou uma capacidade digestiva má, traduzida pela grande quantidade de detritos alimentares não atacados pelos succos digestivos. Esta constatação perde, porém, seu valor diante da grande rapidez com que se fez o trafego intestinal. (6 a 8 horas). Fezes francamente diarrheicas, muito fétidas, reacção acida, contendo grande quantidade de muco-puz sanguinolento e detritos alimentares.

Reacção de Triboulet — deposito: verde-escuro; liquido: muito turvo (isto é: bilis não transformada e albumina).

Prova da fermentação de Schmidt: positiva — fermentação regular.

Exame funcional do estomago: resultado — accentuada achilia.

DIAGNOSTICO: O nosso paciente era portador de uma *recto-colite erosiva, hemorragia, de evolução chronica* (9 annos) grave.

— Desde logo pudemos eliminar o diagnostico que trouxe (cancer): nem ulceração, nem infiltração, nem tumor que o suggerisse no ultimo segmento do intestino.

Para cima, os signaes radioscopicos foram mudos e mesmo a duração da molestia era contra tal hypothese.

Qual a natureza, pois, desta recto-colite? Eis o problema cuja solução procurámos encontrar.

Como era natural, o primeiro factor etiológico pesquisado foram os parasitos: ameba, lamblia intestinalis, balantidium coli, trichomonas, cercomonas, espirillos, monilia, etc. As repetidas e rigorosas pesquisas neste sentido foram sempre negativas, bem como no que toca aos vermes. Entretanto, ha na historia de nosso doente um longo periodo de sensiveis melhoras attribuidas á uma série de 37 injeções de emetina, o que é de molde a nos induzir a admittir a coparticipação da ameba em tal processo, naquella época, o que poderia muito bem ter-se dado. Não obstante repelimos esta hypothese, lembrando que esta affecção é susceptivel de remissões ante um tratamento bem conduzido, e mais, que a emetina, mesmo nas dysenterias não amebicas, sempre attenúa o symptoma sanguineo e, as vezes, tambem tem sua influencia benefica sobre as outras manifestações, calmando-as. Lembremos mais que d'outra feita, noutra aggravação, nova série de 18 injeções pouco ou quasi nada conseguiu.

Verdade é que nem sempre esta medicação, que com justa razão é considerada como especifica, ou quasi, na amebiase, triumphou. Nem seria este o nosso caso, porquanto, nem a ameba nem seus kystos, jamais foram encontrados nas fezes, a despeito de repetidas e rigorosas investigações de profissional competente.

Pela evolução e tempo, pelo aspecto das lesões e mais pelas pesquisas negativas de bacillos da dysenteria bem como do B. de K. eliminamos estes dois factores.

E a syphilis? Póde ella em sua determinação intestinal apresentar-se sob a mascara de uma recto-colite ulcerosa, onde as lesões se differenciam grandemente da maioria das lesões syphiliticas descriptas nos tratados, confundindo-se, assim, com as de outras causas ou origem?

Sim! Póde e não são poucas as observações que conhecemos na litteratura (Bensaude, Castex y Romano, B. Udaoulo e outros). Nós mesmo temos casos que poderíamos approximar aos destes autores.

Neste particular o diagnostico etiológico

não póde ser feito pelo aspecto das lesões que nada apresentam de característico.

A infecção luetica confessada, os seus estigmas, a W. positiva, são os elementos que nos revelam a verdadeira etiologia e o tratamento especifico vem nos dar a confirmação, delibando a molestia em curto praso.

Em nosso paciente não faltaram, como vimos, estes elementos, no entretanto, nem o tratamento mercurio-iodato, nem o novo arsenobenzol melhoraram suas condições, antes pelo contrario!

— No minucioso exame e interrogatorio feitos não encontramos elementos nem em auto-intoxicações (uremia, gotta, diabetes, etc.) nem em hetero-intoxicações (hydrargirismo, arsenisismo, etc.) que pudessemos responsabilisar.

Resta-nos para terminar este capitulo, referirmo-nos a um factor apontado pelos autores como susceptivel de determinar taes estados: a hypofuncção gastrica-hepatica-pancreativa-intestinal — associados ou não. Ora, em nosso caso, não acredito que possamos incriminar a deficiencia funcional do aparelho digestivo. Nunca foi um dyspeptico e sua molestia irrompeu bruscamente, em plena saude, quando seu aparelho digestivo funcionava regularmente. Podemos interpretar sua dysfuncção gastrointestinal antes como uma consequencia da grave enfermidade que o levou quasi á cachexia, onde estes estados dyspepticos são de regra. Quando muito poderão elles contribuir, sinão para aggravar, ao menos para enreter taes situações.

As tentativas no sentido de corrigil-o (opotherapie) foram infructiferas e me deram razão.

Como acabamos de ver todas as nossas pesquisas laboratorias bem como as tentativas therapeuticas (trat. esp-opoth.) no sentido de esclarecermos a etiologia da molestia, falharam. Defrontavamos, então, com um processo de causa desconhecida, obscura, e de feição particularmente grave, não só pela sua duração (9 annos), como principalmente, pelas frequentes perdas de sangue nas suas repetidas evacuações mucopurulentas, acompanhadas de fortes dores intestinaes e prolongados tenesmos de pre-

ferencia á noite, com grande desconforto, lhe impedindo o repouso e exoliando grandemente. Ajunte-se a isto a alimentação deficiente e digestão imperfeita e não nos surprehenderá o estado de anemia e de quasi, sinão, cachexia, em que se me apresentou no consultorio, "cujas escadas mal podia subir" em 20 de Junho de anno passado, quando fez a primeira entrada em minha clinica, onde permaneceu em observação e tratamento por espaço de um mez mais ou menos.

Neste período de tempo ensaiei novamente a medicação especifica (914 — 4 injeções) e, concomittantemente a opotherapie (fermentos e kinases gastricas, ex. pancreatico), bem como algumas medicações internas, como fossem: bismutho, compostos tannicos, greda, opio, belladonna, etc., inclusive algumas injeções de emetina, medicações estas symptomaticas com as quaes esperava coadjuvação ao tratamento local no qual punhamos toda nossa esperanza, convictos como estavamos da nenhuma efficacia das medicações internas em taes circumstancias, maximé como nò caso que nos occupa, de natureza desconhecida, cryptogenetico, onde sómente da therapeutica local podemos esperar algum resultado favoravel na impossibilidade de uma therapeutica etiologica.

Assim foi que recorri ás irrigações de 1 litro de infusão de camomilla, de malvas, de linhaça, isotonicas; aos pequenos enemas de permanganato de potassio e nitrato de prata (0,25 %/100) alternando e fazendo seguir-se a este ultimo uma irrigação de 1 litro de solução salina.

Não tendo esta medicação dado resultados animadores, depois de uns 15 dias, passei á applicações topicas, empregando o processo de Friedel, proctologista da clinica do saudoso Prof. Mathieu, para quem este é o "processo de tratamento mais effcaz das colites ulcerosas chronicas."

Consiste na introdução, ou por meio do tubo retoscopico ou de uma bisnaga, de uma pasta de consistencia conveniente a qual se obtem juntando, á vaselina branca, a greda e na qual se incorporam o dermatol, o oxydo de zinco, o tannico, a cocaina, a adrenalina, o opio, etc., enfim, as medicações calmantes, absorventes, desinfectan-

tes, adstringentes, etc. Fil-o passar umas 100,0 diariamente, metade pela manhã, metade á noite, recommendando que permanecesse no leito e que tivesse o maior tempo possivel, conseguindo elle no fim de alguns dias reter a medicação por espaço de muitas horas. Com o fim de evitar o espasmo intestinal o qual, difficulando o antiperistaltismo, impede a difusão da medicação até as partes altas do colon lesado, como era nosso caso, administrei-lhe boas doses de opio e belladonna.

Suas melhoras foram sensiveis: o numero de evacuações baixou para duas a tres, o sangue quasi que desapareceu bem como o catarro e o puz; seu estado geral melhorou alguma cousa, alimentava-se melhor e repousava regularmente durante a noite. O exame local revelou grandes modificações para melhor das lesões.

Nestas condições deixou meu consultorio, esperando que seu restabelecimento se completasse em casa onde proseguiu com este tratamento que lhe déra tanto allivio e esperanças de cura. A titulo de tonico fez algumas series de nucleoarsitol e serum nerotonico (estrich. glyc. ph. e cacodylato).

Mais uma desillusão!

Dois mezes depois, em meados de Setembro, novamente me voltou elle completamente desanimado, nas condições precarias da primeira entrada em minha clinica, com suas lesões e padecimentos aggravados a despeito de ter seguido á risca as prescrições que daqui levára!

Ante o fracasso do tratamento medico que tinha sido até então mais ou menos bem conduzido, cogitamos então, como ultimo recurso, do tratamento cirurgico, cuja indicação impunha-se deante da rebeldia e gravidade da molestia que punha em perigo a sua vida. Fiz ver suas vantagens e desvantagens. Poderia ser feliz e curar-se, mas tambem poderia ter a infelicidade de augmentar suas miserias!...

Não quiz sujeitar-se e insistiu commigo para que tentassemos outro tratamento medico.

Foi então que, decepcionado com a acção

das medicações locais, mesmo com as que na pratica de outros e tambem na minha costumam dar os melhores resultados, lembrei-me de empregar uma medicação a qual não me constava até o momento que tivesse sido applicada em casos semelhantes. Quero me referir ao hypocheorito de sodio.

Fui levado a isto, attendendo ás suas qualidades ideaes como desinfectante, pois que, ao par de suas propriedades altamente germicidas é quasi nada toxico e pouco irritante além de activar a cicatrização e desodorisar dos liquidos putridos.

Eis-me, emfim, meus senhores, chegado ao ponto principal deste despretencioso trabalho, ao seu principal motivo: divulgar uma therapeutica que me deu a enorme satisfação de ver jugulada uma molestia que pela persistencia desesperadora de seus accidentes e por sua tenacidade chega a ser considerada incuravel! (Wegelé e Mummery).

— A technica que segui neste caso foi a seguinte: enemas duas vezes ao dia, de 100 c.c da Solução Carrel, prepraada aqui em uma das nossas principaes pharmacias, adicionados a 150 c.c. de agua. Até aquella data ainda não existia em nosso meio nem o Líquido de Dakin, nem a litteratura a respeito feita distribuir pela Drogaria Moura Brasil, do Rio, que explora aquelle preparado. — Do terceiro dia em diante passou a fazer uma só applicação e á medida das melhoras foi espaçando mais. Sobre o resultado desta nova medicação eis o que diz textualmente o Sr. F. R.: “na primeira lavagem espelli grande quantidade de catarro e puz, acompanhado de póstas de sangue negro, na segunda, menos, as colicas começaram a diminuir e dahi em diante melhorando sempre.”

Daquí levou um litro da solução, pois foi experimentar o novo tratamento em casa e antes de terminar esta porção, julgou-se curado, pois que toda a symptomatologia intestinal desaparecera em uma semana, permitindo a volta gradativa á alimentação normal em breve praso, com o que entrou logo a melhorar grandemente seu estado geral, recuperando rapidamente seu peso e suas côres. Em meados de Dezembro aqui estive e foi até meu consul-

torio. Seu estado geral era já magnifico: peso 60 kgs., pelle e mucosas coradas, funções intestinaes perfeitamente normalizadas. Mucosa do recto e colon pelvio — normaes. Satisfeitissimo, considerava-se curado, pois que até mesmo já “abusava algumas vezes” sem consequencias graves, o que antes não podia fazer pois o menor desvio de regimen era pago caro. Não obstante insisti para que se mantivesse dentro de certas normas para que pudessemos “consolidar” sua cura, pois que as recidivas são frequentes e pelo menor motivo e elle bem o sabia. Em Maio do corrente anno voltou novamente á minha presença ainda em melhores condições, pois que seu peso chegara a 66 kgs. Ufano, confessou seus desregramentos alimentares e outros, sem a menor consequencia desagradavel. Estava “solidamente curado”, sic. Não hesitei tambem em consideral-o como tal, attendendo, não só ao seu excellente estado geral, pois recuperara os 20 kgs. perdidos durante os 9 annos de molestia, como, principalmente, á resistencia de seu intestino aos abusos e desvios alimentares. Hoje que um anno já transcorreu e que seu estado permanece o mesmo, inalteravel, segundo fui informado na semana passada por um cliente morador na mesma localidade e seu amigo, considero a sua cura incontestavel.

Fez uso de liq. de Carrel em lavagens e melhorou, desaparecendo as dôres e o sangue, tendo ainda catarrho.

Um mez depois novo exame rectoscopico mostrou diminuição das ulceras e melhor aspecto da mucosa.

Animado com este brilhante resultado therapeutico passei a empregar esta medicação não só em casos semelhantes como tambem noutros estados inflammatorios, hemorragicos e ulcerativas intestinaes de causas diversas, como adjuvante do tratamento etiologico, obtendo sempre os resultados mais satisfactorios. Da parte de alguns pacientes encontro alguma intolerancia ao medicamento mesmo em grande diluição — espasmos, colicas fortes nas primeiras applicações o que retarda e difficulta o tratamento.

Espero vencer este obice modificando o

vehículo agua o qual para mim é a causa d' irritação das mucosas hypersensibilizadas.

Em Abril do corrente anno levei aos meus collegas da S. de M. o resultado de minhas observações e pedi o obsequio de empregarem em casos taes a referida medicação, esperando que tivessem a bondade de fornecerem-me suas notas a respeito dos resultados colhidos, pois que com ellas pretendia documentar esta palestra clinica, trazendo eu apenas uma das muitas que possuo.

Na S. de M. já tive a satisfacção de ouvir communicações de casos em que a nova therapeutica deu resultados optimos, dos collegas Blessmann, Sefton (molestia de 2 annos, grave, completa e rapidamente curado) e Annes Dias, sendo que este ultimo teve a gentileza de corresponder ao meu pedido com as notas que passo a ler:

Ha 28-1-20 — O. E., 21 annos. Sempre gozou saúde até 1 anno atraz. Teve então gripe.

Diz que ha 1 anno tem diarrhéa sanguinea, ás vezes com catarrho, com colicas e puxos. Cephalalgia fronto-parietal.

Vomitos pela manhã, em jejum, frequentemente. Lingua saburrosa. Saliva muito.

Actualmente tem 2 — 3 evacuações diárias, sendo antes a frequencia até 10 vezes.

Não ha lienteria.

Tem gastralgia e peso após a refeição.

Acorda-se fatigado. Não súa quasi, a não ser nos pés e nas mãos. Mãos frias e cyanosadas.

Genio quieto, prefere estar parado; dorme muito.

Reflexos normaes. Muito poucos pellos na face.

Dentes muito grandes, em bom estado.

Duas manchas pigmentadas na bochecha esquerda.

Dá-se mal com carne, gorduras. Dór solar. Dór no baixo ventre, principalmente á direita.

— A diarrhéa vem em crises de 4 — 5 evacuações pela manhã, depois passa durante muitas horas.

Em -VIII-21 — Passou por periodos de melhora e peora.

Agora voltaram as evacuações sanguineas.

Exame rectoscopico revela ulceras a 11 cms. do anus.

A observação que vos apresentei, com exito therapeutico completo me fornece oportunidade para algumas considerações a respeito do tratamento desta fórma de colite, não rara entre nós, cuja etiologia não foi ainda esclarecida, a despeito da investigação de diversos autores. Farei tambem ligeira referencia sobre suas fórmas clinicas, tudo tão rapidamente quanto me é permittido dentro dos estreitissimos limites de uma palestra clinica, lamentando prejudicar assim o assumpto que além de se rde actualidade é sem duvida importante e merecia ser tratado com mais carinho.

— São unanimes os autores que d'elle têm se occupado, desde Baas quem publicou a primeira observação (1903) Iwing, Friedel, etc., até Bensaude e Antoine os quaes deram á lume um magnifico trabalho de conjuncto, documentado, na "Gazette des Hôpitaux", Paris — Fevereiro 1920 — são unanimes, como dissemos, em considerar estas recto-colites, não dysentericas, como graves, muito rebeldes, difficeis de tratar e mais ainda de curar. E' essencialmente chronica, com aggravações e remissões successivas e é raro mesmo que nos periodos de calma o paciente não apresente nenhuma perturbação e que não se reproduzam os accidentes sob a influencia de causas insignificantes. Como já dissemos Wegeli e Mummury (cit. Bensaude) consideraram-na incuravel. Ha no emtanto na litteratura medica casos de cura incontestaveis, obtidos já pelo tratamento medico, já pelo cirurgico.

O tratamento medico comprehende a diéta, medicação interna e medicação local.

Como alimentação, devemos permittir apenas os solidos molles — substancias que deixem poucos dejectos de modo a não irritar as paredes intestinaes. Repouso physico e moral tanto quanto possível.

Medicação interna — Apenas symptomatica: opotherapia gastro-pancreatica; emetina, Keshan, chlor. de calcio — contra a hemorragia; belladona e opiaceos — contra os espasmos dolorosos; salicylato bismutho, fermentos lacticos e a urotropina — contra a virulencia microbiana e a infecção; compostos tannicos — contra a hy-

persecção; o serum, a estrychnina, o arsenico, o nucleinato de sodio — contra a desnutrição intensa.

O tratamento local, o mais importante, comprehende as lavagens, os methodos endoscopicos, os curativos rectaes e os tratamentos electricos.

— São legião os antisepticos utilizados no tratamento local: collargol, ichtyol, perchlorureto de ferro, permanganato de potassio, nitrato de prata, azul de methyleno, etc., etc., tendo como vehiculo a agua e o oleo. A multiplicidade delles já nos diz sobre sua efficacia: Bensaude, Antoine e outros já não os empregam, pois que estão convencidos que só as soluções isotonicas, não irritantes, podem ser empregadas com esperança de bons resultados. As lavagens devem ser dadas em posição deitado com uma canula de dupla corrente o que facilita o escoamento abundante do liquido, realisando assim uma limpeza mecanica da mucosa, unica maneira de agir das lavagens.

Já em Julho de 1914, Friedel, em um bem documentado trabalho sobre as recto-colites hemorragicas (Arch. das Mol. App. Dig.) se insurge tambem contra o emprego de medicações irritantes e principalmente contra os vehiculos agua e oleo. Acha mesmo que o insuccesso do tratamento medico é mais devido ás lavagens muito bruscas, feitas com muita pressão e com liquidos muito aggressivos e muito causticos.

Como se sabe, a agua pura não é tolerada mesmo por um intestino normal e com mais forte razão por um intestino doente. Mathieu muito insistiu sobre este effeito nocivo. A mucosa reage por um espasmo e sobre tudo por uma hypersecção mucosa tanto que, com a sua repetição, podemos crear a colite mucosa ou mucomembranosa.

Em nosso meio muito se usa e se abusa mesmo das irrigações de agua pura, feitas com technica defeituosa contra o que não me cango de protestar, apontando seus inconvenientes.

Friedel diz ter encontrado um vehiculo ideal, na mucilagem obtida com o dissolução da coreina (10,0) em 600,0 de infusão de camomilla, mentha, etc., o qual preen-

che quasi todas as condições que se devem exigir de um curativo ou lavagem intestinal. Por seu estado colloidal não é irritante para a mucosa, por sua avidéz pelos liquidos é descongestionante, absorve e fixa as secreções sero-albuminoides e impede a sua fermentação toxica; fornece um verniz protector á mucosa e favorece a expulsão das materias fecaes; é estyptica, calmante e anti-espasmodica. Todas estas qualidades, podem ser augmentadas, pela adjuncção judiciousa de certas medicações.

Em seu trabalho citado traz 9 observações, com uma cura incontestavel, outras apparentes e a maioria com notavel aproveitamento.

Nunca me foi dado empregar aqui tal medicação pela difficuldade de poder fazer-a vir.

— Dos methodos endoscopicos já dissemos fallando do processo Friedel. Pulverisações medicamentosas tambem podem ser feitas atravez do tubo. Este methodo tem a vantagem de levar a medicação directamente sobre as lesões.

— Entre os tratamentos electricos têm sido empregada a ionisação pelo sulfato de zinco (Mum.-Bensaude) bem como a diathermia.

Tratamento cirurgico: Para sermos breves vamos transcrever o que dizem Bensaude e Antoine a respeito: "E' o unico tratamento curativo nas fórmas estenosantes e muitas vezes mesmo nas fórmas peritoneaes.

Nas fórmas hemorragico-purulentas elle tem sua indicação quando a vida do doente está em perigo, seja pela abundancia das evacuações, das hemorragias, seja pela existencia de uma febre septica e naturalmente quando todo tratamento medico, applicado com cuidado e por longo tempo, fracassou.

O facto de não conhecer-se a extensão exacta das lesões acarreta uma grande difficuldade na indicação do modo de tratamento cirurgico. Os raios X em certos casos nos dá informações preciosas.

Diversas intervenções foram propostas:

1.º A **simplex incisão** do abcesso, que basta nas pericolicos, bem collectados.

2.º A **apendicostomia**, que é uma operação benigna, pouco traumatizante, e per-

nimol, bizarra palavra que o erudito e muitas vezes original filólogo Dr. Castro Lopes assim justifica:

"Chamam os franceses — avalanche — a mole ou massa enorme de neve que das montanhas se despega e corre, precipitando-se para o vale. São estas todas as ideias contidas no termo francês avalanche.

"Façamos agora a dissecação da palavra e acharemos os elementos latinos Ad (para valleur (vale) e lance (do verbo francês lancer, lançar); os quais, perdidas as letras — d — de Ad — leur — de valleur, e acrescentando por corruptela popular um — h — depois do — e — de lance, produziram — Avalanche.

"Tais elementos significam portanto — lança para o vale; mas a ideia principal, que é a de neve, não aparece nem transparece na palavra formada, que exprime, por consequência, incompletamente esse fenómeno fisico.

"Não obstante tão deficiente formação, querem nacionalizá-la.

"Eu proponho para traduzir Avalanche o neologismo Runimol.

Aqui encontrar-se-ão os elementos principais do termo que perfeitamente indicam o fenómeno. Ru (do verbo ruere, ruir, correr precipitadamente) ni (de nix, nivis, neve) mol (de moles, ismole, massa). Runimol exprime portanto completamente a ideia complexa de uma mole ou massa de neve que rue, que se precipita; é até uma palavra onomatópica.

"A circunstancia de não ser indicado o vale, por onde corre e se precipita a massa de neve, é secundária; não há necessidade de consigná-la, por ser evidente que uma massa de neve, que se despenha das montanhas, não pode correr, senão para baixo, para o vale.

"Será também ridiculo runimol, só porque vêm do latim?..."

Não quero dizer tanto, mas é pelo menos escusado, porque temos em português um termo de cunho legítimo para traduzir, o francês avalanche: é a palavra ALUDE.

Encontra-se nos classicos, como Rodrigues Lobo, e acha-se registada nos dicionários da lingua.

Possuindo o vernáculo e elegante — ALUDE, torna-se-nos perfeitamente inutil

o engenhoso e complicado runimol. Diga-se, portanto, a lei da alude de Pflüger, uma alude de nomeações, despenhou-se uma alude sobre a aldeia tal, etc.

Pensar sifilíticamente

Exprimindo a nova directriz da medicina moderna, vulgarizou-se uma frase de Huchard, segundo a qual, em clinica, é necessário pensar fisiologicamente. Nada mais justo, quer se encare pelo lado scientifico, quer simplesmente pelo prisma filológico. E' uma sentença de forma correcta e significação verdadeira.

Preceitua-se nela que, ao encarar um determinado caso, deve o clinico dar maior importância ás perturbações funcionais, do que ás alterações anatómicas.

Na frase de Huchard, vertida para o português, o verbo pensar é intransitivo e significa fazer reflexões, raciocinar e, como se pode pensar de diversos modos e com diferentes critérios, acertadamente ou erroneamente, anatomicamente ou fisiologicamente, etc., claro é que o adverbio está ali muito bem empregado.

Até aqui não há dúvida possível e nos conservamos nos limites do plausível.

O professor Austregesilo, porém, querendo dar ao seu pensamento uma forma igualmente concisa afirmou que, em clinica, convém pensar sifilíticamente. (Clinica Médica, pg. 109).

Não parece que o illustre clinico e famigerado escritor haja logrado exprimir correctamente o seu pensamento.

Tê-lo hia alcançado, se se contentasse em falar como toda a gente e tivesse dito: Em clinica convém pensar na sífilis.

Teria sido claro e correcto ao mesmo tempo. Claro, porque ninguém se poderia arrogar o direito de entender que, em clinica, se deve pensar como os sifilíticos, á maneira sifilítica, e só poderia entender que o que convém é ter sempre em mente a sífilis, prevêr sempre a sífilis. Correcto, porque não confundiria duas accepções gramaticalmente distintas do mesmo verbo. Ao passo que, na sentença de Huchard, o verbo pensar tem a significação de reflexionar, raciocinar, na frase do Prof. Austregesilo a sua significação é outra e

recuer objecto, que não pode ser substituído por um simples adverbio. Deve-se, pois, pensar na *sífilis*, mas nunca *sifiliticamente*.

Um homem prudente deve pensar sempre nas *excepções*, mas seria desastroso se pensasse *excepcionalmente*.

—:0:—

Imprensa Medica

Os "Archivos Rio Grandenses de Medicina", recebem, actualmente, em permuta as seguintes revistas medicas, nacionaes e estrangeiras:

NACIONAES

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, São Paulo.

A Folha Medica, Rio de Janeiro.

Laboratorio Clinico, Rio de Janeiro.

Pharmacologo, Florianopolis.

Archivos Brasileiros de Neuriatria, Rio de Janeiro.

Archivos Paranaenses de Medicina, Paraná.

A Tribuna Medica, Rio de Janeiro.

Boletim Mundial, Rio de Janeiro.

Gazeta Clinica, São Paulo.

Amazonas Medico, Amazonas.

ESTRANGEIRAS

La Clinica Castelaña, Valladolid, Hespanha.

The Journal of the Maine Medical Association, Maine, E. U.

La Crónica Medica, Lima, Perú.

Gazette des Hôpitaux, Paris.

Revista de Medicina y Cirurgia, Barcelona, Hespanha.

Journal de Médecine de Bordeaux, Bordeaux.

La Chirurgie dell'Ernia e dell'Addome, Napoles, Italia.

The Southwest Journal of Medicine and Surgery, El Reno, E. U.

La Grèce Médicale, Grecia.

La Médecine, Paris.

Revista Farmaceutica de Nicaragua, Managua, Nicaragua.

Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades, Madrid.

La Pediatria, Napoles, Italia.

The Journal of the American Medical Association, (ed. Hesp.), E. U.

Spitalul, Bucarest, Rumania.

La Juventud Medica, Guatemala.

Revista de Medicina y Cirurgia de la Habana, Havana.

Revista del Circulo Medico Argentino, Buenos-Ayres.

The Journal of Obstetrics and Gynecology, St. Louis, E. U.

Long Island Medical Journal, E. U.

Pathologia, Genova, Italia.

A Medicina Moderna, Porto, Portugal.

Endocrinology, Ohio, E. U.

Repertorio de Medicina y Cirurgia, Bogotá, Columbia.

Anales de la Facultad de Medicina de Lima, Lima, Perú.

Revista Sanitaria Siciliana, Italia.

Archivos Españoles de Pediatria, Madrid, Hespanha.

L'Italia Sanitaria, Roma.

Cronica Medico-Quirurgica de la Habana, Havana.

Anales de la Direccion de Sanidad Nacional, Caracas, Venezuela.

Revista del Centro Estudiantes de Medicina Quito.

Revista das Revistas

Osteochondrite deformante infantil da epiphyse superior do femur (Albert Mouchet et Georges ^{fil} "Revue d'orthopédie" — 1921. — Mouchet — Journ. de Chirurgie, Agosto 1921.)

A interessante memoria de Etienne Sorrel chama attenção sobre uma affecção isolada, sómente desde uma dezena de annos, do grupo das coxalgias, cujo estudo é por demais importante, tanto na pratica como na paternidade.

Os americanos reivindicam a prioridade — **Molestia de Legg** (de Boston) e os alemães — **Molestia de Perthes** (de Tübingen.)

Mouchet e Georges ^{fil} expõe o estado actual da questão na "Revue générale", acompanhada de um índice bibliographico completo dos trabalhos após a these de doutoramento de Mérine (1919.)

Não foi Perthes quem descreveu primeiro a doença, foi Legg; porém, já em 1909 Calvé (de Berck) e Waldenström (de Stockolm) a suspeitavam.

Calvé havia communicado a sua impressão clinica a Sourdat e se referido em sua these sobre "coxalgias, algumas observações de pseudo-coxalgias", e Waldenström acreditava em uma forma particular e benigna de tuberculose do collo.

Em 17 de Fevereiro de 1910 Legg individualisou nitidamente a molestia sobre o nome de "affecção obscura do quadril". Foi, o primeiro trabalho de conjuncto, seguido logo, em 10 de Julho, de uma importante memoria de Calvé que, ignorando a publicação de Legg, relata na "Revue de Chirurgie" 10 observações de **une forme particuliere de pseudo-coxalgie greffée sur des déformations caractéristiques de l'extrémité supérieur du fémur**, e attribuida ao rachitismo.

O allemão Perthes (de Tübingen) seguiu mais tarde, em 1913, o recém-nascido nas pias baptismaes, propondo o nome de — **ostéochondrite déformante de l'épiphyse supérieur du fémur**. A confusão se fez com a consequencia entre o padrinho e o pae e o desagradavel uso, contra o qual protestamos, pela nova, prevaleceu, além do Rheno, chamar Molestia de Perthes esta osteochondrite.

De todos os nomes que tem sido propostos para designar esta affecção o de osteochondrite deformante infantil da epiphyse superior do femur, embora longo que seja, parece o mais adequado; ella traduz nitidamente o character anatomico da molestia e não significa uma censura a Waldenström, indicando muito bem, a terminação "ite" uma origem infectuosa que é, talvez, a verdadeira.

A affecção é relativamente para (1 a 2 casos de osteochondrite para 100 casos de coxalgias, opinião da maioria dos autores). E' preciso retirar do quadro desta affecção os casos numerosos descriptos por Legg, Perthes e outros, ou a osteochondrite se apresenta na cabeça do femur com uma luxação congenita do quadril que foi reduzida.

As alterações da cabeça e do collo do

femur que apparecem, depois desta redução geralmente mais ou menos traumatica, não podem ser consideradas como verdadeiras osteochondrites. Trata-se de meninos nos dois terços dos casos. A idade oscilla, entre 3, 12 a 13 annos, nunca mais tarde, com um maximo de frequencia entre 5 a 9 annos.

A unilateralidade é a regra, attingindo tanto o lado direito como o esquerdo. Mérine, em suas 14 observações só encontrou uma vez a bilateralidade; uma das nossas observações é de osteochondrite bilateral. Phélip (de Vichy) apresentou á Sociedade Anatomica (de Paris) um caso bilateral, de um menino de 5 annos.

Os paes trazem o filho porque coxixa, ou porque sente dores em ambos os lados. Claudica algumas vezes, depois de alguns mezes, arrasta a perna, a coxa, caminhando, fatiga-se depressa.

Em outros casos a creança soffre, queixa-se de dores no quadril, no joelho, notando a mãe que, ao apalpar o quadril, a creança accusava certa sensibilidade.

Fazemos diante de nós a creança caminhar; arrasta muito pouco a perna, a claudicação é leve, excepcionalmente, teriamos observado um ligeiro descadeiramento, lembrando o da luxação congenita do quadril.

Quando collocamos de pé sobre o lado doente, a creança inclina o tronco para o lado são (signal de Trendelenburg que indica o enfraquecimento do musculo médio gluteo). O grande trochanter parece algumas vezes saliente e elevado (Calvé, Lamy, Kidner, Perthes.)

Examinamos a creança em decubito dorsal: verificamos uma atrophia muscular da coxa, mais raramente da nadega, e não sentimos geralmente esta hypotonia dos gluteos que, constitue um bom signal do começo da coxalgia. Provocamos, porém, uma dôr mais ou menos viva, pouco intensa em geral á pressão do collo femural.

Em compensação, não verificamos, senão excepcionalmente, um empastamento ao nivel do triangulo de Scarpa ou uma adenite inguinal ou iliaca.

Em casos adiantados, podemos observar uma saliencia exagerada do grande tro-

chanter, produzida pela sua elevação e consecutiva inclinação do collo em "coxa vara" (Mérine, Sorrel, Calvé não admittem esta "coxa vara" que affirmam Froehlich, Mouchet e Georges *AJ* ou um collo hypertrophiado, fazendo saliência na base do triangulo de Scarpa).

Os movimentos do quadril são pouco limitados. A extensão tem geralmente a sua amplitude normal; a flexão e a rotação externa ou interna apenas são notados; a abdução é constantemente pouco ou muito limitada. No começo da affecção nota-se um signal muito importante — é a contractura dos adductores que pôde desaparecer sob a anesthesia geral; no periodo adiantado, são sem duvida as lesões da ca-

beça do femur, que constituem um obstaculo mecanico.

A primeira idéa que occorre ao clinico é de uma coxalgia, de forma benigna — coxite tuberculosa em começo; e é preciso confessar que, sem a radiographia, a bilateralidade que nos poderia revelar a lesão — excepcional, não se tem outro diagnostico a formular. E' assim que, são enviados á Berck creanças atacadas de simples osteochondrites.

"La clinique n'est presque rien dans l'ostéochondrite, la radiographie est tout" (Mouchet). Esta nos mostra, com effeito, um aspecto muito particular da cabeça do femur, da cartilagem epiphysaria e do collo femural.

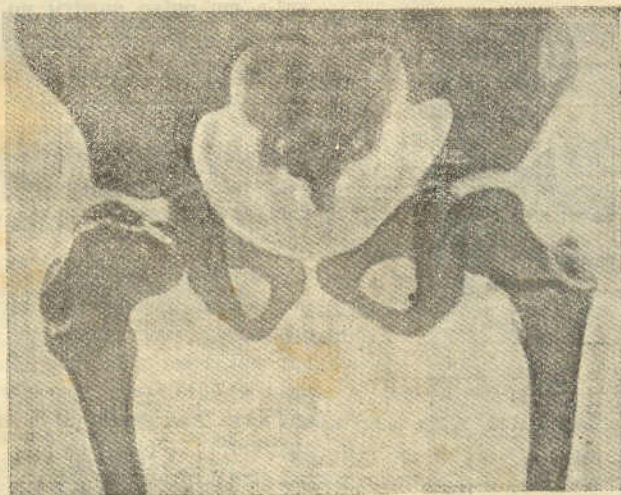


Fig. 1

1.º A cabeça do femur tem seu nucleo epiphysario, muitas vezes fragmentado, principalmente no começo, dividido em dous, tres ou mais nucleos, e de volume desigual; é sempre deformada, achatada, em forma de casquete, de bolo, de crescente e de cogumelo. Este nucleo epiphysario é

alterado em sua estrutura, apresentando zonas claras, como que descalcificadas, no meio, zonas sombrias (fig. 1) ao menos no começo.

Posteriormente, a transparencia pôde tornar-se uniforme. *OK a/oj*

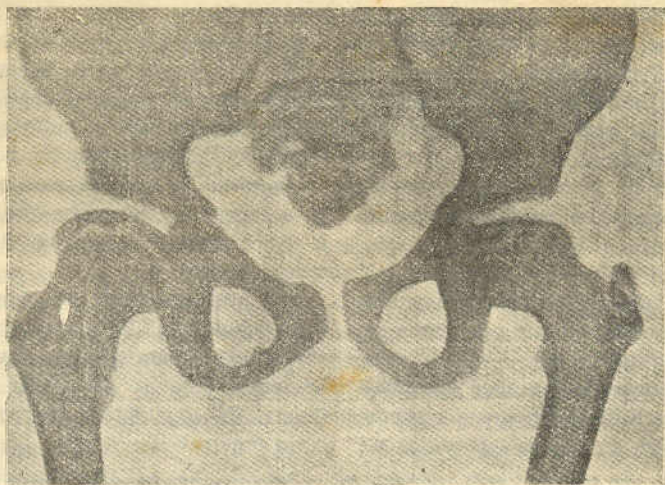


Fig. 2

2.º A cartilagem epiphysaria é muito irregular, denteada, interrompida em varios pontos e seus limites nitidos (fig. 2).

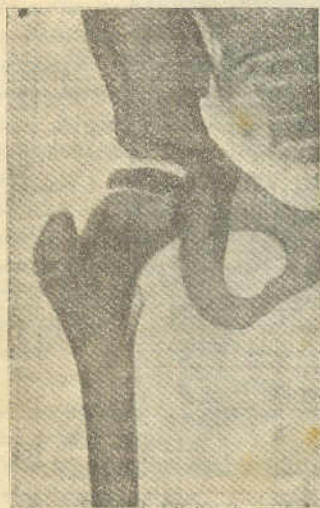


Fig. 3

3.º O collo femural apresenta emfim, manchas claras acima da cartilagem epiphysaria (fig. 3); augmenta notavelmente de volume sobretudo em um período adiantado da doença; pode finalmente se modificar em sua inclinação o mais das vezes, em "coxa vara", facto sobre o qual Froehlich (de Nancy) tem muito insistido e que

mostra nitidamente, um doente de Mouchet, porém, algumas vezes em "coxa valga", do mesmo modo que podemos observá-la em outro quadril do mesmo doente.

A interlinha articular parece augmentada nas radiographias; 6 vezes sobre 14 nas observações de Sorrel e Mouchet. A abobada cotyloidéa é em varias observações, irregular. Além disso, as diferenças de aspecto radiographico estão em relação com as diferentes phases na evolução da affecção.

A affecção tem uma duração de um anno, dezoito mezes; não termina nem por destruição ossea, nem por abcesso e nem por ankylose; tem uma tendencia natural para a cura, mas apresenta algumas sequencias de ordem anatomica e funcional: anatomicas (collo desviado em "coxa vara" mais raramente em "coxa valga", espessamento constante deste collo); functionaes (ataques dolorosos, após uma longa marcha e limitação da adbucção do quadril).

Muitos casos de quadril deformado no adulto com cabeça do femur achatada, collo grosso, que não se acompanham, senão de leve atrophia muscular e que fornecem, como symptoma funcional, apenas uma fadiga ossea, rapida do membro com limitação da adbucção, são simplesmente osteochondrites da infancia, curados.

"La radiographie est la clef du diagnostic".

É indispensavel que todos praticos conheçam a osteochondrite deformante do quadril e não a confundam com a coxalgia; evitarão assim, suscitar a perturbação e a anciedade nas famílias e impôr ao doente um tratamento longo e inutil. O tratamento da osteochondrite é simples: repouso, e se a creança tem dôres, a immobilisação do membro feita em aparelho gessado ou em extensão continua, segundo a vontade do cirurgião. A immobilisação não deve ser prolongada. A massagem dos musculos é recommendavel; as precauções hygienicas são rigorosas.

A natureza da osteochondrite deformante infantil não está ainda elucidada. É provavel que se trate de uma osteite epiphysaria de crescimento da cabeça do femur, da mesma classe da escaphoidite tarsica das tenras creanças (Mouchet e Roederer), e da "coxa vara" (Froehlich).

Talvez mesmo, sejam para Froehlich e Mouchet a osteochondrite e a arthrite deformante do quadril, um unico e mesmo processo, havendo apenas uma questão de grau.

N. Flores

Calot (de Berck) — Como deve ser o tratamento da luxação congenita do quadril? (Bull et Mémoires de l'Académie de Médecine n.º 16, 1920); A. B. — Jour. de Radiologie et Electrologie — Fev. 1921.

Segundo o A. os radiologistas e cirurgiões se enganam quasi sempre no verdadeiro limite superior do cotylo primitivo, onde se deve collocar finalmente, a cabeça do femur, si se pretende verdadeiras curas. Localisaram este limite superior ao nivel do ponto mais elevado e mais externo do V eschematico do apice interno, que figura nos livros de radiologia, a região do cotylo em todas as creanças, emquanto, na realidade o limite superior do cotylo primitivo corresponde ao apice d'este V, isto é, na parte superior da cartilagem em Y. Illudiram-se tambem, dando ao eixo da cabeça e do collo, direcção obliqua.

Na realidade, eis o que se deve ter na radiographia: 1.º o eixo do collo e da cabeça deve ser horizontal e transversal; 2.º a cabeça deve corresponder a peça do ischion e não a peça do ilion do osso coxal; 3.º o collo deve se apresentar no seu maior comprimento; 4.º é preciso obter o contacto da cabeça e do collo, uma abobada solida ou melhor sem encaixe.

Cousa outra se pôde, seguindo o methodo que descreve, crear em oito a dez ou doze mezes, acima do cotylo, uma abobada tão solida, tão horizontal como a do lado são e no mesmo nivel. O criterio para julgar isso, é o apparecimento, na radiographia, acima da cabeça do femur, estalactites osseas, ilhotas osseas a principio disseminadas, depois confluentes, que testemunham a neoformação de uma abobada horizontal assaz longa.

N. Flores

Corle Roederer (Paris) — A proposito do diagnostico differencial da coxalgia (Bull. et Mémoires de la Soc. de Médecine de Paris, n.º 15, 1920) Loulier. Journ. de Radiologie et Electrologie, Fevereiro - 1921.

Nenhum signal clinico formal pôde fornecer, em começo, certeza do diagnostico. A radiographia não nos dá esclarecimentos neste periodo pre-coxalgico.

A leve sombra ou o nublado, "flou" da interlinha e a sua belliscadura, o aspecto confuso das cartilagens de incrustação e a falta do seu parallelismo, a desmineralisação mesmo limitada á aresta da abobada, não são, no começo nitidos, em geral se mostram no 4.º mez de molestia.

O A. cita tres casos typicos de lesões da vizinhança que tomavam a marcha de verdadeira coxalgia.

suu pincamento H N. Flores

Calcio no sangue das crianças. — (W. Dennis e Fritz Tallot. — "American Journal of diseases of children". Janeiro — 1921.)

Essa importante questão, os autores, durante dois annos, inspirados pelas novas acquisições nesse terreno, estudaram-na,

sobretudo, em relação ao rachitismo e á tetania, não esquecendo, porém, de colleccionar dados do conteúdo de calcio no sangue de crianças portadoras de condições pathologicas varias.

As determinações das percentagens de calcio foram feitas pelo processo de Syman, modificado em pequenos detalhes pelos autores, onde empregaram o plasma citratado.

No detalhado trabalho, publicam seis quadros estatísticos minuciosos, onde o conteúdo de calcio no sangue foi comparado entre differentes modalidades clinicas, como diathese espasmophilica, rachitismo, broncho-pneumonia, pneumonia lobar, escorbuto, hydrocephalia, infecções intestinaes, etc....

O quadro I se refere a 116 crianças observadas, nesse sentido.

Como resultado de suas observações, os autores concluem que uma percentagem baixa de calcio, no sôro sanguineo, ocorre, frequentemente, na tetania infantil, no rachitismo e na pneumonia.

Em um caso de tetania, houve um augmento consideravel do calcio sanguineo, depois da administração de chloreto de calcio "per os".

Varios casos de epilepsia têm uma proporção inferior de calcio no sangue.

A significação dessas pesquisas são, por enquanto, incertas.

R. M.

A enxaqueca nas crianças. (Dr. J. Comby. — "Archives de Médecine des enfants". — Janeiro de 1921.)

Notando a ausencia quasi absoluta desse ponto da pratica pediátrica nos tratados classicos, poudo o autor, em magnifico artigo, esclarecer nitidamente a questão, trazendo idéas novas e pontos novos, tendendo a eliminar do quadro morbido as cephaléas da infancia, as dôres de crescimento, dôres dos anemicos, dos dyspepticos, dos neuropathas, etc....

Traz á publicidade 15 observações, onde faz resaltar o caracter hereditario da afecção.

Abordando a symptomologia, a etiolo-

gia e o diagnostico, accentúa que a enxaqueca não é rara na criança e que a fórma de hemi-crania é menos frequente na infancia que na idade adulta.

Encontram-se dôres que se irradiam á orbita, a photophobia, as visões coloridas, as nauseas e os vomitos.

Ella pôde-se iniciar desde a idade de dois mezes, um anno, dois annos.

Varia o accesso de algumas horas, a um dia, podendo ir além, até dois dias, havendo, por vezes, prostração, delirio.

A sua duração é indeterminada, mas sempre muito longa. O prognostico, ante a impotencia da therapeutica, é serio, sendo benigno, porém, *quoad vitam*, pois a enxaqueca nunca é mortal.

Sempre é hereditaria, sobrevindo a manifestação, sobretudo, da parte materna.

Assignalam-se, como causas occasionaes: o esfalfamento escolar, a vida sedentaria, as fadigas, as contrariedades, as vigílias, as indigestões.

Procura-se attenuar os paroxysmos, por meio de boa hygiene, de repouso physico e intellectual, da vida ao ar livre.

Duchas frias ou quentes, bromureto de potassio, a natação bons resultados produzem, não esquecendo a quinina, a antipyrina, o chloral, a cafeina.

Conservar-se-á a criança em quarto escuro, ao abrigo dos rumores e da luz, enquanto durar o accesso agudo.

R. M.

Lições sobre o modo de conduzir-se na diphteria. (George H. Weauer — "The Journal of the American medical association" — Junho, 11, n.º 24 — 1921)

O atilado artigo do autor veiu á publicação, para chamar attenção sobre pontos de magna importancia, no tratamento da diphteria, ante estatísticas que coordenou, evidenciando, maximé em Chicago, que a mortalidade por essa entidade morbida pouco decresceu, de 1897 á 1919.

De facto, durante os ultimos vinte annos, não houve diminuição notavel na mortalidade por diphteria, nessa cidade norte-americana.

Assim, de 1897 a 1906, registrou-se 3,72 por 10.000 habitantes, e de 1907 a 1916 — 3,34 por 10.000 habitantes.

Divide o seu artigo em tres partes: as condições observadas, as causas e as recommendações.

Na primeira parte conclúe que:

a) o maior numero de pacientes, mortos por diptheria não haviam recebido a injeção de sôro correspondente, sobretudo em domicilio;

b) foram dadas doses relativamente pequenas;

c) a primeira administração do sôro foi feita tardiamente.

Aborda, em seguida, a segunda parte, chamando attenção, maximé para o descuido dos paes, em não procurar o medico a tempo; e a inefficacia dos cuidados profissionaes.

Termina, fazendo varias recommendações importantes.

E diz:

“De nosso estudo, pode-se, naturalmente, concluir que o factor importante e essencial em reduzir as mortes por diptheria, deve ser a educação.”

E a esse respeito lembra o papel predominante das mães, em serem bem instruidas para suspeitarem um caso de diptheria, quando existe qualquer affecção para o lado da garganta e do nariz.

Faz accentuar que a educação ainda pôde ser feita por artigos populares, em varios jornaes e em varias linguas, com quadros elustrativos, em conferencias, e o ensino nas escolas, cujos alumnos podem chegar a ser os instructores dos cuidados necessarios nesse sentido.

Os medicos devem examinar a garganta em cada caso mostrando condições anormaes do nariz, e em cada criança enferma, e fazer culturas de placas, por ventura existentes. Administrar sôro antidiptherico em todos os casos suspeitos, mesmo sem o exame bacteriologico. Acompanhar attentamente todos os casos de pharyngite até que a diptheria tenha sido eliminada. Nunca contentar-se só com uma dose de antitoxima, em caso de diptheria, porém acompanhar o doente até que tenha sido eliminado o mal. Injectar to-

das as doses therapeuticas de sôro intramuscularmente ou, occasionalmente, nas veias. Tratar como diptheria cada caso que não seja de prompto esclarecido.

R. M.

Glycosuria cerebral no decurso da syphilis do neuraxe. Drs. Urechia e Josephi.

Sob tal epigraphe, publicaram os Drs. C. I. Urechia e Ar. Josephi, o primeiro professor de clinica psychiatrica, o segundo chefe dos trabalhos, em Cluj (Rumania), interessante estudo original, dado a lume em “Annales de Médecine”, n.º 2, do corrente anno.

Esteiados em grande numero de observações pessoases, fazem os auctores os seguintes commentarios, que aqui reproduzo litteralmente.

E' conhecida de longa data a glycosuria cerebral que se encontra em numerosas affecções organicas do cerebro e do bulbo. Até nas affecções, rotuladas, provisoriamente, de funcçionaes, se observa tal phenomeno. Verifica-se ainda nas psychoses, mania, melancholia, demencia precoce, hypochondria. Postas á margem estas glycosurias, os auctores se occupam apenas com as observadas na syphilis do neuraxe.

E' bem conhecida a glycosuria notada no correr da tabes e da paralysisa geral.

Siegmond encontra-a em 27 por 100 dos casos da dicta affecção; Bond, tres vezes em 62 casos; Naunnyn em 5. Bouillard encontrou assucar na phase inicial della. Além destes, outros auctores.

Em uma epocha, em que eram conhecidas as radiculites, Brown, Frohsihn, Schiff, Eulemburg, Hallerworden, assignalam glycosurias passageiras nas sciaticas (syphiliticas?).

Na tabes, a glycosuria pode ás vezes se observar “e deve ser interpretada, quer como dependente da syphilis, quer como um signal de diabetes independente da tabes, porém favorecido, como ella, por uma tara nervosa hereditaria” (Déjerine e Thomas).

Na syphilis cerebral, a glycosuria não seria rara; seria produzida segundo For-

ster, por uma placa de meningite da base ou uma gomme na região do chiasma.

Nonne descreve um caso de syphilis cerebral, havendo a glycosuria desaparecido pelo medicação anti-syphilitica, e sem regimen anti-diabetico.

Gallus (setembro 1920) descreve nove casos de diabetes syphilitico, nos quaes a glycosuria era leve e sem gravidade: todos os symptomas de diabetes faltavam; a glycosuria era transitoria; a acetena nunca foi encontrada; o tratamento anti-diabetico não deu resultado, ao passo que a medicação anti-syphilitica fez, ás mais vezes, cessar a glycosuria.

Em cinco casos, observam-se desigualdade pupillar ou irregularidades da circumferencia das pupillas, e, nos outros, alterações opthalmoscópicas. A Wassermann era positiva no sangue. A punção lombar não se praticou.

Desde novembro de 1919, os auctores procedem systematicamente á pesquisa do assucar, na urina dos individuos accometidos de syphilis insidiosa do neuraxe.

A estatistica dos auctores versa sobre mais de cem casos.

Deixam de parte os casos de tabes e paralysisa geral, em que são bem conhecidas as glycosurias transitorias, e referem alguns casos de syphilis insidiosa do neuraxe, havendo a glycosuria desaparecido, mercê do tratamento especifico.

Segundo a experiencia dos auctores, a glycosuria se encontra em 5 ou 7 por 100 dos casos, e ora é ligeira e transitoria, ora intermittente.

Pelo que toca ao mecanismo intimo deste phenomeno, pensam os auctores ser elle de natureza cerebral, isto é, depender de uma placa ou outra lesão syphilitica no **espaço inter-peduncular**.

Pesquisas anatomo-pathologicas poderão esclarecer este ponto.

A observação clinica nos mostra que a glycosuria se encontra nos tumores hypophysarios, na syphilis basilar, na cysticercose da base, na hemiplegia que interessa os nucleos da base, nos tumores e abcessos da base, nas lesões pedunculares.

Loeb, Aschner, Leschke, Camus e Rouss-

sy, descreveram, na região da base do cerebro, um centro glycosurico, situado na base do 3.º ventriculo.

Nesta mesma região ou na visinhança della, se encontra um centro sympathico pupillar, bem estabelecido pelos trabalhos de Karpluss e Kreidl, Pfeiffer, etc.

Do mesmo modo que a picada do assoalho do 4.º ventriculo, no lugar determinado por Claudio Bernard, produz glycosuria bulbar, no coelho, assim tambem uma lesão ou irritação inflammatoria (placa ou gomme syphilitica), na região peduncular ou subthalamica, produz glycosuria sympathica, com desigualdade pupillar.

Nos casos de radiculites, os auctores notaram glycosuria com anisocoria, porém a questão de um centro medullar glycosurico (Lépine) pôde ser discutida. May, Smith, Naunnyn, Baum, observam glycosuria nos tumores da medulla, nas myelites, espondylites; os auctores encontraram assucar em dois casos de mal de Pott da região dorsal superior, sem outro symptoma de diabetes.

S. L. F.º

Zymogeneos artificiaes, por Martin Jacoby, Biochem. Zeitschr. B. 104. — Maio 1920.

Em trabalhos anteriormente publicados, Jacoby demonstrou a possibilidade de se inactivar fermentos e em seguida reactival-os.

Relata experiencias feitas com saliva (ptyalina) inactivada pelo sublimado e reactivada pelo cyanureto de potassio e sulfureto de potassio. Já em 1909 Hata fez as primeiras experiencias neste campo de **investigações**.

O sublimado forma verdadeiras combinações com os fermentos.

O auctor verificou egualmente que, 1 gr. de urease era inactivada por 1 milligr. de sublimado e, em seguida, reactivada pelo cyanureto de potassio.

São de identico interesse suas experimentações com o oxido de nickel; com effeito, esta substancia em pó, verificou Jacoby, tambem impede a acção diastastica da urease; porém, esta acção inhibitoria permanece, mesmo após exacta separação

destes dois corpos pela filtração e centrifugação, e, assim, isentas do respectivo poder diastásico, essas soluções podem ser guardadas por longo espaço de tempo; para reactival-as, basta adicionar-lhes um pouco de cyanureto de potássio ou glycolla.

Para explicar o mecanismo intimo destes factos, Jacoby admite a hypothese que, as substancias inactivantes (sublimado, nickel), dêem lugar á combinações complexas com as moleculas de fermento, segundo a theoria das valencias de Werner; portanto admite que cada fermento tenha uma valencia que possa ser inactivada, como sóe acontecer pela sua junção com o sublimado ou o nickel.

O auctor classifica de zymogeneos artificiaes taes fermentos inactivados.

Weber

A distribuição da uréa no organismo, por Gad Andresen, Bioch. Zeitschr. B. 116, Maio 1921.

Ventilando esta tão debatida questão, o auctor, analisa as ultimas acquisições nesse sentido e, após um longo e bem documentado trabalho de biologia experimental, conclue:

1.º — O coefficiente de distribuição da uréa entre o plasma e os globulos, e, entre

a solução de Ringer e as hemacias é de 0,72 — 0,80.

2.º — O coefficiente de distribuição da uréa entre o plasma e as secreções do organismo é 1.

3.º — O mesmo coefficiente entre o plasma e os tecidos, exceptuando o adiposo, não foi verificado devido ás difficuldades technicas.

4.º — Ainda o mesmo coefficiente de distribuição entre o plasma e o tecido adiposo isento d'agua é 0,07.

5.º — A concentração ureica é a mesma em todos os tecidos e no sangue, com excepção da gordura. A concentração da uréa diminue nas secreções que estão em franca actividade.

6.º — Exceptuando as lagrimas e o suor, existe um equilibrio da concentração ureica do sangue e das diversas secreções do organismo.

7.º — As investigações analyticas permitem considerar este equilibrio da concentração ureica sanguinea e tissular, como bastante precisa.

8.º — A concentração ammoniacal é igual no sangue e nas secreções.

9.º — O auctor descreve um methodo para dosar o ammoniaco nos liquidos organicos e nos tecidos.

Weber

Gabinete de Identificação e Estatística do Estado do Rio Grande do Sul

Boletim do mez Agosto de 1921

Secção de identificação

Nacionais			Estrangeiros			Total
H	M	Som.	H	M	Som.	
3	—	3	—	—	—	3
26	1	27	1	—	1	28
69	2	71	8	2	10	81
—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—
98	3	101	9	2	11	112

Attestados (guarda ou agente).....	3	—	3	—	—	—	3
Certificados (fins diversos, como folha corrida).....	26	1	27	1	—	1	28
Cartas.....	69	2	71	8	2	10	81
Cartas (serviço domestico, como folha corrida).....	—	—	—	—	—	—	—
Outras identificações.....	—	—	—	—	—	—	—
Somma.....	98	3	101	9	2	11	112
Movimento do mez anterior.....	—	—	—	—	—	—	83
Diferença para mais.....	—	—	—	—	—	—	29
Cartas de identidade de eleitor.....	—	—	—	—	—	—	384
Movimento do mez anterior.....	—	—	—	—	—	—	274
Diferença para mais.....	—	—	—	—	—	—	110
Presos sem antecedentes.....	22	1	23	3	—	3	26
Presos com antecedentes e mesmos nomes.....	17	—	17	1	—	1	18
Presos com antecedentes e nomes suppostos.....	11	—	11	1	—	—	12
Somma.....	50	1	51	5	—	5	56

Total de presos com antecedntes e mesmos nomes no anno anterior.....	176
Total de presos com antecedentes e mesmos nomes no mez anterior.....	13
Total de presos com antecedentes e nomes suppostos no anno anterior.....	28
Total de presos com antecedentes e nomes suppostos no mez anterior.....	3
Total de presos com antecedentes no mez de <i>Junho</i>	16
Total de presos com antecedentes no mez de <i>Agosto</i>	16

87 In

Diferença para *não houve*

Cadaveres identificados sem antecedentes.....	—	—	—	—	—	—	—
Cadaveres identificados com antecedentes.....	—	—	—	—	—	—	—
Somma.....	—	—	—	—	—	—	—

a/ Movimento do mez anterior.....

Secção de informações

Officios recebidos.....	10
Officios expedidos.....	5
Fichas recebidas dos Gabinetes nacionais.....	86
Fichas recebidas dos Gabinetes estrangeiros.....	1
Fichas expedidas para os Gabinetes nacionais.....	—
Fichas expedidas para os Gabinetes estrangeiros.....	—
Boletins recebidos dos Gabinetes nacionais.....	—
positivos.....	—
negativos.....	3
Boletins recebidos dos Gabinetes estrangeiros.....	—
positivos.....	1
negativos.....	6
Boletins expedidos para os Gabinetes nacionais.....	—
positivos.....	1
negativos.....	85
Boletins expedidos para os Gabinetes estrangeiros.....	—
positivos.....	—
negativos.....	1
Outros boletins.....	5
Lançamentos de cartas de guia.....	16
Informações de cartas de guia.....	8
Informações de telegrammas ou de officios.....	1

ARCHIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA

Arquivo dactyloscopico

Fichas de permutas dos Gabinetes nacionaes.....	86
Fichas de permutas dos Gabinetes estrangeiros.....	1
Fichas do Registro Civil.....	358
Fichas do Registro Criminal.....	26
Total de fichas existentes.....	4.308

Secção de photographia

Retratos.....	501
Copias de retratos distribuidos ás delegacias.....	75
Copias de fichas.....	—
Ampliações de impressões digitaes e palmaes.....	18
Outros trabalhos photographicos.....	—

Observações

IDENZIFICAÇÃO CIVIL

Receita deste mez.....	527\$800
* de Julho.....	508\$750
Differença para mais.....	19\$050
Da receita, foram pagos:	
Na thesouraria da Chefatura de Policia.....	420\$000
Em sellos do Estado.....	107\$800
Somma.....	527\$800

Certidões de boa conducta.....	19
Certificados para naturalisação.....	1
Cartas gratuitas.....	1

Porto Alegre, 15 de Setembro de 1921.

N. Flores.