Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XII ANO | JULHO DE 1933 | N. 5

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1933

PRESIDENTE
TOMAS MARIANTE
Catedratico de Cl. Prop. Medica

VICE-PRESIDENTE
F. YGARTUA
Doc. e chefe de Cl. Pediat. Medica

SECRETARIO GERAL
LEONIDAS ESCOBAR
Assist. de Cl. Medica

1.º SECRETARIO
ARÍ VIANA
1.º Assist. de Cl. Prop. Medica

2.º SECRETARIO
HOMERO JOBIM
Do Lab. Geyer

TESOUREIRO
LUPI DUARTE

ARQUIVISTA
JOSÉ EBOLI

R. MOREIRA
Catedratico da Cl. Ped. Med. e Hig. Infantil.

DIREÇÃO CIENTIFICA
R. DI PRIMIO
Docente de Parasitologia.

E. J. KANAN
Assist. de Cl. Cirurg. da F. M.

SECRETARIO DA REDAÇÃO
J. FLORES SOARES

REDATORES

ANNES DIAS
PEREIRA FILHO
P. MACIEL
OTAVIO DE SOUZA
H. WALLAU
NOGUEIRA FLORES
D. MARTINS COSTA
CARLOS BENTO
MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
WALDEMAR CASTRO
JACINTO GODOI
HELMUTH WEINMANN
WALDEMAR JOB
JACI MONTEIRO

Assinaturas:

Ano: 25$000 — 6 mezes: 15$000 — Estranjeiro: 30$000

Séde da Redação:

Rua General Camara n. 264 — 3.º andar

Endereçar tudo o que for relativo á Redação aos secretarios

Assuntos comerciais com o gerente L. Marcos, das 2—4 na séde da Redação

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

EGAS MONIZ e DIOGO FURTADO — As Compressões Medulares da Linfogranulomatose Maligna (Doença de Hodkin) ..... Pg. 321
JACI CARNEIRO MONTEIRO — A Radiologia ao serviço da Urologia „ 333
HERWIG KREKEL e EURIPIDES JOBIM OLIVEIRA — Apreciações sobre o Pernocton, como anestesico ..... „ 340
NORMAN M. SEFTON — Morte em Medicina Legal (Tentativa de classificação em apanhado geral) ..... „ 342

Sociedade de Medicina

Atas ..... „ 350

Assuntos de atualidade

1.º Congresso francês de Terapeutica ..... „ 352

Notas terapeuticas

Terapia das molestias reumaticas ..... „ 354
Osteomielite ..... „ 354

Necrologia

Professor Protasio Alves ..... „ 355

Trabalhos originais

As Compressões Medulares da Linfogranulomatose Maligna (Doença de Hodgkin)

Tratamento operatório dum caso

por

Egas Moniz e Diogo Furtado

(Lisboa)

As lesões da linfogranulomatose maligna, como talvez as de nenhuma outra doença, podem tomar no corpo humano as mais variadas e distinctas localizações. Justamente semelhante poliformismo, tanto clínico como anátomo-patológico, constitue uma das caracteristicas da doença de Hodgkin. Afecção de natureza provavelmente inflamatoria, atingindo preferente e até quasi sistematicamente os elementos do sistema reticulo-endotelial, a possibilidade da sua variável localização admitir-se-á facilmente se se recordar a extensão e a disseminação que no organismo tem o retículo-endotélio.

O sistema nervoso central, tão rico em funções essenciais, é das porções do organismo mais escassamente providas de elementos retículo-endoteliais; assim, não admira que as lesões linfogranulomatosas sejam mais raras ahi do que em outra parte. Sobretudo a medula, só muito excepcionalmente é séde dessas lesões, e, na imensa maioria dos cass em que no curso da doença surgem sintômas medulares, estes são devidos, como veremos, a lesões compressivas da visinhança.

Não é nosso intuito passar aqui em revista todas as manifestações nervosas da linfogranulomatose maligna e, assim, das manifestações cerebrais nos limitaremos a acentuar, a par igualmente da raridade, a sua natureza diferente das medulares. Provêm, em regra, do próprio desenvolvimento granulomatoso intracerebral, constituindo um tumor inflamatório especial, susceptivel de originar, como qualquer outro tumor, um sindroma de hipertensão intracraniana.

As lesões medulares podem ser originadas por vários mecanismos patogénicos: trata-se, geralmente, dissemo-lo já, de lesões compressivas por granulomas vizinhos; em casos excepcionais, porém, o mecanismo é diferente e são lesões degenerativas de mielite funicular que determinam o quadro clínico. O conhecimento das manifestações medulares da linfogranulomatose maligna não é recente. Citadas pela primeira vez por Murchison, referidas depois por Osler no seu tratado e por Ziegler na sua clássica monografia sobre a doença, elas foram, mais tarde, objecto de um certo numero de trabalhos, entre os quais convem destacar uma comunicação de Askanazy, um artigo de Schmorl,

outro de Sternberg, uma lição de Parkes Weber e, finalmente, um recente artigo de Schaeffer e Horowitz, onde se encontrará abundante bibliografia sobre o assunto.

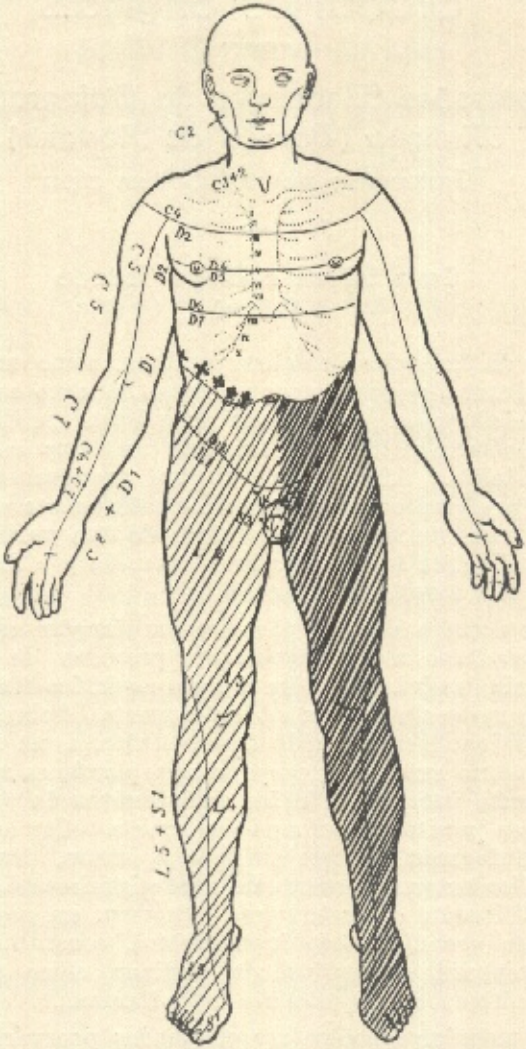


Fig. 1

Do estudo de conjuncto da casuistica publicada concluiremos, com Parkes Weber, que a compressão medular ou radiculo-medular, o acidente nervoso mais frequente no decurso da doença de Hodgkin, póde ser devida aos seguintes mecanismos, dispostos por ordem da sua frequência:

1) Lesões dos corpos vertebrais;

2) Linfogranulomas do espaço epidural;
3) Invasão do canal raquídeo por linfogranulomas exogenos, penetrando pelos buracos de conjugação;
4) Lesões aparentemente primitivas da dura-mater espinal.

As lesões ósseas da doença de Hodgkin que antes se julgavam raras, parecem ser, pelo contrário, bastante frequentes e justamente são as vértebras uma das suas sédes de predilecção. Estes podem sofrer simplesmente o desgaste resultante da erosão por um linfogranuloma contíguo, geralmente mediastinal; mas, podem tambem ser invadidas por um tumor vizinho, ou ser o proprio corpo vertebral a séde primitiva da formação linfogranulomatosa.

Não póde por-se em dúvida a existência deste tipo de lesões, cuja primeira descripção se encontra no caso de Askanazy, largamente confirmada depois pela tése de Kimpel, onde se veem descritos 14 casos de lesões linfogranulomatisas primitivas do ráquis. Estas lesões ósseas, que se traduzem radiológicamente por destruição dos corpos vertebrais, teem escassa tradução clínica, não originando, a maior parte das vezes, gibosidades ou outras deformações raquidianas

As lesões do espaço epidural constituem, com as ósseas, o grupo das causas mais frequentes da paraplegia de Hodgkin. Desenvolvem-se em sentido longitudinal, não aderindo á dura nem ao periósteo e teem geralmente por séde a região cervical, sendo deste tipo um dos casos descritos por Schaeffer e Horowitz; outras vezes a infiltração do espaço epidural não tem limites precisos; é antes difusa, como sucedia num caso de Parkes Weber.

A penetração de lesões linfogranulomatosas exogenas através dos buracos de conjugação é mais rara do que á primeira vista se poderia supôr; casos indubitaveis, no entanto, atestam a sua existência. São geralmente linfogranulomas do mediastino posterior os que proliferam através dos buracos de conjugação; outras vezes, como num dos casos de Schaeffer e Horowitz, são tumores dos ganglios lombo-aorticos e maisexcepcionalmente (caso de Least e Lightwood) infiltrações granulomatosas dos músculos do dorso. O tecido infiltrante prolifera no espaço epidural e pode até invadir a dura-mater, ou pelo menos a ela aderir extensamente.

As lesões primitivas da dura são excepcionais. Na sua série, Parkes Weber apresenta um caso certo deste tipo e um outro que, embora sujeito á critica, nela se pode situar tambem. Aqui, a neoformação linfogranulomatosa adere inteiramente á dura cavando nela uma goteira onde se dispõe tambem longitudinalmente, exercendo precoce compressão sobre a medula. E' deste grupo o caso que abaixo publicaremos e que é, afinal, a razão de ser desta rápida revista da patologia medular de Hodgkin.

A invasão da face interna da dura é muito rara, apenas sendo apontada no caso de Urechia e Goia em que, a par dela, existia tambem infiltração das leptomeninges na face posterior da medula. Como fazem notar Schaeffer e Horowitz, a dura-mater parece costituir forte barreira á invasão dos espaços subaracnóideos pelo tecido granulomatoso.

A contrapôr a estes casos em que a lesão medular resulta da compressão, pode-se criar outro grupo em que a afecção da medula é primitiva e independente de qualquer mecanismo compressivo. Têm-se descrito varios tipos destas lesões focos de necrobiose medular, focos

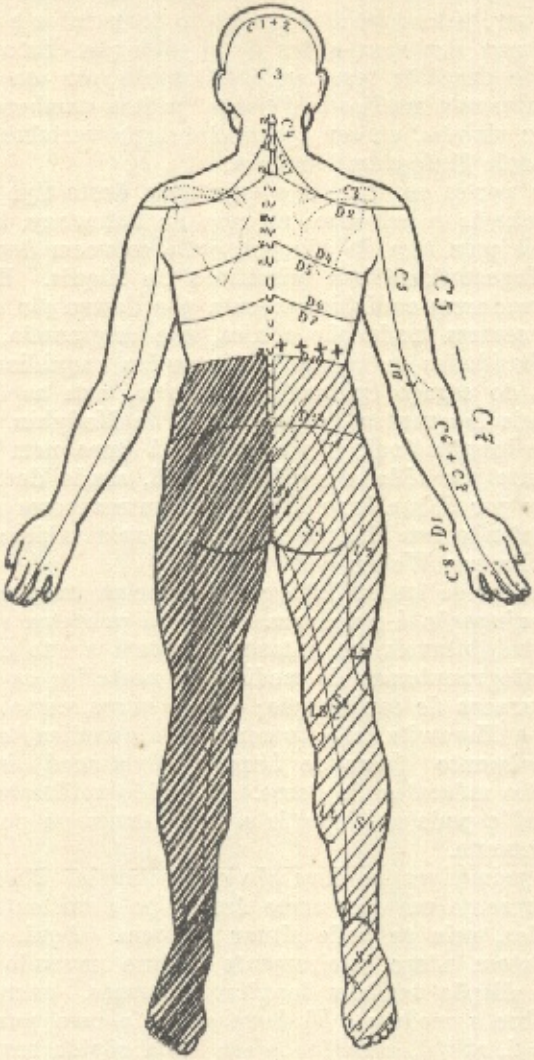


Fig. 2

de amolecimento (caso de Waltchard) ligados provavelmente a perturbações circulatórias, e mais frequentemente, lesões degenerativas combinadas, consistando, como no doente de Deverreux Forrest,em degenerescências dos cordões posteriores e pa parte profunda dos late-

rais, com discreta reacção nevroglica e lesões degenerativas pouco intensas das células dos cornos anteriores.

A explicação patogénica destes casos é dificil. Parkes Weber considerava-os, não como consequencia da doença, mas sim da radioterapia a que alguns dos doentes haviam sido sujeitos. A verdade é que tal argumento nos não parece de valor, visto não só serem irradiados numerosissimos casos de Hodgkin, sem que tenham sido notadas degenerescencias medulares; mas tambem o conhecerem-se outros em que a necropsia encontrou lesões degenerativas medulares, sem terem sido anteriormente irradiados.

A acção de uma toxina especial atribuivel ao suposto agente da doença não é hipótese que se possa por ora aceitar; a negatividade de longas sérias de experencias, levadas a termo por notáveis investigadores e tendentes a demonstrar nas lesões linfogranulomatosas a presença de um agente especifico, dos seus productos ou das suas reacções biológicas gerais, não nos permite que admitamos, para explicar as lesões medulares, a existencia dessa hipotética toxina. As perturbações circulatorias mecanicas, invocadas por certos autores, não têm sido verificadas nas autópsias praticadas. Finalmente, a anemia, factor mencionado por Deverreux Forrest no seu caso, não nos parece bastante para explicar todos os casos, visto, por exemplo, o de Allan e Blacklock não apresentar anemia. Além disso, a semelhança existente entre este tipo de lesões medulares hodgkinianas e a mielite funicular da anemia perniciosa, não vêm tambem trazer grande acrescimo ao valor da causa invocada. Com efeito, há hoje tendência em considerar essa mielite, a aquilia gastrica e o desenvolvimento anormal do tecido megaloblástico hepático, não como consequência da anemia perniciosa, mas sim como a expressão de uma constituição degenerativa, sem a qual ela se não poderia instalar.

O quadro clinico mais frequente da participação medular na linfogranulomatose é, como é logico, o da paraplegia sensitiva motora consecutiva á compressão . Em geral, trata-se de doentes em quem o diagnóstico de Hodgkin se encontrava já estabelecido pelo quadro clínico geral, confirmado pelos exames de sangue e muitas vezes por biopsias. Só em casos muito excepcionais (Nonne, Walthard, Neuburger) os sintomas nervosos parecem ter sido as primeiras manifestações da doença.

A instalação da paraplegia é notavel pela sua rapidez. A participação radicular, manifestada principalmente por dores é, em geral, anterior ao inicio da paraplegia, e é muito mais acentuada nos casos em que o tecido linfogranulomatoso penetra pelos orificios de conjugação do que em quaisquer outros. Nalguns casos, como no de Askanazy, todo o quadro clinico se pode limitar a um sindroma radicular bilateral; esta forma excepcional só se encontrará nos casos de lesão óssea primitiva. Quando a neoformação granulomatosa for epidural ou dural, como sucedia no caso que abaixo referiremos, a participação radicular será minima.

O quadro clínico das lesões degenerativas primarias da medula é o habitual da mielite funicular: participação dos cordões posteriores, e laterais, com ataxia e abolição dos reflexos, e sintomas piramidais

(espasticidade, clono, Babinski, etc.). Em regra, não há nenhuma participação das sensibilidades superficiais.

A evolução da paraplegia é rapida e geralmente fatal; as más condições do estado geral e o grave prognóstico total da doença para tal contrbuem largamente. A radioterápia tem sido a terapêutica empregada e encomiada pelos autores. Ginsburg salienta mesmo, a par do seu papel terapêutico, o seu valor diagnóstico. Aplicada precocemente, traz evidentes beneficios, não sendo, no entanto, raras as recidivas nem os casos radioresistentes. A intervenção cirurgica não foi ainda praticada em caso algum.

A. F. O., rapaz de 16 anos de idade, entra na Enfermaria em 12 de Dezembro de 1932.

Sentia há cerca de mez e meio uma dôr, de reduzida intensidade, na região lombar; esta dôr, mais acentuada de noite, estendia-se em cintura até ao abdomen. Não lhe impedia os movimentos nem era agravada por êles.

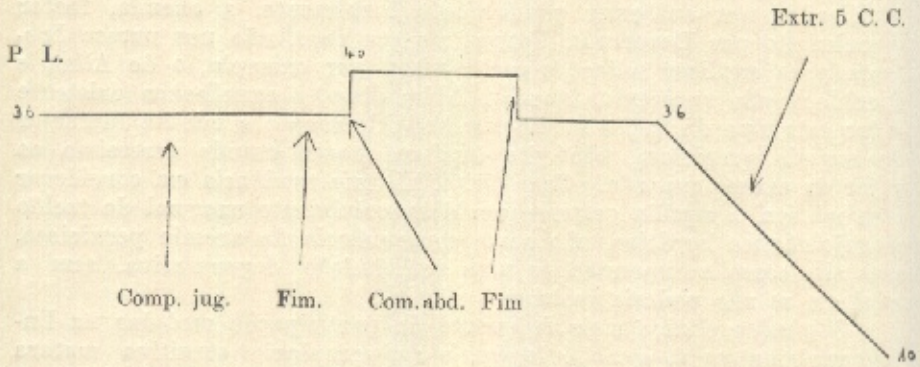


Fig 3

Cerca de 10 dias depois, começou notando formigueiros nas pernas, acompanhados, ao cabo de 4 ou 5 dias, de fraqueza nos membros inferiores e dificuldade de marcha. Já por essa altura tambem era forçado a empregar grande força para urinar.

Antecedentes familiares sem valor; não conhece nenhum caso de tuberculose na familia. Pessoalmente, teve há cerca de 6 anos na axila esquerda um tumor ganglionar que foi incisado. Fez depois, durante algum tempo, helioterapia e raios ultra violetas, que o cirurgião lhe havia aconselhado, e a ferida operatorio fechou; mas a adenite nunca desapareceu por completo.

Observado pela primeira vez em 15 de Novembro (15 dias após o inicio das suas perturbações) apresentava marcha levemente espástica, com reflexos tendinosos dos membros inferiores muito vivos, Babinski á direita e certa hipoestesia tactil das pernas, de limites pouco nitidos.

Em 1.º de Dezembro, observado de novo, apresentava já uma mar-

cha espastica, extremamente dificil, muito mais acentuada á direita do que á esquerda, com Babinski e clono do pé daquele lado. Perturbações da sensibilidade até D_{10}, muito mais acentuadas á esquerda do que á direita. Retenção de urinas.

A' entrada no Serviço de Neurologia de Sta. Marta, apresentava paraplegia espastica completa, sendo impossíveis todos os movimentos dos membros inferiores. Reflexos tendinosos destes membros extremamente vivos, policineticos, com extensão das areas reflexogeneas. Babinski e clono mais nitidos á direita. Não havia reflexos de defeza. Anestesia em todas as formas de sensibilidade superficial até D_{10}; á direita parece haver uma zona de hiperestesia acima de D_{10} (Fig. 1 e 2). Retenção de urinas necessitando algaliação.

Estado geral regular, pouco anemiado, apiretico. Não havia sinais de lesão cardiaca ou pulmonar. Não se palpava figado nem baço. Na axila direita, sob a cicatriz da anterior incisão, palpava-se uma pequena massa ganglionar aderente e um pouco empastada. Não se palpavam quaisquer outras adenopatias. Não havia deformação nêm dôr á pressão da coluna vertebral.

O exame radiografico simples da coluna não mostrava a existencia de quaisquer lesões osseas.

Analise de sangue:

Globulos brancos — 6.300

Formula leucocitaria:

Polinucleares	neutrofilos:	54,5%
"	eosinofilos:	1 %
"	basofilos:	0,5%
Linfocitos:		34 %
Gr. Mononucleares:		9 %
Formas de transição:		1 %

Analise do liquido cefálo raquidio (obtido por punção lombar:

Albumina — muito aumentada
Pandy — + +
Citose — 3,3
Normo mastic — Floculação nos 4.°, 5.° e 6.° tubos.

Prova manometrica de Queckenstedt — Stookey (fig. 3).

Analise do liquido cefalo raquideo (obtido por punção cisternal):

Albumina — normal. Citose — 1,2
Pandy — negativo R. Normo Mastic—curva normal.

O lipiodol injectado por via suboccipital deteve-se em D_9, mostrando bloqueio total do canal raquidiano (fig. 4).

Resumo — Paraplegia instalada rapidamente, quasi sem dôr e com perturbações da sensibilidade até D_{10}, passando primeiro por um sindroma de Brown Sequard. Dissociação almumino-citológica e sindro-

ma manometrico de compressão na punção lombar. Paragem de lipiodol injectado por via sub-occipital em D_9.

Não se encontravam lesões osseas da coluna que justificassem a existência de um mal de Pott, suposição esta que se coadunaria com a

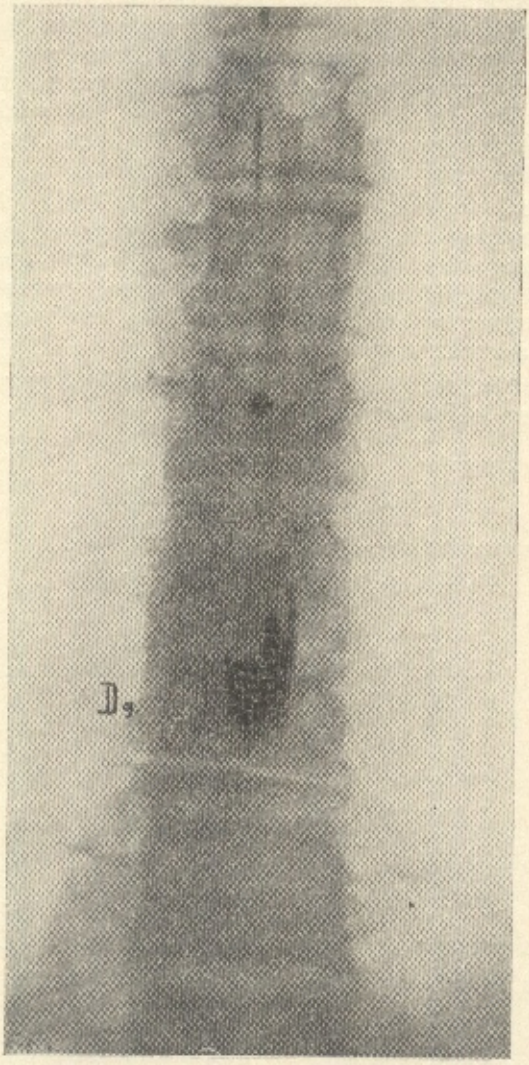


Fig 4

anterior existência de uma adenite axilar. Pensou-se na linfogranulomatose maligna, mas a falta completa de sintomas clínicos e a analise do sangue, fizeram pôr de banda esta hipótese. Apenas em favor desta hipótese existia a adenite axilar.

Com o diagnostico provisorio de compressão medular por tumor, resolveu-se operar o doente.

Intervenção operatoria em 13—12—1932. Operador: Dr. Amandio Pinto. Anestesia pela avertina, completada com eter-cloroformia.

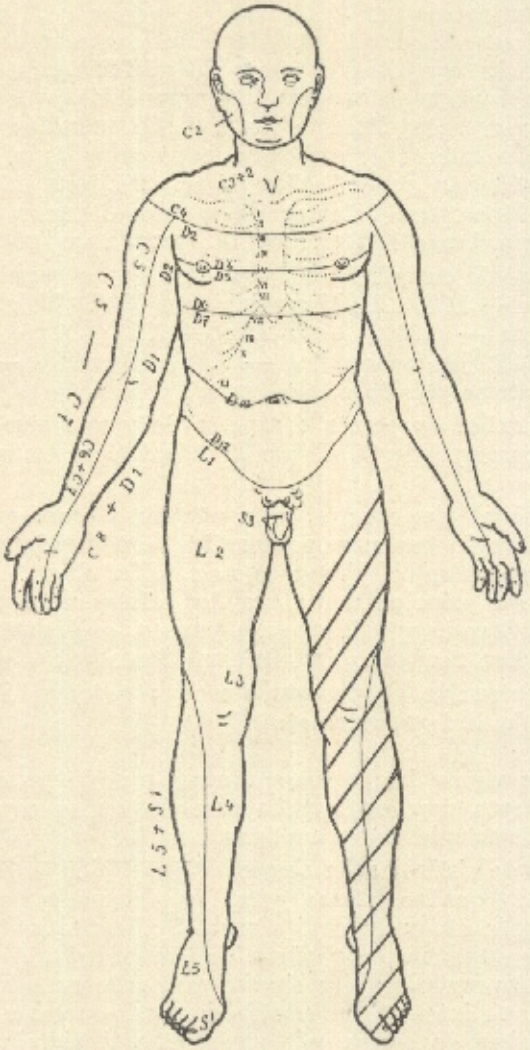


Fig. 5

Laminectomia D_7 D_8 D_9 D_{10}. A' altura de D_7 D_8 encontra-se um tumor extra-dural, aderindo intimamente á dura em toda a sua extensão e dispondo-se longitudinalmente numa goteira que a dura lhe forma. O tumor não tinha quaisquer relações com os buracos de congregação nem aderia ao osso. Extirpação e encerramento total.

Em seguida extirpação de um ganglio axilar.

O doente começou a melhorar logo após a intervenção, executando já alguns movimentos na semana seguinte. Foi-lhe feita radioterápia da coluna e da região axilar.

Observado de novo em 16 de Maio de 1933, apresenta-se em otimo estado geral, sem quaisquer sintomas de Hodgkin. A massa ganglionar da axila desapareceu. A paraplegia melhorou extraordinariamente: faz já grandes caminhadas com relativa facilidade, embora auxiliando-se sempre com uma bengala. A espasticidade dos membros inferiores diminuiu notavelmente; os reflexos tendinosos continuam muito vivos, esboçando-se de ambos os lados clono do pé. A' esquerda persiste Babinski. As perturbações da sensibilidade limitam-se agora a uma ligeira hipoestesia dolorosa do membro inferior esquerdo (fig. 5). As perturbações esfincterianas desapareceram quasi totalmente.

Uma analise de sangue feita nesta data deu o seguinte resultado: Globulos rubros — 5.370.000; Hemoglobina — 86%; V. globular — 0,8; Globulos brancos — 5.200; Linfocitos — 32%; Monocitos — 9,5%; Neutrofilos — 56,5%; Eosinofilos — 1,5%; Basofilos — 0,5%.

Exame anatomo-patológico do tumor:

"O tumor axilar apresenta o aspecto de uma massa globosa, cuja forma parece corresponder á de ganglios linfaticos tumefactos e aglomerados.

O exame histológico mostra, num estroma fibroso muito desenvolvido, uma infiltração bastante polimorfica, constituida por celulas de tipo linfoide, macrofagico. Vêem-se nela, além disso, leucocitos neutro e eosinofilos e principalmente grandes celulas monstruosas do tipo das celulas de Sternberg. Trata-se, portanto, evidentemente, de uma linfogranulomatose maligna, tipo Paltauf Sternberg (figs. 5 e 6).

O tumor extra-dural apresenta o mesmo aspecto; é uma localisação meningea da linfogranulomatose."

O caso que vimos de descrever merece menção porque sob varios aspectos representa uma observação rara dentre as complicações medulares da linfogranulomatose maligna.

Já o facto do sindroma de compressão medular se apresentar desacompanhado do quadro clinico geral da doença merece relêvo por sêr, como já atrás dessemos, muito raro. O diagnóstico exacto da natureza da massa tumoral, causadora da compressão, só aqui poderia ter sido feito se previamente se tivesse praticado uma biopsia da adenopatia axilar. A intervenção, porém, impondo-se como urgente, pela marcha rapidissima da compressão medular, essa biopsia só foi executada na sessão operatória em que se extirpou o tumor, e não foi, sem certa surpresa, que se verificou a natureza linfogranulomatosa de ambas as massas extirpadas.

A massa contida no espaço epidural aderia intimamente á dura e parecia ter nela o seu ponto de partida; salientámos já atrás, como são raras estas formas de compressão.

Finalmente, o êxito terapeûtico, por assim dizer completo, obtido

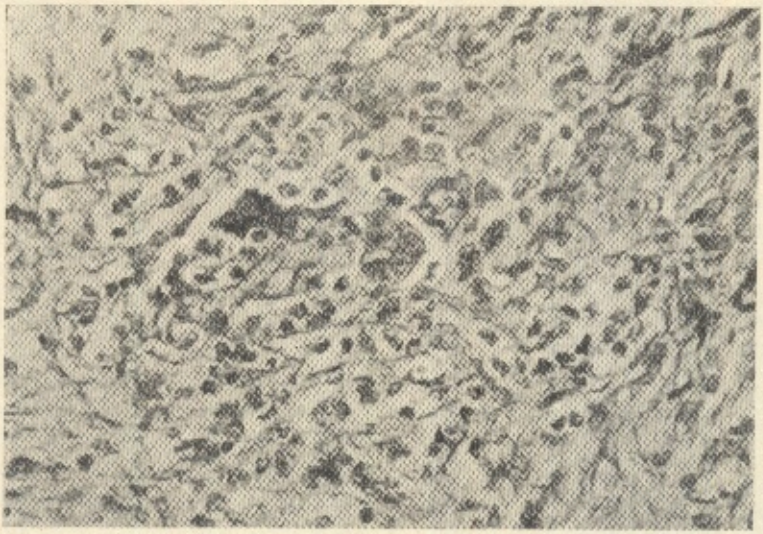


Fig. 6

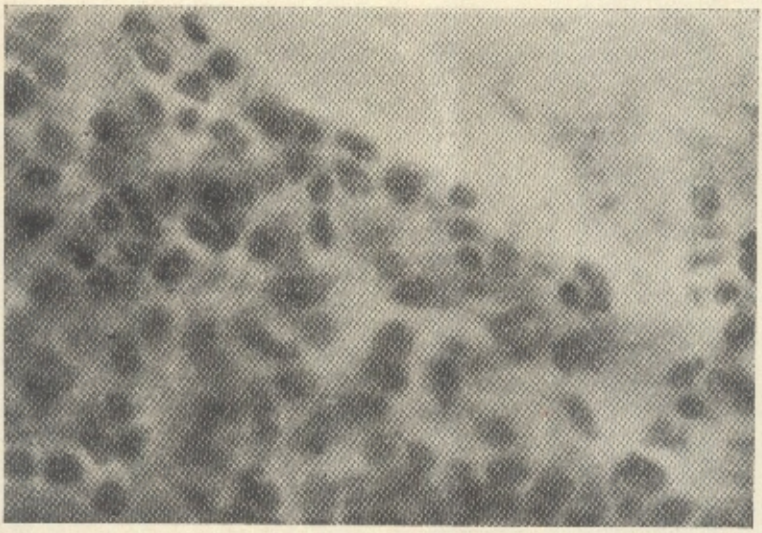


Fig. 7

com a intervenção operatoria seguida da radioterapia não foi, certamente, das particularidades menos curiosas e raras do nosso caso, cuja terminação feliz contrasta com a da restante casuistica consultada.

Résumé

Les A. A. présentent un cas de maladie de Hodgkin avec localisation intrarachidienne. Ce malade était complètement immobilisé à cause d'une paraplégie spastique. Des troubles de sensibilité jusqu'à D_{10}. Le diagnostic de compression médullaire étant fait, le malade a été opéré. Il s'agissait d'un granulome adhérant à la dure-mè, du volume d'une amande. Au moment de l'opération, on a aussi excisé un ganglion axillaire. Bien que l'hypothèse d'une lymphogranulomatose maligne fût envisagée, il manquait la symptomatologie générale. L'histodiagnostic a fait disparaître les doutes.

Le malade est très amélioré par l'operation es par le traitement complémentaire avec les rayons X. Il marche deja assez bien. Dans des cas de compressions médullaires par des granulomes de cette espèce, le traitement chirurgical pourra être indiqué, lorque l'état général da malade le permettra.

Ce traitement n'a pas encore été employé, semble-t-il, mais le résultat obtenu dans ce cas encourage à de nouvelles tentatives opératoires.

Bibliografia

Schaeffer e Horowitz — Presse Médicale 1930, n.° 24, Page 407.
Urechia e Goia — Presse Médicale 1927, p. 179.
F. P. Weber — International Clinica — Philadelphia, 1926, tom. I, p. 120.
Lancet 15 Oct. 1927, p. 804.
Devereux Forrest — Lancet 15 Oct. 1927, p. 804.
East e Leghtrood — Lancet 15 Oct. 1927, p. 807.
Askanazy — Soc. Med. Geneve, 10 Fev. 1921.
Ginsburg — Arch. of Int. Med. 15 Abril 1927.
Kimpel — Thèse, Paris 1927.
Weissmann-Netter, e Delarue — Rapport de Congresso Francez de Medicina — Paris — Out. 1932.

A Radiologia ao serviço da Urologia

por

Jací Carneiro Monteiro

Docente de Clinica Cirurgica

O advento da Radiologia trouxe incontestavelmente um auxilio poderoso as investigações urologicas. Quantos casos cuja história clinica incompleta ou imprecisa ficam sepultados na obscuridade, não passando do terreno de hipoteses, e para os quais, as pesquizas radiologicas nos orientam num diagnóstico preciso e uma terapeutica segura.

Uma pequena hidronefrose de retenção, um cálculo ureteral encravado em uma das porções deste canal, um tumor ocupando o bassinete, etc. modalidades morbidas estas, incapazes de virem a luz só pelo exame clínico, apresentam-se hoje com toda a sua magestosidade graças a interferencia maravilhosa dos raios X.

A época em que a Radiologia começou a penetrar na especialidade urologica data de 1896, em que Guyon comunicou a Academia de Ciencias de Paris, os trabalhos de Chapuis e Chaumel, mostrando que os calculos do rim podiam ser evidenciados pelos Raios X. Estas deduções foram observadas em trabalhos efetuados em cadaveres. No mesmo ano, porém, poucos meses depois da comunicação de Guyon, Mac Intyre foi o primeiro a observar sombras localizadas nas regiões renais no vivo, e catalogou-as como sendo calculos do rim. Estas apreciações foram logo comprovadas pela verificação operatoria, o que consagrou, desde então, a Radiologia ao serviço da Urologia no tocante a litiase renal.

Foi assim pela investigação dos calculos do rim, que a Radiologia começou a penetrar nas investigações e conclusões Urologicas, e hoje não se concebe na maioria das doenças do tractos urinario, um diagnóstico preciso, claro e solido, sem as provas Radiologicas, que trazem muitas vezes revelações preciosas, para uma orientação terapeutica eficiente.

O exame Radiologico do aparelho Urinario, nos traz pois, ricas informações, sobre as diversas perturbações ou modificações que estes órgãos venham a sofrer, assim por exemplo, nos mostram os calculos renais, os do bassinete na sua configuração coraliforme, os calculos ureterais ao longo do trajeto dos ureteres, os calculos da bexiga, os corpos estranhos deste órgão, os calculos prostaticos e tambem os da uretra.

O rim nos aparece seguidamente ao simples exame Radiologico, e podemos verificar sua posição, se êle guarda as relações anatomicas normais com o quadro osseo que o cerca, si êle é ectopico, podendo aparecer ptosado em seus varios graus; seu volume, e sua fórma, tam-

bem nos é revelado pelo Raio X, assim nos casos de tumores renais a sua massa nos aparece bastante aumentada de volume, seus contornos alterados, irregulares, deformado, como nos epinefromas, cancer do rim, pionefrose, hidronefroes intensas, grandes quistos no rim etc. Muitas vezes nos casos de ausencia congenita de um rim a Radiologia simples nos dará de um lado, a loja renal completamente vazia, sem a sombra do rim, e do outro lado um grande rim aumentado de volume pela sua função vicariante com fórma e contornos normais. Os ureteres via de regra não são visiveis ao Raio X, a não ser nos casos de massas calculosas tomando todo o bassinete, e se prolongando ureter abaixo, até a porção pelvica deste órgão, desenhando-o completamente, como tive ocasião de verificar num caso do serviço do Prof. Chevassu no Hospital Cochin em Paris. A bexiga e a uretra tambem são na maior parte das vezes invisiveis ao exame simples de Raio X, a não ser que esteja em repleção acentuada, ou com tumores encrustados de substancias calcareas ou portadoras de calculos, ou corpos estranhos opacos. Vimos pois pelo que acima relatamos, a utilidade da Radiologia simples nas diversas modalidades clínicas do departamento urologico, e a contribuição inestimavel que ela nos traz, para o diagnóstico das afecções deste aparelho.

Com o decorrer do tempo novas técnicas foram surgindo, e novas investigações foram se processando, e os trabalhadores infatigaveis nestes departamentos cientificos, foram procurando conhecer melhor os órgãos urinarios, introduzindo ou fazendo penetrar no seu interior, substancias que sendo opacas ao Raio X, nos revelassem o desenho ou a imagem de suas cavidades.

Assim Tuffier em 1897, e Kohner e Schmidt em 1901, foram os primeiros a tentar o exame do trajeto dos ureteres, introduzindo pequenos arames nestes condutos e radiografando-os em seguida. Klose em 1904 foi o primeiro que injetou no ureter um liquido opaco, usando uma emulsão de bismuto.

Finalmente Voelcker e Von Lichtenberg em 1906, divulgaram seus metodos de visualização do bassinete por intermedio do colargol, que entraram logo na prática corrente, pela excelencia de seu resultado. Foi assim que começou a éra da pielografia, ou enchimento das cavidades renais por um liquido opaco, que tanto nos informa na senda do diagnóstico urologico. Caremon em 1918 propôs o iodureto de sodio para o exame pielografico, facilitando grandemente os estudos das afecções do rim pela sua menor irritabilidade que o colargol; esse processo executa-se por intermedio da cistoscopia e do cateterismo ureteral, e veiu trazer um progresso formidavel nas investigações urologicas, e na diagnose das perturbações renais. Graças a visualização das cavidades do rim, o urologista está apto a firmar seu diagnóstico com mais base, com mais rapidez, e com uma noção mais completa, tais são as imagens sugestivas que com este metodo se obtem nas diversas modalidades clínicas que enriquecem o vasto capitulo da patologia renal. Assim as deformações do bassinete, as anomalias de sua fórma, de sua posição, de seus contornos, e as variações de sua capacidade, trazem ótimos dados sobre seu estado morbido. Na calculose, no cancer, nos polipos, na tuberculose, na hidronefrose, nas pionefroses, no rim movel,

a pielografia é de uma precisão notavel. Nas anomalias das vias urinarias altas, tambem seu valor é inconfundivel, pois nos revela a auseneia congenita do rim, a bifidez do bassinete e ureter, nos mostra claramente a variedade clínica das sinfizes renais e do rim em ferradura, nos aponta as dilatações congenitas dos bassinetes e ureteres. Nos casos de tumores dos órgãos vizinhos do rim, com sintomatologia escassa e interpretação dificil, a pielografia nos elucida facilmente a posição do rim em relação ao tumor, se êle faz parte dêste ou si é dêle independente. Em 1927 Legueu em colaboração com Fey e Trouchot surpreendeu a urologia com seus trabalhos sobre a pieloscopia; partindo do exame radioscopico do estomago e do duodeno Legueu aplicou o mesmo processo para o rim, e uma vez cheio o bassinete com substancia opaca, retirou a sonda, passando a observar no ecran os movimentos de evacuação deste órgão.

Este estudo interessante, permitiu avaliar o dinamismo da cavidade pielica, estudando seu ritmo, suas fases de evacuação, as distenções, as atonias, as retenções, hiperquinezias etc. etc. Depois destas verificações o dinamismo das vias urinarias superiores, póde ser estudado e investigado, permitindo mesmo modificações de fatos e conclusões já tidas como dogmas classicos como por exemplo: as teorias sobre a patogenia das hidronefroses, que até ha pouco, só eram explicadas por obstaculos mecanicos a evacuação do bassinete, por cálculo, angulação do ureter, vasos anormais, ptose renal etc. e que hoje encontram sua facil explicação nas diversas perturbações do dinamismo pielico, trazendo retenções mais ou menos regulares, seguidas de dilatação, como tivemos ocasião de verificar no serviço do Prof. Legueu em Paris.

Assim a pieloscopia aplicada ao estudo do tonus e da motricidade do bassinete e ureteres, veiu nos trazer preciosas informações, que muito nos adiantam no diagnostico das lesões do rim e de suas cavidades.

Prosseguindo sua marcha vertiginosa para a perfeição, a Radiologia Urinaria em 1929, conquistou mais um triunfo, com a descoberta genial de Lichtenberg e Swie, que injetando nas veias do individuo, uma solução composta de iodo e urea, conseguiram minutos depois dessa, a visualização completa das vias urinarias superiores. Quero me referir a pielografia endovenosa pelo Uroselectan, que revolucionou os meios urológicos do universo, e trouxe ao estudo das cavidades renais, grande simplicidade, não só quanto a técnica, como tambem sôbre a apreciação dos resultados. Logo depois de ser divulgada a pielografia endovenosa ou descendente, foi por toda a parte experimentada por escolas de diferentes paises, e hoje em dia pelos seus eficientes resultados, ocupa um lugar de grande destaque no departamento do diagnóstico urologico.

Sua técnica bastante simples, pois consta tão sómente de uma injeção endovenosa, facilita grandemente o metodo, pois dispensa a intervenção obrigatoria do especialista, para a cistoscopia e cateterismo ureteral; um simples internista consegue obter em poucos minutos uma imagem das cavidades renais, e tirar conclusões para o seu diagnóstico, sem o socorro do urologista, como não acontece no caso da pielografia ascendente ou instrumental. As primeiras doses de Uroselec-

tan, eram apresentadas em ampolas de 100 cc., hoje porém a casa Schering distribue o Uroselectan B. em pequenas ampolas de 20 cc., o que torna seu uso muito mais pratico, ao lado de resultados bastante apreciaveis.

Este metodo, cujo valor já não é necessario exaltar, dada a aceitação rapida que obteve nos meios Urologicos do universo, é de sôbre maneira util, nos casos em que a pielografia ascendente fôr impraticavel, como nos cass de bexiga intolerante ou grandemente inflamada, de capacidade reduzida, de hematuria e piuria intensas, não permitindo a limpidez do campo visual; os casos de dificil descoberta dos orificios ureterais, em que estes podem estar ocultos por massas neoplasicas ou ulcerações profundas; e nos estreitamentos da uretra, congenitos ou adquiridos, onde a passagem do cistoscopio é de todo impossivel. Além disso, nas anomalias renais e ureterais, nas fistulas do ureter com os órgãos vizinhos, nas anastomoses dos ureteres na alça sigmoide, no desvio lombar dos ureteres, no diagnóstico do rim unico etc. a pielografia endovenosa é de real valor, e nos revela muitas surpresas na patologia reno-ureteral.

Este processo endovenoso, além dos resultados precisos que nos fornece, da simplicidade de sua técnica, da dispensa do especialista urologico, é de grande inocuidade, pois a injeção de Uroselectan a não ser ligeiro rubor na face, sensação de sêde, e leve dôr ao longo da veia injetada, nada mais de anormal apresenta para o lado do paciente; essas constatações foram por nós observadas, em 32 casos de pielografia endovenosa, que consta do nosso trabalho "Pielografia Endovenosa" apresentado como tése para concurso de Docente Livre de Clínica Cirurgica, e onde não tivemos um unico acidente a lamentar.

A pouca irritabilidade do Uroselectan sobre a mucósa do bassinete e ureter, é tambem de grande resultado prático, pois permite um estudo mais apurado do dinamismo destas cavidades tendo Legueu o aconselhado para a técnica da pieloscopia, dizendo que com este liquido opaco, ou com este meio de contraste, o resultado é mais sincero, pela influencia nula do liquido sôbre a mucosa pielica. Comprovando tambem esse fato Chevassu aconselha o uso do Uroselectan, mesmo nas pielografias ascendentes.

A eliminação do Uroselectan pelos rins, e o aparecimento e o desaparecimento das imagens renais por meio dêle obtidas, levaram alguns autores a pensar que se poderia estudar a função dos rins pela quantidade de Uroselectan eliminado nas urinas, e a maior ou menor rapidez na desaparição das imagens radiologicas.

Quanto ao aparecimento do Uroselectan nas urinas, tem se verificado, que nos casos de bom funcionamento renal, a substancia injetada é quasi toda eliminada, pois é encontrada na taxa de 90%. Quanto a maior ou menor rapidez na sucessão das sombras renais, os resultados não são tão precisos, e não se póde por enquanto formular uma opinião segura a respeito. E' porém de observação frequente que no caso de um rim doente ou grandemente comprometido, a substancia opaca fica retida ou estagnada ao nivel deste órgão, levando de duas a quatro horas sua sombra a desaparecer do cliché radiografico, em quanto que no rim são, em que a função ou a eliminação é boa, a ima-

gem do rim e do bassinete desaparecem dentro de uma hora. Tivemos ocasião de operar dois casos bastante interessantes sôbre este ponto de vista, um de litiase renal direita, com rim destruido ,e outro de grande bolsa hidronefrotica infetada, ambos do lado direito; nestes dois casos, os rins doentes apresentaram imagens normais, eliminaram completamente a substancia opaca no praso de uma hora e pouco, não se notando nos clichés seguintes, o minimo traço que denunciassem a retenção do meio de contraste nestes órgãos. Nestes dois casos a azotemia sanguinea, girava em torno da taxa de 60 cg. por mil, estado geral relativamente bom e o carmim indigo foi eliminado em menos de 10 minutos pelos rins sãos, com o resultado deste exame, e da eliminação rapida do uroselectan pelos rins considerados sãos, e pela ausencia de todo e qualquer sintoma clínico, fizemos a nefrectomia nestes dois pacientes, e o resultado post-operatorio foi o melhor possivel, ambos tiveram alta curados sem perturbação funcional de especie alguma; não se póde porém julgar esta prova radiologica no mesmo plano das outras provas de função renal, temos porém a impressão que ela ilucida de alguma maneira a permeabilidade renal, na comparação entre dois rins, sendo um doente, outro são.

Os ureteres invisiveis a Radiologia simples, e evidenciados pela introdução de sondas opacas, são estudados de uma maneira mais clara, pela pielografia endovenosa, pois não sofrendo em sua situação, influencia das sondas rigidas por quem são penetrados, apresentam-se no metodo endovenoso, com seu trajeto, suas ondulações, dilatações, dobras etc. em seu estado natural, permitindo deduções mais acertadas do que quando portadoras de sondas ureterais.

Grande é pois a contribuição trazida pela pielografia descendente, para o estudo das perturbações patologicas dos ureteres. Continuando as nossas apreciações sôbre a radiologia das vias urinarias, nos deteremos um pouco sôbre o exame da bexiga com este metodo propedeutico. A bexiga como relatamos acima, raras vezes nos dá informações de valor ao simples exame de Raio X, todavia quando existe um grau intenso de repleção, ou quando contiver calculos ou corpos estranhos, os resultados ao exame simples são de algum valor. Quando cheia por uma substancia opaca, como colargol ou Iodureto de Sodio, a bexiga nos fornece belas imagens, que nos permitem forte elucidação, no diagnóstico de suas afecções. Assim no seu aspéto normal, a bexiga distendida pelo líquido de contraste, apresenta-se com a fórma mais ou menos globular, de contornos nitidos, tendo no homem um aspéto piriforme, e na mulher um aspéto semelhante ao cogumelo. E' porém, nas formações patologicas, que a cistoradiografia apresenta toda a pujança de seu valor; assim, nos diverticulos da bexiga o cistograma com incidencias antero-posteriores e obliquas, nos permite localizar e verificar, a fórma, o número, e a séde destes sacos urinarios; na bexiga dupla, nas fistulas persistentes do uraco, no adenoma prostatico, nos grandes tumores da bexiga, no aspéto chamado em colunas, nas dilatações permanentes ou congenitas dos orificios ureterais, e nos diferentes aspétos que estes nos apresentam, pèrmitindo a verificação da existencia do refluxo vesico ureteral, ou vesico renal. Vemos desta maneira como é precioso o conjunto de informações clínicas, que o exa-

me radiologico da bexiga, cheia de um líquido opaco, traz ao diagnóstico do urologista.

A prostata não é visivel ao exame simples radiologico, a não ser nos casos em que existam calculos, ou concreções calcarias incrustados em sua massa, ou quando portadora de cavidades supuradas, que ao enchimento pelo colargol são logo denunciadas.

As vesiculas seminais, tem sido visualizadas com injeções opacas feitas nos canais ejaculadores, ou por intermedio da vazotomia, isto é, da injeção de colargol através dos canais diferentes; as imagens obtidas são de grande clareza, e muito sugestivas á conformação anatomica das vesiculas.

O estudo radiologico da uretra algumas vêzes tentado e abandonado, resurgiu ultimamente com mais vigor, tornando-se hoje um dos meios de grande valor para o dignóstico das afecções cirurgicas deste conduto.

Cuningan, de Boston, em 1910, foi o primeiro que conseguiu belas imagens da uretra, enchendo-a com colargol e radiografando-a em seguida.

Em 1925 Kohnstam e Cave, de Londres, publicaram um trabalho importante sobre a radiologia uretral, nas diversas modalidades patológicas da uretra, que veiu trazer grande luz sôbre estes processos de investigação.

Hoje a uretrografia torna-se indispensavel quando desejamos ter uma noção exata do estado real da uretra, em um grande número de afecções, em que este canal esteja comprometido.

De técnica acessivel*), o exame radiológico da uretra, com a introdução na sua luz, de uma substancia opaca, como o lipiodol ou a iodipina, permite nos dar a conhecer, uma imagem sincera de sua extensão, calibre, forma e outras alterações anatomicas que se encontram ao longo deste canal, devido as multiplas afecções congenitas, traumaticas, inflamatorias, neoplasicas, calculos etc.

Assim, no caso em que o meato urinario fôr infranqueavel aos instrumentos de investigação, a uretrografia muito nos auxilia na elucidação de todos os obstaculos da uretra, como nos calculos, nos tumores malignos do pene, na tuberculose da sinfise pubiana seguida de trajétos fistulosos, em que a imagem radiografica da uretra nos permite evidenciar seu numero, suas direções e suas comunicações com os órgãos vizinhos.

Em uma vez que o diagnóstico era indeciso entre cancer e tuberculose da prostata, a uretrografia mostrou a Carrier que se tratava de uma caverna prostatica de causa tuberculosa.

As anomalias congenitas da uretra fornecem curiosas imagens deste canal, como nos casos de uretra dupla, diverticulos, valvulas, e outras deformidades que acentuam, via de regra, a epispadia ou a ipospadia.

Nos traumatismos uretrais em que a exploração armada é perigo-

*) Dr. Jací Monteiro — A uretrografia no Diagnostico das Afecções Uretrais do Homem.

sa, a uretrografia nos indica, onde está localizada a lesão, e nos informa sobre sua extensão e sobre a permeabilidade do canal.

Nos neoplasmas malignos e benignos internos (quistos, papilomas, vegetações, etc.), o método urografico tem indicação formal.

Nas afecções inflamatorias da uretra com aumento do volume das glandulas, lesadas, como litrites, cowperites, lacunites, fissuras, infiltrações duras, abcessos, cavidades infétadas, tuberculose, sifilis, etc., o exame radiologico com liquido opaco poderá ser muito precioso na apreciação diagnóstica e nas indicações terapeuticas.

E', porém, nos estreitamentos da uretra, sejam eles traumaticos, congenitos ou inflamatorios que a uretrografia nos ilucida duma maneira tão real, que nenhum outro método de investigação uretral permite suplantá-la.

Assim podemos conhecer perfeitamente o numero, séde, aspéto, dimensões e trajétos de todas as estenóses uretrais, ora regulares em toda a extensão do canal como os chamados estreitamentos cilindroides, ora irregulares, providos de dilatações post-estricturais dando á uretra configurações de rosario. Nas estenóses intransponiveis com os meios habituais a uretrografia cresce de valor, tão completa que é a sua ilucidação.

Temos usado tambem o processo uretrografico para controlar resultados operatorios; assim no nosso trabalho " A Uretrografia nas Afecções Uretrais do Homem", expomos alguns casos de estreitamento de uretra em controle radiologico post-operatorio, que nos comprovam a excelencia do método.

A uretrografia tem ainda indicação de valor, para observar os resultados das suturas feitas ao longo da uretra, como tambem para verificar o estado da loja prostatica depois da prostatectomia, e pesquizar a existencia de membranas ou diafragmas, que se formam, ás vezes, depois destas operações e que perturbam o escoamento normal da urina.

Cifuentes, de Madrid, falando na excelencia dos resultados obtidos com este processo de investigação, confia que a exploração radiológica da uretra seja incorporada ao exame completo dos doentes como já é a investigação dos orgãos urinarios superiores.

Ultimamente diversos urologistas têm procurado estudar a fisiologia da micção por meio da uretrografia; fazem o enchimento da bexiga em liquido opaco e radiografam a uretra durante a micção.

Os achados radiologicos indicam perturbações na forma e tonicidade do colo da bexiga, e esfinter, acompanhadas de disturbios no áto da micção.

Vemos, pois, através deste relato o valor incalculavel da Radiologia ao serviço da Urologia e a preciosa elucidação de detalhes anatomicos normais e patologicos que nenhum outro método de investigação é capaz de nos fornecer nos estudos da patologia urinaria.

Apreciações sobre o Pernocton, como anestesico

por

Hermig Krekel

e

Euripides Jobim Oliveira

(S. S. do Caí)

O Pernocton, preparado dos Laboratorios Riedel, de Berlim, e introduzido em Medicina pelo Dr. Bumm, da mesma cidade, indiscutivelmente apresenta grandes vantagens no seu emprego como anestesico, como passaremos a demonstrar.

Apresentamos, pois, este modestissimo trabalho sobre o emprego do Pernocton no serviço hospitalar de S. Sebastião do Caí, neste Estado, onde é ele uzado sempre, com ótimos resultados e sem acidentes — quando aplicado com o rigorismo da técnica que, seja dito de passagem, é simplissima, — e observadas as suas contraindicações.

Desde Junho de 1930, até á presente data, temos empregado esse produto. No decorrer desse tempo foram praticadas ao todo 616 intervenções cirurgicas, das quais 390 com o auxilio do Pernocton; as demais com éter puro, anestesia local ou raquideana. Nunca uzamos o cloroformio. Nos casos referidos tem sido o Pernocton aproveitado como meio preparatorio e adjuvante de narcoses.

Temos observado que, nas ependicectomias, fóra do periodo agudo, nas gastroenterostomias, é suficiente sómente o emprego do Pernocton com a anestesia local. Tambem duas ressecções de estomago, reclamadas por ulcera, foram praticadas do mesmo modo, isto é, com Pernocton e anestesia local, com ótimos resultados.

O método que observamos para a sua aplicação resume-se no seguinte:

Na vespera da intervenção o paciente ingere dois comprimidos de Adalina. Na manhã seguinte, meia hora antes do áto operatorio, pratica-se-lhe uma injeção de Sol. Dastre. Decorrido esse tempo lança-se mão do Pernocton, que é administrado pela via endovenosa.

Aos pacientes muito excitados aplica-se a injeção de Pernocton ainda no leito.

A sua técnica, como dissemos, é muito simples e, por isso mesmo ao alcance de qualquer porfissional, mesmo fóra dos recursos hospitalares. A injeção é praticada na veia cubital, tão lentamente de modo a ter-se uma media de 1 cc., aproximadamente, por minuto.

A sua dosagem obedece a uma tabela anexa a cada caixa do preparado, calculada de acôrdo com o peso do doente, na base de 1 cc. por cada 12 kilos de peso. Sómente uma vez foi atingida a dóse maxima de 8 cc., em doente com apendicite supurada, pesando 120 kilos, mas, mesmo assim, sem nenhum acidente.

Todavia, a dóse a ser administrada poderá ser aumentada ou diminuida, de acôrdo com as exigencias dos casos particulares, sem prejuizo.

Fáto importante e que contribúi grandemente para o exito do seu emprego é a influencia que desempenha o estado psiquico do doente. Durante a injeção, quando se deverá exigir o maior silencio, será o doente sugestionado verbalmente a um sono proximo e calmo.

Ao entrar o paciente em sono profundo recorre-se, então, ao éter.

Comparativamente ás narcoses feitas exclusivamente com éter, com o auxilio do Pernocton economiza-se mais de metade da dóse que seria necessaria daquele anestesico. Nas intervenções prolongadas raras vezes necessitamos mais de 80/100 cc. de éter para uma narcose segura.

Uma das grandes vantagens no emprego do Pernocton parece-nos ser a ausencia da excitação préanestésica, — o que se não verifica quando é a narcose praticada sómente pelo éter ou cloroformio, como de costume, dando aparecimento a estados psiquicos bem desagradaveis e que, porf isso mesmo deverão ser evitados, o que se conseguirá com o emprego do produto em analise.

Em alguns casos poucos, é verdade, póde-se observar que, ao despertarem, apresentam os doentes breves excitações, em nada prejudiciais, dominadas imediatamente pela administração de qualquer sedativo.

O uzo previo de intorpecentes, que já aludimos, deverá tambem, sempre que possivel, ser observado, visto como o doente adormece mais dificilmente sem o seu emprego. Mesmo em individuos habituados ao alcool temos conseguido sono calmo e profundo, com o auxilio do Pernocton.

Com referencia ás suas contraindicações acrescentaremos que deverá ser a idade levada em grande linha de conta, estando excluidos do emprego do Pernocton menores de 15 anos e maiores de 70 anos.

E' tambem contraindicado aos portadores de lesões renais, com albuminuria, bem assim aos individuos afétados do figado, como, por exemplo, em casos de ictericia e cirróse. A eclampsia, todavia, faz exceção, na qual tem sido o Pernocton uzado com excelentes resultados, apezar da grande quantidade de albumina existente.

Em um caso de colilitiase, com grave perturbação do orgam, em que uzamos o Pernocton e cujo paciente faleceu dois dias após a intervenção, com sinais de insuficiencia hepatica, somos levados a crer tivesse esse produto contribuido para o caso letal. Desre então, em tais casos, temos uzado sómente éter.

Em lesões cardiacas compensadas, em que se poderá empregar o éter, tambem o Pernocton tem a sua indicação.

Nunca deverá ser o Pernocton empregado em casos de choques traumaticos e hemorragias, em que a pressão sanguinea acha-se bastante reduzida.

Pelo exposto e pelas observações colhidas com o emprego desse produto, chegamos á conclusão de ser o Pernocton ótimo adjuvante á narcose e, por isso indicado para tal.

Morte em Medicina Legal

(Tentativa de classificação em apanhado geral)

por

Norman M. Sefton

Medico pela Faculdade de Medicina de P. Alegre
Chefe de Clinica junto á mesma Faculdade

Os estudos da morte ou em torno dela ocupam, não ha duvida, a maior parte da Medicina Legal. Podemos dizer mesmo que, em qualquer tratado ou compendio os estudos tanatologicos e seus afins ainda perfazem cerca de ¾ dos assuntos abordados.

Notamos, porem, uma circunstancia interessante: em nenhuma das obras que, até agóra, temos conhecido, encontramos uma classificação da morte em medicina legal, de módo conjunto ou mais ou menos completo.

Todos os autores costumam abordar o assunto, sem previa classificação e, esta vae se esboçando no correr das paginas, mas de modo pouco completo e sem a necessaria evidencia.

Tal estado de cousas dá como resultado uma dispersão tão intensa, que um não especializado na materia, só consegue imaginar os multiplos tipos de mortes que devem interessar ao medico legista por suas circunstancias tão variadas e complexas de que sempre são acompanhadas, si esgotar um tratado em leitura demorada e de pouco interesse imediato para si.

A' primeira vista, parece de pouca importancia o conhecimento mais em conjunto de tais assuntos por medicos não especializados nos mesmos, mas basta, para nos convencermos do contrario, que nos lembremos do fato de que em nosso país, principalmente no interior, é comum um facultativo não especializado se ver na contingencia de fazer peritagens mais ou menos complexas.

Consequentemente surge um novo aspeto da questão sob o ponto de vista didatico. De fato, não podemos exigir de um aluno do curso de medicina leitura tão complexa e extensa como a que é necessaria para conseguir conhecer os multiplos aspetos de uma questão, cuja classificação sintetica não exista, e a qual só poderá ser esgotada após extensas e aprofundadas leituras.

Por outro lado a falta de classificação de qualquer ramo ou simples capitulo cientifico traz, como consequencia logica e inevitavel, dificuldades sérias ás indispensaveis definições das cousas ou circunstancias. Isto se dá pelo fato de que a uma definição exata só se póde chegar após comparações repetidas de todas as circunstancias

minimas que caraterizam os fatos, ás vezes, aparentemente fundidos num só. Comparando-os, porem, com maior atenção, consegue-se dar-lhes individualidade, distingui-los entre si e, embóra continuem identicos, serão sempre reconhecidamente distintos.

Como compará-los, porem, sem que, á medida que surjam as minimas diferenças, os coloquemos em seu devido lugar? E' o que se consegue com a classificação. Foi com a classificação das impressões digitais que Vucetich conseguiu definir-lhes os principais tipos e, desta fórma veio á tona um dos mais brilhantes metodos medico legais.

De fato, todos estes sinais já existiam, podemos dizer desde que o homem existe, e, já em remotas éras os chineses o haviam notado e mesmo usado, mas, de módo não racionalizado. Compreende-se: naqueles tempos não haviam tentado, nem talves lembrado uma classificação de tão preciosos sinais e grupos de sinais.

Temerosos da critica e temerosos ante nossa falta de ilustração, tentaremos, todavia, expôr este nosso esforço que, si maior merito não tem, terá ao menos o de lançar a idéa de melhorar um ponto, até então, parece, não olhado com o devido carinho.

*

Quanto mais puderem ser classificados com acerto um fato ou fatos de ciencia, tanto mais faceis se tornarão á compreensão e, tanto mais margem de perfeição teremos aos estudos dos mesmos.

O resultado da ausencia de classificação sintetica e racional da morte em medicina legal é que, ela não é por todos encarada do mesmo módo, embóra não deixe um medico de passar pelo estudo desta cadeira no seu longo curso de medicina.

Tambem as definições bem precisas, não existem. Nem mesmo Brouardel, o mestre dos mestres, em seu formidavel tratado de Medicina legal, não define, nem classifica os diversos tipos de morte. Ele não define, por exemplo, a morte subita, de módo conciso. Naturalmente, depois de lermos seus magistrais artigos sobre o assunto, implicitamente, a definição a mais completa, fica subentendida. Mas, perguntamos, como poderá um estudante de medicina arcar com tamanho desenvolvimento de materia? Não podendo, como não póde, teremos aí um medico que não conhece, por exemplo, o sentido medico legal preciso da morte subita.

Por outro lado, estará bem diferenciado, em capitulos especiais o estudo, entre morte subita e morte suspeita medico legais? Parecenos que não, e, no entanto, resalta, á primeira vista, que, si toda morte subita é suspeitavel, nem toda morte suspeitavel é subita. Depreende-se logo que a morte subita não só é um ramo da morte suspeitavel, como que devem, "ipso facto", merecer ambas descrições á parte, bem especializadas e distintas em certos aspetos peculiares a cada uma.

Quando deve o medico lançar mão da Medicina Legal, ao se deparar com um obito? Só quando ele não acompanhou a molestia que vitimou o individuo? Ou mesmo, quando, embóra ele acompanhasse o doente, este ultimo morre de módo que a **causa mortis** proposta na conciencia intima do clinico não está bem aclarada ou não oferece

absoluta certeza a par do mecanismo da morte ou mesmo, sómente, da previsibilidade do desenlace? Este ponto é bem discutido e já bem aclarado sob um aspéto que depende do medico considerar tal morte como suspeita ou não. Mas a falta de precisão de definição de morte suspeita ou subita e a falta de uma rigorósa classificação da morte sob o aspéto medico-legal, leva muitas vezes um medico a assinar um atestado de obito, cuja "**causa mortis**", de conciencia, não o satisfaz inteiramente.

Chamemos, porem, a atenção para o fato de que uma morte não necessita ser subita para ser suspeita; chamemos a atenção de que uma morte de causa não francamente determinada já é suficiente para passar para os dominios da medicina legal, e, por certo que tais especies de atestados de obito diminuirão ou mesmo desaparecerão de todo

Mas devemos reconhecer que, o unico meio de chamarmos atenção a estes casos, só conseguiremos ensinando a medicina legal, na parte referente á morte, com um metodo classificado e com consequentes definiçeõs sinteticas e precisas

Antes de encerrarmos estas considerações registramos aqui uma das definições de morte subita, por autor dos mais brilhantes em sua reconhecida autoridade: "**A que chega sem fenomeno precursor é chamada subita.**" Por outro lado encontramos outros autores de não menor autoridade que desprezam este aspeto e, não deixam de considerar **subita** a morte mesmo precedida de fenomenos precursores. Estes ultimos exigem apenas o carater imprevisto. Qual deles anda com mais acerto?

*

A morte sob o aspéto medico-legal poderá ser diferenciada em 3 grandes especies principais: **suspeita, subita** e **aparente**. Qualquer destes 3 casos interessa dirétamente a medicina legal e exige dela seus ensinamentos.

Passemos agóra a estudá-los com seus caracteres distintivos.

*

Entremos no assunto.

A medicina legal é chamada a intervir nos casos de morte em duas circunstancias principais: 1.º A morte perfeitamente diagnosticada, indubitavel, portanto, mas cuja "causa mortis" não tenha sido bem determinada ou seja desconhecida. Todavia, pela autopsia medico-legal poderá, "a posteriori" ser ou não determinada a causa e mesmo o mecanismo intimo da morte. Sempre, porem, uma morte em tais condições trará consigo um carater **suspeitavel**, sob o ponto de vista social, ou, digamos, medico-legal.

2.º Em caso de uma morte que não tenha sido seguramente **diagnosticada** e sobre a qual paire duvida si é real ou aparente.

A causa da morte ou suposta morte sendo bem conhecida pela patologia ordinaria, deixa-a bem definida sob tal ponto de vista e a ela não será nunca indispensavel o carater de **suspeição** a não ser nos casos mixtos, isto é, quando alem de **aparente** tambem é subita ou suspeita.

Morte em Medicina Legal

Morte confirmada
(morte diagnosticada)

De causa não definida mas determinavel ou não pela autopsia. Tem sempre por isso um carater suspeitavel

Morte Prevista

Mas com carater não insuspeito, visto a evolução da morte ser ignorada ou suspeitavel.

Com evolução testemunhada

O testemunho poderá ser de um medico ou de leigos que presenciarão sintomatologia não esperada e por isso suspeitavel.

Por processo mortal prolongado

Por processo mortal rapido

Por processo mortal fulminante

Com evolução não testemunhada

Evolução ignorada, deve ser considerada suspeitavel.

É a classe dos cadaveres encontrados.
(Unica em que se applica a cronotanatognose.)

Morte imprevista

Sempre terá um carater suspeitavel.

Com evolução não testemunhada

idem-idem.

Com evolução testemunhada

Será sempre suspeitavel devido ao modo imprevisto de que se reveste.

Por processo mortal prolongado

Por processo mortal rapido

Por processo mortal fulminante

Morte não confirmada
(diagnost. da morte não confirmada)
De «causa mortis» bem definida pela patologia ordinaria.

Pertencem a este grupo os casos em que a Medicina Legal procura, com seus metodos de pesquiza, os sinais necessarios e praticos para um facil diagnostico diferencial entre morte absoluta e morte relativa, ditando as regras indispensaveis a seguir para evitar inhumações precipitadas e outros inconvenientes varios.

— **Morte suspeita**
(propriamente dita)

— **Morte subita**
(propriamente dita)
Carater suspeito indispensavel.

— **Morte apparent**

NOTA: As circunstancias que caraterizam a morte SUSPEITA se acham sublinhadas e as que caraterizam a morte SUBITA estão lançadas em vermelho.

Salvo esta exceção a medicina legal entrará aqui com seus metodos para um diagnostico diferencial entre **morte real e aparente**, com seus recursos especialisticos afim de evitar inhumações precipitadas e muitos outros inconvenientes que, com tal duvida pódem surgir.

Não podemos considerar este grupo como sendo de uma morte "medico-legal" no sentido exato. Apenas nele intervem este ramo da medicina para solucionar uma confusão que, digamos com Duvoir e Desoille(1), na pratica civil corrente é excepcional que o medico duvide da morte. Quem duvida, em geral, é a familia do morto que deseja conservar uma duvida, sentimento que o medico deverá respeitar, procurando solucionar o caso por demonstrações não chocantes para a familia, mas que sejam suficientemente convincentes.

No caso, porem, do proprio medico duvidar (?) ele poderá ir buscar recursos os mais variados na Medicina Legal.

Dum módo geral podemos dizer que o sistema de manter o espaço de 24 horas entre a morte a inhumação, por si só soluciona todos os casos.

As exceções pódem aparecer, pois, unicamente, nos casos de inhumação precipitada em épocas de epidemias, ou guerras nos quais a medicina legal não teria oportunidade, logicamente, de se manifestar.

Si a representante unica deste grupo é a **morte aparente**, o mesmo não sucede com o primeiro já citado que merece estudo mais amplo, o que iremos fazer, unicamente, já se vê, no sentido de classificação e de definições.

*

Na **classe de mortes diagnosticadas** encontramos a morte real, indubitavel, mas com um carater **suspeitavel** como vimos acima. E' a que podemos chamar, verdadeiramente, **morte medico-legal.** A ela a medicina legal consagra os estudos mais extensos e nela a autopsia, a nosso fraco entender, deveria ser imposta sem restrições.

A morte nestas condições poderá ser uma morte esperada ou não, o que lhe conferirá dois caracteres distintos e importantes: ela poderá ser **prevista** ou **imprevista.** Por outro lado, tanto uma como outra poderá ter ocorrido com ou sem testemunhas presenciais.

Na morte **PREVISTA,** testemunhada, podemos encontrar tres grupos de mortes: mortes com processo mortal **prolongado, rapido ou fulminante.**

A morte **prevista** ou **imprevista NÃO TESTEMUNHADA** póde se dar em condições identicas, mas, ignoradas pela falta de testemunhas, pelo que só a autopsia nos poderá informar. Este é um grupo de muita importancia, pois, a ele pertencem todos os casos de **cadaveres encontrados,** quer de adultos, crianças ou fetos.

Nestes casos é que serão indispensaveis os mais extensos e apurados exames medico-legais, sobre **identificação, cronotanatognose, mecanismo da morte, tipo de morte** (processo prolongado, rapido ou fulminante) etc., etc. Aqui é onde encontramos as mais extensas paginas sobre **homicidio, suicidio, infanticidio, infortunistica,** etc. Tam-

(1) Sinais da morte — Les Fichiers du "Monde Médicale". 24 de Junho de 1931.

bem encontramos neste conjunto os casos de morte por processo rapido ou fulminante (1), digamos, as mortes repentinas que tanto pesam sobre as estatisticas de cadaveres encontrados (2).

Passando ao segundo grupo da morte **suspeitavel** e **imprevista** encontramos outra circunstancia a ajuntar: é a morte que nas condições tais ocorre com o testemunho presencial de medico ou de leigos. Tambem aqui devemos distinguir tres tipos, isto é, com evolução **prolongada, rapida** ou **fulminante** do processo mortal.

Si o processo mortal for **prolongado** (conforme prova testemunhal do medico ou leigos), e si a morte fôr **imprevista** e de causa **não determinada,** esta morte, bem como as demais acima expostas neste ca-

---

(1) Não usamos a denominação de **morte subita** nestes casos por considerarmos esta ultima como mais diferenciada, conforme justificaremos em divisões adiante expostas.

(2) Neste ponto nos podem fazer uma objeção séria á primeira vista pelo fáto de considerarmos **suspeita** uma morte prevista. Contra isto adeantamos que uma morte podendo ser prevista, tambem o será a sintomatologia adequada a tal morte esperada. Assim, por exemplo, podemos prever a morte dum cardiaco, **mas, esperaremos tambem** que ele morra dutro duma sintomatologia correspondente ao mecanismo de morte dos cardiopatas. Todavia, si os sintomas apresentados forem, por exemplo, acompanhados de convulsões violentas como as que vemos na morte pelas intoxicações estricninicas, logicamente, esta morte com tais caracteres deixa de ser a **prevista** e passa a ser **suspeita.**

Em outras palavras podemos lembrar que não se prevê **a morte** é sim **uma morte** deste ou daquele mecanismo. E a ignorancia de como se deu este mecanismo tambem não autoriza a considerarmos a morte como sendo a **esperada** ou, digamos, a **prevista.** Por isso, pensamos que a autopsia se impõe em tais circunstancias.

Desejando citar um caso tipico de morte **prevista** mas cujo prognostico faltou, passaremos a relatar o seguinte.

Pessôa de minha familia ha cerca de 40 anos fôra á inspeção de saúde para fins de seguro de vida. Antes, porem, conseguira do medico da companhia a promessa formal de que lhe revelaria, com toda sinceridade, o seu parecer exáto sobre suas condições de saúde.

O prometido foi cumprido e o distinto facultative que era o ilustre Dr. Dioclecio Pereira, não só o considerou incapaz para ser assegurado, como ainda lhe comunicou estar ele sofrendo de pronunciada dilatação aortica, e que ante o quadro clinico com que se deparára, não estranharia si sobreviesse ao paciente uma morte repentina e não o considerava apto para viver muitos anos

Compreende-se logo a gravidade do prognostico que foi feito por medico muito habil e notavel em nosso meio. Isto se deu na cidade do Rio Grande naquela época em que os exames de radiologia não eram usados em medicina. Mas, 35 anos após estes fátos o paciente ainda com saúde muito bôa relativamente á sua idade, submeteu-se a um exame radiologico feito pelo Dr. Renato Barboza, o qual veio confirmar plenamente o diagnostico feito ha tantos anos.

Apenas o prognostico falhou até o fim e o doente veio a falecer com idade avançada, cerca de 45 anos depois de sua impugnação para ser assegurado, sucumbindo de morte após molestia prolongada, durante a qual o aparelho cardiaco foi o que mais resistiu aos embates do mal que o vitimou.

Certa vez tivemos oportunidade de conversar sobre este caso com o proprio Dr. Dioclecio Pereira, o qual não o havia esquecido e disse considerar muito comum a falibilidade prognostica em casos desta especie. E está certa esta alegação.

Assinalamos aqui que este doente foi durante muitos anos cliente do Prof. Annes Dias que muitas vezes o atendeu no curso de manifestações anginosas que sobrevieram nos ultimos anos de sua existencia.

Citamos este caso como sendo tipico e no qual ante todos os prognosticos da

pitulo [1] devem ser consideradas como componentes e mesmo caracteristicas da **MORTE SUSPEITA propriamente dita**, medico-legalmente falando.

Já não podemos dizer o mesmo com referencia aos dois ultimos sub-grupos da ordem de morte **imprevista** e grupo de **evolução testemunhada**, pois, nestes dois ultimos casos encontramos dois novos fatores que mudarão por completo as circunstancias: neles verificámos que a morte se dá de modo **rapido** ou **fulminante** que, embóra **testemunhada**, até mesmo por um medico, ainda conservará um carater **imprevisto** e uma "**causa mortis**" **não determinada**. São estes dois sub-grupos unicos que, a nosso vêr, vão concorrer para formar o conjunto perfeitamente definido e caracteristico de uma morte que deva ser considerada **SUBITA sob** o ponto de vista medico-legal.

*

Os casos de morte suspeita, prevista e com evolução plenamente testemunhada, mas de causa não determinavel sinão pela autopsia, são comuns e corriqueiros, não merecendo, assim, maiores detalhes nestas breves linhas.

Já citamos acima as circunstancias varias e importantissimas em que podemos encontrar cadaveres abandonados, casos estes, tipicos de **mortes suspeitas**, com evolução não testemunhada previstas ou imprevistas e de causas ignoradas.

Chegamos, enfim, á ultima subdivisão de nossa proposta classificação. Nela encontramos as mortes com os caracteristicos de uma **evolução testemunhada, imprevistas**, e de "**causa mortis**" **não firmada**. Nestas mortes, enfim, encontramos sempre o aspéto **suspeitavel**. Quanto ao prazo do processo de evolução é que devemos nos referir com mais cuidado.

A nosso vêr, si este prazo se apresenta prolongado, a morte sub-

---

ciencia medica uma morte subita não deveria, si tivesse sobrevindo, causar a menór suspeição.

Mas, perguntamos, si esta pessôa no correr de tão longo praso, tivesse se tornando passivel de uma intoxição criminosa que lhe causasse morte **subita** com evolução do processso mortal não testemunhado, poderia sem autopsia e pesquiza toxicologica ser considerada vitima de um crime? Não iriamos nos deparar com um crime nunca suspeitado só pelo fáto de desprezarmos esta hipotese devido julgarmos suficiente, para afastarmos qualquer suspeição, o prognostico que lhe imputaram, como se imputa constantemente aos cardiacos?

Tambem, si se désse uma evolução mortal subita com quadro clinico não consoante com o esperado ante o diagnostico, perguntamos, si se tornaria ou não uma morte suspeita apesar de esperada.

A nosso vêr, pois, uma morte, embóra **prevista**, não deixará em certas circunstancias de se tornar suspeita.

Pensando que em casos tais a autopsia sempre deverá ser feita, a não ser que o paciente, como no caso que descrevemos, venha a sucumbir em condições de mais absoluta insuspeição, com molestia prolongada final ou, em casos que embóra morram subitamente confirmando não só o prognostico, como o diagnostico com um quadro clinico mortal concordante.

(1) Todos os demais casos de **morte diagnosticada**, com **causa ignorada**, com **evolução testemunhada, previstas** ou **imprevistas**, de evolução **prolongada, rapida** ou **fulminante**.

sequente deverá ser considerada (uma vez as demais circunstancias existentes) como uma morte **suspeita** propriamente dita e nunca **subita**. Porem tal denominação não se encontra entre os diversos autores. Como exemplo disto, indicamos o caso citado por Brouardel em seu tratado (1) no qual estuda com E. Hirtz um caso de morte cuja causa ligam a um acidente de contusão renal.

O acidente da contusão renal exteriorizou sintomas durante 15 dias, evoluiu surdamente durante 18 mêses, para nos ultimos 14 dias antes da morte nóvamente fornecer uma sintomatologia abundante e grave que termina no desenlace fatal.

O grande mestre considerou este caso como sendo de **morte subita** por contusão de rim.

Longe de nós querermos nos sobrepôr á sabedoria do tão ilustre e consagrado autor, mas permitam os senhores que, submetamos á vossa elevada consideração esta nossa atrevida pergunta: Tal caso não seria, antes, sob o ponto de vista medico legal, um caso de **morte suspeita** propriamente dita?

Assim o consideramos, mas, estamos prontos a nos corrigirmos de possivel erro de apreciação uma vez este apontado pelos colegas, a cujos pareceres tão altamente autorizados, nos submeteremos com todo acatamento.

O professor Balthazard, em sua magnifica obra, esboça uma ligeira coordenação do estudo da morte em medicina legal.

Aquele autor divide o assunto em **mortes violentas** e **mortes naturais sobrevindas em circunstancias anormais** e, a cada um destes grupos ele prende os varios casos correspondentes ás demais subdivisões.

Finalmente ao definir a morte subita o Prof. Balthazard chama atenção para o fato de que não é suficiente o carater **imprevisto** para considera-la "subita". Considera outrosim indispensavel que ela se proceda em praso muito rapido ou instantaneamente.

Ainda exige ele uma condição com a qual não podemos nos conformar: é que a morte subita se dê **no curso duma bôa saúde aparente**.

Respeitosamente perguntamos ao sabio mestre: um pelagroso, no qual não ha saúde aparente e, ao contrario, ha molestia evidente, não poderá ser vitima de uma morte subita com todos os caracteristicos? Não poderá a vitima de uma morte subita com carater o mais altamente suspeitavel, ser um tuberculoso confesso? Neste ultimo caso a "causa mortis" ao envez de ser a tuberculose não poderá ser uma aortite sifilitica até então desconhecida ou mesmo uma dóse de cianureto que criminosamente lhe tenham administrado?

*

Juntamos a estas linhas um quadro sinoptico da tentativa de classificação que fizemos para submetermos á apreciação desta douta reunião.

---

(1) Vol. sobre "Mort et mort subite" — pag. 432 — Obs. 209.

Nele encontramos, bem á direita as tres especies principais de morte que possam interessar á Medicina Legal:

Morte suspeita, morte subita e morte aparente.

Cada um destes tipos está com caracteres de cores diferentes e, isto foi feito com o fim de auxiliar a clareza do mesmo.

Assim, si procurarmos, partindo para a esquerda do quadro, todas as palavras escritas com a mesma côr, teremos, automaticamente, a explicação do tipo de morte e até sua definição, mais ou menos precisa.

Assim teremos: A morte **SUBITA** se caracteriza por evoluir **rapida** ou **fulminantemente**, sempre **testemunhada**, de modo **imprevisto** e de "causa mortis" **não determinada.**

E a morte **SUSPEITA** é a que evolue por processos com **prazos variaveis** (1), **testemunhadas** ou **não**, de modo **imprevisto** ou, si **prevista** a morte, não previstos os sintomas apresentados e, por isso, de "causa mortis" **não determinada.**

Quanto á morte **APARENTE** nada devemos acrescentar, pois, ela ha muito se acha bem definida e, tambem podemos dizer que, si ela interessa á medicina legal por um lado, ela por outro não constitue um tipo que se póssa chamar de "morte medico-legal", pois, apresenta processos comuns á morte ordinaria, com os quais apenas crêa uma confusão (?) que obriga ao medico lançar mão de recursos para esclarecê-la.

Tambem compreende-se que maiores detalhes como a etiologia medico-legal (suicidio, homicidio e acidente) da morte, etc., deixamos de abordar aqui, por serem questões já bem compreensiveis para poderem ser ajuntadas a qualquer dos tipos de morte, por criterio individual em cada caso.

*

Aqui ficamos com esta nossa modesta tentativa de classificação da morte em Medicina Legal, esperando a colaboração indispensavel de nossos distintos colegas para corrigirmos nossos erros e melhorarmos nossas definições.

P. Alegre, Abril 1933.

---

(1) Prolongado, rapido ou fulminante.

Sociedade de Medicina

Atas

Ata da sessão realizada a 16 de Junho de 1933 na séde do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Sob a presidencia do Dr. Thomaz Mariante, servindo de secretario o abaixo assinado e com a presença dos Drs. Thomaz Mariante, Nogueira Flôres, Saint Pastous, Martim Gomes, Sylvio Baldino, Velleroy Schneider, Mario Bernd, Luiz Germano Rothfuchs, Manoel Loforte Gonçalves, Helmuth Weimann, Alvaro Barcelos Ferreira, E. J. Kanan, Raul di Primio, Ary Vianna, Hugo Ribeiro e Leonidas Escobar o Sr. Presidente abriu a sessão visto haver numero legal, mandando que fosse lida a ata da sessão anterior; como na discussão da mesma ninguem falasse o Sr. Presidente a pôz em aprovação, o tendo sido unanimente. Na votação que se procedeu foi aceito unanimemente para socio efetivo o Dr. Laviera M. Laurino. Passando-se á ordem do dia foi dada a palavra ao Dr. Carlos Bento que fez uma conferencia escrita sobre o — valor semiologico do pneumoperitoneo; posta em discussão pediu a palavra o Dr. Saint Pastous que depois de elogiar o trabalho apresentado faz algumas considerações sobre o assunto. Passando-se as comunicações verbais pediu a palavra o Dr. Nogueira Flôres que relatou um caso observado em sua clinica hospitalar de lesão de Monteggia posta em discussão pediu a palavra o Dr. Saint Pastous que faz comentarios. Em seguida o Dr. Raul di Primio lê uma comunicação sobre o impaludismo no Estado, demonstrando a fórma mais grave que esta emfermidade tem tomado entre nós; esta communicação é comentada pelo Sr. Presidente. Após o Dr. Carlos expõe um caso de sua clinica de sindactilia, sendo comentado pelo Dr. Nogueira Flôres que cita tambem um caso de sua clinica. Pedindo a palavra, o Dr. Martim Gomes propõe que semestralmente a Sociedade de Medicina imprima um numero especial de sua Revista sobre os assuntos tratados com referencia á medicina social para ser enviado aos poderes publicos e ainda que se nomeasse uma comissão na qual figurasse o Dr. Raul di Primio; que mensalmente fosse tratado deste assunto em uma sessão especial desta Sociedade; ficando a comissão com poderes plenos para imprimir um numero especial dos Arquivos ou elaborar um relatorio para ser enviado aos poderes publicos; posto em discussão falou o Sr. Presidente que, depois de elo-

giar a proposta, indica o nome do Dr. Martim Gomes para costituir juntamente com o Dr. Primio a referida comissão; o Dr. Saint Pastous propôe que o Snr. Presidente seja o outro nome a constituir a comissão. Posta em votação a proposta e os nomes dos componentes da comissão foi aprovado bem como todos os outros assuntos tratados; ficando marcado a ultima sexta de cada para assuntos referentes á medicina social. Para constar lavrei a presenta ata que assino com o Sr. Presidente.

Dr. Thomaz Mariante — Presidente.

Dr. Ary Vianna — 1º. Secretario.

Assuntos de atualidade

1.º Congresso francês de Terapeutica

Deverá realizar-se, de 23 a 25 de Outubro do corrente ano, o 1º. Congresso Francês de Terapeutica, em Paris, sob a presidencia do Prof. Mauricie LOEPER, e sob o patrocinio do sr. Presidente da Republica Francesa.

A sessão solene será no grande anfiteatro da Faculdade de Medicina de Paris, as 9.30 hs. de 23 de outubro, sob a presidencia do Presidente da Republica. As outras sessões serão na Faculdade as 9,30 e 15 hs.

O programa é o seguinte:

I

SESSÃO DE MEDICINA.

Tratamento paraenteral do ulcus gastroduodenal.

a) O tratamento quimico geral do ulcus.
b) A vacinoterapia do ulcus.
c) Organoterapia e operapia da ulcera do estomago.
d) Os medicamentos do ulcus sifilitico.

Tratamento das colibaciloses.

a) Os antiséticos quimicos; sua aplicação e sua ação.
b) A sôroterapia das colibaciloses.
c) As vacinas e o bacteriofago nas colibaciloses.

II

SESSÃO DE FARMACODINAMIA.

As Adrenalinas.

a) Estudo quimico e farmacodinámico das adrenalinas.
b) As vias de introdução da adrenalina no organismo.

As associações medicamentosas.

a) Associações e adjuvancias.
b) Os antagonismos em terrapeutica.
c) As associações hormonais e quimio-hormonais.

III

SESSÃO DE FISIOTERAPIA.

As radiodermites.

a) A produção das radiodermias e os meios de as evitar.
b) O tratamento das radiodermites constituidas.

A termoterapia.

a) Estudo fisiologico da termoteraphia.
b) A electropirexia pelas ondas curtas; técnica e resultados.
b) A piretoterapia quimica; seus resultados átuais em relação aos outros processos de piretoterapia.

A inscrição custa 100 francos, que deverão ser enviados ao sr. G. Doin editor, tesoureiro do Congresso, 8, Place de l Odeon, Paris (VI).

Notas terapeuticas

Therapia das molestias reumaticas — Dr. Georg Zachariae — "Die Medizinische Welt", N.° 39.

O autor expõe a seguinte classificação dos estados reumaticos: 1) estados inflamatorios dos musculos, incluindo a mialgia; 2) afecções reumaticas dos nervos, especialmente as nevralgias, e a ciatica; 3) lesões reumaticas agudas das juntas; 4) molestias crónicas das juntas.

Para todos esses estados o autor afirma que a medida principal e essencial do tratamento deve ser banhos salinos quentes, sulfurosos com preferencia, a uma temperatura de 103°F. A dissolução quimica dos sais, conforme se verifica, permite aos **ions** penetrarem na péle.

Depois de cada banho é necessario que as partes afétadas sejam cobertas com **Antiphlogistine.** O açucar do sangue, em seguida aos banhos, diminúi definitivamente, e a pressão arterial cái, em consequencia do esforço dos corpos histaminicos através da péle. Precavenha-se, portanto, contra o colapso. Como medida acessoria o paciente deve diariamente beber agua mineral da fonte Kaiser Friedrich. Ademais de outros casos, teve cura um 79% de 124 casos de poliartrite crónica infectiva.

Osteomielite

H. G., 12 anos, natural da Baía, colegial, Capital.

Entrada no hospital em 2—9—32.

Antecedentes familiares: Pais sifiliticos, vivos. Irmãos vivos (5), aparentemente sadios.

Antecedentes pessoais: Sarampo, varicela.

Historia da doença atual: Conta o observado que subindo a uma arvore, foi vitima duma queda, que lhe produzira uma ferida na perna direita.

Marcha da doença: A ferida aumentou de dimensões rapidamente, a despeito do tratamento que lhe faziam em casa, por meio de pomadas cujos nomes ignora. Uns 45 dias depois, aumentando ainda mais a gravidade do seu mal, apresentando-se-lhe dôres em toda a perna direita, procurou o hospital internando-se no serviço do Prof. Edgar Santos.

Diagnostico: Osteomielite. Diagnostico confirmado pela radiografia, que demonstrava todo o peronio cariado.

Operação: Feita a sequestatomia pelo Prof. Edgar e auxiliado pelo assistente Dr. Juvenal Gordilho, no quarto dia verificou-se presença de pús, que, examinado, constatou-se a existencia de **estafilococos.**

Tratamento: Injeções antisifiliticas de **Vitargyl** e vacinas **Estafilovacin.** Verificamos com prazer a eficiencia do tratamento pelos medicamentos acima referidos e assinamos a observação presente.

Baía, 7 de Outubro de 1932 .

Hospital Santa Izabel. **Dr. Juvenal Gordilho.**

Necrologia

Professor Protasio Alves

1859 1933

Quem poderia imaginar que na madrugada de domingo, 5 de Junho, tivessemos a dolorosa noticia do falecimento subito do Prof. Protasio, quando ainda na tarde de sexta-feira conversavamos á rua dos Andradas, relembrando os problemas medicos e tecnicos da administração do Estado.

Viamos neste venerando chefe um servidor do seu amado Rio Grande, cuja vida dedicou ao bem publico com o maximo interesse pelos problemas sanitarios. Pelo muito amor que tinha pela sua terra, recusou a deputação federal e a senatoria, bem como um cargo elevado na diplomacia para daqui não se afastar.

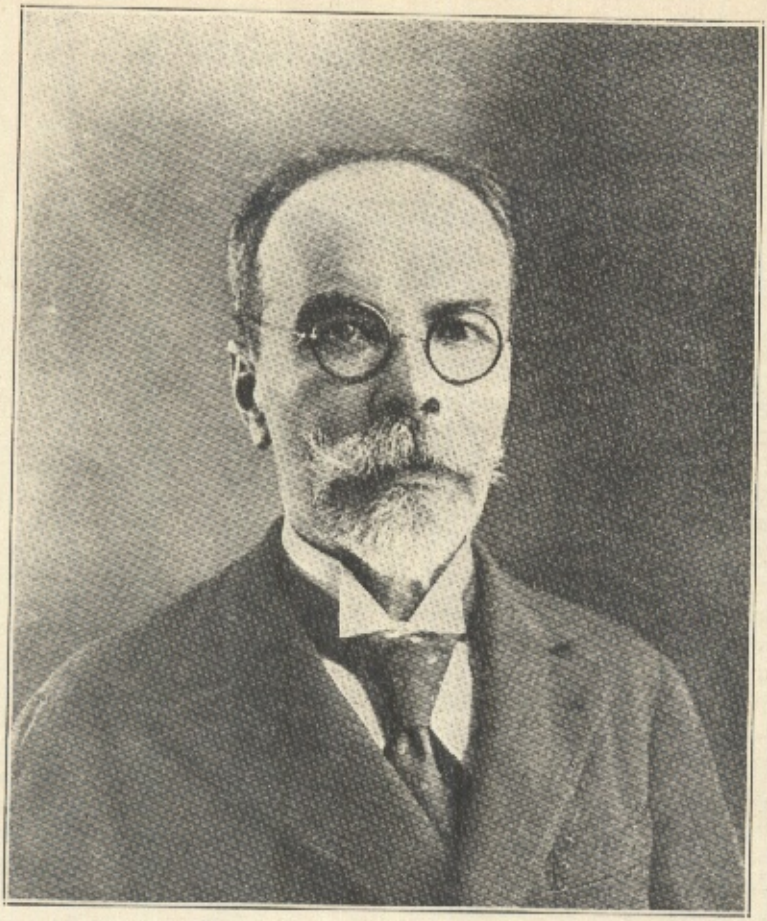
Tendo ardor pela profissão medica não queria abandona-la, porém, solicitado insistentemente, acedeu ao pedido de Julio de Castilhos, que o incluiu, como representante, na Constituinte do Estado em 1891, onde já havia mais nóve medicos cujos valores todos conhecem; e assim dizia o Prof. Protasio, na intimidade "fui arrastado pela politica, sem ter a menor inclinação."

Nascera na cidade de Rio Pardo, em 21 de Março de 1859 e se formára em medicina, na Faculdade do Rio, no ano de 1881, vindo após a formatura para Porto Alegre iniciar a clinica, quando foi convidado pelo Governo da Provincia de Santa Catarina, para uma comissão sanitaria, onde prestou relevantes serviços. Terminada a sua missão regressou a Porto Alegre, para continuar a clinica, onde permaneceu algum tempo. Resolveu depois fazer estudos de aperfeiçoamento de oto-rino-laringologia e fazer outros estudos de especialidade ginecologia e obstetricia em Viena, Berlim e Paris, pois que aqui não havia especialista.

De regresso de sua proveitosa viagem de estudos creou no Hospital da Santa Csa de Misericordia de Porto Alegre, uma Enfermaria de Partos e melhorou o serviço de cirurgia de mulheres, onde fazia tambem ginecologia, cuja Enfermaria hoje tem seu nome.

Foi tambem provedor do Hospital da Santa Casa.

Em 1897, fundou com Deoclecio Pereira, Serapião Mariante, Carlos Nabuco e Sebastião Leão, um "Curso de Partos", porque dizia o Prof. Protasio ser uma medida urgente e inadiavel se fazer escolas de parteiras, atenta á falta de profissionaes diplomadas ou praticas e constituia assim um perigo constante para as parturientes que eram



Professor Protasio Alves — Falleceu em 5 de Junho de 1933

atacadas de febre puerperal com frequencia. Instalado este proveitoso curso cujo resultado não se fez esperar, diplomando distintas parteiras.

Releva dizer que o Prof. Protasio era dotado de uma bondade e de uma afetividade exemplar para com os seus clientes, era um cirurgião filiado a escola do Prof. Tillaux que caracterisava "a alma de cirurgião" e que o Prof. Faure tanto apregoa.

Em 1895, foi o Diretor de Higiene do Estado que reorganisou este importante serviço de saude publica, concretisando medidas altamente adiantadas em materia de assistencia profilatica, como atestam os seus relatorios e o novo regulamento.

Recordamo-nos que em 1900 estava o Estado ameaçado da invasão do Mal Levantino, isto é, da peste bubonica, que já invadira o Rio, então o director de higiene convocou uma reunião dos medicos funcionarios para combinar medidas na defesa sanitaria da cidade de Porto

Alegre e outras cidades do Estado, constantes entre muitas outras a de vigilancia maritima feita na Ilha de Francisco Manoel e da vigilancia domiciliaria pelos seus colegas; foi, pois, um episodio de sua administração sanitaria que bem traduz o seu interesse pela saude publica.

Em 1899, este professor, gosando da bôa amisade dos. Exmos. Drs. Julio de Castilhos e Borges de Medeiros, presidente do Estado, conseguiu que, reunidas, a Escola de Farmacia e o Curso de Partos tivessem dotações pecuniarias, para poder se transformar em Faculdade Livre de Medicina e Farmacia de Porto Alegre, sendo seu 1.º diretor e catedratico de Clinica ginecologica e obstetrica o vice-diretor Alfredo Leal, da Escola de Farmacia. Foi a primeira etpa vencida pela perseverante atuação do Professor Protasio, segundo-se depois a equiparação da Faculdade ás oficiaes, graças a boa vontade deste governo. Mais tarde este Professor renunciou os seus cargos na Faculdade, sendo-lhe depois conferido o titulo de Professor Honorario, pelos seus relevantes serviços.

Foi presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre,. onde prestou serviços.

Em 1906 foi nomeado Secretario de Estado dos Negocios do Interior e Exterior, aí continuou a sua obra pela instrução primaria e secundaria publicas, sua principal preocupação, porque assim dizia ser medida indispensavel, para restringir o analfabetismo entre nós, e para atender com eficiencia as inumeras dependencias de sua Secretaria de Estado, deixou a clinica, e sendo nos dois ultimos periodos de governo do Exmo. dr. Borges de Medeiros, vice-presidente do Estado.

Nestes elevados postos e melhor conhecedor das necessidades da administração nos serviços tecnicos e sanitarios, ia propondo ao governo a sua melhoria e a creação de outros serviços que seria longo enumerar.

O Professor Protasio foi presidente da comissão organisadora do IX Congresso Medico Brasileiro, reunido em Porto Alegre, no ano de 1926.

Este Professor em sua palestra mostrava ser um espirito joven, culto, conhecedor dos assuntos medicos e da administração, pela sua longa experiencia e era um amigo dos moços e da classe medica.

Não é ao colega amigo e chefe de jornada que vamos reverenciar mais uma vez; ele teve uma longa e cheia — **vita est lunga si plena est** — e uma existencia de serviços não é para ser chorada. Sómente é ao colega e chefe que queremos render preito.

Como finalidade deste dados biograficos, é de muita relevancia transcrever do necrologio feito pela "Federação" um episodio da sua vida funcional, porque bem define a sua personalidade de modestia incomparavel. Ei-lo:

"Em um dos jornaes de Porto Alegre apareceu a noticia de ter sido dado ao Colegio Elementar de S. Borja o seu nome. Não vacilou em reprovar o ato, dirigindo a seguinte carta ao chefe politico local: "Rogo ao digno amigo, na qualidade de chefe local, que faça tornar sem efeito a denominação pelos motivos seguintes: 1.º) — é minha opinião que taes estabelecimentos tomem nomes de homens que se te-

nham dedicado á educação publica, consagrados pela opinião, mas que já tenham morrido; 2.º) — tratando-se de estabelecimentos publicos oficiaes, ao governo compete, aceitando a consagração publica, dar então a denominação, após algum tempo decorrido da morte. Só o ponto final da vida garante a integridade moral do individuo. As manifestações feitas logo após a morte indicam as mais das vêses sintomas de nevroses coletivas, que regularmente só devem ser expressas por flores ou palavras que passam como essas nevroses."

Apenas citando resumidamente um outro episodio, que bem exprime o seu patriotismo, — quando em energico documento, enviado a um delegado escolar a respeito de seus compatriotas da zona colonial não conhecerem a lingua nacional, como tambem sobre o ensino deste idioma não ser dados nos colegios particulares subvencionados.

Assim este ilustre e venerando morto lega a seus filhos amantissimos, á sua classe, ao Rio Grande e á sua Patria um invulgar exemplo de trabalho e de ensinamentos pelo que os "Archivos Rio Grandenses de Medicina" compartilham da dôr que avassala a sua desolada familia.

Nogueira Flôres.