Num. 1 PORTO ALEGRE, JANEIRO DE 1920 Anno 1

# Archivos Rio-Grandenses de Medicina

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

REDACTORES:

PROFS. ANNES DIAS, MARIO TOTTA e LUIS GUEDES

BIBLIOTECA DA FACULDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE
FMPA

Não cabem aqui phrases superfluas á guiza de um artigo de fundo: a necessidade imperiosa de um jornal de medicina entre nós se justifica por si. Centro de um vasto labôr scientifico e apparelhado, com a multiplicidade dos seus estabelecimentos officiaes e particulares, para os largos estudos da medicina, Porto Alegre se resente da falta de uma revista deste genero.

Não raro as nossas pennas, no afan de divulgarem pesquizas curiosas e interessantes, collaboram nas gazetas de outros Estados, da Argentina e até da Europa, á mingua de uma imprensa medica entre nós; e isso sem levar em linha de conta as preciosas investigações que dia a dia se fazem sobre os varios problemas que contendem com a nossa pathologia regional e que ahi andam ou apenas archivadas na memoria dos clinicos ou mal guardadas em communicações esparsas.

Com a publicação destes ARCHIVOS a falha desapparece.

Ha tambem problemas de ordem moral e material que interessam sobremaneira á classe e que reclamam, para os seus debates, uma imprensa propria.

A Sociedade de Medicina, nas suas sessões semanaes, esmerilha e discute, quanto póde, todas essas questões. Mas *verba volant* e falta ainda, para que as bôas idéas floresçam e produzam o beneficio desejado, o concurso de todos os profissionaes.

Irradiando de Porto Alegre para os diversos municipios do Estado, os *Archivos* tecerão um laço de convivio espiritual entre todos os collegas do sul e, entrando no gabinete de cada um delles, de cada um delles trarão a preciosa collaboração que será tanto mais estimavel quanto mais de perto se interessar pelas questões medicas do Rio Grande.

Nesses assumptos e sem a intenção de doutrinar, os Archivos poderão ser, pelo menos, e isso será de certo o maior quinhão do seu esforço, o marco inicial e valioso de estudos ulteriores de mais alto remigio.

Outros jornaes medicos têm aqui despontado, infelizmente com vida ephemera. Temos fé que, desta vez, a idéa vingará e os ARCHIVOS vencerão, como testemunho do nosso labôr, como repositorio dos nossos estudos e para maior lustro da medicina do Rio Grande do Sul.

# Papel da veia porta em Pathologia

**Prof. Roger** (decano da Faculdade de Paris) (1)

Já no seculo 17 Stahl dizia — *Veia porta de mala portorum.* Em 1813, Portal estudou as modificações circulatorias consecutivas ás lesões da veia porta e viu que as perturbações da circulação porta davam lugar ao augmento de volume do baço e ascite, esta precedida por meteorismo, donde a sua phrase: o meteorismo é o vento que precede a chuva.

Em 1848 Raiken viu além da ascite, o edema dos membros inferiores e attribuiu a perturbações da circulação abdominal as hemorrhoides e as hemorraghias gastro intestinaes. Hanot e Gilbert estudaram o syndroma da hypertensão portal, com Villaret.

Diz-se que a ascite faz contrapressão e embaraça a circulação na veia cava inferior determinando os edemas.

Pitres mostrou que não havia relação entre a quantidade de liquido e a pressão intra-abdominal, pois a resistencia da parede era um factor com o qual era preciso contar.

Assim: n'um caso em que a pressão primitiva era de 30 mm., a retirada, por puncção de 6 litros, deu como pressão 11, n'outra de 15 mm a retirada por puncção de 9 litros, deu como pressão 2, n'outra de 21 a retirada por puncção de 12 litros, deu como pressão 11.

*Ascite.* Esta se desenvolve quando, conforme a opinião classica, existe uma estáse no systema porta; o sérum sanguineo transuda.

Outros a explicam por uma inflammação da veia porta: Gilbert ainda defende a theoria mecanica em que a estase representa o principal papel. Ultimamente appareceu a theoria physica que diz que a ascite se produz, como os edemas nas nephrites, por excesso de chlorureto de sodio. E' Widal o seu defensor. E' muito difficil determinar edema, quando se liga uma veia qualquer.

Nos casos de phlebite, ha a considerar o elemento — infecção, o elemento inflammatorio; é disso exemplo o facto das varizes da saphena, quando inflammadas, serem acompanhadas de edemas, ao passo que estes não existem, quando o cirurgião extirpa a veia. Até agora nenhum auctor havia posto em destaque esse facto.

Quando ha compressão da veia porta, ha logo tendencia ao restabelecimento da circulação pelas veias anastomoticas que soccorrem esta veia. Immediatamente as hemorrhoidarias se distendem e Murchison já dizia que ellas eram uma verdadeira valvula de segurança e por isso desaconselhava a operação de hemorrhoides, n'esses casos.

Duret disse que era com veias peripherias que o restabelecimento da circulação se fazia e que por isso a operação não apresentava inconvenientes, mas Gilbert mostrou mais tarde que a razão estava com Murchison.

Phenomeno analogo é o que se passa nas veias esophagianas em que a distensão póde ir até a ruptura, occasionando as hematemeses dos cirrhoticos. A veia esplenica offerece uma importancia enorme nesse restabelecimento circulatorio: o mesmo se deve dizer do systema umbellical, tão conhecido, da cabeça de *meduza.* Pondo-se um estetoscopio no umbigo percebe-se um sopro venoso Veias de nova formação pódem tambem prestar o seu concurso. Assim, a perihepatite dá lugar a adherencias em que esses vasos se desenvolvem e se anastomosam com os vasos da parede ou das visceras.

As veias hepaticas desenvolvem se tambem, muito, nos casos de hypertensão porta. Gilbert acha que desta dependem certas perturbações da descarga urinaria e insiste sobre a opsiuria, em que a eliminação da agua ingerida é lenta, nos casos de ascite, e sobre a polyuria nocturna. Roger pensa que estes phenomenos são identicos aos que se observa nos casos de nephrite e dependem de uma alteração renal.

A ligadura da veia porta feita em cães e coelhos determina a morte rapida do animal (quarenta e cinco minutos a tres horas) como mostraram C. Bernard, Schiff e Roger. Com a ligadura brusca, ha forte congestão dos vasos abdominaes; a pressão baixa na carotida, na fémoral. Schiff acha que a morte é devida ao accumulo de venenos, mas Roger faz notar que a veia que traz os venenos está ligada... Burdenk acha que o sangue accumulado no abdomen comprime e distende os orgãos, occasionando reflexos.

Oré, fazendo a ligadura lenta da veia porta, anastomoses se formavam vivendo o animal indefinidamente e *sem ascite.* No homem póde-se citar dois casos a este respeito, os de Brewer e Burdenk. No primeiro caso trata-se de um doente operado de kysto hydatico do figado, kysto que comprimia fortemente a veia porta; esta rompeu-se e o cirurgião foi obrigado a ligal-a.

1) Licção inédita, recolhida pelo Dr. Annes Dias.

F. M. P. A.
BIBLIOTECA
Reg. n.º 2200
Em 12/5/61

O doente curou-se e *nunca teve ascite*. A compressão, que já era antiga, permittira a circulação collateral.

No segundo caso, eram ganglios que comprimiam a veia-porta; esta rompeu-se, durante a operação e foi ligada. O doente, *que não teve ascite*, ficou curado. Como pois explicar a ascite? Por emquanto, só existem hypotheses. Roger, no seu curso de 1916, mostrou que nas nephrites de typo parenchymatoso, o rim elabora substancias que tem a propriedade de reter, de fixar o sal.

E' provavel que nas cirrhoses se trate tambem de substancias produzidas no figado e dispondo desta propriedade, pois é facto observado que, quando se observa ascite com edemas estes precedem geralmente não sendo pois dependentes da contrapressão da ascite sobre a veia cava inferior. Gilbert, que é partidario da theoria mecanica, viu esse facto, pois um de seus alumnos escreveu uma these sobre os edemas preasciticos na cirrhose.

No decurso das cirrhoses, observa-se, geralmente, um grande *augmento de volume do baço*. A este respeito Roger vae combater as opiniões classicas. Estas dizem que o augmento do baço é devido ás perturbações da circulação porta.

O baço é um orgão muito contractil, dotado de movimentos rhythmicos de relaxação e contracção, graças aos quaes exerce verdadeira pressão sobre o sangue e favorece a circulação.

Uma pressão na veia porta determina augmento do baço e maior energia dos movimentos deste.

A ligadura da veia esplenica determina augmento de pressão na veia porta.

Banti descreveu a molestia que tem o seu nome, em 3 periodos:

1º — hypertrophia do baço que póde chegar a pesar de 1 a 1 1/2 kilos. O individuo se apresenta anemico. Este periodo dura de 2 — 4 annos.

2º — Perturbações gastro-intestinaes. Urinas raras, contendo muita uréa.

3º — O figado diminue de volume, realisando uma verdadeira cirrhose atrophica; estabelece-se uma circulação collateral, ascite, morte em dois mezes.

Si a esplenecetomia è feita no 1º periodo o doente fica curado.

A lesão primitiva é, pois, no baço: a cirrhose é secundaria. Partindo d'ahi bem se póde pensar que haja certos cirrhoses dependentes de lesões do baço. Em 1894 Popoff. generalisou essa hypothese, dizendo que, em toda a cirrhose, a lesão primitiva está no baço. No paludismo, ha certa analogia com o que foi dito acima; no 1º periodo — o baço é enorme; no 2º — o figado apresenta uma fórma especial de cirrhose.

Le Play e Ameuille (1912) ligaram o pediculo esplenico e verificaram que ao fim de 45 horas havia necrose do baço e phenomenos de auto-digestão eram manifestos: os productos derivados desse processo eram pouco a pouco reabsorvidos, o epiploon ficava cheio de sangue.

Ao fim de 8 dias appareceram alterações do figado e, ao fim de 21 dias perturbações hepaticas notaveis; congestão, suffusões ecchymoticas. N'uma segunda série de experiencias, elles ligaram o pediculo esplenico e ressecaram o grande epiploon, cujo papel protector é bem conhecido.

Os animaes emmagrecem e morrem em 25 - 30 dias com cirrhose hepatica notavel.

Si se injecta extracto esplenico nas veias, este localisa-se no figado, determinando congestão e cirrhose. Parece pois que nos productos da autolyse do baço ha substancias que, chegando ao figado, determinam a cirrhose.

— E' sabido que as cirrhoses sobrevêm, geralmente, após molestias infecciosas, cuja acção sobre o baço, é sabida, ahi determinando acções autolyticas.

Si a cirrhose é frequente no alcoolista, ella sobrevém geralmente após uma infecção, (principalmente tuberculose) e esta tem predilecão pelo baço.

Rendu e Widal publicaram um caso de tuberculose massiça do baço com cirrhose venosa.

As lesões do baço podem, pois, em certas condicções produzir uma cirrhose e esta secundariamente vae repercutir sobre o baço.

Para Roger, nos casos em que não ha ascite, as lesões do baço serão secundarias. Na molestia de Hanot sabe-se que o figado e baço crescem simultaneamente.

Gilbert descreveu uma forma de cirrhose espleno-megalica, em que o augmento de baço é mais rapido que o de figado. As lesões de baço determinam ainda, perturbações da secreção biliar.

# Medicina pratica

Nas crises vasculares da *tabes dorsalis*, tal como a angina abdominal, aconselha-se o emprego de injecções de nitrito de sodio, em empôlas dosadas a 0,01 do sal para 1 cm.³ de agua distilada, repetidas 2 ou 3 vezes em 24 horas.

Bem assim, para as crises gastricas (vomitos) tão frequentes nessa doença, suspender os alimentos e deglutir, a espaços curtos, fragmentos de gêlo. De nada vale, em regra, outra medicação para o fenomeno sintomatico.

# Casos clinicos

## TUBERCULOSE RENAL

*Dr. H. Annes Dias, Professor da Faculdade.*

O caso clinico, de que nos vamos occupar, mostrará quanto é, por vezes, delicado, na clinica, o diagnostico da bacillose renal, que obstaculos é mistér ultrapassar, que difficuldades vencer, que somma de esforços despender, para se poder chegar a esclarecer, de modo completo, as multiplas incognitas, que desafiam a cada passo, o raciocinio clinico.

Trata-se de uma moça de 20 annos, que, em Março, adoeceu com phenomenos de embaraço gastrico. Em plena saúde, após a refeição da noute, teve fortes dôres de cabeça e no estomago, vomitos, diarrhéa, febre alta.

Esses symptomas cederam rapidamente, persistindo um certo tympanismo do ventre, que era doloroso, principalmente do lado esquerdo.

D'ahi, por diante, prisão de ventre rebelde se installou, alternando, de quando em quando, com crises diarrheicas. As dôres no baixo ventre se mantinham e a febre oscillava entre 38.° e 40.°, á noute.

Ao fim de um mez, a dôr se localisou na região vesical e as urinas se tornaram purulentas, com micção frequente e dolorosa, usando a doente, nessa occasião, de urotropina, com resultado. A cuti-reacção de V. Pirquet foi positiva.

Examinada por tres collegas, dous diagnosticaram pyelite, o outro suppoz, diante dos phenomenos abdominaes observados, que a causa desses accidentes deveria ser procurada no tubo digestivo ou no apparelho genital.

Esse estado se manteve estacionario, durante algum tempo, continuando a doente febril, com pyuria intermittente, dôres constantes na região lombar direita e, principalmente, na região vesical.

Emmagreceu bastante. A medicação feita foi: urotropina, helmitol, salol etc. Regimen lacteo.

— A 8 de Julho examinamos, pela primeira vez, a doente, que nos havia sido recommendada por illustre collega do interior do Estado. Achamol-a bastante emmagrecida, mas o estado geral se mostrava relativamente bom. Tem appetite. Ventre ligeiramente tympanico, evacuações normaes. Dôr na região vesical e em todo o lado direito do abdomen, até á região lombar; pontos ureteraes, desse lado, dolorosos.

O exame do apparelho respiratorio mostra respiração ligeiramente rude no apice direito. Não tem tosse.

Para o lado do apparelho circulatorio, notámos tachycardia accentuada, 120 a 130, mesmo em apyrexia; tensão pouco elevada: $^{13}/_{7}$.

— Ha amenorrhéa desde o começo da doença.

— Muitos dentes cariados. Não ha pyorrhéa. As dôres vêm, por vezes, em crises, havendo periodos de calma tão accentuados, que uma vez chegou a se considerar curada.

A doente notou que as crises são precedidas de polyuria. Esta, geralmente clara, é, ás vezes, turva. Ha micção frequente, principalmente á noute.

Por occasião das crises todo o lado direito do ventre fica doloroso e apresenta manifesta resistencia muscular; as dôres extendem-se pela perna direita; nessas occasiões a paciente deita-se do lado esquerdo.

Por algumas vezes, tem sentido dôres do lado esquerdo, que são menos fortes e passageiras.

— Deante desse quadro clinico tres diagnosticos disputavam: pyelonephrite, lithiase infectada e tuberculose renal.

Por motivos que serão expostos adiante, inclinámo-nos para o ultimo e procurámos, por exames diversos, solver as difficuldades que defrontavamos.

E' assim que, desde logo, além do exame completo de urinas, pediamos a pesquiza do b. de Koch e a inoculação de uma cobaya.

Damos a seguir os exames feitos então:

*Exames de sangue:* (16 — 7 — 19)

1) *Wassermann* — negativo

2) *Exame chimico:* Uréa — 0,722 por litro de sangue.

| | mgr. |
|---|---|
| Acido urico | 0,976 % |
| Creatinina | 1,35 % |
| Assucar | 52,5 % |
| Chloruretos | 62,4 % |

3) *Contagem de globulos:*

| | |
|---|---|
| Hemacias | 4.875,000 |
| Leucocytos | 18,125 |
| Relação globular | 1/268 |

4) *Formula leucocytária:*

| | |
|---|---|
| Polynucleares neutrophilos | 66,8 % |
| Polynucleares eosinophilos | 1,2 % |
| Lymphocytos | 25,3 % |
| Grandes e medios mononucleares | 5,4 % |
| Fórmas de transição | 1,1 % |
| Fórmas não caracterisadas | 0,2 % |

5) *Dosagem da hemoglobina* = 69 %.

6) *Exame de urina*

Total em 24 horas = 410 c³

Densidade 1021 — grande deposito

Acidez total = 1.808

| | |
|---|---|
| Ammoniaco e amino-acidos | = 0,735 — |
| Extracto secco { residuo organico | = 13,514 — |
| Extracto secco { residuo mineral | = 7,765 — |
| Acido urico | = 0,21 — |
| Uréa | = 5,74 — |
| Azoto da uréa | = 2,674 — |
| Azoto ammoniacal | = 0,60 — |
| Azoto total | = 3,645 — |
| Chloruretos | = 3,932 — |
| Phosphatos | — 1,232 — |

—

Albumina: traços levissimos

Escatol — regular quantidade

Indicão — regular quantidade.

*Sedimento:* Varios leucocytos, cristaes de acido urico, varios de urato acido de ammoniaco e granulos de urato amorpho. Cristaes de phosphato ammoniaco-magnesiano.

*Coefficientes:*

| | |
|---|---|
| De tensão | 81 — |
| de utilisação azotada | 73 — |
| de desmineralisação | 63 + |
| de phosphaturia | 21 + |
| de deschloruretação | 68 + |
| de oxydação das substanc. ternarias | 27 — |
| de *acido urico* — uréa | 3,6 + |
| de ammoniuria | 16,5 + |

7) Pesquiza de B. de Koch, na urina foi feita, diversas vezes, quer por bacterioscopia directa, quer após homogeneisação, sendo sempre negativa. Uma vez foram encontrados dois exemplares de microorganismos, que pareceram suspeitos ao collega que fez o exame.

8) A inoculação da cobaya foi feita no dia 16 de Julho.

Adiante daremos o resultado da necropsia desse animal.

9) Dias depois foi, pelo illustre collega Dr. Alfeu Medeiros, feito o exame cystoscopico, que revelou a inexistencia de cystite, a capacidade vesical integra, o orificio ureteral direito ligeiramente maior que o esquerdo.

10) O exame radiographico dos rins não revelou a existencia de calculos.

Foram esses os dados colhidos no decurso do primeiro mez de tratamento.

Vamos analysal-os, mostrar qual a nossa interpretação e a nossa acção no caso, para estudar, após, os exames feitos ulteriormente.

E' este um dos casos mais instructivos, que temos defrontado na clinica, tanto pelas difficuldades que envolveram o diagnostico, como pela responsabilidade das decisões a tomar, emquanto esperávamos a confirmação deste pelo laboratorio.

Que semeada de escabrosidades se antepunha a questão, é bem certo: ahi estão, a demonstral-o, os differentes diagnosticos feitos por collgeas distinctos e competentes.

De inicio, em face de uma doente, moça, com phenomenos vesicaes accentuados, sem historia de lithiase renal ou de urethrite, uma suspeita surge: a da tuberculose renal. Essa suspeita cresce e empolga o nosso espirito, ao depararmos com a tachycardia accentuada, mesmo em apyrexia, sem que outras causas, que não a suprarenalite especifica, pudessem, como o hyperthyroidismo, explical-a.

A temperatura vesperal, durando ha 4 mezes, com relativo bem estar geral, é tambem de molde a reforçar aquella hypothese, tanto mais que não corresponde, ao typo de grandes oscillações, expoente de suppuração.

O exame do apparelho respiratorio revela respiração ligeiramente rude para o apice direito.

Bem facil de comprehender é a gravidade das consequencias decorrentes dessa suspeita, pois tudo deverá tender para confirmar esta ou afastal-a, mantendo o tratamento até então feito, nesta ultima hypothese ou orientando-o para novos rumos, na primeira. E, o que é mais, attendendo á difficuldade que, por vezes, existe de se chegar a resolver tal controversia, será preciso tomar uma deliberação sobre a conducta a seguir, emquanto o diagnostico não for firmado.

— Desde o primeiro exame de urinas pedido, como já esperavamos que fosse negativo, recommendámos a inoculação de uma cobaya.

Os exames que se seguiram, a curto intervallo, foram tambem negativos.

Desde logo, não só encarando os elementos que corroboravam nossa hypothese, como em face do nenhum resultado da medicação magistralmente feita pelo collega que nos enviou o caso, medicação classica da pyelonephrite — resolvemos considerar a doente não como uma renal e sim como uma baccillosa.

Dessa resolução decorreram o tratamento e o regimen alimentar prescriptos.

Adrenalina 60 gottas diarias,

Recalcificação intensa pelo methodo de Ferrier.

Injecções de paratoxina.

— Alimentação fortemente nutritiva e variada: carne, ovos, pão, sopas, etc.

Foi grande a responsabilidade que arrostamos, em aconselhar tal regimen num caso diagnosticado de pyelonephrite ,em que o exame de sangue revelava um certo gráo de retenção ureica (0,722).

Tão grande como essa responsabilidade era porém, a convicção em que estavamos do diagnostico, embora o laboratorio se negasse a confirmal-o.

A adrenalina foi indicada de um lado pela tachycardia, denunciante de um accomettimento supra-renal, de outro como eximio fixador dos saes de calcio no organismo.

Receitar phosphato de calcio não parecia, á primeira vista, boa indicação, em face da possibilidade, aventada, em conferencia, de uma lithiase phophaturica.

—Os exames se succediam negativos, e o estado geral da doente ia melhorando sensivelmente, podendo ella, após um mez, levantar-se um pouco e logo, a seguir, manter-se quasi todo o dia de pé até que, em fins de Agosto, não mais voltou á cama, indo tomar as suas refeições na sala de jantar. Por esse tempo a paciente não sente senão dôres insignificantes, diminuiu consideravelmente a irritação vesical, e se sente forte, tendo augmentado bastante de peso. A febricula mantem-se vesperal, entre 37 e 38, com excellente estado geral. Do mesmo modo se mantem a techycardia 100 - 120 pulsações. Muito appetite. Funcções intestinaes regulares.

As dôres vêm, por vezes, da região lombar, até á bexiga. Urinas claras. Não ha pollakiuria.

Em face destas melhoras, que pensar do diagnostico da turbeculose renal?

Devemos dizer que o Instituto Oswaldo Cruz pediu mais 15 dias de prazo, para, ao fim deste, sacrificar a cobaya, pois esta continuou sem alteração apparente.

Antes que resposta seja dada á questão acima proposta, analysemos a symptomatologia do caso, o raciocinio que transformou aos poucos a suspeita em affirmação e as objecções feitas ao diagnostico referido.

Em resumo, o caso se apresenta, desnudado, que é, de detalhes superfluos, com a seguinte symptomatologia: — moça solteira que, após phenomenos agudos, de embaraço gastrico, sente dôres no lado direito do abdomen, principalmente na região vesical, tympanismo discreto, resistencia muscular do flanco e fossa iliaca direitas, pollakiuria, dysuria e polyuria, com pyuria inconstante; febre, tachycardia, emmagrecimento progressivo, tudo isso durando ha 4 mezes. A idéa de se tratar de uma T. renal nos veiu pelo facto de serem suspeitos taes phenomenos de irritação vesical, n'um caso falho de urethrite ou de colicas nephriticas.

Era pois necessario pedir ao laboratorio derimisse, sem appellação, a duvida, fixando de modo irrespondivel o juizo clinico que procurava emergir de entre as hypotheses aventadas de pyelonephrite, pyelite, lithiase, ovarite, appendicite, etc.

Desde logo recusámos o diagnostico de pyelonephrite simples, banal, porque não só o typo thermico lhe negava apoio, como pela inefficacia do tratamento feito, que devera combatel-a com proveito, si ella existisse.

Mais plausivel era o diagnostico de lithiase infectada; contra elle batalhavam, no emtanto, a ausencia de hematuria e a inexistencia, nos commemorativos, de colicas renaes; ora, é difficil que uma primeira colica seja logo acompanhada de infecção.

O exame cystoscopico era antes favoravel a lithiase, pois revelou que os phenomenos vesicaes eram puramente reflexos, ausentes que eram os signaes de cystite, estando integra a capacidade do orgão e lisas, normaes, as suas paredes, os seus orificios.

Não eram pois os signaes locaes sufficientes para solver a questão, que se mantinha nebulosa, turva. Era preciso, já que o laboratorio se calava, já que os signaes locaes eram insufficientes, ir procurar alhures elementos que pudessem esclarecer e orientar o nosso julgamento. Foi a tachycardia persistente, foi a febricula pertinaz, foi o ponto suspeito pulmonar que, em feixe, com os dados fornecidos pelo app. urinario, nos levaram a encarar com attenção crescente a hypothese de uma bacillose do rim.

Os exames de laboratorio continuando negativos, só restava o exame da cobaya, mas o diagnostico se fazia mais firme, porque, e é esta a resposta á pergunta formulada acima — si se tratasse de pyelonephrite banal a doente teria peiorado com o regimen prescripto, si se tratasse de lithiase phosphatica esta, por certo, não melhoraria com a medicação phosphatado-calcica; as melhoras da doente, por paradoxal que isto possa parecer, vinham em apoio da idéa de T. renal, idéa que não seria afastada nem por um resultado negativo da inoculação da cobaya.

EXAME DA COBAYA, 2—9—19

"No dia 16 de Julho, ás 18 h. foi feita a inoculação do producto centrifugado de 10 $c^3$ da amostra (de urina) sob a pelle da coxa de um cobayo de 800 gr.

O animal foi cuidadosamente observado até esta data, não tendo sido possivel verificar durante este periodo mais do que a presença de um ganglio inguinal do lado D.

Sacrificado o animal, verifica-se que o ganglio se apresenta em franca caseificação e o baço com lesões macroscopicas suspeitas. A pesquiza bacterioscopica nos esfregaços do ganglio é positiva. E' pois possivel affirmar a presença de bacillos de Koch, virulentos, na amostra examinada. — Chefe de serviço Dr. *Paula Esteves.*"

—

Era a confirmação plena do diagnostico e nós tinhamos a nossa consciencia satisfeita, por ter, emquanto tardava o *veredictum*, levantado as forças da doente com uma alimentação forte e sadia e com a medicação reconstituinte.

A questão da diagnose resolvida sem contestação possivel, outros problemas e espinhosos nos aguardavam, pedindo soluções promptas e radicaes.

E' ao sahir do intrincado do diagnostico que se tem de formular um prognostico e estabelecer uma therapeutica radical.

Novas questões surgem, novas difficuldades começam.

A tuberculose é uni ou bilateral?

Si um rim está são, será elle sufficiente, no caso de nephrectomia?

Não existe, no organismo, alguma lesão que contraindique, a operação radical?

Fomos, assim, levados á solicitar do distincto collega Dr. Alfeu Medeiros o catheterismo dos uretéres, para exame separado das urinas dos dous rins.

Nessa occasião foi feita a pesquiza da uréa no sangue, e estabelecida a constante ureosecretoria de Ambard.

A uréa sanguinea era 0,79

A constante de Ambard = 0,157.

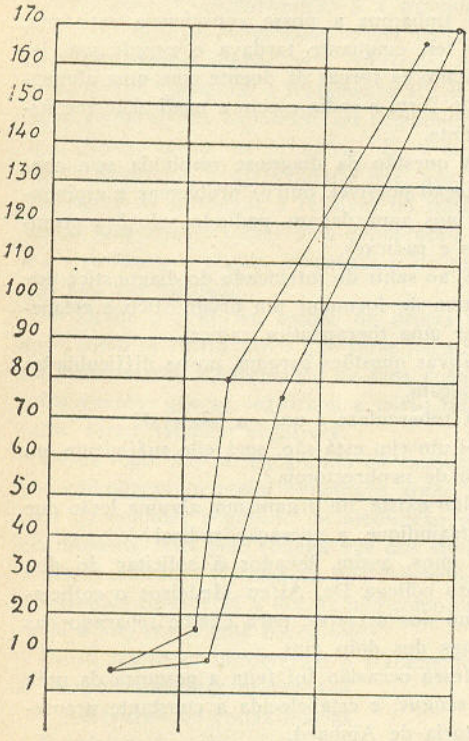
O exame histo-bacteriologico das urinas deu este resultado.

| Exame bacteriologico | Rim direito | Rim esquerdo |
|---|---|---|
| A inoculação da urina global deu resultado positivo (B. de Koch.) O resultado da inoculação das urinas separadas ainda não foi dado. | Diversas hemacias, Alguns cristaes uricos B. de K. = 0 Cylindros = 0. | Diversas cellulas renaes, numerosos leucocytos, cristaes uricos. B. de K. = 0 Cylindros = 0. |

Capacidade vesical = 120

| Exame chimico: | Rim D | Rim E |
|---|---|---|
| Agua (em 2 horas) | 260 c³ | 250 c³ |
| Chloruretos (por litro) | 1gr,170 | 1,053 |
| Chloruretos (em 2 hs. | 0,312 | 0,271 |
| Uréa (em 2 horas) | 1,658 | 0,816 |
| Album. por litr.) | traços | 0,75 |

A prova da polyuria experimental deu o seguinte resultado:




Ella fornece, como se vê, resultados sensivelmente iguaes para os dous rins.

Da exposição de dados, acima feita, se notará desde logo o resultado desfavoravel da Constante de Ambard, motivo bastante para contemporisar, por alguns dias, até que novas determinações do referido coefficiente, fixassem o seu valor no caso.

Além disso a familia da doente insistia em consultar um especialista em tuberculinotherapia antes de ser resolvida a questão da opportunidade da nephrectomia.

Assim, pois, aconselhámos que a Constante de Ambard novamente fosse procurada, e o organismo cuidadosamente examinado, para verificar si o estado pulmonar poderá constituir contra indicação dessa medida salvadora.

# NOTAS DE CLINICA

Para **Lockwood** são as seguintes as indicações da analyse do succo gastrico:

1. — Em todos os casos da dyspepsia.

2. — Nos casos de diarrhéa chronica, que não forem devidos a uma affecção evidente do colon e do recto.

3. — Em todos os casos da toxemia intestinal, cephalalgia periodica de origem toxica.

4. — Em todos os casos de anemia e depauperamento physico geral de causas desconhecidas e rebeldes ao tratamento.

—

**Mandamentos sobre a appendicite** (Cheidecquel, España Médica, Junho 1918).

1.º — Nunca se deve tratar médicamente uma appendicite:

a) Quando existem signaes de peritonite.

b) Quando a febre fôr augmentando.

c) Quando se percebe claramente uma tumefacção na fossa iliaca direita.

d) Quando o pulso fôr lento e a temperatura baixa, como signaes de peritonite local e de que o appendíce começa a gangrenar.

e) Quando cessarem bruscamente as dores.

f) Quando a proporção dos mononucleares fôr superior a 30.

g) Quando a acceleração do pulso não estiver em relação com a temperatura.

h) Quando os symptomas adquirirem gravidade pouco depois de começar a enfermidade.

i) Quando já tenha havido outras crises anteriores.

2.º — Nunca se deve fazer tratamento medico quando o paciente fôr uma criança, porque a explosão de uma peritonite e a formação de um abcesso, nessa idade, realizam-se com rapidez.

3.º — Não se deve confundir a appendicite com uma febre typhoide, a arthrite coxofemoral, a tiflite, a lithiase intestinal, a obstrucção intestinal, a cholecystite com distensão vesicular, o abcesso perinephritico, a peritonite tuberculosa, a gravidez extrauterina, a colica nephritica, o cancer do cœcum, a hypocondria e a hysteria.

4º — Não fazer o diagnostico de appendicite si a pressão exercida ao longo do colon descendente não provocar dôr na fossa iliaca direita.

5.º — Não confiar apenas no signal de Blumberg; si se exerce pressão com a mão no ponto de Mac-Burney retira-se a mão bruscamente, a descompressão da parede provoca uma dor aguda de pouca duração. Este signal encontra-se em todos os casos de inflammação peritoneal.

6.º Não fazer tratamento medico si existe o signal de Blumberg, porque ha peritonite.

7.º — Não applicar localmente nada que possa alterar a pelle (sinapismos, tintura de iodo, essencia de therebentina, agua quente).

8º. Não dar alimento algum, nem mesmo agua.

9º. Não deixar que o enfermo se mova na cama.

10º. Não dar nada que possa augmentar o peristaltismo, tanto do intestino delgado, como do grosso.

11º. Não prescrever medicamentos susceptiveis de paralysar o tom nervoso, de difficultar a expulsão dos productos toxicos, ou de mascarar os symptomas da enfermidade.

12º. Não formular um prognostico demasiado favoravel, por muito benigno que pareça o caso.

—

O prognostico e o tratamento são guiados pelos symptomas e não pelos signaes physicos.

(S. Gee. Medical Aphorisms)

—

Vomitos frequentes e precoces, na febre typhoide, indicam caso grave ; rigidez muscular é sempre signal de grande gravidade. (S. Gee. loc. cit.)

—

Nenhuma molestia é mais frequentemente seguida de meningite tuberculosa, que a coqueluche.

(S. Gee. loc. cit.)

—

Prurido na nephrite = azotemia.

(Widal)

—

Nas cachumbas existe forte lymphocyose no liquido cephalorachidiano, tão forte e, ás vezes, mesmo mais forte que na meningite tuberculosa. E' um signal tão constante que decidirá do diagnostico, quando este estiver hesitante.

(Widal)

—

Quem foi diabetico, diabetico fica.

(Widal)

—

A differença entre «meningismo» e «estado meningêo» está em ser o primeiro um syndrome que apparece, sem substractum anatomico, nos individuos nervosos, ao passo que no «estado meningêo», ha, para o lado das meninges uma verdadeira fluxão — fluxão branca, — devida, não ao ataque microbiano, mas ao de suas toxinas; os leucocytos estão integros, não ha puz.

(Widal)

—

Nunca se deve vêr um doente com olhos de especialista.

(Widal)

—

O syndrome de Grancher depende, não do nucleo de germinação, mas de fluxões do apice pulmonar.

(Hutinel)

—

Nas affecções do figado, o diagnostico é feito pela semiologia physica e o prognostico pela semiologia chimica.

(Chauffard)

—

O alcool favorece a tuberculose, mas prepara a esclerose.

(Widal)

—

O baccillo de Nicolaier, para determinar o tetano, precisa estar associado a outro microorganismo, principalmente ao streptococcus.

(Pasteur-Vallery-Radot.

—

A causa da epilepsia é posterior ao nascimento e exterior ao individuo.

(Pierre Marie)

—

A epilepsia póde começar na edade adulta, principalmente em seguida a affecções oculares e auditivas (devido ás relações estreitas com os espaços meningêos, a infecção se propagando ao cerebro), affecções cardiaes (raro), á eclampsia puerperal, á syphilis (além da epilepsia jacksoniana,

a syphilis póde dar logar á epliepsia verdadeira), ao alcool (dando logar a pequenas lesões encephalicas)

A epilepsia póde apparecer na velhice.

(Pierre Marie)

—

A morte subita, frequente na insufficiencia aortica arterial é inexistente na endocardica.

(Leclerc)

—

No asystolico a olyguria real ou relativa póde dar ou aggravar a azotemia. E' preciso, pois, provocar polyuria. Dar digitalis, energicamente, desde que o coração fraqueia, mesmo nos aorticos, mesmo quando ha hypertensão, pois a digitalis póde levar a tensão á normal, nesses casos. Dar theobromina.

Josuè e Pauturier

—

Goddard Nicholson insiste sobre os symptomas purpuricos e cerebraes sobrevindos na defervescencia do sarampo (em adultos).

—

Gilbert costuma dizer que ha tres complicações muito sèrias nas pessoas edosas : a phlegmatia alba dolens, a parotidite e os sapinhos.

—

No estreitamento mitral, o desapparecimento do sopro presystolico seria um signal precoce de paralysia da auricula esquerda.

Mackenzie

—

Quando uma mulher, alguns annos após a menopausa, vém á consulta por perdas sanguineas, pensar logo no cancer do utero.

J. L. Faure

—

O feitio essencial do diabetes é um exaggerado catabolismo, devido provavelmente a uma excitação do sympathico.

Langdon Brown

*A. D.*

# QUESTÕES DE HIGIENE

## A mosca

E' fóra de duvida o importante papel que desempenha a mosca na transmissão das doenças infecciosas, ou porque seja um veículo inerte para o microbio, conduzindo-o em suas patas, antênas ou pêlos; ou porque conserve o germe na tromba e nos liquidos do organismo, depois de haver pousado, ao acaso, sobre materias infectadas e o vá, então, semeando a esmo nos alimentos em que tóca.

Dadas essas propriedades naturais, e, mais ainda, a circunstancia de sua consideravel reproducção, calcula-se facilmente o poder disseminador do diptero em relação aos germes que nos são nocivos. Experiencias inumeras demonstram, á farta, que ela é capaz de propagar, assim, a colera-morbo, a febre tifoide, a disenteria, o carbunculo, a tuberculose e tantas outras molestias infecto-contagiosas.

Daí, muito acertadamente a *guerra intensa, impiedosa, inexoravel* que se deve exercer contra o malefico insecto. «Precisamos organizar uma cruzada nacional contra o flagelo», como muito bem propõe o Dr. Leonel da Rocha, em publicação no Brasil Medico, de Novembro ultimo.

Nêsse artigo, o autor recomenda, e entendemos ajuizado propagar o conselho: lançar-se nas estrumeiras, nas imundices (onde a mosca depõe os ovos), uma solução de acido pirolenhoso a 15 o/o, energico e barato destruidor das larvas.

Para o insecto adulto, dentro das habitações, coloque-se, em pratos, uma solução de 15 partes de formol, 20 de leite e 65 de agua ou uma solução a 20 o/o de formaldeide adicionada de açucar.

Além dêsses, outros meios ha que lhe são destruidores, como o pó de piretro, os fenoes etc.

E' preciso, pois, fazer-se, sem treguas, *guerra ás moscas.*

*G.*

# A proposito de um caso de parasitos accidentaes do intestino, acompanhado de crises convulsivas (*)

*Dr. Plinio Gama,*
*Prof. interino de Propedeutica medica da Faculdade*

Sabem todos da predisposição da criança ás descargas convulsivas, umas peculiares á ella, outras identicas ás que se observam nas demais idades. A menor resistencia de seu systhema nervoso ainda não completamente desenvolvido anatomica e physiologicamente, torna-o mais vulneravel ás causas nocivas e ás intoxicações, sendo as convulsões a expressão de sua reacção. O phenomeno é de observação muito mais frequente nas creanças que receberam a herança neuropathica do que naquellas em que a predisposição foi adquirida.

Quanto ás causas occasionaes, que são tanto mais insignificantes quanto a predisposição é maior, ennumeram-se, segundo a ordem de frequencia e importancia (E. Weil) entre as affecções do tubo digestivo, da pelle, perturbações nervosas, lesões agudas ou chronicas das meninges ou dos centros nervosos, molestias infectuosas (febre alta de inicio), intoxicação, affecções das vias respiratorias e circulatorias e molestias das vias urinarias (uremia).

Como acabamos de dizer, estão em primeiro lugar, como causas determinantes de crises convulsivas na creança, as affecções do tubo digestivo, infecções, intoxicações, incluindo ahi a presença de vermes (oxyures vermicularis, ascarides lombricoides, etc.) occurrencia frequente nesta idade. Ora, o caso que motivou estas ligeiras notas, apezar de estar incluido nesta grande cathegoria de verificação banal, offerece, a meu ver, interesse especial por alguns motivos que mais adiante passarei a consignar.

Trata-se de um menino robusto, bem constituido, com 11 annos incompletos, filho de paes sãos, nervosos. Nasceu a termo; parto normal. Foi ammamentado até um anno por nutriz. A unica molestia reputada grave que teve até esta data foi, aos 5 annos, grippe, fórma nervosa: temperaturas altas, delirio agudo, insomnia; não teve convulsão. Contrahiu tambem sarampo, varicella e colite benignas. Em março do corrente anno padeceu de colite mucosa, na qual, pelo excesso de dieta, installou-se uma dyspepsia intestinal que prolongou-se até fins de maio.

A pesquisa de ovos de parasitos nas fezes foi negativa.

Voltando a alimentar-se abundantemente, como era seu habito, pois sempre teve excellente appetite e bom app. digestivo, recuperou em breve o que perdera, em peso, com a molestia. Tem 11 irmãos vivos e sãos; nenhum teve convulsões na infancia nem depois. Sua herança é manifestamente neuro psychica. Como particularidades do seu estado psychico e mental temos: emotividade exaggerada, *bom genio;* bondoso; sua intelligencia é lucida.

Dos 8 annos até esta data tem tido com muita frequencia terrores nocturnos.

*Molestia actual.* Nada fizera prever á familia do que estava acontecendo ao menino, pois que sua saúde era, na apparencia, muito bôa. Tinha passado muito bem a noute e levantára-se, como de costume, bem disposto e satisfeito. Apenas havia tomado seus primeiros golles do café da manhã quando, de inopino, empallideceu, levou as mãos á cabeça, chamando por sua mãe, afflicto, queixando-se não de dôres mas sim de sensação insupportavel, dizendo ver objectos luminosos que lhe passavam diante dos olhos para um e outro lado, bem como as pessôas e os objectos duplicados.

Assim permaneceu por espaço de 5 minutos, entrando em estado lipothymico, o qual prolongou-se por um quarto de hora, mais ou menos, seguindo-se contracções clonicas das palpebras do lado direito, d'ahi se propagando successivamente á face, ao braço e á perna do mesmo lado. Quando cheguei ainda surprehendi as ultimas contracções da primeira

(*) Trabalho lido na sessão ordinaria da Sociedade de Medicina de 17 de Outubro de 1919.

crise, tendo encontrado já á cabeceira do doentinho o collega L. Guedes que tambem fôra chamado e que me precedêra de alguns minutos. O collega Octavio, tambem solicitado pela familia, logo após comparecia. Em seguida á esta descarga convulsiva, epileptoide parcial, que durou alguns minutos, seguida de estado comatoso, entrou novamente em crise, descrevendo as convulsões o mesmo cyclo.

Estas crises repetiram-se, sempre identicas, em numero de nove para o lado direito e outras tantas para o lado esquerdo, depois de varios minutos de repousó após um banho esperto e prolongado. Nesta occasião fizemos a puncção lombar, tendo recolhido 15 c.c. de liquido completamente limpido e que correu sem pressão. A temperatura axilar, tomada durante as primeiras crises, foi de 35,8. Não houve emissão involuntaria de urinas, mas sim de um clisma que se lhe administrou logo em começo, o qual acarretou fezes diluidas e bastante fetidas. Não houve mordedura da lingua. Os reflexos bastante diminuidos.

Foram feitas as indicações classicas em taes emergencias.

— Diante de um tal caso, tão alarmante, em verdadeiro *estado de mal,* o que pensar? Como encaral-o? Como satisfazer, de momento, a justa inquietação dos paes que anciosos nos solicitavam uma solução qualquer: o diagnostico, o prognostico, as consequencias, emfim?...

Estavamos diante de um caso de epilepsia jacksoniana. Qual a causa?

Tratava-se de uma creança; não havia elevação de temperatura; estado anterior magnifico; sem antecedentes nem estygmas que lembrassem a epilepsia, dita essencial; nada que suggerisse a hysteria; não houve traumatismo do craneo nem havia affecção na visinhança delle; não havia syphilis.

Diante destes dados duas hypotheses vieram á tela do diagnostico: a primeira de uma tuberculose cerebral e a outra de accidente reflexo. Esta, tendo a seu favor a apyrexia e os antecedentes do paciente e contra a idade e a persistencia das crises. Aquella, clinicamente pouco amparada, não só porque não havia antecedentes pessoaes como tambem, pela ausencia absoluta dos prodomos quasi obrigatorios em taes casos e por serem as crises convulsivas, de regra, observadas não no inicio mas sim no periodo final da molestia. Comtudo, os *antecedentes collateraes,* autorisavam-n'as a nella pensar...

Transmittindo aos paes nossos receios, guardando as devidas reservas, pedimos prazo e a resposta do laboratorio, ao qual requisitamos pesquisa de albumina, reacção de W. e formula leucocytaria no liquido enviado, para nos pronunciarmos com mais segurança, o que só então poderiamos fazer.

Após 4 horas de crise subintrantes sobreveiu agitação intensa, se debatendo e gritando, pronunciando palavras desconnexas, levando as mãos ora á cabeça, como se lhe doesse, ora ao anus, no qual parecia ter grande prurido, pois que chegou a excorial-o.

Estando eu presente nesta occasião, fiz mettel-o em outro banho no qual, dentro em pouco, calmou-se completamente, entrando em somno tranquillo. Colocado no leito verifiquei a temperatura: 37,4; respiração: 50 movimentos, rythmo normal; pulso: 130, regular, bôa qualidade. Relação da respiração com o pulso: 2.5. Como dormisse não pesquizei reflexos. Estas constatações já trouxeram-me alguma luz e tranquillidade, que transmitti aos paes.

Uma hora após, estando presentes os outros collegas e persistindo esta discordancia entre a respiração e o pulso, tendo a temperatura se elevado a 38, não apresentando nenhum signal de meningite, tendo recuperado a consciencia, concordamos na possibilidade de tratar-se de uma affecção das vias respiratorias, pneumonia, apezar de não haver signaes physicos, pois que é sabido que na creança, elles pódem faltar, tendo o clinico, para o diagnostico d'ella, no abaixamento da relação da respiração com o pulso, 2 a 2.5, um signal de grande valor.

Esta hypothese, si bem que possivel, não nos pareceu, comtudo, que pudesse explicar satisfactoriamente o accidente, porquanto as convulsões, em taes circumstancias, parece, são determinadas mais pela temperatura elevada de inicio, como é de regra em casos taes, substituindo o calefrio, do que mesmo pela toxi-infecção e não sóem prolongarem-se tanto. Ora, a ascenção thermica só appareceu e assim mesmo insignificante, depois da cessação das crises, é verdade que com tendencias a elevar-se.

Emfim, si por um lado não estavamos muito seguros de nossa opinião, podemos, comtudo, afastar a ideia da inexoravel meningite, antes mesmo do resultado do exame do liquido cephalo-rachidiano, encarando o accidente como reflexo, formulando por conseguinte, um prognostico *vergens ad bonum.*

A' noute, quando voltei a ver o paciente, já encontrei o quadro bastante modificado: a temperatura baixára a 37,8, o pulso a 120 e a respiração a 30; relação entre esta e aquelle 4, normal. Vomitára por duas vezes e tivéra algumas descargas intestinaes profusas, diarrheicas, mucco abundante e muito fetidas; continuára o prurido anal, que o obrigava a coçar com desespero; havia excoriações nas margens do anus. Ventre tympanico e sensivel, sem dôr localisada. Lingua ligeiramente saburrosa. Accusava leve cephalea e dôr no local da puncção e na visinhança. Nada para o systhema nervoso. — A possibilidade de uma pneumonia, diante d'esta modificação do quadro, abandonou meu espirito, tendo minha attenção se voltado para o tubo digestivo, onde me parecia estar a chave do problema.

Infecção, intoxicação, ou excitação reflexa? O menino não se afastára de seu regimen habitual; fizéra a mesma refeição que os demais; nada que fizesse pensar em intoxicação exogena; não deitára, apezar dos calomelanos tomados, nenhum exemplar de vermes intestinaes; havia um mez, mais ou menos, em suas fezes não se encontraram ovos nem embryões de parasitos. Em todo o caso, a intoxicação parecia evidente.

O resultado do exame do liquido, o qual chegou á noite foi: Wassermann negativa; None — positiva fraca; globulos vermelhos; rarissimas polynucleares; raros lymphocytos.

Na manhã seguinte encontrei o doentinho *em optimas condições:* passára muito bem a noute, a temperatura era normal; tivéra apenas mais uma evacuação, identica ás anteriores; seu ventre estava bem.

Durante o dia passou muito bem, tendo apresentado apenas, por algumas vezes, *sensação de bola* esophagiana, parecendo ao pequeno e acreditando a familia, que se tratasse de *bichas que quizessem sahir pela bocca!...* Para melhor tranquillizal-os, pedi que remettessem fezes da criança ao laboratorio para nova pesquiza, não esperando, comtudo, um resultado positivo. Entretanto este chegou á tarde, assim concebido: *numerosissimos* tyroglyphus siro — raros ovos de ankylostomum duodenalis e raros de trichocephalus trichiurus...

Estavamos novamente em face de uma variante do problema do diagnostico ou melhor, da interpretação do caso, a qual, no meu entender, trazia uma solução mais que satisfactoria. — Havia parasitos intestinaes. Aos dous ultimos desculpamos a sua presença, mas ao primeiro, que se apresentava em tão prodigiosa quantidade, (informação particular do laboratorio), *qual alluvião,* responsabilisamos pelo occorrido!

— O *tyroglyphus siro,* 1) assim como o *tyr. farinae* e o *longoir,* são parasitos *accidentaes* do intestino do homem. São arthropodes da classe das arachnides e da ordem dos acaros. Segundo Guiart e Grimbert, Neveu e Lemaire os acaros pódem ser encontrados accidentalmente nas materias fecaes.

Os tyroglyphos se encontram frequentemente nas substancias alimentares que soffrem um começo de fermentação. Encontram-se-os sobretudo nas farinhas e nos queijos, taes como o parmesão, o gruyère e o hollanda, sob cuja crosta, em numero de milhões, cavam incontaveis galerias. Sob o involucro do salsichão tambem pódem ser encontrados. Che-

---

1) *Tyroglyphus* farinae: pequeno acaro de fórma oval, macho 330 micros de comprimento e 160 micros de largura. Femea: 600 micros de comprimento e 300 micros de largura.

O corpo guarnecido de sêdas pouco numerosas de dimensões variaveis, ha um sulco visivel entre o cephalothorax e o abdomen; o bico e as patas são de côr de casca de cebolla. Ao App. genital se acham annexadas ventosas cuja fórma e numero variam segundo o sexo.

---

*Tir. siro.* Acaro pequeno talhe, côr branca rosea. Macho 500 compr. 250 largura. Femea: 530 comp. 280 larg. Sedas longas no corpo.

---

*Tyr. longior:* branco ou amarellado. Macho: 550 compr. 280 largo. Femea 610 compr. 280 l. Sedas mais longas que na especie precedente.

Lemaire e Neveu — Parasitologia, pag. 542.

gados ao estomago, com os alimentos, estes acaros pódem produzir leves desordens, taes como, catarro estomacal e intestinal, mas nada prova, dizem os citados autores, que estas desordens não sejam devidas aos principios ammoniacaes e outros productos da fermentação, tão abundantes em certos queijos. Não ha, pois, nada de extraordinario em que se encontrem frequentemente tyroglyphos nas materias fecaes.

Outr'ora, durante certo tempo, acreditou-se fossem elles a causa de evacuações dysentericas, d'onde o nome de *Acarus dysenteriae*, sob o qual foram conhecidos. Sua presença nas fezes é muito natural e não gozam verdadeiramente nenhum papel pathogenico, concluem os referidos autores.

Entretanto, no nosso caso, em que, segundo a informação do laboratorio, foram encontrados em quantidade prodigiosa e isto na quinta ou sexta dejecção, depois do inicio do accidente, e em que, eu mesmo, em exames feitos ulteriormente todos os dias, ainda os encontrei até o sexto dia 2), o seu papel pathogenin-não poderá ser negado. Acredito mesmo que podiam perfeitamente desencadear toda aquella tempestade, attendendo á predisposição do pequeno paciente, apezar mesmo de ser aquella primeira vez que tal lhe succedia e de estar elle já um tanto distanciado da idade em que taes manifestações são mais communs. Segundo apuramos, esta creança nunca hospedára parasito algum em seu intestino.

— A acção irritante, sobre a mucosa, de um tal hospede, é francamente admittida e, no caso vertente, penso poder affirmar ter sido ella intensa, não só deante da formidavel quantidade de acaros introduzidos, de uma só vez, em seu tubo digestivo, como tambem, pela abundancia do catarro emittido com as dejecções.

Informado de que na vespera de adoecer o menino havia comido queijo parmesão ralado, bem como os demais da familia, procedi, nas fezes de alguns, a pesquizas, que foram negativas.

Não me foi possivel examinar o queijo que serviu para aquella refeição, foi todo consumido. Em exames feitos em amostras dos queijos do armazem em que se fornecem, nada encontrei, assim como nas farinhas existentes em casa, as quaes, aliás, não apresentavam indicios de fermentação.

Apezar destas pesquizas negativas, tenho como provavel que o queijo foi o vehiculo dos ácaros e ao facto de só o nosso observado ter soffrido as consequencias, penso poder attribuir á coincidencia de uma predisposição de momento ou mesmo a ter-lhe cabido um maior ou, antes, *peior* quinhão na partilha...

---

O caso se nos affigurou digno de interesse, em primeiro lugar, pela natureza do parasito, o qual, não me consta, tenha sido observado em identicas circumstancias, nem noutras, aqui no nosso meio, o que, aliás, penso ter facil explicação no facto de ser elle quasi microscopico e de só serem, quasi que exclusivamente, examinadas nos laboratorios, fezes de individuos, apresentando perturbações digestivas repetidas, no regimen dos quaes, nem o salsichão nem o queijo, naturalmente, figuram; estes principalmente e sobretudo os fermentados, como o parmesão e outros, que só são consumidos ralados, muitas vezes com casca e tudo, adubando sopas, massas, etc. Creio mesmo na banalidade de sua presença nas fezes d'aquelles que fazem uso de taes alimentos. A circumstancia da idade, 11 annos, tambem me parece merecer menção especial, assim como o tempo de duração das convulsões, bem como a fórma, pois que o campo das convulsões reflexas se extende mais precisamente até á idade de quatro a cinco annos e geralmente duram pouco. (F. Figueira), e são generalisadas; as parciaes são, em regra, o resultado de uma molestia organica. (Sacks).

Quanto á tachypnéa passageira que apresentou, com discordancia do pulso, attribuo á influencia nervosa, reflexa, ou mesmo toxica. Admitte-se geralmente que, esta classe de accidentes reflexos (presença de vermes no tubo digestivo) "cousa muito mais rara do que vulgarmente se suppõe", (A. de Castro) seja, já por irritação reflexa, já porque secretem productos toxicos. Em nosso caso a natureza do parasito não parece admittir esta ultima hypothese. Acceito antes a intoxicação alimentar concomittante.

De facil explicação é o prurido anal que apresentou.

São passados tres mezes e o pequeno continua perfeitamente bem, tendo mesmo, nos dois primeiros mezes, desapparecido por completo

2) Encontrei tambem numerosos exemplares de *tyr. farinae*.

os terrores nocturnos, facto curioso que poderia fazer pensar na epilepsia dita essencial si não tivessemos perfeito conhecimento e demorada observação do caso, a qual nos permittiu rabiscar estas modestas e despretenciosas linhas que vos acabo de ler.

N. B. — Desejava apresentar o cliché da microphotographia que o Laboratorio do Dr. Pereira Filho me prometêra, mas á ultima hora, fiquei privado de satisfazer o meu justo intuito.

---

## PARECER

(Parecer sobre o trabalho do Dr. Plinio Gama, apresentado á sessão de 17 de outubro.)

Li, com acurada attenção, a interessante observação do distincto collega, não só porque ella proclama, no caso, a plena responsabilidade do *tyroglyphus siro,* em circumstancias taes, como tambem porque nos faz mergulhar nessa grande nebulosa que é o capitulo das convulsões infantis.

O seu trabalho é meticuloso; elle pisa com prudencia esse terreno movediço, apoiando-se, com acerto, nos poucos marcos que a acção do tempo fez solidos.

As suas deducções são muito acceitaveis, o raciocinio de que emanam é limpido. Em summa, o Dr. Plinio faz vêr que, ex-abrupto, um menino de 11 annos, até então sadio, é tomado de convulsões, que duram, subintrantes, algumas horas; nenhum antecedente pessoal, nenhum signal clinico, permittia filiação exacta desse syndrome, quando, após a terminação da série de accessos convulsivos, os tyroglyphos, em quantidade enorme, abandonam o tubo digestivo.

Essa coincidencia da infestação acariana com os accidentes convulsivos, a cessação destes com o desapparecimento dos parasitas, o facto de ter sido a primeira vez que taes accessos sobrevinham, a ausencia de outra causa que os explicasse, são de molde a tornar perfeitamente plausivel a interpretação, ao caso, dada pelo collega.

Não a contestarei, pois.

Em medicina ha, no emtanto, sempre um *mas,* ao fim de qualquer asserto...

E' nesse *mas,* nessa variante, nesse desvio, que vou, por instantes, estacar.

La Rochefoucauld dizia: "E' util acreditar sempre o peior, por precaução, porém, mostrando que se acredita o melhor, por delicadeza"; paraphraseando, eu direi: — pensar na peior das hypotheses, por prudencia, mas acceitar a melhor, por humanidade.

Os collegas vêem logo que quero me referir á possibilidade do diagnostico de epilepsia. Não digo que o seja, nem mesmo affirmo a sua probabilidade, lembro apenas a sua possibilidade.

O doentinho, como bem mostrou o Dr. Plinio, é um neuropatha. Seria este o momento azado para falar na espasmophilia, nessa intoxicação acida de Finkelstein, em que o metabolismo do calcio está compromettido e que os trabalhos modernos procuram filiar a um desregramento endocrinico, especialmente das glandulas para-thyroides.

Limitar-nos-emos, porém, a consignar esse estado neuropathico; é um elemento, que tanto aproveita a um como a outro diagnostico: é o sólo uberrimo em que as convulsões vicejam.

Um outro ponto interessante é que, na historia pregressa do doente, ha, entre outras molestias contrahidas na 1.ª infancia, o sarampo, que, no dizer moderno de Pierre Marie e Lemoine, é, muitas vezes, mercê de pequenas hemorrhagias encephalicas, o primeiro élo da cadeia de que a epilepsia será o fecho, mais tarde.

Ha mais ainda: no entender de Trousseau e de Apert, o cyclo das convulsões reflexas se encerra dos 5 aos 7 annos e toda a convulsão, que sobrevém, após essa edade, é epilepsia.

São essas considerações que explicam porque o nome de La Rochefoucauld apparece nesta palestra... e porque acceito, como mais plausivel, a interpretação que o distincto collega deu ao seu caso tão interessante, quanto instructivo.

*Dr. Annes Dias*

# O atypicismo da febre typhoide em Porto Alegre

*Dr. Mario Totta, professor de Pathologia geral.*

Não ha molestia em Porto Alegre que mais se afaste do quadro symptomatico que os auctores lhe traçaram do que a febre typhoide, qualquer que seja a modalidade clinica com que se procure emmoldurar a expressão predominante dos seus signaes.

E' tão bizarra sempre e desconcertante a sua feição clinica, já na variedade dos seus modos de invasão, nas alternativas da sua marcha, no polymorphismo das suas manifestações e nos imprevistos do seu termo, que só quando a quando, mesmo em plena florescencia de uma epidemia, se póde rastrear a dothienenteria atravez os seus symptomas proprios.

E é de notar que nós não nos referimos aqui ás descripções classicas de Jaccoud e dos auctores do seu tempo, mas ainda ao que vem archivado nas lições mais recentes dos mestres.

Desde essa lingua sêcca de papagaio tão excepcional entre nós, onde ella é larga, humida e levemente saburrosa, até a diarrhéa, que é na formula de Murchison, signal constante da febre de Eberth e aqui, por via de regra, se substitue por uma constipação tenaz; desde essa curva classica de Wünderlich — illustração obrigatoria de todas as descripções da dothienenteria — e commumente quebrada nos nossos typhicos, até essa hypertrophia constante do baço, orgão que nos nossos doentes mal distende uma ponta de lingua excedendo de leve o seu limite normal, quasi tudo, entre nós, no que concerne á infecção typhica, de tal sorte se distancia do padrão classico dessa entidade morbida, que mal avisado andará o medico noviço que distanciado do laboratorio, pretender depistar a molestia enquadrando-a tão sómente na descripção dos livros.

Para comprovar o que vem de ser dito, as observações saltam á farta: não ha clinico que não as possua, em somma copiosa, nas suas memorias. Eu venho desde alguns annos e commigo, de certo, os collegas, annotando esse atypicismo da febre eberthiana aqui. Nos nossos typhicos, ou, melhor, em cada um dos nossos typhicos, o quadro symptomatico teima sempre em quebrar o estalão tradicional.

De varias dezenas de observações que colligi, extrahi apenas um pouco da historia dos ultimos casos. Não cabem aqui minucias de exposição: basta apenas que se resalte a face interessante de cada caso, no que tange ao thema deste artigo.

**1.º caso** — N. L., branca, casada, 26 annos, russa, residente ha 8 annos em Porto Alegre.

Antecedentes hereditarios sem importancia para o caso: os paes são vivos e sadios. Tem duas irmãs mais moças que gozam boa saúde.

Nos seus antecedentes pessoaes, ha apenas a historia de uma febre eruptiva, em pequena, molestia que foi de curta duração e sem resquicios. Teve dois filhos, de prenhez a termo, em partos normaes.

A sua molestia actual, quando fui chamado, datava de uns tres dias; contou que a doença lhe começára por uma forte dôr de cabeça, fastio, mal estar e falta de forças, sobretudo para a tarde. Queixou-se ainda, e este era o symptoma que mais a affligia, que enxergava todas as cousas pintadas de amarello.

Nessa minha primeira visita, ás 6 da tarde, encontrei-a ainda de pé, com 38°,2 de temperatura e 90 pulsações.

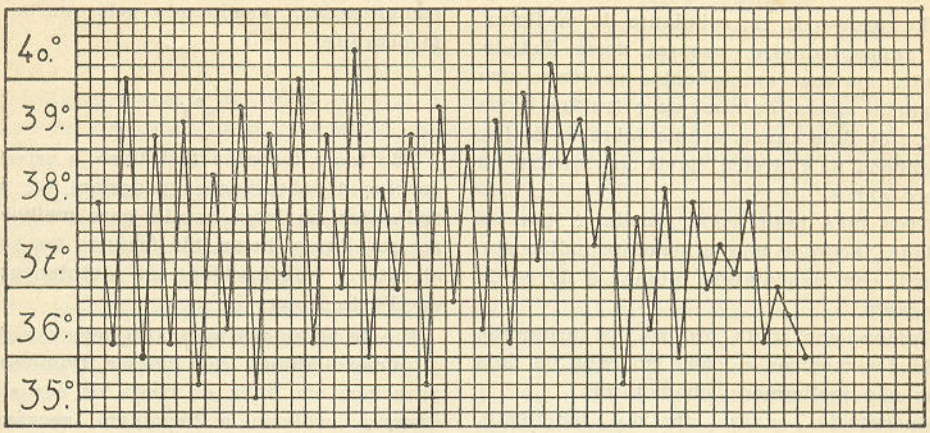
A' inspecção, nada de especial, a não ser uma coloração subicterica das conjunctivas.

Apparelho respiratorio, circulatorio e genital normaes. Quanto ao apparelho digestivo e afóra o estado de anorexia, verifiquei uma lingua larga, humida e levemente saburrosa na sua parte média; ventre chato, sem gargarejo na fossa iliaca; baço intangivel á palpação; figado augmentado, excedendo de dois dedos o rebordo costal e sensivel ao palpar.

A paciente não tivera nauseas, nem vomitos, nem diarrhéa; as suas defecações, que eram regulares até o dia em que se sentira doente, haviam cessado. Urinas abundantes, carregadas de pigmentos biliares e com leves traços de albumina.

Prescrevi 60 centigs. de calomelanos e no

dia seguinte, ás 10 horas, achei a doente com 36°,4 de temperatura e 75 pulsações. No mesmo dia, ás 5 da tarde, a febre ascendia a 40° e dahi por deante, até ao termo da molestia, que correu sem incidentes de maior monta e rematou pela cura, a doente apresentou este traçado de temperatura:




Como se vê acima, houve sempre uma accentuada remissão para a manhã (descida que em certos dias chegou a quatro graus), com ascensão para tarde.

Entre as hypotheses que esse quadro thermico suscitava, duas principalmente tomavam a dianteira: uma bacillose ou um processo de suppuração.

Emtanto, não se esboçavam indicios de tuberculose; não se desenhava uma localisação extra-pulmonar; o apparelho respiratorio continuava sempre normal, respondendo bem á percussão e á escuta. Não havia tosse, nem houve, de principio a fim, em toda a duração da molestia. A cutireacção, pela tuberculina, foi negativa.

Para uma febre de pús faltavam o calefrio e o suor. Uma formula leucocytaria não accusou augmento de polynucleares.

A analyse da urina não revelou, mesmo no exame do sedimento, qualquer anormalidade, a não ser, nos primeiros dias da molestia, traços de albumina e pigmentos biliares.

Um Wassermann, com reactivação prévia pelo mercurio, fôra negativa dois mezes antes.

O quadro clinico teimava dest'arte em desafiar a diagnose, quando no sexto dia da minha assistencia á doente e, portanto, no nono dia da molestia, pelas contas da paciente, um epistaxis abundante irrompe e a idéa de uma febre typhoide me acóde.

O laboratorio confirmou a suspeita: Widal e hemocultura foram francamente positivos.

**2.° caso** — J. V., branco, solteiro, 24 annos, natural de Alegrete, empregado no commercio.

Chamado alta noite, com urgencia, encontrei-o prêsa de uma colica appendicular, em toda a nitidez symptomatica desse estado morbido. Subitaneidade do mal, febre alta, pulso frequente, dôr intensa precisamente no ponto de Mac-Burney, hyperesthesia cutanea, defesa muscular e vomitos.

Os soffrimentos do doente eram taes que fui obrigado a uma injecção de morphina.

Com o tratamento classico, o estado local, em poucos dias, modificou-se lisonjeiramente: cessaram as dôres e a palpação dá fossa iliaca direita já era mais bem supportada pelo paciente.

Mas este continuava cada vez mais abatido, somnolento, em estupor e com delirio, para a tarde. Tambem persistiam a temperatura elevada, de manhã á noite, e a tachycardia.

O baço não dava signal de anormalidade; figado um pouco augmentado e nas urinas, embora ligeiramente mais coradas, não havia vestigios de albumina.

Estavamos, assim, no sexto dia da minha assistencia ao doente quando a febre ascen-

deu a 40°,2, emquanto que o pulso batia 80 vezes por minuto.

Mando fazer a reacção de Widal, que foi positiva.

**3.° caso** — L. L., estudante de medicina, 25 annos, solteiro, natural deste Estado. Tinha nos seus antecedentes pessoaes uma nephrite aguda, da qual eu o tratára havia cêrca de dois annos, e uma febre de Malta, apanhada na Cidreira, havia uns quatro ou cinco annos.

Após uma lauta ceia, regada a liquidos gelados, acordou no dia seguinte indisposto, febril, com cephalalgia intensa e dôres de garganta.

Tomou, por conta propria, os primeiros cuidados medicos e, como ao cabo de dois dias não melhorasse, chamou-me.

Encontrei-o muito abatido, macilento, com 38°,6 e 102 pulsações. Queixava-se vivamente da cephalalgia e da garganta. Falava a custo, com vóz nasalada e deglutia penosamente.

As regiões antero-lateraes do pescoço eram muito sensiveis á palpação. Os ganglios sub-maxilares e cervicaes tumefactos e dolorosos.

A' inspecção da bocca, afóra o estado saburral da lingua, notei que a uvula, as amygdalas e o pharynge estavam semeados de placas esbranquiçadas, espessas, faceis de destacar.

O exame de uma dessas placas, praticado no laboratorio do professor Pereira Filho, denunciou a origem estaphylococcica das concrecções.

Apparelhos respiratorio e circulatorio em bom estado. Figado e baço normaes. Ventre ligeiramente tympanico. Defecações diarias e boas. Urinas de côr normal e abundantes.

Durante seis dias, o doente se manteve no mesmo estado, com a temperatura elevada, pulso frequente, dormindo mal, alimentando-se muito a custo pela difficuldade de deglutir e com a garganta persistentemente tomada, apezar dos amiudados cuidados locaes e da applicação de vaccina autogena.

No setimo dia de molestia, ás duas horas da madrugada, uma hemorrhagia intestinal se declara. Suspeito uma febre typhoide e as pesquizas praticadas no laboratorio do professor Pereira Filho confirmam a diagnose de uma dothienenteria que, a partir dessa data, começou a evolver eriçada de complicações, terminando pela morte, por myocardite.

* * *

Não fosse trabalho fastidioso, e estes excerptos de observações poderiam ser multiplicados em larga escala, para melhor fazer resaltar o thema, tão fecunda é a seára, attenta á endemicidade da dothienenteria em Porto Alegre.

E é de notar que mais alto deve ser ainda o numero annual dos nossos typhicos, si puzermos em linha de conta os casos que surgem, evolvem e terminam, recebendo, pela sua benignidade ou pela sua duração, o suave rotulo de embaraço gastrico febril ou a etiqueta, mais em voga, de grippe de fórma gastro-intestinal.

Em alguns dos casos apontados acima, poder-se-ia suppôr que, em taes doentes, se teria dado uma associação de molestias, correndo ambas oiro e fio no mesmo individuo. Mas, então, e á vista da generalidade das observações diarias nesse terreno, acabariamos por concluir que, entre nós, a febre de Eberth não apparece jámais como morbo isolado.

Assim não é possivel entender e mais acertadas nos parecem as seguintes

## CONCLUSÕES

I — A febre typhoide de fórma classica é, em Porto Alegre, uma excepção.

II — Em face de um doente febril cujos symptomas não desenhem, nos primeiros dias, uma diagnose precisa, é sempre necessario pensar numa febre typhoide e recorrer ás pesquizas do laboratorio: hemocultura e Widal.

# Sifilis cerebral, de fórma esquisofrenica

**Dr. Luis Guedes,**
*Professor de Clinica Psiquiatrica da Faculdade*

O moderno conceito da sifilis cerebral é diariamente confirmado pela observação clinica.

Inumeros casos se registam que, por sua expressão mental, vão ter ás mãos dos profissionais, assumindo frequentemente o feitio de outras entidades da Psiquiatria, deixando assim o pratico sempre de sobreaviso para possibilidades tais, afim de evitar erroneo julgamento na precisão da diagnose que haja de firmar.

São muitos já os clinicos nacionais que, com interesse, se têm ocupado da questão, secundando os magnificos trabalhos de *A. Marie, Bechterew, Mott, Nonne, Nissl, Alzheimer, Kraepelin* e outros autores estrangeiros. Entre êles, cumpre notar *Juliano Moreira, A. Austregesilo, Ulysses Vianna, F. Esposel, S. de Lacerda,* em publicações surgidas nos *Arquivos Brasileiros de Medicina, Arquivos de Neuriatria e Psiquiatria, Formulario do Brasil Medico,* etc. e na tese inaugural dêste ultimo.

O assunto é, com efeito, de grande relevância e merece todo o apuro em seu exacto descortino. Isso por diversos aspectos sob os quais se considere; ainda mais pelas difficuldades diagnosticas que, bastas vezes, se oferecem devido á grande semelhança que apresenta com outros males do dominio da Patologia mental.

A proposito, e com justeza, F. *Esposel* expendeu sua opinião, anotando que "a histeria está para as doenças funcionais da Neurologia, a esclerose em placas para as organicas, assim como a *sifilis cerebral* está para as entidades da Psiquiatria."

Entre as variegadas fórmas clinicas da *lues cerebri*, a respeito das quais existem algumas classificações, preste-se atenção ao tipo *esquisofrenico,* que se caracteriza por fenomenos depressivos ou de agitação, quadros delirantes paranoides, alucinações multiplas, estados catatonicos, estereotipias, etc., ao lado de alterações da vontade e da afectividade, revelando assim tal parecença com a *demencia precoce* que se torna, não raro, impossivel a diagnose sem uma prolongada observação e o auxilio valioso do laboratorio.

O psiquiatro patricio *Waldemar de Almeida,* da Assistencia a Alienados do Rio de Janeiro, publicou recentemente, nos *Arquivos Brasileiros de Neuriatria e Psiquiatria,* belissimo exemplar do molde referido, em torno do qual teceu judiciosas e instructivas ponderações clinicas.

De nosso conhecimento pessoal, não pequeno numero de casos nos têm dado ensinamentos a respeito. Um, porêm, se nos afigura de maior valia, não só pela questão diagnostica como pelo exito terapeutico obtido e que veiu nitidamente demonstrar a vantagem de uma perquirição rigorosa, em busca de exacta e segura diferenciação da psicose em jogo. Trata-se precisamente da variedade *esquisofrenica.*

Vejamos a respectiva

## OBSERVAÇÃO

Para o *Hospicio S. Pedro* entrou, a 10 de Outubro de 1916, por trazer perturbadas as faculdades mentais, *F. P.*, individuo branco, brasileiro, com 36 anos de idade, casado, negociante de profissão. Tomámos, nessa época, as notas clinicas que se seguem:

Os antecedentes de familia nada nos dizem de importancia.

Em relação aos pessoais, conquanto não se aponte em sua infancia facto que valha aqui mencionar, sabe-se que foi criança de inteligencia apoucada, temperamento sombrio e reservado. Quando moço, esquisito, isolando-se, em regra, do convivio social. Então, males venereos agora confusamente definidos, mas que se supõem ser sifiliticos.

Ha alguns meses atraz, F. começou a denunciar, aos olhos de todos, modificações de sua conducta e caracter anteriores:

— Instabilidade de actos, impaciência, in-

quietação, irritabilidade facil por nonadas. Ora de mau humor, excitado ou loquaz; outras vezes, e de pronto, entregando-se a crises de intensa depressão.

Apreciaveis disturbios da memorja e, dentro em pouco, idéas delirantes absurdas, moveis, se atestaram com exuberante nitidez.

Perda evidente dos sentimentos eticos e do espirito das conveniencias sociais; completo abandono do trabalho.

Por tudo isso foi resolvida a sua internação.

Ao exame directo, vê-se no paciente individuo de estatura meã, corpulento, excelentemente nutrido, de bôa compleição fisica, mostrando no todo um ou outro estigma degenerativo, sem se agregarem em bloco.

Para o somatismo, apenas é de notar-se certa exageração dos reflexos rotulares e aumento do ganglio epitrocleano direito. Quanto ao mais, ou normal ou sem valor para o caso. Comparece á nossa presença em atitude serena, fisionomia tranquila, traduzindo, porêm, no olhar certo ar de desconfiança.

Não respondeu quase ao nosso interrogatorio e, a algumas perguntas, deu desconchavadas soluções.

Observado em maior praso, lhe percebemos ainda:

— Idéas incoerentes, sem nenhuma sistematização, sofrivelmente associadas.

Negativismo acentuado, opondo-se tenazmente ás solicitações de nossos exames.

Inafectividade patente, sem se interessar pelos seus nem por sua pessoa. Indiferença ao meio do qual conserva perfeita orientação: é que não se julga a si proprio nem toma os factos na devida consideração.

A etica grandemente prejudicada: frequente encontra-lo despido, por total, em excêntricas atitudes, nas quais se mantêm ás vezes, por longas horas, maximé quando se pressente sob as vistas da enfermagem. Esboça-se nêle feitura catatonica da psicose que apresenta.

E assim foi o seu estado, com variantes apenas, pelo espaço de alguns meses. Quadro claro, pois, de *demencia precoce,* — tal a impressão tambem recebida pelos ilustrados colegas que trabalham no Manicomio.

Em verdade, porêm, não nos acomodámos tranquilo a essa diagnose. Tendo em memoria o conceito, a que aludimos, da sifilis cerebral, cujos sinais clinicos aliás aqui foram escassos, poder estar em fóco vestida com as roupagens daquela entidade nosologica; considerando a idade do paciente (36 anos), fugindo já dos limites fixados para essa doença (demencia precoce), conquanto mais raramente possivel, e considerando ainda a ausência de alucinações, tão vezeiras nela, a exaltação dos reflexos da rotula, o aumento de um ganglio epitrocleano, recorremos aos ditames do laboratorio, na pesquisa das 4 reações de *Nonne,* que se manifestaram todas positivas. (*R. de Wassermann* no sangue—positiva ++; no liquido cefalo-raqueano — positiva, na dóse de 1 cm.$^3$; linfocitose discreta e hiperalbumose).

Êsse resultado veiu trazer luz á questão: tratava-se de um caso de *sifilis cerebral, tipo esquisofrenico.*

Consequentemente, prescrevêmos o tratamento especifico que a familia do paciente fez executar, em seu domicilio, por havê-lo retirado do Estabelecimento (Fevereiro de 1917): injecções de neo-salvarsan, em quantidade pequena, mas crescente, de 15 em 15 dias; injecções de oxianêto de mercurio e de iodêto de sodio, solução a 10%, em dóse progressiva, iniciada por 2,50 até 10 gramas do sal, aquelas diarias e estas bi-semanais.

Ao cabo de tres meses, mais ou menos, bem sensiveis se declaravam as melhoras de F. P., que se foram dia a dia acentuando para coloca-lo em situação de retomar a directriz de sua casa de negocio (Outubro de 1917), a qual continua a gerir, até hoje, com acerto, sem que nenhum acidente viesse interromper as magnificas condições de sua mentalidade.

Como se vê, da precisão diagnostica surgiu naturalmente a indicação terapeutica, coroada de tão feliz exito, o que mostra, dispensando maiores comentarios, que devemos sempre estar de prevenção com a sifilis, insidiosa e simuladora em suas multiformes manifestações.

# TOXIDERMITE MEDICAMENTOSA

## Accidentes arsenicaes e insufficiencia adrenalica

**Dr. Ulysses de Nonohay,**
*Prof. de Clinica Dermatologica e Syphiligraphica da Faculdade*

Segundo os casos referidos pelos diversos auctores, e de que tenho conhecimento, podem-se classificar os diversos accidentes, já observados em as applicações de Salvarsan e Neosalvarsan, sob as rubricas seguintes:

*Crise Nitritoide*
*Hemorragias*
*Lepto meningite*
*Meningite serosa*
*Paralysias*
*Cegueira*
*Syncope reflexa, comprehendendo os accidentes nevralgicos*
*Pseudo epilepsia*

Não cabe nesta Memoria a sua descripção completa, mas sómente um estudo rapido dos symptomas por ellas produzidos, quanto baste para a melhor comprehensão do assumpto que a motivou.

### CRISE NITRITOIDE

Sob este nome se tem descripto um accidente vaso-motor, geralmente precoce, seguindo-se de minutos a algumas horas após a injecção.

Sem que nada faça prever, e após uma injecção irreprehensivel, sob o ponto de vista technico, e onde todas as indicações e contraindicações foram attendidas, sobrevém, acompanhada dos symptomas subjectivos de calor e ardencia, uma congestão intensa do couro cabelludo, face, pescoço.

Ao mesmo tempo que a pelle, são tomados por aquelle processo as mucosas da conjunctiva, labios, lingua e garganta.

E vêm phenomenos de diapedese, produzindo edemas, e em consequencia dos da bocca e garganta, uma tosse quintosa, intensa.

Da mesma fórma o nariz apresenta um corrimento seroso abundante. Marchando de par com estes symptomas locaes, o mal-estar cresce, vêm anciedade respiratoria, tachycardia, palpitações.

Não tarda muito que estes symptomas vaso-motores dêm logar a um estado syncopal, com pallidez intensa, facies grippado, vertigens, vontade de vomitar, pulso filiforme, suores, perda completa dos sentidos.

Medicado convenientemente, o paciente se restabelece, conservando da sua crise um grande abatimento que se prolonga por alguns dias.

### HEMORRAGIAS

São, por assim dizer, um grão mais intenso daquelle accidente e podem surgir em todos os orgãos, e dahi a variabilidade de symptomatologia.

Ora são epistaxis, ora hemoptyses, com toda a gradação da apoplexia pulmonar.

E vêm hematemeses e pódem sobrevir melenas.

Si a hemorragia attinge o encephalo, ou as meninges — o coma apparece, mortal ou seguido de paralysias, ao seu restabelecimento, entrando então já estes nos paragraphos seguintes.

### LEPTO MENINGITE

Esta manifestação é sempre mortal e tanta é a sua frequencia que domina toda a descripção nas autopsias que hão sido realisadas.

### MENINGITE SEROSA

Sob este nome Milian descreveu um accidente caracterisado por tres symptomas principaes: cephaléa, resolução muscular completa, e elevação de temperatura.

Póde apparecer precoce ou tardiamente, seja poucas horas após a injecção, seja alguns dias depois.

Depois de parecer bem supportada, segue-se áquella applicação uma cephaléa intensa, acompanhada de hyperthermia, que póde attingir a 40°, calafrios e em seguida a installação do coma com phenomenos de meningite.

*) Trabalho lido em sessão ordinaria da Sociedade de Medicina.

O caso de Milian foi seguido de cura com a medicação suprarenal, que mais interessante, foi efficaz não só contra o primeiro ataque, mas contra os demais provocado por injecções de dóses crescentes do Neosalvarsan.

Este doente poude assim supportar até a dóse de 0,90 do medicamento, quando a sua meningite se seguira a uma de 0,45 e depois a outras progressivamente maiores.

## PARALYSIAS

Consequencias de congestões meningo-encephalicas, estas paralysias se tornam permanentes, ou ao contrario são seguidas de um novo coma, no meio do qual o doente morre.

## CEGUEIRA

Já é velha a accusação dos arsenicaes darem logar á cegueira.

Ella se tem observado em consequencia das injecções de Salvarsan e Neosalvarsan e por hemorragia do corpo vitreo.

## SYNCOPE REFLEXA

Sob este nome vago se têm descripto syncopes passageiras ou mortaes, apparecendo logo ou algum tempo após a injecção arsenical e, seguidas, as vezes, de nevralgias do plexo solar, com dores abdominaes intensas e diarrhéa profusa.

## PSEUDO EPILEPSIA

Como o nome indica, este accidente é caracterisado por convulsões tonicas e clonicas dos musculos, lembrando o ataque do mal sagrado e seguidas de coma, passageiro ou mortal.

Entre todos, é um dos mais frequentes.

## ACCIDENTES PROPRIOS

Na descripção que vimos fazendo, se trata exclusivamente de accidentes proprios, isto é, que não têm como causas contraindicações, existentes no momento da injecção do Neosalvarsan ou do Salvarsan.

Nestas condições não se póde attribuil-os a qualquer falta de technica.

Tal é o caso, que vou referir, e motivou esta memoria.

Trata-se de uma toxidermia, sobrevinda 29 dias após uma série de Neosalvarsan e para a qual não acho outra explicação do que um accidente tardio.

Já Ehrlich e Hata referem na observação 17 de sua Chimiotherapia das Syphilis um erythema cutaneo, sem maior explicação.

Fóra desta referencia, nada mais me consta a respeito.

## TOXIDERMIA

No meu caso se trata de um moço de 32 annos, compleição normal, sem molestia ou tara organica do meu conhecimento.

Syphilis de 8 annos, de evolução sem grandes accidentes e tratamento irregular.

Casado, M., o observado, tem tres filhos, sem manifestações de Lues, salvo alguns poucos estigmas dentarios e asymetria facial.

Não houve abortos no consorcio.

Fazendo de quando em vez a sua Wassermann. M. da ultima apresentou +++ e assim resolveu procurar um collega que lhe applicou a série progressiva de Novarsenobenzol.

Nos intervallos das injecções, M. nada sentiu de anormal.

Da ultima, porém, até o dia em que me chamou, M. refere haver sentido vagos symptomas de indisposição, de preferencia dôres, pouco accentuadas, sob a fórma de pontadas em varias regiões do corpo.

Neste dia, porém, amanhecera com a parte direita da face presa daquella erupção e por isso resolvera entregar-se aos meus cuidados.

Toda aquella região e o pescoço, do mesmo lado, apresentavam uma elevação urticariana nitida.

Da mesma fórma no sulco nasofrontal, que era o limite da pelle sã, uma echymose, mais ou menos, do tamanho de um ovo de pomba.

A pelle sã seguia-se á que estava affectada da erupção immediatamente, dando assim á physionomia um aspecto extranho, pois a hemiface direita ficava separada da

esquerda por um relevo accentuado, constituido daquella echymose e depois se prolongando mais suave com o edema urticariano. Raia dermographica marcada na pelle sã. Temperatura axillar, 37°,4; pulso 98, regular. A lingua estava saburrosa e coberta de um enducto pardo. Nada de cephaléa, ou dôres articulares.

Leve anorexia, ventre com um pouco de tympanismo, baço e figado apenas augmentados.

Constipação de ventre, cuja pelle apresentava uma linha alva bem nitida, com a prova de Sergent (um quadrilatero ao nivel do umbigo). A linha persistia cerca de um minuto.

Todos os demais orgãos, sem alteração; quanto á syphilis nenhuma pesquiza revelava clinicamente.

A medicação que institui foi de um purgativo salino, dieta alimentar e adrenalina *per os*.

No dia seguinte a urticaria diminuia de intensidade, e em cinco dias o restabelecimento era quasi completo. Daquella toxidermia não havia outras causas a pesquizar que as medicamentosas.

M. tem um regimen alimentar são, não faz abusos de mesa, não usa conservas.

Assim é que, salvo o Neosalvarsan, ou o iodureto que logo após a serie começara a usar podia explicar aquella erupção.

Dahi eu pedir um exame de urina, cujo resultado foi o seguinte:

| | |
|---|---|
| Volume remettido | 900 cm. |
| Aspecto | quasi limpida |
| Côr | amarello ambar |
| Cheiro | normal |
| Consistencia | fluida |
| Reacção | levemente acida |
| Densidade a 15° | 1011,9 |
| Albumina | traços leves |
| Pseudo-albumina | traços leves |
| Assucar | não tem |
| Pigmentos biliares | não tem |

Sedimento. Pequena quantidade de côr branca suja: ha varias cellulas epitheliaes, diversos leucocytos, algumas cellulas de fermento, filamentos de mycelio e diversos crystaes de acido urico.

| | |
|---|---|
| Iodureto | negativa |
| Arsenico | negativa |

---

São negativas as duas pesquizas de iodudureto e arsenico.

Nestas condições parecem crescer as difficuldades e com ella o interesse do caso.

Porém, admittindo que a eliminação se fizesse bem, certo não haveria a explosão daquella toxidermia. Num rim, um pouco insufficiente como o de M., cuja urina apresentava traços de albumina, é provavel que aquella fosse tão pequena que escapasse a quaesquer pesquizas chimicas.

Sendo assim, e não se podendo admittir outras causas á toxidermia, vejamos a qual dos dois medicamentos cabe a maior responsabilidade.

A erupção se caracterisava por urticaria e purpura.

Ora um e outro dos medicamentos póde produzir estas manifestações cutaneas.

Porém o iodureto, mais que o arsenico, sempre tem um *cachet* especial nas suas toxidermias que quasi a forçam a reconhecer. São a acné, o coryza e a pharingite. Nenhuma dellas se via no caso.

Por isso somos forçados a dar preferencia ao Neosalvarsan, que si tem contra si a questão do tempo, tem tambem a seu favor a intensidade na applicação, a eliminação mais demorada, apezar de injectada nas veias, e, o que é mais importante no caso, a sua preferencia pelas capsulas suprarenaes, por meio das quaes reproduz com muita facilidade os symptomas de anaphylaxia.

Ora em o caso de que tratamos, a insufficiencia glandular nos parece inconcussa e insophismavel, como a causa proxima de toxidermia de M.

De tal fórma ella predomina em o caso que os dois medicamentos deixam de produzir as suas erupções proprias, que ficam dominadas pela suprarenalite.

## INSUFFICIENCIA SUPRARENAL

O caso descripto é mais uma fórma de syndroma suprarenal, que ainda promette muito á clinica e á therapeutica humanas. Desde os memoraveis trabalhos de Brown Sequard, Oppenheim, Sergent e Bernard, ás capsulas suprarenaes são reconhecidas duas funcções: a antitoxica e a angiotonica.

Assim não é só o figado o grande reductor dos venenos, que como alimento ou como remedio, ou accidente, o homem ingere.

E talvez, na sua vanguarda, ou quem sabe si como elemento de protecção, estão as pequenas glandulas suprarenas.

E é por ellas ou através dellas, de sua insufficiencia, que a intoxicação explode.

Não nos cabe referir aqui as diversas syndromas, superaguda, aguda e lenta, com que aquella se manifesta e são as mesmas que fazem a caracteristica do que até então conhecemos por envenenamento, nem tambem estudar as relações de causa e effeito que ella guarda com a concepção de anaphylaxia.

Da sua funcção physiologica decorre plenamente a pathologia onde os symptomas vaso-motores se combinam aos de ordem toxica para dar-lhe um *cachet*, um aspecto inconfundivel.

Ora nesta questão dos accidentes arsenicaes, como Sergent, Milian e ultimamente Queyrat provaram, o methodo anatomo-clinico descobre, revela, salienta a insufficiencia suprarenal.

## OS ACCIDENTES

Quem quer que venha acompanhando o desenvolvimento destas considerações vê que entre todos os accidentes descriptos ha uma ligação inconfundivel pela anatomia pathologica.

Em que se resumem todos elles? Vasodilatação, indo á congestão, diapedese e a hemorragia; vaso-constricção, indo até a syncope.

Que são em synthese estes phenomenos, senão a mais clara affirmação de que o equilibrio vascular foi rompido?

Por outro lado, ha toda a gamma da intoxicação, desde os symptomas digestivos e nervosos até os epileptoides, cuja relação com os envenenamentos já tantas vezes têm sido posta em relevo.

## A TOXIDERMIA

Na toxidermia, que eu descrevo, a mesma prova anatomo-clinica, a mesma pathologia em que os symptomas toxicos e vasomotores perfeitamente se casam.

Não nos assiste, pois o direito de filial-a, seja a insufficiencia suprarenal, no caso ainda mostrando uma nova face, qual a de uma erupção tegumentar, como expressão da intoxicação?

E si não bastam estas considerações, ha ainda as provas clinicas e therapeuticas, onde a adrenalina rapidamente jugulou a affecção.

## HYPERTENSÃO ARTERIAL

Sempre que se falla em insufficiencia suprarenal se entende que deve haver hypertensão, seduzidos pela concepção de Vaquez no estudo deste syndroma.

Porém nesta questão de glandulas endocrinas, não ha quasi nunca isolados o hypo ou o hyperfunccionamento.

Ao contrario, nota-se de preferencia um desequilibrio, em que se alternam os dois extremos da funcção.

E nesta mesma insufficiencia suprarenal, Milian provou que, em um caso, onde havia hypertensão, esta só cedia á adrenalina...

As glandulas são orgãos como os outros, cuja fadiga se revela ou por excesso ou falta no seu funccionamento, accrescida desta circumstancia, toda original das suas synergias e das suas contrariedades.

Quantas vezes, por isso, rompido o equilibrio glandular, emquanto por exemplo a hypophise e a suprarenal não bastam ás suas funcções, a thyroide e suas synergicas derramam no organismo quantidade exagerada das suas secreções proprias com todas as suas consequencias pathologicas?

E' todo um chimismo vital, alterado, anarchico, desbridado.

Porém ha nesta questão, mais que um estudo do endocrinismo, um aspecto clinico que ainda necessito abordar, qual o dos toxidermites, de origem medicamentosa.

## TOXIDERMITES MEDICAMENTOSAS

Tenho para mim que estas toxidermites têm duas origens principaes: uma immediata e puramente chimica, outra secundaria, ou vital.

Pelas primeiras se devem entender as que de ordem interna ou externa, conhecemos pelo nome vulgar e vago de Idiosyncracia; pelas segundas, as que reproduzem o quadro da Anaphylaxia.

Naquellas, a primeira applicação ou ingestão dá lugar talvez por um chimismo ignorado dos humores, aos phenomenos morbidos.

Nas outras é pela continuidade, pela persistencia de acção que estes explodem.

Sabemos hoje que é bem assim que as coisas se passam.

E a physiologia e a clinica fixaram a resistencia vital nas pequenas glandulas suprarenaes.

Si a acção irritante ou toxica se prolonga ou se exagera, aquelles orgãos têm debilitada a sua funcção e os phenomenos pathologicos explodem...

E' o que succede na molestia serica, é o que succede nos accidentes arsenicaes, nesta therapeutica por dóses crescentes.

São factos de observação commum e que não demandam por isso maiores explanações.

Porém ha occasiões em que por molestia anatomica ou physiologica do apparelho phylactico (de phylaxia-protecção), aquelles phenomenos morbidos apparecem prematuramente, desde a primeira applicação do agente.

E de como é bem assim que as coisas se passam, está na grande variabilidade de aspectos das toxidermites, quando de ordem puramente chimica, e na sua uniformidade, absoluta ou quasi, quando de ordem vital.

E' que, dominando a scena, estão os symptomas de insufficiencia suprarenal, naquelle cortejo inconfundivel, em que a anarchia vaso-motora se mescla á intoxicação, aguda ou lenta.

## DISTINCÇÃO

Tenho assim avançado um primeiro passo na distincção dos phenomenos de Idiosyncrasia e Anaphylaxia, geralmente confundidos, ou citados vagamente, sem uma explicação qualquer.

Ao que eu saiba, é a primeira etapa de uma tentativa séria neste sentido e de que espero a confirmação futura dos estudiosos.

## CONCLUSÃO

Fóra dahi, este artigo visa dois fins, egualmente attingidos, quaes os de archivar uma observação, original e rara senão unica, sobre chamar mais uma vez a attenção para os accidentes dos arsenicaes na Syphilis.

E' preciso reagir contra este optimismo exagerado com que se fazem em nosso meio as applicações daquelles medicamentos na Syphilis e mesmo fóra della...

Tendo dado um passo, quasi decisivo na therapeutica desta terrivel infecção, não vão os abusos desmoralisal-os, incutindo no publico aquelle mesmo horror, que não tardou a contagionar aos medicos, quando da proscripção do Mercurio.

Não peçamos aos arsenicaes mais do que elles pódem dar; saibamos applical-os com consciencia, quando indicação formal, e sem contraindicação absoluta; tacteemos entre outros e além de tudo a susceptibilidade das glandulas suprarenaes.

Não ha mal de que se reforce a sua resistencia, com uma pequena dóse de adrenalina, ou por uma prévia cura mercurial, cujos beneficos effeitos já tantas vezes hão sido postos em relevo.

Quem nos diz que a Syphilis, entre todas as primeiras localisações, não procura as glandulas suprarenaes, que melhoradas assim com o hydrargirio menos sujeitas ficam a permittirem o desencadeamento dos accidentes arsenicaes?

Façamos isto e os cégos partidarios do 606 e do 914, não terão de appellar como factores etiologicos destes accidentes, para os centigrammos de chlorureto de sodio do serum artificial, para agua distillada que dissolvem os metaes dos recipientes e tantas outra causas methaphysicas e inacreditaveis.

Medicação das manifestações syphiliticas e no tratamento fundamental desta infecção, natural seja que tenha os seus in-

convenientes, que devemos corrigir, para que muito breve se possa crear este axioma therapeutico:

Os arsenicaes, bem puros e bem applicados, não fazem mal.

---

## PARECER

Incumbido de dar parecer sobre a memoria apresentada a esta Sociedade pelo nosso illustre e digno collega, Dr. Ulysses do Nonohay, é a medo que venho dar cabo da tarefa. O merecimento indiscutivel do douto collega, a maestria com que escreve, a forma por que se exprime são outras tantas causas a difficultar ainda mais o tabalho de quem, pouco affeito a escrever, nada mais tem a offerecer sinão a boa vontade e o esforço de boa fé feito para cumprir o dever que lhe foi imposto.

Deixando de lado os commentarios, tão proficientemente feitos, sobre os accidentes do 914 e o excellente estudo sobre o syndromo da insufficiencia suprarenal, entramos, de leve, na analyse da observação que motivou a memoria apresentada.

Influenciado, talvez, por Pende, na sua Endrocrinologia, accentua os exageros dos autores francezes, que encontram, demasiado, a insufficiencia suprarenal, advertido de que este syndromo, muitas vezes só pode ser constatado pela necropsia, é possivel que tenha sido um pouco exigente ao reputar pouco concludentes as demonstrações ou manifestações de que no caso observado se trata de uma insufficiente suprarenal.

Como a venia devida ao merito incontestado do autor da observação arrisco a opinião de que elle tenha incorrido no mesmo exagero a que se refere Pende. Não supponho decisiva a risca de Sergent, verificada em M., para prova de sua insufficiencia suprarenal, porque aquella risca illude frequentemente o clinico. Victima desse engano fôram os proprios collaboradores de Sergent, Leon Bernard entre outros.

Demais Sergent não considera a risca que tem o seu nome como signal pathognomonico da insufficiencia. Ha necessidade, para que se firme o diagnostico, de um certo cortejo de symptomas, como por exemplo — hypotensão arterial, hypotermia, asthenia muscular, etc. que não foram observadas em M.

O illustrado collega, paciente investigador, no louvavel empenho de ampliar os crescentes dominios da Endocrinologia, aventa uma hypothese. Diz elle, os varios accidentes attribuidos ao tratamento da syphilis pelo 914 não serão uma consequencia da acção lesiva da mesma syphilis sobre as glandulas suprarenaes, cujas funcções perturba e grandemente enfraquece?

E sente-se inclinado a decidir pela affirmativa, porque o tratamento pelo mercurio evita frequentemente aquelles accidentes, o que é o resultado, na sua hypothese, da acção do mercurio, attenuando as lesões causadas ás glandulas suprarenaes pela syphilis.

Comquanto engenhosa a argumentação e curiosa a hypothese, não me parece que ella seja inatacavel, pois o phenomeno pode ser explicado differentemente.

Como a adrenalina, secreção medular das glandulas suprarenaes, diminue com as applicações dos arsenicaes e augmenta com as applicações do mercurio, acredito antes que os phenomenos observados sejam uma consequencia da acção estimulante do mercurio attenuando a acção inhibitoria do 914.

De boa mente, proclamo que, expondo sincera e singelamente a minha opinião não pretendo julgar-me o depositario da verdade. Comquanto pense assim, não excluo a hypothese de que seja eu quem está em erro. A importancia do assumpto, as duvidas em que ainda se debatem os estudiosos a seu respeito, as controversias que origina, impedem as conclusões precisas, as affirmações positivas.

Como ha quem affirme a acção angiotonica, anti-toxica, além de outras, das capsulas suprarenaes, ha tambem quem resolutamente as negue e até admitta a possibilidade da vida com a suppressão da funcção suprarenal.

Porto Alegre, 14 de Novembro de 1919.

Dr. *Cavalcanti de Mello*.

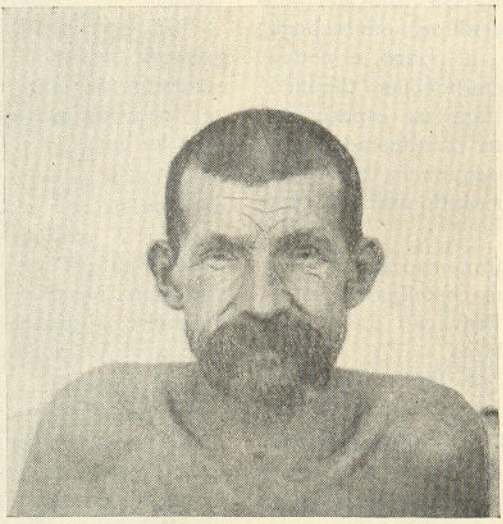
# Um novo caso de Esclerose lateral amyotrophica [1]

**Dr. Raul Moreira,** *Prof. de clinica de crianças da Faculdade*

J. T. com 61 annos de idade, de côr branca, natural deste Estado, casado, de profissão lenhador, entrou para a 5ª secção do Santa Casa de Misericordia desta capital, em Setembro deste anno, sendo transferido após para a 15ª secção, onde o examinei.

ANAMNÉSE:

Individuo analphabeto, de intelligencia pouco desenvolvida, mal me soube informar da historia morbida de sua familia, de seus antecedentes pessoaes e do inicio de sua affecção.



Sabido, porém, quão obscura é, ainda hoje, a etiologia da Esclerose lateral amyotrophica, certo não será demais algo aproveitar das narrações incoherentes do observado.

Seu pae foi homem forte, tendo morrido com 75 annos, de cuja doença ignora.

Sua mãe, pelo espaço de 3 annos, viu-se confinada ao leito, pela presença de *chagas* nas pernas, soffrendo varias operações.

No tocante a seus antecedentes morbidos, assevéra o estado de equilibrio anterior de sua saúde, não sabendo informar das doenças que lhe accometteram na infancia.

Ha 3 annos, passou-lhe a roda de uma carreta carregada por cima do abdomen, ao nivel da região umbellical.

Nega, em absoluto, qualquer antecedente venereo.

No dia 16 de Setembro foi procedida a reacção de Wassermann no sangue e no liquido cephalo-rachidiano, cujo resultado foi o seguinte:

No sangue:

Francamente negativo 000

No liquor:

Francamente negativo 000

(mesmo na dóse de 3 ccs.)

A respeito da doença actual, contava o paciente 50 annos e poucos mezes, quando se iniciou a cruel enfermidade.

E de maneira lenta e progressiva, sentiu faltar-lhe a agilidade dos movimentos, nos membros inferiores, jámais tendo experimentado, tempos atraz, o mais leve signal de fadiga, quando passava quasi um dia, em labuta tenaz de derrubar arvores.

Foi sua mulher a primeira a perceber-lhe a difficuldade no caminhar.

Como já não podia deslocar-se facilmente de um logar para outro, como titubeava e, não raro, cahia ao sólo, *as crianças da casa riam-se muito do velho aleijado...*

De concomitancia a essa diminuição de forças, elle e as pessoas da familia notavam-lhe accentuado emmagrecer, maximé das pernas e, mais tarde, das mãos, com as quaes já não executava movimentos, com liberdade.

EXAME SOMATICO

Pela impressão de conjuncto, notei um individuo de face emmagrecida, exprimindo bem o que eu disséra do doente que, em 1916, serviu de assumpto á minha these inaugural e portador da mesma affec-

1) Apresentado á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, em sessão de 14 de Novembro de 1919.

ção, isto é, denotando um estado franco de apathia, um quer que fosse de tristeza recondita, um exprimir de desanimo que revela, não uma alteração do psychismo, mas bem a comprehensão da fatalidade do seu mal.

Os membros inferiores e superiores, sobretudo os primeiros, acompanham a face no seu emmagrecimento, sentindo-se a atrophia accentuada, pela reducção do volume das fibras e dos feixes musculares.

Indice de atrophias accentuadas, ha contracções fibrillares muito nitidas para o lado da musculatura da coxa e da perna, de ambos os lados, attingindo flexores e extensores.

Estão os pés em extensão forçada sobre as pernas e com ligeira rotação para dentro, e as mãos desenham, em esboço, a mão simiesca, onde, a pouco e pouco, vão se sumindo as eminencias thenar e hypothenar. Já resaltam os espaços interosseos, atrophia essa manifestadamente ascendente e, por consequencia, de origem myelopathica, caracterisando assim o typo Aran-Duchenne.

A musculatura thoracica, muito definhada, faz salientar as costellas, o esterno, evidenciando a excavação das fossas supra e infra-claviculares.

Com difficuldade se lhe consegue a posição vertical, pois a contractura, já installada nos membros inferiores, fel-o um paraplegico espastico.

Impossivel a posição de cócoras, pela rigidez dos joelhos, em contractura.

Pesquizas quanto á orientação do paciente deram resultado negativo, tanto no que se refere ás noções de corpo no espaço e das posições segmentares, como no que tange ao signal de Romberg.

Caracteristica é a marcha do doente, architectando o andar dos paraplegicos espasmodicos.

E' para elle grande estorvo executar um só passo. Emperrados os membros inferiores, os pés já não podem ser levantados do sólo, sobre o qual se arrastam as pontas: é a marcha de passos curtos.

Embaraçado, com extrema lentidão, consegue sentar-se na cama, e a posição vertical lhe é impossivel, si não tiver o amparo do ferro do leito ou braço de outrem que lhe evite a quéda brusca.

Ha ainda a notar, no attinente á motilidade activa voluntaria, quer nos membros inferiores, quer nos superiores, accentuadas asynergia, ataxia, agnosia e disdiadococinése.

Embora com esforço, ainda se consegue deslocar o membro superior, emquanto que o membro inferior, em franca espasticidade, em adiantada atrophia, não permitte leves movimentos, senão difficilmente.

O exame da sensibilidade geral, inquirida pela maneira classica, quer a subjectiva e a objectiva superficial, quer a objectiva profunda, nada de anormal revelou.

Vão-se installando, em marcha progressiva, no meu observado, symptomas evidentes de paralysia labio-glosso-laryngéa, com signaes accentuados de pertubações bulbares.

Queixa-se que ouve cada vez peior, e nelle existe um certo gráo de anosmia.

Ha 3 annos, quando internado no Asylo Santa Thereza, foi accomettido de vertigens, passando-lhe pelos olhos, segundo refére, algumas nuvens que lhe tiravam a visão, por instantes.

Torna-se-lhe a lingua cada vez mais perra, pois falla com difficuldade, a ponto de se tornarem imperceptiveis suas palavras, o que vem denotar franca dysarthria.

Simultaneamente a esse facto, pude perceber que a lingua já não conserva sua trophicidade normal, pois os movimentos de elevação e de lateralidade da ponta vão-se fazendo difficeis; seus bordos estão delgados, em inicio de atrophia.

Outro phenomeno que nelle se apresenta, de quando em vez, é a syalorrhéa.

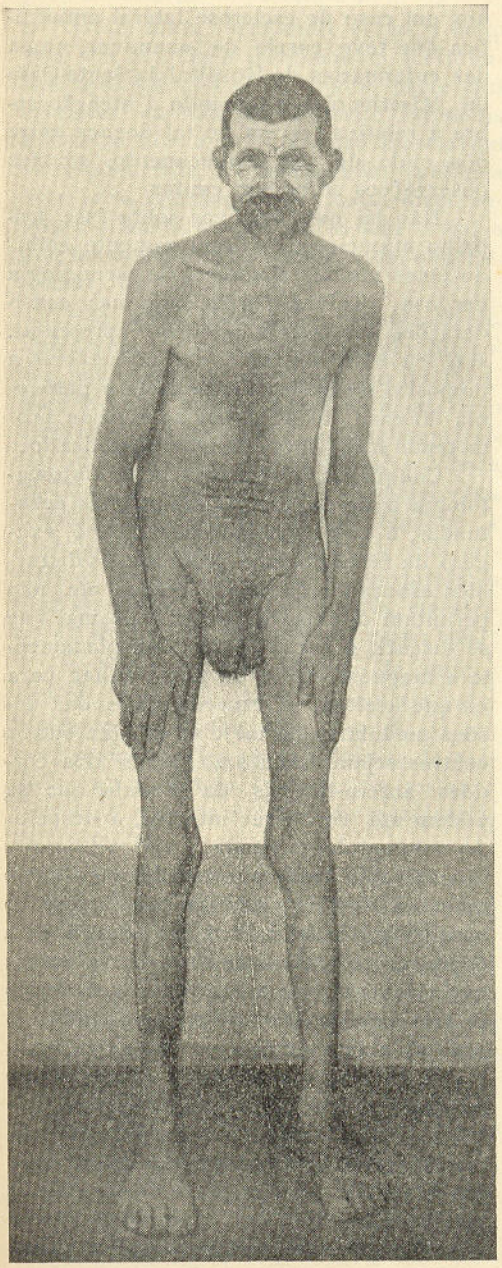
O que me revelou o exame da reflectividade é simplesmente caracteristico: os reflexos profundos exaltados, na sua generalidade, com predominio nos membros inferiores, onde verifiquei o franco exaggero do reflexo patellar, pesquizado pelas manobras de Jendrassi e de Laufenauer.

Vivos se acham os reflexos da munhéca, o aquilêo, o tricipital, o bicipital e o masseterino.

Por vezes, denota-se o clono do pé.

Embora não facilmente, consegui, em dados instantes, provocar o Babinski, seja pela manobra classica, seja pelas de Rossolimo, Oppenheim, Schoefer, Gordon, Austregesilo-Esposel.

Como já o disse, é individuo de uma magreza estrema, pela atrophia accentuada de sua musculatura, phenomeno que alarma cada vez mais a scena tragica do mal, pois o paciente percebe, desanimado, o desapparecimento rapido de seu corpo, apezar de todo alimento e de toda medicação. Alguns pares musculares ficaram mesmo reduzidos a verdadeiras cordas, rolando sob os dedos.



Nota-se um lipoma, ao nivel do terço superior da região peroneira da perna esquerda, do volume de um ovo de gallinha.

O exame dos outros apparelhos foi negativo para o caso.

A pelle, frouxa, secca, apresenta *naevi* pigmentares, esparsos no dorso.

O exame commum da urina, feito no Instituto Oswaldo Cruz, a 4 de Setembro, deu o resultado seguinte :

| | |
|---|---|
| Volume remettido | 70 cm3. |
| Aspecto | limpido |
| Côr | amarello-carregado |
| Cheiro | normal |
| Consistencia | fluida |
| Reacção | francamente acida |
| Densidade a + 15º | 1028, 5 |
| Albumina | traços leves |
| Pseudo-albumina | traços nitidos |
| Assucar | não tem |
| Pigmentos biliares | não tem |

Sedimento — Pequena quantidade de côr branca suja ; ha algumas cellulas epitheliaes, raros leucocytos, varias cellulas de fermento e diversos crystaes de acido urico.

O exame mental, tocando, sobretudo, a noção do logar, do meio e do tempo, o humor do individuo e presença de delirios e allucinações, nada de anormal revelou.

—

Importa saber que a conscienciosa opinião do Prof. Luiz Guedes refere-se, tão somente, á narrativa do caso clinico, pois, não tinha eu ainda emittido os commentarios precisos, a respeito da observação, quando a apresentei á Sociedade de Medicina.

Como sabemos da fatalidade inexoravel do prognostico da Esclerose lateral amyotrophica, onde a morte dos doentes está escripta, espero a revelação da necropsia, para que se desvende o accordo en-

tre os signaes clinicos e as lesões anatomicas. O caso publicado pelos Profs. Luiz Guedes e Ney Cabral, em 1918, apresentava lesões differentes das da descripção classica, não obstante o conjuncto symptomatologico do Mal de Charcot, o que vem confirmar o conceito moderno da syndrome Esclerose lateral amyotrophica, opinião que, em 1917, ouvi do Prof. Austregesilo. Sem embargo, parece não merecer duvida a presença, no meu observado, da scena classica do Mal de Charcot.

Para afastal-o da *Poliomyelite anterior chronica*, de que muito se approxima a entidade morbida em questão, bastam, no meu caso, as perturbações bulbares, a sua marcha progressiva e, certamente, mortal, o exaggero precoce dos reflexos tendinosos, o estado contractural mais ou menos pronunciado.

Pela abolição dos reflexos, longe está a confusão com a *Atrophia muscular, typo Charcot-Marie*, assim como, pelos signaes tão seus, separam-se, evidentemente, do meu caso, a *Syringomyelia*, a *Doença de Landry*, a amyotrophia do *Rheumatismo chronico*, a *Esclerose em placas*, a *Pachymeningite cervical hypertrophica*.

Mas o que me induziu a trazer á luz tal observação foi a raridade de que se reveste o Mal de Charcot, entre nós.

A fóra o *Caso clinico de aspecto Esclerose lateral amyotrophica*, dos profs. Guedes e Ney Cabral, de 1918, no numero 4 da «Revista dos Cursos», da nossa Faculdade de Medicina, o primeiro a ser publicado, entre nós, foi o do Prof. Gonçalves Vianna, em 1915, na mesma revista, apresentando typo mixto.

Veiu após o caso que serviu de assumpto á minha these inaugural, em 1916, de inicio bulbar.

Os estudiosos na materia descrevem tres maneiras, pelos quaes se installa o Mal de Charcot : a iniciada nas extremidades dos membros superiores, a *forma atrophica* ; a *forma bulbar*, cujos signaes de lesão do assoalho do quarto ventriculo são os primeiros a abrirem a scena, e a *forma paraplegica*, de começo mais raro, de que é portador meu paciente.

Pareceu-me que esse caso seria util aos interessados da neuropathologia, e ahi vae, por isso, a sua publicação.

Porto Alegre, 1919—Novembro.

---

## PARECER

O Sr. Prof. Raul Moreira comunica-nos um caso de esclerose lateral amiotrofica que teve ensejo de examinar, numa das enfermarias do Hospital da Santa Casa de Misericordia, chamando a atenção sobre a relativa rareza de tal doença entre nós, onde, de seu conhecimento, só tres observações se pódem contar.

Não ha que respigar sobre êsse trabalho minucioso, escrupulosamente colhido pelos moldes classicos da semiologia nervosa. Talvez, porém, algumas considerações nos fossem oportuno apresentar, si o seu autor entrasse em pormenores a proposito da defesa diagnostica e patogenía do caso, do que aliás se escusou, prometendo fazê-lo por ocasião de publica-lo.

Conquanto a exuberancia da sintomatologia apurada, tais as amiotrofias acentuadas, a espasmocidade evidente, o exagero da reflectividade profunda, os disturbios esboçados da esfera bolbar, etc., não permitam duvidas a respeito do mal que se discute, e por si justifiquem plenamente a diagnose, não é de se estranhar, para os que aceitam a especificidade das lesões medulares de tal doenca, que outros centros sejam lesados ao invés dos cordões antero-laterais da medula, que se pódem até conservar intactos, a despeito da sintomatologia citada.

Não é de balde que ventilamos a questão : Em 1918, na «Revista dos Cursos» de nossa Faculdade, o Prof. Ney Cabral e eu demos conta de um caso de nossa observação, que se encontrou num dos leitos da Enfermaria «Dr. Luiz Masson» do Hospital da Santa Casa, onde teve exito letal.

Compare-se o aspecto clinico dêsse paciente ao que agora nos apresenta o Prof. Raul Moreira e ver-se-ha que era bem identico, sinão com maior abundancia de sinais atestadores da esclerose lateral amiotrofica. Por um raciocinio clinico logicamente desenvolvido, pudemos conso-

lidar a nossa diagnose. (Leia-se, a proposito, o respectivo trabalho, para maior clareza). Falecido o paciente, foi levado para a mesa de necropsía, proficientemente praticada pelo Prof. Gonçalves Vianna: o resultado, com grande surprêsa nossa, digamos, infirmou completamente tudo o que classica e geralmente admitido estava para a «doença de Charcot».

Ainda mais, aceitando, então, o facto pela sua evidência insofismavel, si tinhamos a explicação aí da maior parte dos sintomas assinalados, contudo inumeras lesões se atestaram que não mostravam correspondencia na fenomenologia clinica observada, guardando, por assim dizer, absoluto silencio de sua existencia — tal o grande tuberculo do cerebelo, em seu hemisferio direito.

Não houve duvida, pois, o aspecto clinico desenhava-se esclerose lateral amiotrofica, bem identico, repetimos, ao do Prof. Raul Moreira, mas as lesões verificadas não eram as especificas, isto é, as geralmente assim admitidas para se considerar a doença de Charcot como entidade verdadeira da nosologia neuriatrica. Como conciliar a questão? Procurámos literatura mais minuciosa do assunto e, então, encontrámos algo que veiu, indubitavelmente, em abono de explicação razoavel do nosso caso:

1) Opiniões discordantes de muitos autores, a respeito de sua anatomia patologica (esclerose lateral amiotrofica): uns descrevendo lesões essencialmente da medula, outros dando importancia maior a lesões do cerebro, e estas as mais variadas possiveis

2) Trabalhos de necropsía de Sénator, Philipe e Céstan, Carlin Philips, os quais não acharam traço de esclerose lateral quando o doente apresentára fenomenos espasmodicos acentuados, e ao contrario, observaram-se degenerações piramidais sem nenhuma contractura (necropsía de Vieroodt).

3) A admissão, por todos os autores, da fórma *esclerose lateral amiotrofica* da esclerose em placas, com as lesões desta.

(A respeito veja-se o artigo de Pierre Marie no Tratado de Medicina de Charcot, Bouchard e Brissaud).

Tudo isso nos faz sentir que a esclerose lateral amiotrofica não é entidade definida, como parecia estar estabelecido, com suas lesões especificas, etc., e sim uma sindrome, cuja etiologia e patogenía pódem ser variaveis. Esse modo de entender o assunto o é tambem do eminente Professor de Clinica neurologica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, A. Austregesilo.

E os que se obstinam em não aceitar essa doença como uma sindrome, hão de concordar, é forçoso, perante a evidência dos factos, na existência de uma *pseudo* esclerose lateral amiotrofica, para dar á verdadeira os fóros de entidade.

O trabalho que nos apresenta o Prof. Raul Moreira, com quanto não cogite da questão, leva-nos a essas considerações que devem lembrar a conveniencia, de todos perfeitamente compreendida, de se acompanhar o caso até a necropsía, pois á terminação letal está condenado o infeliz paciente da observação.

Porto Alegre, 21 de Novembro de 1919.

Dr. *Luis Guedes*.

---

# NOTICIARIO

Recebemos uma circular, assignada pelos Drs. Catharino Azambuja, Gabriel e Jonas Miranda, de Cruz Alta, noticiando a installação, n'aquella cidade, de um Instituto Vaccinotherapico.

Desejando, em tempo abordar a palpitante questão do saneamento rural, no nosso Estado, solicitamos aos collegas que nos enviem todas as informações que tiverem sobre as seguintes questões:

— Molestia de chagas (clinicos observados).
— Bocio endemico.
— Impaludismo.
— Febre aphtosa.
— Lepra.
— Ancylostomias.
— Pellagra.

# PSIQUIATRIA FORENSE

## Questão medico-legal do alcoolismo. — Uma pericia de sanidade mental

*Dr. Luis Guedes, Professor da Clinica Psiquiatrica da Faculdade*

Varias são as considerações que se pódem entreter em torno da questão medico-legal do alcoolismo.

Com efeito, quem atenta nêsse problema, em relação ás aplicações forenses, ha de levar em conta o *estado de consciência,* ou seja a metrificação das faculdades que integralizam o psiquismo, para indagar si ela é de todo ausente ou si comparece em parte, ou em retalhos, no momento em que o individuo, entrando em desarmonia com o meio social onde vive, comete acto delituoso qualquer.

Para uns o *crime* dos embriagados justifica uma agravação da pena; outros encontram nêsses delitos condições de perturbação da sanidade mental, consequência do que se atenua ou se anula a responsabilidade legal dos seus autores.

Daí, o nosso Codigo considerar *o habito da embriaguez* como contravenção (art. 396) e cuidar de crimes praticados em estado de *embriaguez incompleta* ou *completa,* para minorar a penalidade (art. 42, paragr. 10) ou nega-la em absoluto (art. 27, paragr. 4.°)

Compreende-se, pois, na pratica medico-legal, a necessidade de se fixarem os limites entre os dous aspectos quantitativos da ebriedade, para a devida aplicação da pena estatuida. Sabidos os disturbios psico-mentais que sóem advir pela usança do alcool, não é dificil aquilatar-se o verdadeiro estado de consciência ao ajuizar-se daquele requisito exigido pelo Codigo — *completa* ou *incompleta.*

Nessa questão toda, porêm, ha de se cogitar de um caso muito especial que, verificado, deve dirimir, na apreciação logica de um julgamento exacto, a irresponsabilidade do autor do delito: é quando o delinquente procura, na acção do alcool, um meio de se encorajar á perpetração do crime.

De tal especie tivemos, em nossas mãos, legitimo exemplar, que recebeu parecer nêsse sentido quando incumbidos de nos manifestar a respeito pelo Sr. Dr. Director do Hospicio S. Pedro, atendendo assim á solicitação da autoridade judiciaria. Vale bem, a nosso vêr, para maior clareza das minudencias do assunto, e por se nos afigurar de interesse aos que se occupam com essas questões, transcrever o referido parecer:

### PARECER MEDICO-LEGAL

"Em dias do mês de Janeiro do corrente ano, baixou ao Hospicio S. Pedro, á requisição da Chefatura de Policia, afim de ser convenientemente observado em seu estado mental, conforme despacho do Dr. Juiz de Comarca de Lagôa Vermelha, o soldado da Guarda Municipal dessa localidade, J. B., individuo de raça preta, com 40 anos de idade, solteiro, natural do municipio de Taquara do Mundo Novo, nêste Estado.

Pésa sobre êle a imputação de facto delituoso: Na noite de 29 para 30 de Junho de 1918, quando estava de guarda na Cadêa Civil daquela vila (Lagôa Vermelha), juntamente com S. A. D., aproveitou-se da ausência dêste para proporcionar ao réo preso A. R. C. meios de fugir, o que efectivamente se deu, sob a promessa de pagamento de um conto de réis.

Acresce que, nessa ocasião, achava-se alcoolisado, conforme tudo consta dos autos do processo criminal instaurado, onde se encontra tambem a alegação de sofrer B. das faculdades mentais, motivo por que pede o seu advogado exame pericial a respeito. Nomeado perito (*), executou-se essa diligência e apresentou-se o laudo respectivo. Dêste, pelo desconchavo das apreciações que contrastam com a diagnose estabelecida de imbecilidade (!!), nada se apura de sério e valioso pró ou contra a sanidade mental do paciente.

A requerimento ainda do advogado, vem B. para êste manicomio afim de ser devidamente examinado.

Assim aconteceu. Durante seis meses o temos observado frequente e minuciosamente. O resultado de nossas pesquisas se mostra nas linhas que se seguem:

— J. B. é individuo de mediana estatura, bôa compleição fisica, musculatura desenvolvida, regular estado de nutrição, sem evidenciar no todo, aspecto que o denuncie como doente ou defeituoso. Apenas um ou outro

estigma degenerativo: ausência de lóbos da orelha, abobada palatina levemente ogival, mãos e pés grandes, excedendo ás dimensões comuns.

Compareceu sempre á nossa presença em atitude perfeitamente tranquila; fisionomia grave, comedida; humor reservado. Atendia aos nossos interrogatorios todas as vezes do mesmo modo, contando-nos o facto criminoso de que é acusado. Através essas palestras e as provas a que o submetemos, coligimos em relação ás suas faculdades:

— Precisa a orientação do meio, logar e tempo: sabe muito bem seu nome, onde se acha, donde e quando veiu, data actual, etc.

— Memoria integra, em todas as suas modalidades: retentividade, m. anterograda e retrograda.

— Atenção espontanea ou reflectida, presentes.

— Ideação curta, na altura de um grau rudimentar de instrucção (sabe ler e escrever sofrivelmente).

— Associa bem as suas idéas. Nesta apuração empregámos os testes psicologicos de Sommer, por onde vimos normal essa faculdade, relativamente á cultura que possue.

— Nada se póde exigir do raciocinio e julgamento, que diremos bons, tendo em vista a instrucção e cultura aludidas, pois é de nivel e capacidade intelectuais inferiores.

— Bôas noções de etica — respeitoso; bem comportado, durante o tempo em que se acha no manicomio; atende solicitamente ás nossas inquirições.

— Não se lhe notaram idéas delirantes nem alucinações.

Confessa fazer, de quando em vez, uso e abuso de bebidas alcoolicas, e quanto aos pormenores do crime que cometeu, diz ter-se embriagado na noite dêsse acontecimento, dando logar a que o tal preso, recolhido á Cadêa Civil, se aproveitasse disso e da ausência do outro companheiro de guarda, para dar ás de Vila Diogo.

Ora, como se vê, as faculdades mentais do observando são integras, de accôrdo com o grau de instrucção e cultura moral que apresenta. Não vemos nêle processo agudo ou lento de psicose alguma.

*Imbecilidade* — é rotulo que a outros poderia servir, menos para B! Individuo que revela vontade propria na luta pela vida, tanto que serviu como soldado no Exercito durante seis anos, onde chegou a ser anspeçada; ainda agora, na ansia de viver amparado, emprega-se como praça da Guarda Municipal; com instrucção inferior, rudimentar embora, mas que muitos de sua esféra social não a tem, acrescentando-se a isto o feitio que apresenta no Estabelecimento, onde se mostra diligente no desempenho das tarefas de que, propositadamente, é incumbido — não se póde enquadrar no grupo dos imbecís.

Julgamo-nos, pois, apto para afirmar que não se trata, no caso, de um alienado.

Não obstante, porêm, permita-se considerar, quanto ao crime que praticou: não se encontraría êle em estado equivalente pela acção intoxicante do alcool? E' provavel.

Todavia, então, responderá não pela fugída que facilitou, mas pelo acto que cometeu conscientemente: — Incumbido da guarda da Cadêa, onde havia um preso condenado por homicidio; pesando-lhe sobre os ombros tão grande rseponsabilidade, vê-se só no cumprimento do dever e atira-se ao uso do alcool que sabía, por experiencia pessoal, lhe iria diminuir, aniquilar sua energia volitiva, e o fez, como tantas outras vezes, (confissão do proprio observando) conscientemente, com ponderação e julgamento do que lhe poderia suceder e não como um irresistivel, impetuoso, que se lança a saciar o seu impulso, custe-lhe embora o seu brio, a sua honra ou o proprio sangue!...

*J. B.*, portanto, não é alienado. Individuo de baixa condição social, nivel moral inferior, entrega-se, por vezes, ao uso imoderado do alcool e, sob a acção dêste, póde aniquilar-se-lhe a vontade e a energia e obscurecerem-se-lhe as outras faculdades. — Hospicio S. Pedro, 27 de Dezembro de 1918."

Esse modo de entender o assunto encontra apoio insofismavel no consenso unanime de autoridades de vulto, em Medicina Legal, e não se contrapõe ás disposições do Codigo. Em tais casos, longe de se atenuar a culpa cometida seria razoavel onerar-se a penalidade para que, ao menos, servisse de incentivo a uma luta acesa, sem treguas, ao uso do nefasto toxico, tão grandemente prejudicial em suas multiplas consequências.

---

(*) Perito leigo, curandeiro.

# ANALYSES

**O valor da Reacção de Wassermann** — Em um artigo do Journal American Medical Association, Syennus, Darlington e Bittmann pesquizaram em 331 doentes do Hospital Bellevue a relação entre as verificações necropsicas e os dados da R. W. durante a vida.

Elles verificaram que 56 % dos doentes, tendo durante a vida W. negativos, mostravam á autopsia signaes nitidos de Syphilis, emquanto 30 % de W. positivos não tinham lesão especifica. A conclusão do artigo é pela inutilidade do W. no diagnostico da Syphilis.

*U. N.*

**A Neurosyphilis** — Fordyce no The Journal of the Amer. Med. Assoc. designa sob este nome generico todos os typos morbidos que tocam os tecidos do systema nervoso central. O processo pathologico póde ser limitado sómente aos vasos sanguineos e dar nascimento a uma irrigação defeituosa duma região definida, d'onde perturbações funccionaes e eventualmente destruição por amollecimento. Neste grupo se observa um quadro clinico analogo ao causado pela arterio-sclerose cerebral de origem não syphilitica com symptomas vagos, taes como cephaléa, insomnia, perda de memoria, depressão mental. Si se forma uma obliteração gradual da luz vascular, notam-se hemip'egias, paraplegias, monoplegias, aphasia, hemianopsia, convulsões limitadas ou generalisadas.

*U. N.*

**Boas** (Deutsche Medizinische Wochenschrift 16/10/19) — *A cura radical, não sangrenta, das hemorrhoides.*

Boas propõe fazer injecção de alcool a 96º nos botões hemorrhoidarios, depois de os ter sufficientemente exteriorisado, por meio da ventosa de Bier. Quando se tratar de botões multiplos e, principalmente, desenvolvidos, será conveniente a anesthesia local prévia. O repouso intestinal será mantido por tres ou quatro dias. Geralmente ao fim de 8 a 10 dias o doente se acha curado.

*A. D.*

—

**Weil** (Deutsche M. W. 16/10/19). O autor analysa a moderna concepção da uremia. Trata detalhadamente da azotemia, quer nas nephrites, quer fóra dellas, como a que sobrevém na agonia, ou nas crises de certas molestias agudas, como a pneumonia.

Considera a azotemia como uma perversão do metabolismo albuminoide e acha que o seu apparecimento, n'um caso de nephrite, marca o inicio de uma phase de malignidade desta. Estuda os effeitos da azotemia sobre os differentes tecidos e conclúe concordando com Widal, sobre a gravidade que esse signal mostra.

*A. D.*

—

**H. Sieben** (D. M. Wochenschrift 19/10/19. Sieben estuda as causas do *edema de Quincke* que podem ser capituladas em 2 rubricas: 1) os casos em que ha uma intoxicação exogena ou endogena, em que a repetição do toxico traz a reproducção do edema, e 2) os casos em que ha um fundo hereditario e nos quaes esse accidente pathologico está na dependencia de perturbações do grande sympathico.

No primeiro grupo o edema se acompanha de urticaria. Interessantes são as manifestações visceraes que, com frequencia, são observadas e que, para esse autor, dependem de manifestações urticarianas ou edematosas ao nivel das mucosas diversas.

*A. D.*

**Marriot** — *A alimentação artificial dos athrepticos.* (J. of the A. M. Association 18/X/19). E' necessario alimentar muito esses doentinhos, pois não só lhes é preciso dar energia, como mistér se faz refazer os tecidos perdidos; alguns só começam a melhorar quando recebem 150 ou 200 calorias por kilo.

A difficuldade está em fazer digerir taes quantidades por um apparelho digestivo atrophiado, enfraquecido, mal vascularisado, sabendo-se que, si os alimentos são mal digeridos, os seus detrictos pódem produzir sérios disturbios gastro-intestinaes.

Para obviar a esse inconveniente procurou-se auxiliar a nutrição por meio da transfusão sanguinea, das injecções intravenosas de serum glycosado, de gomma arabica em soluto physiologico etc. Algumas vezes se consegue assim despertar a nutrição entorpecida e fazer tolerar a alimentação.

Esta deve ser cuidadosamente escolhida; uns dão preferencia á *babeurre*, outros, como Marriot, preferem o leite addicionado de acido lactico, do qual os athrepticos toleram maiores quantidades que de leite fresco ou assucarado; outros ainda dão a preferencia ao leite albuminoso, alimento de real valor.

Como dissemos, Marriot prefere o leite addicionado de acido lactico, que, para as crianças de menos de 2 mezes, elle faz diluir, dando-o puro após essa edade.

Aos poucos vae addicionando hydratos de carbono sob a fórma de glycose e dextrina.

Para preparar esse leite elle o faz ferver e, depois de resfriado, junta-lhe uma cultura de bacillo Bulgaro ou outro productor de acido lactico, deixando o em incubação durante a noite. No dia seguinte esse leite deve apresentar-se grosso, cremoso e homogeneo.

No começo de tal regimen se póde dar partes iguaes deste leite acidificado e de leite desnatado, augmentando aos poucos a dóse do primeiro.

Com esse modo de alimentação diz o auctor ter colhido excellentes resultados, melhorando as funcções digestivas dos athrepticos, dando-lhes forças, augmentando-lhes o peso.

A respeito desse trabalho, o dr. Talbot, de Boston, fez vêr que tendo os athrepticos uma temperatura sub-normal é preciso aquecel-os, o que os faz melhorar; diz ainda que é preciso não exaggerar as dóses de assucar, pois este, em excesso, deixa de ser absorvido e produz diarrhéa.

*A. D.*

**Ransom** — *Uma causa de affecção pulmonar só agora reconhecida: ascaride lombricoide* (J. A. M. Association 18/X/19).

O auctor mostra, após interessantes estudos, o cyclo do ascarides, no organismo humano, fornecendo assim uma explicação curiosa de certos accidentes respiratorios ligados á verminose em questão.

Penetram no tubo digestivo, pela ingestão, os ovos que contêm embriões desenvolvidos, não sendo necessarios intermediarios para esse desenvolvimento. Os parasitas, em seguida, adherem ao intestino, de onde emigram para o figado, os pulmões e outros orgãos, ao mesmo tempo que o seu desenvolvimento progride.

Nos pulmões, são elles detidos pelos capillares, penetram em seguida nas vesiculas pulmonares e nos bronchiolos, d'ahi vão aos bronchios e á trachéa até ao esophago, indo assim parar de novo no intestino, onde alcançam a maturidade.

Nessa migração as larvas pódem lesar sériamente o pulmão. A experimentação nos ratos mostrou que, n'estes, póde sobrevir uma pneumonia mortal, 7 a 10 dias após a infestação.

Em porcos, ao lado desses casos de pneumonia, verificou-se que são constantes as perturbações respiratorias.

Lembra a possibilidade de taes accidentes nas crianças, tão susceptiveis dessa infestação e refere a curiosa e pouco recommendavel experiencia de Mosler (1867) que, fazendo ingerir ovos de ascarides a crianças de differentes edades, observára que algumas das crianças apresentavam febre e dyspnéa, alguns dias depois da referida ingestão.

Refere ainda as experiencias, feitas no Brasil, por Ad. Lutz (1888), sobre um individuo que, voluntariamente, se prestou a ellas. Lutz observou, dias após a administração de ovos de ascarides, symptomas diversos, entre os quaes «uma bronchite grave».

Bass, a respeito desse estudo, diz que estas observações «abriram um futuro que ainda não podemos bem avaliar».

*A. D.*

**J. Lisboa de Azevedo** These — *O tono vago- sympathico na demencia precoce.*

Esta these, defendida, a 20 de Novembro, na Faculdade de Medicina, é um trabalho de real valor em que, a par de grande numero de observações cuidadosamente feitas, o auctor revela completo conhecimento das multiplas questões que entendem com o apparelho nervoso visceral e com as glandulas de secreção interna.

Sobrio, e nem podia deixar de o ser' em suas conclusões, esse trabalho merece ser lido com attenção, pois põe em fóco a influencia manifesta que as secreções internas exercem não só sobre o systema nervoso vegetativo, como o s. n. central.

A parte pharmacodynamica experimental está, principalmente, bem cuidada.

*A. D.*

—

*Prof. V. Wallich* (Paris). Tivemos o prazer de receber do Sr. Prof. Wallich a série de communicações, que fez na Sociedade de Biologia, de Paris, sobre *A causa da hemorrhagia menstrual* e o seu *Parallelo entre a infecção puerperal e algumas infecções cirurgicas.*

O Prof. Wallich mostra que, si dos mammiferos, só a mulher e a macaca anthropoide têm a menstruação, esse factor é devido á contextura uterina especial a ellas e differente da dos outros mammiferos, formando os vasos vastas alças capillares na mucosa uterina, disposição plexiforme que explica a facilidade da producção da hemorrhagia, no momento do affluxo sanguineo. *A. D.*

*Insufflação de oxygeneo na cavidade peritoneal para exame radioscopico* (Stem and Stewart, Annals of Surgery).

Este methodo, imaginado por Killing em 1902, consiste em injectar 3 a 4 litros de oxygenio, na cavidade peritoneal e permitte vêr com grande nitidez: o figado e o baço, estomago, intestinos, mesmo sem bismutho, bexiga cheia de urina, espaço sub-phrenico, tumores abdominaes.

A injecção é feita 2 dedos a esquerda da linha mediana, a quatro dedos abaixo do umbigo. O paciente é examinado 3 horas depois da injecção; o oxygeneo se reabsorve ao fim de 24 horas.

Esse methodo foi usado tambem para evitar a formação de adherencias peritoneaes após extracção de grandes tumores abdominaes.

*A. D.*

—

**Ricardo A. Weber.** These—*Da efficiencia renal pelas dosagens de acido urico, creatinina e assucar no sangue.*—Defendida, perante a Faculdade de Medicina, a 19 de Dezembro a thése de R. Weber será, no dizer de um dos seus examinadores, o vademecum daquelles que quizerem se familiarisar com essas subtilezas da pathologia renal, que a tornam tão difficil, quanto interessante. A audaciosa phrase de Widal, feita annos atraz, quando dizia:

«*Em face d'uma nephrite dou mais valor á pesquiza da uréa no sangue do que a todos os exames de urina que me trouxerem*», causou escandalo, mas, como nascia d'uma observação séria e continuada, venceu e é hoje classica.

Desse marco inicial decorrem os notaveis trabalhos americanos sobre o estudo chimico do sangue nas nephrites. Esses trabalhos são ainda mal conhecidos, por isso a these de R. Weber vém prestar um real serviço aos estudiosos, aos quaes o afan da clinica não permitte compulsar a rica bibliographia existente sobre taes questões.

Procurou o dr. Weber estabelecer a média de acido urico, creatinina e glycose, em 51 individuos normaes; estudou depois, em 22 observações, as variantes em diversos estados morbidos, principalmente nas nephrites chronicas.

As suas conclusões são prudentes e bem fundamentadas.

E' um trabalho, cuja leitura será proveitosa.

*A. D.*

# REVISTA DAS REVISTAS

**Goyon e Lemierre** mostram a relativa frequencia com que perturbações intestinaes pouco intensas pódem provocar *infecções do rim e das vias urinarias*. E em taes casos a infecção é, via de regra, descendente, mercê de uma bacteriuria discreta.

(25/VII/19 - Sociedade Medica dos Hospitaes de Paris).

—

**Lereboullet e J. Hutinel** apresentam duas interessantes observações de *syndrome adiposo genital* de origem hypophisaria, em adultos, em que as perturbações oculares eram notaveis e em que o exame radiographico da sella turcica, feito por Maingot, revelou modificações profundas desta. Um dos doentes apresentava alguns signaes de acromegalia.

Os auctores se referem á possivel influencia da syphilis, quer hereditaria, quer adquirida, na determinação de taes dystrophias e mostram a coparticipação frequente da thyroide no syndrome, deduzindo d'ahi conclusões therapeuticas.

(25/VII/19 — S. M H. Paris)

—

**Marcel Pinard** cita um interessante caso de um «syphilitico, albuminurico, hypertenso», com uma *azotemia* de 2,68 que, após reiterado tratamento pelo novarsenobenzol melhorou consideravelmente, tendo a uréa, que se havia elevado em Dezembro de 1917 a 2,83, diminuido progressivamente até 0,60 em Junho de 1919, ao mesmo tempo que baixava a tensão arterial, mantendo-se a albuminuria.

—

**Marcel Labbé** estuda a *prova da digestão dos nucleos* no diagnostico da insufficiencia pancreatica, conforme a technica de Schmidt, que consiste em envolver n'um saquinho de gaze um pequeno pedaço de carne e procurando-o, depois, nas fezes, notar a duração da travessia gastro-intestinal e, após cortes histologicos, estudar o estado dos nucleos dos tecidos. No estado normal os nucleos são digeridos e não ha, pois coloração : na insufficiencia pancreatica a coloração é facil. Labbé considera essa prova simples e boa, mas acha que é necessario que os outros signaes da insufficiencia pancreatica sirvam de complemento, a uma affirmação cathegorica.

(S. M. H. Paris—25/VII/19)

—

**Loeper** propõe, no tratamento do cancer gastrico, as injecções de extracto pancreatico que, segundo elle, agem á maneira de antigeno e augmentam a resistencia do organismo e as suas reacções de defeza em face dos productos cancerosos.

Elle emprega uma solução aquosa de pancreatina a 5 ou 10 %, filtrada em véla e tyndallisada. As injecções são feitas, todos os dias ou de 2 em 2 dias, na dose de 1 a 2 centigrammas.

(S. M. H. Paris—25/VII/19)

—

**Ameuille**, em cuidadoso estudo, mostra que no começo das nephrites agudas, mesmo em casos graves, as lesões renaes são raras e que sò gradualmente ellas se vão installando.

—

**Noel Fiessinger**, aconselha o uso das injecções intravenosas de digitalina cristallisada. Para isso junta 5 a 20 gottas da solução normal a 2 $c^3$ de agua esteretisada, podendo, essa dóse de 20 gottas ser renovada, durante 3 dias consecutivos, sem inconveniente.

*A. D.*

# Faculdade de Medicina de Porto Alegre

A Faculdade de Medicina de Porto Alegre está de parabens, pois vai ter realisada, dentro em breve, sua antiga e justa aspiração, graças ao nobre gesto do Exmo. Sr. Presidente do Estado, Dr. Borges de Medeiros, determinando o proseguimento das obras do novo edificio, cuja construcção iniciada em 1913 foi suspensa em fins do anno seguinte.

Tão agradavel nova foi levada, em sessão de 18 de novembro ultimo, ao conhecimento da Congregação, pelo seu director dr. Sarmento Leite, que, dias antes, estivera em conferencia com o Exmo. Snr. Presidente do Estado e na qual S. Exa. fez lhe sciente de sua elevada resolução.

Um edificio, em que tão importante Instituto de Ensino Superior se pudesse installar condignamente consoante sua alta destinação, era de imprescindivel necessidade, e com isto se vêm preoccupando, ha annos, todas as suas directorias.

O primeiro, portanto o mais antigo Instituto Livre de Medicina no Brasil, pois sua fundação data de 25 de Julho de 1898, teve essa Faculdade, sob a administração do snr. dr. Protasio Alves, um de seus fundadores e primeiro director, a satisfação de ser equiparada ás congeneres officiaes, por decreto, n. 3758, de 1.º de setembro de 1900, assignado pelos snrs. drs. Campos Salles, presidente da Republica e Epitacio Pessôa, então Ministro do Interior e Justiça, sendo nomeado Delegado Fiscal Federal, o pranteado dr. Balduino do Nascimento.

Ao dr. Protasio Alves, seguiram-se, na Directoria, os drs. Dioclecio Pereira, como vice-Director em exercicio, Serapião Mariante, Olinto de Oliveira, o saudoso Carlos Wallau, Octavio de Souza e Sarmento Leite, occupando o cargo de Delegado Fiscal, successivamente os drs. Dias de Castro e Candido Reis, este até 1911, anno em que, a 5 de Abril, foi promulgada a chamada Lei Rivadavia em substituição ao Codigo de Ensino Epitacio, ficando então extincto o cargo de Delegado Fiscal da União.

Na vigencia desta Lei, que, mal interpretada, prejudicou os principios de liberdade de ensino descambando para a licenciosidade, continuou, entretanto, a Faculdade na recta traçada de inicio, procurando dar melhor orientação ao ensino, com a alteração de seus Estatutos para a creação de novas cadeiras e o desdobramento de outras, e mantendo o provimento dos cargos docentes pelas provas de concurso, como sempre foi observado, apezar de a tal não ser obrigada ex vi do anterior Codigo de Ensino.

E assim, pautando sempre todos os seus actos pela mais rigorosa austeridade, este Instituto impoz se á consideração publica, captando a confiança dos Poderes Publicos.

Para tornar mais efficiente a instrucção ministrada a seus alumnos, fez construir na Varzea, em terreno cedido pela Santa Casa, seu Instituto Anatomico, um dos melhores no Brasil e, em casa alugada á rua General Victorino, installou seu Laboratorio das Clinicas (Instituto Oswaldo Cruz) onde se fazem todas as pesquizas clinicas de chimica, serologia, microscopia, histologia, etc., e tambem se preparam vaccinas autogenas.

Com a nova reforma do Ensino Superior e Fundamental, a 18 de Março de 1915 (Lei Maximiliano) lei que não veio ferir os principios basicos da liberdade do ensino e sim eleval-os, moralisal-os, a Faculdade, dias depois de sua publicação, dirigiu-se ao Conselho Superior do Ensino, no sentido de readquirir seus antigos direitos, por assim dizer, suspensos na vigencia da Lei Organica.

Na sessão extraordinaria do Conselho Superior de Ensino, a 20 de maio de 1915, foi esta Faculdade considerada idonea para os effeitos da Lei Maximiliano (decreto n. 11530, de 18 de março de 1915), sendo nomeado Inspector Federal, o snr. dr. Eduardo Emiliano Pereira dos Santos. Após a mais rigorosa e minuciosa inspecção, alcançando aulas, laboratorios, exames, toda a escripturação e todos os actos

da Faculdade, desde sua fundação, foi o relatorio do referido Inspector unanimemente approvado pelo Conselho Superior de Ensino, em sessão de 5 de fevereiro de 1916, com o parecer elogioso da respectiva commissão composta dos Profs. Aloysio de Castro, Reynaldo Porchat e Paulo Frontin, referencias que muito lisonjearam a Faculdade.

A 1.º de março do mesmo anno, em portaria do Ministerio do Interior e Justiça, era de novo a Faculdade equiparada ás congeneres officiaes e ainda desta vez coube-lhe a gloria de ser o primeiro Instituto de Ensino Superior considerado idoneo e a primeira Faculdade Livre de Medicina no Brasil a gozar das regalias da equiparação.

Em 1917, não querendo ser reconduzido no cargo, foi o dr. Eduardo Emiliano substituido pelo dr. Jacintho L. Gomes, o qual, pelo mesmo motivo, foi substituido em 1918 pelo dr. Ricardo P. Machado, que ainda está no exercicio da respectiva funcção.

Tem assim a Faculdade se desenvolvido, lentamente é verdade, mas de um modo firme e bem orientado, sempre fiel ao lema — conservar melhorando, — e seu progresso se observou em todos seus departamentos.

O numero de alumnos de 67 subiu a 250; seus laboratorios, de 30 contos elevaram-se a 111 contos; sua receita, de 45 contos, attingiu no anno findo a 172 contos; seu saldo em 1898, de 17 contos, alcançou no anno findo 104 contos; seu patrimonio de 54 contos, passou a 556 contos.

Só lhe falta, pois, um edificio e este, graças ao Benemerito Governo do Estado, será em breve uma realidade.

Não podia, pois, esta Revista, orgão da Sociedade de Medicina, deixar de se congratular com este punhado de collegas abnegados que tudo têm feito para o desenvolvimento intellectual do Estado conservando e melhorando um importante estabelecimento de Ensino Superior que honra o Rio Grande do Sul e o Brasil inteiro.

---

No dia 15 de Dezembro realisou-se a eleição para Director e Vice-director desse Instituto de ensino superior. Foram re-eleitos os Profs. Sarmento Leite e Serapião Mariante.

Podemos noticiar, com bons fundamentos, que os trabalhos de construcção do grandioso edificio da Faculdade de Medicina, serão reencetados no proximo mez de Janeiro.

O corpo docente da Faculdade compõe-se actualmente dos seguintes professores:

Physica medica — Ney Cabral.

Chimica medica — Christiano Fischer.

Historia natural medica — Sarmento Barata.

Histologia e embryologia — Marques Pereira.

Anatomia descriptiva (1ª parte) — Moysés Menezes.

Physiologia — Fabio Barros.

Anatomia descriptiva (2ª parte) — Sarmento Leite.

Microbiologia — Pereira Filho.

Clinica propedeutica medica — Plinio Gama (interino).

Clinica propedeutica cirurgica — Guerra Blessmann (substituto).

Pathologia geral — Mario Totta.

Anatomia e physiologia pathologicas Gonçalves Vianna.

Pharmacologia e arte de formular — Paula Esteves.

Pathologia cirurgica — Diogo Ferraz.

Clinica dermatologica e syphiligraphica — Ulysses Nonohay.

Clinica ophtalmologica — Victor de Britto.

Clinica cirurgica — Frederico Falk.

Clinica cirurgica — Arthur Franco.

Anatomia medico-cirurgica e operações — Fróes da Fonseca.

Therapeutica — Dias Campos.

Clinica medica — Thomaz Mariante.

Clinica medica — Aurelio Py.

Clinica medica — Octavio de Souza.

Clinica pediatrica medica e hygiene infantil — Gonçalves Carneiro.

Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia — Nogueira Flores.

Clinica oto-rhino-laryngologica — Julio Velho (interino).

Pathologia medica — Alberto de Souza.

Hygiene — Velho Py.

Medicina legal — Annes Dias.

Clinica obstetrica — Freire Figueiredo.

Clinica gynecologica — Serapião Mariante.

Clinica neurologica — Raul Moreira (substituto).

Clinica psychiatrica — Luiz Guedes.

Chimica analytica — Waldemar Castro (interino).

Pharmacologia (1ª parte) — Ivo Corseuil (interino.)

Pharmacologia (2ª parte) — A. Galvão (interino).

Clinica de prothese — Fontoura Trindade.

Clinica estomatologica — José Paranhos.

Pathologia, therapeutica e hygiene dentarias — Cirne Lima.

Substituto da 5ª secção — Octacilio Rosa.

Substituto da 7ª secção — Freitas e Castro.

Substituto da 10ª secção — Martim Gomes.

Substituto da 12ª secção — Guerra Blessmann.

Substituto da 16ª secção — Raul Moreira.

Professor jubilado — Carvalho Freitas.

Professores honorarios { Carlos Barbosa. Olinto Oliveira.

Professor substituto em disponibilidade — Mario de G. Bittencourt.

---

Nêsse estabelecimento de ensino terminam agora o curso medico 20 doutorandos com a apresentação dos seguintes trabalhos, a serem defendidos perante a commissões examinadoras constituidas pelos respectivos lentes:

*Lamartine de Souza* — «O salycilato de sodio em medicina».

*João Lisbôa de Azevedo* — «Tono vagosimpatico na demencia precoce».

*Azaís de Freitas Duarte* — «Antigenos da reacção de Wassermann».

*Coriolano Silveira da Motta* — «Da anesthesia para-vertebral».

*Romeu Gomes de Borba* — «Sobre um caso de hemiplegia organica dolorosa».

*Olinto Flôres* — «Dystrophias genito-glandulares».

*Amadeu Amancio de Lemos* «Do chlorureto de calcio nas enterites dos tuberculosos».

*Hermeto Soledade Tourinho* — «Leishmaniose (a proposito de dous casos no Rio Grande do Sul)».

*Leonidas Palmeiro Escobar* — «Do regimen dietetico na febre typhoide».

*Alarico de Braga Trois* — «Syndromo dysenterico».

*Celestino Moura Prunes* — «Tratamento do impetigo pelo methodo de Triboulet.

*Ricardo Enck* — «Da syphilis e seu tratamento mixto».

*Manoel Lucas de Souza* — «Da cryogegenina como antithermico e analgesico».

*Ricardo Augusto Weber* — «Da efficiencia renal pelas dosagens de acido urico, creatinina e assucar no sangue».

*Germano A. Wittrock* — «Nervos musculo cutaneo e mediano».

*Adalberto Ferreira de Souza* — «A photographia policial».

*Dorval Silveira Martins* — «Tratamento do carbunculo humano pelo sôro normal de boi».

*Gaspar Faria* — «Estudo comparativo de diversos processos de pesquiza do bacillo typhico nas aguas».

*Felix Spinato* — «Sôro antitoxigravidico».

*Odino Lelio Pinós Duarte* — «Em torno de um caso de Esclerose lateral amyotrophica (fórma paraplegica).

Em Janeiro corrente iniciam-se os exames vestibulares para habilitação dos candidatos á matricula nos diversos cursos.

Em Março realisar-se-hão os exames de 2ª epoca e a 1.º de Abril reabrir-se-hão as aulas.

# SOCIEDADE DE MEDICINA

A Sociedade de Medicina de Porto Alegre foi fundada em 17 de Maio de 1908, tendo por fim tratar dos interesses da classe medica sob os pontos vista scientifico, moral e profissional.

Funccionou com regularidade até Dezembro de 1910 épocha em que entrou em ferias por tempo indeterminado conforme resolução de assembléa geral.

Em 6 de Novembro de 1912 um grupo de medicos tratou de reerguer a Sociedade, conseguindo então o seu funccionamento regular até hoje.

As sessões realizam-se semanalmente, tendo concurrencia não muito grande em relação com o numero de socios effectivos actuaes, o que aliás não é só mal nosso, nota se tambem em outras aggremiações congeneres nacionaes e estrangeiras.

São porém relativamente em grande numero as communicações recebidas, e em uma grande maioria despertam muito interesse.

Este anno foram reformados os Estatutos, sendo extinctas as antigas commissões scientificas eleitas pela assembléa e adoptada a divisão dos socios effectivos em cinco secções nas quaes elles se inscreverão por voto proprio.

As secções são: medicina, cirurgia, medicina publica, sciencias accessorias e clinicas especiaes.

Foi a seguinte directoria que dirigiu os destinos da Sociedade em 1919.

Presidente — Sarmento Leite.
Vice-presidente — Octavio de Souza.
Secretario geral — Guerra Blessmann.
1º secretario — Luiz Gued s.
2º secretario — Gabino Fonseca·
Thezoureiro — Plinio Gama.
Archivista — Octacilio Torres Rosa.

Em sessão de 26 de Dezembro de 1919 foi empossada a directoria abaixo que dirigirá os destinos da Sociedade em 1920:

Presidente — Sarmento Leite.
Vice-presidente — Annes Dias.
Secretario geral — Guerra Blessmann.
1º secretario - Gabino Fonseca.
2º secretario — Cavalcanti Mello.
Thesoureiro — Plinio Gama.
Archivista — Argymiro Galvão.
Commissão da Revista — Professores Annes Dias, Luiz Guedes e Mario Totta.

Na sessão de 26 de Dezembro essa directoria tomou posse. De accôrdo com os novos Estatutos, após esta ultima sessão a Sociedade entrou em ferias, recomeçando o seu funcionamento em Março de 1920.

No proximo numero daremos a lista dos socios honorarios, effectivos e correspondentes actuaes.

*G. B.*

## Trabalhos da Sociedade

Para aqui trasladaremos agora os principais trabalhos apresentados á Sociedade, em suas diversas sessões, muitos dos quais se acham já publicados na Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina.

Desde algum tempo, que, em intenso labor vem a nossa agremiação assistindo a interessantes communicações dos snrs. socios, constituindo, muitas vezes, valiosas contribuições a varios e magnos problemas da medicina.

Iniciaremos êsse registo pelos casos dados a conhecimento nas reuniões semanais do ano de 1918.

Assim na *sessão do dia 17 de Maio*, o Prof. Olinto de Oliveira apresenta uma série de desenhos demonstrativos de pesquisas que tem feito sobre *pequenas dilatações venosas* encontradas em algumas regiões do corpo de varios doentes que observou.

Essas dilatações, a que Sahli demnomina *dentriticas*, aparecem mais frequentemente na base e na região anterior do torax, sendo quase sempre vistas nos casos de lesões cronicas do pulmão e da pleura, parecendo estabelecer uma circulação colateral entre esta serosa e a pele.

Pódem ser encontradas tambem em individuos sãos.

O *Dr. Bassewitz* refere que o Prof. Mosler, da Alemanha, afirma tal fenomeno como sinal certo de tuberculose pulmonar.

O Prof. *Martim Gomes* formúla hipotese sobre a influência do epiploon na formação dessas dentrites quando aparecem no ventre, como num dos casos do Prof. Olinto.

Na *sessão do dia 24 de Maio* o Dr. Bassewitz relata caso interessante de sua clinica: Individuo moço, que contraíra blenorragia, viu-se dentro em pouco curado, do que êle referente poude certificar-se por varias provas, a que o submeteu, e que não despertaram corrimento algum.

Pouco tempo depois é o paciente acometido de doença aguda, tipo infeccioso, caracterizada por temperatura alta, manchas roseas pelo corpo, desordens digestivas, dôres, estado tifoide, etc. Logo após apresenta, á ausculta, um sopro em toda a area cardiaca, quando foi dado ao referente formular a diagnose de *endocardite aguda*, sem precisar-lhe a causa, pois supunha, por um raciocinio de momento, a blenorragia totalmente ausente.

De subito, porêm, alguns dias mais, surge no paciente uma flebite da região poplitéa E. e, mais tarde, varios abcessos em algumas regiões do corpo, maximé na região lombar e sacra. Examinando, então, o pús aí contido, verificou a presença de gonococus, indubitavelmente o germe responsavel por todo êsse quadro morbido, hoje, quase por completo, desaparecido.

—

Em *sessão do dia 7 de Junho*, o Prof. Raul Moreira comunica um caso de sua observação: Criança do sexo masculino, com 6 anos de idade, filho de mãe histerica, sem antecedentes pessoais dignos de nota. Após violento traumatismo consequênte á quéda, de uma escada, manifesta francas perturbações dos esfinctéres (retenção de urinas e fézes), e dôres ao longo da coluna vertebral e nos joêlhos, que se delinêam já contracturados. Oito dias passados, a retenção aludida se substitue por incontinência. O exame clinico, então, procedido, revelou desordens da sensibilidade termica e dolorosa no hemitorax E; exagero do reflexo rotular e aquileo de ambos os lados; presença dos fenomenos dos pedarticulos de Babinski.

Quase um ano depois, era evidente a rigidêz dos membros infeiores, com paralisia espastica e suas consequências. Exame radiologico da coluna vertebral não mostra fractura ou luxação. Perturbações distroficas e da sensibilidade acentuadas. Pensa tratar-se de uma *hematomielía*, embora o liguor cefalo raqueano não revelasse, quando extraído por puncção lombar, oito dias após o acidente traumatico, a presença de qualquer quantidade de sangue.

Entra em considerações para justificar a sua diagnose, ás quais concorrem os Profs. Olinto, Fabio e Guedes.

O Prof. Luis Guedes — relata caso de *debilidade mental* consecutiva á encefalopatia infantil, em que a paciente, já com 20 anos de idade, fingia doença, produzindo fenomenos motores exageradissimos para o torax e abdome, apresentando êste ptose de visceras e desordens consequentes. Além disso, outros sintomas, evidentemente falsos, a doente fabricava, tal como emissão de sangue pela bôca, simulando hemoptise. Faz minuciosas considerações para defender a diagnose que propôs: *patomimía*, justificando as razões por que lhe repugna catalogar o caso como pitiatismo.

O Prof. Blessmann — descreve um caso de *pionefróse calculosa* antiga, cujo paciente havia sido examinado em diversas capitais americanas, onde os cirurgiões negavam-se a opera-lo. A diagnose que estabeleceu foi confirmada pela primeira intervenção que praticou: *nefrostomía*.

Verificada a suficiência do rim D., por exames de urinas, e por exames quimicos do sangue, e a completa degeneração do E., procedeu á nefrectomía, ha um mês, com grandes melhoras actuais de seu doente.

—

Na *sessão do dia 14 de Junho*, o Dr. Sefton dá noticia de um caso de sua clinica. Trata-se de individuo branco, italiano, de 48 anos, flautista, que apresenta leucoplasía lingual com alguns caracteres que lhe fazem suspeitar de neoplasía. Foi nula a pesquisa de *lues* e improficua a medicação especifica, apesar disso, empregada.

Achando interesse no caso em questão, espera sugestões, a respeito, dos colegas.

O *Dr. Bassewitz* faz considerações e traz á lume factos semelhantes de sua observação, em que houve leucoplasía da lingua seguida, mais tarde, de carcinomatose do esofago.

Lembra como terapeutica aplicações locais de essência de mirtilo.

O *Dr. Guedes* refere caso de leucoplasía lingual concomitantemente á psoriasis dos cotovelos, joêlhos e pernas, num sifilitico, em

quem o tratamento especifico não sortiu beneficio algum, inclinando-se, pois, a pensar, de acôrdo com alguns autores, não ser a leucoplasia da lingua mal de natureza luesica.

O Dr. *Olinto* entende, não obstante essa opinião corrente, que a questão ainda está no terreno litigioso, havendo, pois, duvidas a respeito.

—

Em *sessão do dia 12 de Junho* o Prof. Gonçalves Vianna alude a um caso observado na "Enfermaria Dr. Wallau." Trata-se de hemiplegía organica em individuo moço, com sifilis. A hemiplegia desapareceu, depois de algum tempo, permanecendo movimentos atetoides dos dedos, contractura dos membros etc., e dôres disseminadas. O prof. Wallau quiz operar êsse paciente pelo metodo de Förster. Por exame mais detido, verificou reflectividade profunda exaltada, e hemianestesía, sendo muito embotada a sensibilidade ossea. Exames de laboratorio atestaram a presença de lues. Por esses elementos poude fazer a diagnose diferencial entre as doenças organicas e manifestações neurosicas. Era, pois, um caso de *hemianestesia organica*, denominada sindrome de Roussy ou tambem sindrome talamica.

Na explicação patogenica aventa a idéa de lesão de uma arteriola do talamo ou nucleo lenticular, que póde ser estensa, definitiva etc. Chama a atenção dos colegas para o caso, pela singularidade da lesão com o aspecto clinico apreciado.

O Dr. Marques da Cunha comunica que, em excursão á margem do rio Jacuhy, proximo á vila de S. Amaro, nêste Estado, colheu alguns especimens de *anofelinas* (mosquitos), que lhe parece ser da variedade — "cælia argyrotarsis."

Não encontrou a existência dessas especies referida nas Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro, pelo Dr. Arthur Neiva, autor de minucioso trabalho a respeito da destribuição geografica das mesmas.

Em seguida, apresenta os exemplares colhidos.

O Prof. Guedes — discorre sobre casos de *delirio por inducção*.

Trata-se de marido e mulher. Nêle se encontra a sindrome paranoide da sifilis cerebral. Seu delirio de grandêzas, tolo, absurdo, passou á consorte, francamente debil mental, em quem se implantaram as mesmas idéas morbidas.

Acontece que êle mantêm-se em estado inalteravel (naturalmente de acôrdo com a lesão propria da doença que sofre). Ela, isolada do marido, manifesta grandes melhoras.

Cita ainda alguns outros casos de delirio a dous, que tem observado, chegando á conclusão de que, via de regra, no *induzido* do delirio, quando convenientemente separado do *inductor*, a prognose é favoravel. Nêste, porêm, a doença está á mercê das lesões ou desorganizações definitivas ou não. Em torno de tais casos, tece considerações, chamando a atenção para o interesse clinico dos mesmos, principalmente sob o ponto de vista psicologico, isto é, o modo de formação e passagem do delirio do *inductor* para o *induzido*.

O Dr. Sefton fala sobre a *linha de* Arnth em doenças locais e generalizadas. Refere caso de difteria, em que fez aplicação do sôro especifico. O paciente passava muito bem, quando, de uma feita, entrou a apresentar fenomenos vaso-motores da pele. Verificou, então, a linha de Arnth desviando para a *direita*, facto êsse que atribue ao sôro velho do Instituto Pasteur, de Paris.

Empregou, então, o sôro do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro e apreciou desvio para a *esquerda* da referida linha.

A proposito, o Prof. *Nogueira Flôres* cita observações suas, quando no serviço de Pediatria do Prof. Olinto, na S. Casa, onde mais de vez apurou magnificos resultados com sôros velhos, sem que houvesse a notar o fenomeno aludido pelo Dr. Sefton.

—

Na *sessão do dia 19 de Julho*, o Dr. Bassewitz expõe interessante caso que observou: Individuo, em quem injectou, para cura-lo de uretrite gonococica, uma solução a ¼ por mil de oxicianêto de hidrargirio, apresentou de pronto vivas e incomodativas dôres na uretra e, posteriormente, eliminação do epitelio descamado com o feitio exacto daquele orgão, tomando o aspecto aparente de um helminto (mostra a peça aos assistentes). O paciente, assustado com o estranho fenomeno, ao chegar ao consultorio do orador, usou da seguinte frase: "Dr., trago-lhe aqui uma solitaria que expeli pela uretra!" Por entender curioso e singular o caso,dêle dá conhecimento á Sociedade.

Ainda o Dr. Bassewitz relata outro caso clinico: Individuo moço, branco, solteiro, que apresenta enorme destruição ulcerosa do penis, separando-o, quase por inteiro, da glande intacta, que se lhe adére apenas ao nivel da urétra.

Da exulceração irregular, anfractuosa, sai abundante e fetida secreção. Em partes, nota-se certa tendência para a reparação, onde se vê leve revestimento epitelial nacarado, tenue, interrompido por granulações avermelhadas. No todo, porêm, é acentuada a intenção destructiva do processo, especialmente para o fundo da ulceração, que se caracteriza por franca necrobiose dos tecidos.

A quéda da glande é iminente; o resto do membro, infiltrado, oferece ao tacto dura consistencia.

Conta o paciente, em seu passado morbido, acidentes venereos: cancro mole, ha tres anos, e adenite inguinal supurada. Não teve, porêm, infecção gonococica. A actual infecção começou em 1917, por insignificante lesão fissural (córte de cabelo) no sulco balano-prepucial, para o que êle proprio fez curativos antisepticos (nitrato de prata, agua oxigenada, pós secantes, etc.) Como não melhorasse, consultou, a respeito, medico especialista em venereologia, o qual classifica a ulceração de *cancro duro fagedenico* e prescreve-lhe uma injecção de neo-salvarsan.

A outros meios terapeuticos se sujeitou, tais como sais mercuriais diversos; ainda neo-salvarsan; colargol; aplicações locais de termocauterio, pomada de Reclus, solução Carrel, nitrato acido de hidrargirio, clorêto de zinco, etc. Isso de nada lhe valeu: a lesão peniana marchava em lento e franco progredimento.

Recolheu-se, então, á Santa Casa, onde se submeteu á intervenção cirurgica, que parece ter sido incisão dorsal do prepucio, e a tres injecções de aluetina.

Ensaiou helioterapia — tudo sem proveito algum. Foi quando procurou o orador, a quem, de posse dos elementos até aqui resumidamente narrados, estranhando que lesão ulcerosa tão grave não désse a minima repercussão sobre o estado geral do paciente, notando a absoluta ineficacia da terapeutica especifica — tudo lhe trouxe a suspeita de se não tratar de sifilis, reafirmado pela r. de Wassermann negativa.

Pensou, então, em *lupus ulceroso* ou num *cancroide*, mas por um ajustado raciocinio clinico afastou logo tais hipoteses. Veiu-lhe á mente a idéa de um *granuloma venereo*, que julga ainda não observado entre nós, idéa essa consubstanciada pela extrema cronicidade do caso, ausência de caquexia, integridade do sistema linfatico, etc. — factos que, ao contrario, não se enquadravam bem naquelas primeiras suposições.

Assim entendendo, aconselhou ao paciente injecções de tartaro emetico, preconisadas por Gaspar Vianna, do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro, o que se fez.

Retirou um fragmento do tecido granulomatoso para exame histopatologico: encontraram-se aí grandes massas de *calimnato bacterium granulomatosus*, tal como foi descrito pelo malogrado Gaspar Vianna. Ainda aí verificou-se abundante infiltrado plasmacelulado, e, no pús da respectiva secreção, apenas germes piogenicos vulgares.

O doente usou 4 injecções de tartaro emetico: o resultado foi brilhante, pois surpreendem, verdadeiramente, as modificações obtidas. Acredita o orador que a cura será completa.

Declara que, si conseguiu estabelecer com acerto essa diagnose, entrou muito em linha de conta haver examinado o paciente depois de alguns outros profissionais, contando, portanto, com elementos mais abundantes para o raciocinio clinico, inclusive o da ineficacia da terapeutica especifica.

Faz considerações sobre o caso, e sua raridade, no que é secundado pelos Profs. *Nogueira Flôres, Octacilio Rosa* e *Blessmann.*

O Dr. Sefton refere observação de uma senhora em estado puerperal que, repentinamente, se apresenta ansiosa, dispneica, cianosada, acusando dôr intensa na face anterior do torax, mais para o lado D.

Temperatura febril de 39.° A' escuta, percebeu estertores subcrepitantes no lóbo superior do pulmão D. Nada encontrou para o utero. Fez-lhe injecções de cafeina e oleo canforado.

Pela gravidade do caso, combina-se conferência com outro medico, a qual se efectivou duas horas depois. Então, e com surpresa sua, na doente já muito melhorada, não mais se verificaram os estertores aludidos.

Procurando explicação para o facto, pensou, pelo quadro clinico descrito, numa embolía temporaria, tanto mais quanto na paciente surgiram, logo após, fenomenos de infecção puerperal e peritonite consequente, do que veiu a falecer, mas sem o acidente pulmonar.

O Prof. Luis Guedes, entrando em considerações sobre diagnosticos embaraçosos, cita caso que teve no seu serviço clinico da Santa Casa:

Mulher preta, de vinte e poucos anos, solteira e não virgem, apresenta-se com *paraplegia crural flacida,* informando que, sem sinais premonitorios que lhe avisassem de seu mal, vê-se subitamente tolhida de movimentos nos membros inferiores, recolhendo-se, por isso, ao hospital.

Colega que a examinou fez-lhe a diagnose de *paraplegia histerica.* Ele, orador, subscreveu essa diagnose, pois que: — a subitaneidade do acidente, embora no pitiatico mais encontradiça seja a sindrome hemiplegica; a normalidade dos reflexos profundos; a *abolição total* da *sensibilidade,* em suas fórmas dissociadas termica, tactil e dolorosa, desordem que se apreciou até uma linha nitida de separação, a 2 cms., mais ou menos, acima da cicatriz umbelical e contornando o abdome e dorso; ausência dos sinais clinicos de lues e de outros elementos que o autorizassem, no primeiro exame, a supôr lesão organica — tudo veiu em favor de tal modo de pensar, isto é, de *paraplegía histerica.*

Contudo, preveniu aos alunos que o ouviam que a diagnose definitiva só se deveria estabelecer após observação mais detida, exames reiterados e pesquisas de laboratorio.

Solicitada a r. de Wassermann no sangue e liquido cefalo--raqueano, revelou-se francamente positiva naquele e negativa nêste. Mas aqui — hiperalbumose e linfocitose discreta.

Com o decorrer dos dias, outros fenomenos clinicos se apresentaram: reflexos diminuidos e, depois, abolidos; hipotonia muscular; perturbações dos esfinctéres. Mais tarde ainda, sobrevém fórma espasmodica da paraplegía, onde se nota a reflectividade exaltada e o fenomeno dos pedarticulos de Babinski.

Sem duvida, pois, não se tratava de *pitiatismo,* como a principio supôs, e sim de *mielite transversa especifica,* que se iniciou de modo agudo, ou diga-se com *icto medular,* casos esses, via de regra, de mui severa prognose.

Instituiu o tratamento combinado — mercurio e neo-salvarsan, além de meios auxiliares.

A paciente, que permaneceu por mais de ano no Hospital, teve, ha pouco, alta em muito bôas condições, em estado de leve paraparesía e com excelente estado geral. No caso, vê duplo interesse: a questão da diagnose, aparentemente facil, mas embaraçosa no inicio, e o resultado terapeutico obtido.

O *Prof. Olinto* diz que, conquanto aceite perfeitamente o diagnostico de doença organica — *mielite transversa especifica,* não põe de lado a sua associação com a *histeria,* visto como, sendo esta produto de sugestões, poderá aparecer quando lesão qualquer desperte expressões somaticas que atestam inferioridade do sistema nervoso, onde, mais comodamente, então, se implantará o pitiatismo.

A favor disso, inumeros são os factos de sua observação, os quais não poderá citar por não estar agora aparelhado. Opína, pois, pela associação, na paciente em fóco, dos dous males. Só assim haverá explicação harmonica para a fenomenologia descrita, entre esta a que se refere á questão da sensibilidade dissociada, ora disturbada sem obedecer á respectiva lei fisiologica.

O *Prof. Guedes* expressa-se de pleno acôrdo com o Prof. Olinto, tanto que aos alunos, a quem mostrou o caso, bordou considerações nêsse sentido. Em tal occasião até, com o seu modo de pensar a respeito, aludiu a um paciente, do conhecimento do Prof. Fabio Barros.

Êsse individuo, consequentemente a leve ferimento que o atingiu apenas em musculo da região escapular E., viu-se, in-continenti, tomado por *paraplegía crural,* que foi levada á conta tambem de fenomeno histerico.

Pouco tempo depois, comparecem exuberantemente todos os sinais de *paraplegia espasmodica* por *mielite transversa especifica.*

Pois bem, para tal inicio, após traumatismo que só poderia actuar como elemento sugestivo, se tem de admitir a conjunção das duas doenças — a funcional e a organica.

Foi o que tambem aconteceu, não ha duvida, com o caso vigente, que traz ao conhecimento da Sociedade.

(Cont. no proximo numero.)

*L. G.*

## Expressões pittorescas

Já o velho proverbio assevera que cada povo com seu uso, cada róca com seu fuso. Ha na nossa linguagem popular, para descrever certas sensações e determinar as diversas regiões do corpo, expressões devéras interessantes, que o clinico ouve a cada passo entre a gente inculta e, sobretudo, dos doentes da campanha.

Alguns desses dizeres guardam um certo senso e exprimem mais ou menos bem o estado morbido em fóco, ou mesmo definem, com singular intelligencia, varias partes do organismo. Outras, emtanto, são de uma extravagancia e de uma impropriedade a toda prova.

No intuito de archivar esse curioso vocabulario, começamos hoje a colleccionar as expressões mais em voga, pedindo aos collegas que nos enviem as que conhecerem.

—

*Arcas* — Costellas. Dôr nas arcas. Uma arca quebrada.

*Carapuça do joelho* — A rotula.

*Natureza* — Utero, orgãos genitaes. No corpo não sinto nada: o meu mal é todo na natureza.

*Ensamboamento* — Urticaria. Prurido. Escabiose.

*Gasturia* — Especie de boulimia; sensação de vacuo continuo no estomago.

*Vago* — Vertigem, syncope, ataque hysterico. Deu-lhe um vago.

*Orgão* — Penis. Ha dois annos me arrebentou uma ferida no orgão.

*Remorsos do estomago* — Borborinhos intestinaes. Tenho tantos remorsos do estomago que chego a me acordar com o barulho.

*Passar-se*—Morrer. Eram dez horas quando o doente se passou.

*Coroar* — Tempo do parto em que a cabeça do feto apparece no anel vulvar. A creança está coroando.

*Secundina* — A placenta. Ella ainda não botou fóra a secnndina.

*Costella minguinha* — A ultima costella.

*Já começa* — Escabiose.

## Emollientes e revulsivos

Passava, apressado, um medico na estrada, quando, de subito, uma desesperada mulher salta-lhe á frente:

— Doutor! Doutor! Acuda! Meu marido está muito mal.

O medico attende immediatamente ao chamado, mas, ao penetrar no quarto do doente e depois de lançar a este um rapido olhar, exclamou, sem maior exame:

— Ah! minha filha, cheguei muito tarde: seu marido é um homem morto. Não se póde fazer mais nada.

— Como, doutor?!

— Pois não vê que elle já está com as mãos completamente rôxas?

— Ah! isso é sempre assim, doutoa, meu marido é tintureiro.

— E' tintureiro?! Pois olhe: foi o que o salvou. Si elle não fosse tintuteiro era um homem morto.