

Biot

~~215~~

~~170~~

Anais

DO HOSPITAL
CENTRAL
DO EXERCITO

20 DE JUNHO 1940

V. 5

N. 5

==



RUA LICINIO CARDOZO - RIO DE JANEIRO
BRASIL

ANAIIS
DO
HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

20 DE JUNHO DE 1940

RIO DE JANEIRO
Officina Gráfica do Estabelecimento Central de Material de Intendência

1940

HOMENAGEM

Presidente da República

Exmo. Sr. Dr. Getúlio Dornéles Vargas

Ministro de Estado e Negócios da Guerra

Exmo. Sr. General de Divisão Eurico Gaspar Dutra

Chefe do Estado Maiór do Exército

Exmo. Sr. General de Divisão Pedro Aurélio de Goes Monteiro

Diretor de Saúde do Exército

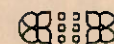
Exmo. Sr. General de Brigada Dr. Alvaro Carlos Tourinho

Secretário Geral do Ministério da Guerra

Exmo. Sr. General de Brigada Valentim Benício da Silva

Diretores do H. C. E. desde 1898

- Ten. Cel. Dr. FLÁVIO AUGUSTO FALCÃO — de
19-XI-1898 a 20-V-1903;
- Ten. Cel. Dr. RAIMUNDO DE CASTRO — de 27-V-1903
a 1-IV-1904;
- Ten. Cel. Dr. JOSÉ DE MIRANDA CÚRIO — de
9-IV-1904 a 26-XII-1904;
- Ten. Cel. Dr. ISMAEL DA ROCHA — de 26-XII-1904 a
1-IV-1908;
- Ten. Cel. Dr. ANTÔNIO FERREIRA DO AMARAL — de
4-II-1909 a 31-XII-1914;
- Ten. Cel. Dr. MANUEL PEDRO VIEIRA — de 2-I-1915 a
14-XII-1918;
- Cel. Dr. VIRGÍLIO TOURINHO BITENCOURT — de
14-XII-1918 a 15-VII-1920;
- Cel. Dr. JOSÉ DE ARAÚJO ARAGÃO BULCÃO —
de 15-VII-1920 a 16-XI-1922;
- Cel. Dr. ANTÔNIO NUNES BUENO DO PRADO —
de 16-XII-1922 a 2-V-1923;
- Cel. Dr. SEBASTIÃO IVO SOARES — de 16-VII-1923
a 15-X-1924;
- Cel. Dr. ALVARO CARLOS TOURINHO — de
15-X-1924 a 11-IV-1929;
- Cel. Dr. MANUEL PETRARCA DE MESQUITA —
de 11-IV-1929 a 24-I-1935;
- Cel. Dr. ANTÔNIO ALVES CERQUEIRA — de
11-II-1935 a 24-VI-1936;
- Cel. Dr. JOSÉ ACYLINO DE LIMA — de 29-VI-1936
até a presente data.



Hospital Central do Exército

DIREÇÃO

Diretor — Coronel Dr. José Acylino de Lima

Sub-diretor — Ten. Cel. Dr. Paulo Afonso Soares Pereira

Ajudante — Cap. Dr. Milton Alvarenga.

PESSOAL TÉCNICO

CLÍNICA MÉDICA E PESQUISAS CLÍNICAS

Chefe — Ten. Cel. Dr. Armando de Lima Meirelles.

Clínica Médica

Chefes e auxiliares de enfermarias:

- | | |
|--------------------------|---|
| 1ª Enfermaria — (praças) | Cap. Dr. Generoso de Oliveira Ponce
Cap. Dr. Olivio Vieira Filho |
| 2ª Enfermaria — | Cap. Dr. Hugo Leal Dias
1º Ten. Dr. Abelardo Raul de Lemos Lobo |
| 3ª Enfermaria — (sgts.) | Cap. Dr. Cicero Pimenta de Melo |
| 4ª Enfermaria — (praças) | Cap. Dr. Raul Barata |
| 5ª Enfermaria — | Cap. Dr. Edgard Alvarenga |
| 6ª Enfermaria — | |

CLÍNICA DERMO-SIFILIGRAFO-VENEREOLÓGICA E
CENTRO DE TRATAMENTO DA SÍFILIS

Chefe — Major Dr. Alcebiades Schneider.

7ª e 9ª Enfermarias — (praças) — Cap. Dr. Luiz F. Santayana de Castro.

8ª. Enfermaria — Cap. Dr. Octávio Salema Garção
Ribeiro

18ª. Enfermaria — Cap. Dr. José de Araújo Fabrício.

SERVIÇO DE TRANSFUSÃO DE SANGUE

Cap. Dr. Oswaldo Monteiro.

Cap. Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro.

SERVIÇO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

Chefe — Ten. Cel. farm. Dr. Manuel Vieira da Fonseca Junior.

Chefe interino dos Laboratórios — Cap. farm. Oscar Figueiras.

Receituário

Chefe — Cap. farm. Dr. João Clemente do Rêgo Barros

Auxiliares

1º Ten. farm. Olyntho Luna Freire de Pillar
1º Ten. farm. Henrique Barbosa da Cruz Filho
1º Ten. farm. Leobaldo Rodrigues de Carvalho
1º Ten. farm. Gerardo Majella Bijos

Hipodermia

1º Ten. farm. Roberto Corrêa de Souza.

Produtos oficinais

2º Ten. farm. Rubens Antunes Leitão.

SERVIÇO ODONTOLÓGICO

Chefe — Major dentista Alvaro Neves da Costa.

Auxiliares

Capt. dentista Ennio Villela

2º Ten. res. conv. Carlos Americano Dávila

Civil contratado — Bartolomeu Lopes

PESSOAL ADMINISTRATIVO

SECRETARIA

Secretário: — Of. adm. Ten. Cel. gr. Aristarcho L. de Oliveira Ramos.

Auxiliares

Major grad. Euclides Teixeira

Cap. grad. Mário Francisco Prudente.

Cap. grad. Lourival Ribeiro do Rosário.

TESOURARIA

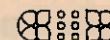
Tesoureiro: Cap. Adm. Mário Gomes da Silva

Aux.: Oficial Admtv. Raymundo Brandão dos Santos

ALMOXARIFADO

Almoxarife: 1º Ten. Adm. Mário Martins de Freitas

APROVISIONAMENTO

Aprovisionador: 2º Ten. reserv. conv. Francisco Pessoa
Guêdes

ANAIIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Ano V	20 de Junho de 1940	N.º 5
-------	---------------------	-------

SUMÁRIO

DIREÇÃO

Mais um ano de atividade do Hospital Central do Exército — Coronel Dr. José Acyilino de Lima ..	1
---	---

CLÍNICA MÉDICA E PESQUISAS CLÍNICAS

Metabolismo basal e glutathionemia — Capitão Dr. Ismar Tavares Mutél	5
Síndrome de Banti — Capitão Generoso de Oliveira Ponce	23
Hemi-intersexualidade — Capitão Dr. Firmino Gomes Ribeiro	34
A propósito das concreções urinárias — 1.º Tenente Farmacêutico Dr. Olyntho Luna Freire do Pillar	55
Idéias atuais sobre tensão arterial — 1.º Tenente Dr. Abelardo Lobo	58
Contribuição ao estudo da eliminação de ésteres de amino-ácidos — 1.º Tenente Farmacêutico Dr. Gerardo Majella Bijos	79

CLÍNICAS CIRÚRGICA E URO-PROTOLÓGICA

Gênese e doutrinas da concussão cerebral — Capitão Dr. Oswaldo Monteiro	84
---	----

Aderências peritoniais — Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro 104

Epididimites e artrites blenorragicas e seu tratamento — Capitão Dr. João Ellenst 123

Figado apendicular — Capitão Dr. Godofredo de Freitas 128

CLÍNICA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

Contribuição ao estudo das disenterias — Capitão Dr. Francisco Leitão 137

CLÍNICA DE OFICIAIS

Abcesso hepático de origem duvidosa — Major Dr. Euclides Goulart Bueno 147

CLÍNICAS DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Pseudo-síndrome de Charcot — Capitão Dr. Gabriel Duarte 154

Hemiparkinsonismo luético de forma apoplética — Capitão Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas 158

O exame dos doentes mentais na enfermaria E, do Serviço de Neurologia e Psiquiatria — Capitão Dr. Jurandir Manfredini 165

A prova de retenção de agua no diagnóstico da epilepsia — Capitão Dr. Nelson Bandeira de Mello. 187

CLÍNICA OFTALMO-OTO-RINO-LARINGOLÓGICA

Breves considerações em torno de dois casos de otite em lactantes — Capitães Drs. Octavio Amaral e Olivio Vieira Filho 207

Dois casos de periflebite tuberculosa da retina — Capitão Dr. Paiva Gonçalves 211

MEDICINA LEGAL

Segredo médico — Revelação permitida — Major Dr. Arídio Martins 216

CLÍNICA DERMATOLÓGICA

O Fogo Selvagem — Capitão Dr. Santayana de Castro 222

SERVIÇO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

Sobre o preparo de injetáveis de Glicose — Capitão Farmacêutico Dr. João Clemente do Rêgo Barros 245

O preparo de certas tinturas — 1.º Tenente Farmacêutico Leobaldo Rodrigues de Carvalho 247

NOTAS E ESTATÍSTICAS

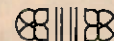
Serviço Farmacêutico do H. C. E. 248

Serviço Odontológico 250

Estatística do Hospital Central do Exército, referente ao ano de 1939 — Capitão Médico Dr. Nelson Bandeira de Mello 251

Centro de Estudos 268

Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria — Capitães Dr. Gabriel Duarte e F. R. P. Leivas 272



MAIS UM ANO DE ATIVIDADE DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

20-VI-1939 a 20-VI-1940

O quinto número destes Anais vem a publicidade a 20 de junho de 1940, ao termo do primeiro lustro de seu aparecimento, em comemoração ao transcurso de mais um ano de fecunda atividade do Hospital Central do Exército.

O desenvolvimento material e técnico alcançado neste grande estabelecimento nos últimos anos tem acarretado aumento proporcional dos trabalhos atribuídos aos seus múltiplos setores, exigindo por vezes ingente esforço no sentido de compensar deficiências e assegurar a obtenção do melhor êxito funcional.

No período anual findo continuaram as obras de reparação e de construção neste hospital, tendo sido algumas realizações de vulto satisfatoriamente concluídas.

A 10 de novembro de 1939 foi inaugurado solenemente o novo pavilhão destinado à Secção de Neurologia e Psiquiatria. Esta obra de grande relêvo veio remover uma das falhas mais sensíveis da nossa organização sanitária militar, conferindo autonomia a esta parte de nosso serviço que, desde 1922, funcionava junto ao atual Hospital Psiquiátrico da Assistência Nacional a Psicopatas, em anexo denominado Secção Militar de Observações. Embora fossem os doentes mentais do Exército sempre assistidos naquela dependência do Hospital civil por médicos militares dedicados à especialidade e as despesas de sua manutenção custeadas pelo Ministério da Guerra, frequentes embaraços dificultavam o aproveitamento comple-

to dêsse recurso, sobresaindo entre êles a relutância constante por parte de parentes e interessados contrária a internação nessa secção indicada em muitos casos. Insistiam em evitá-la, encarando menos as deficiências de ordem material que as contingências de aspecto moral, por temerem o estigma resultante da passagem pelo Hospício, sobretudo lesivo ao conceito profissional dos portadores de fórmias clínicas agudas perfeitamente recuperáveis. Tais conjunturas difíceis condicionavam a humana tolerância de serem mantidos em enfermarias comuns do Hospital, enquanto possível, psicopatas de certas categorias, a despeito de inconvenientes previsíveis que mais acentuavam a falta de meio privativo a sua observação e assistência.

Este novo pavilhão, por sua situação e pelos detalhes de sua edificação, tem garantida sua eficiente utilização, permitindo aos doentes nervosos e mentais do Exército os cuidados discretos em seu proprio meio e proporcionando os elementos necessários à prática conveniente da especialidade. Além dos compartimentos preparados para alojar com suficiente conforto os pacientes internados na Secção, compreendida a providência da separação precisa consoante a hierarquia e a feição clínica em aprêço, encontram-se neste pavilhão as dependências reservadas à instalação de gabinetes de identificação, de biometria, de psicologia e outros destinados a servir às pesquisas semiológicas indispensáveis nê-se domínio e a favorecer o exercício da psicotécnica no objetivo de selecionar e orientar as capacidades para os diferentes mistéres da vida militar.

Assim resolvido êsse magno problema do Serviço de Saúde do Exército, uma vez completada as instalações necessárias e feita a transferência para o confortavel pavilhão recém-construido, após o preenchimento das medidas correlatas, dos doentes ainda mantidos na Secção Militar de Observações criada por Aviso n.º 74, de 16 de dezembro de 1922, junto ao então Hospício Nacional de Alienados, foi esta secção extinta por ato ministerial consubstanciado no Aviso n.º 717, de 21 de fevereiro de 1940, publicado no Boletim do Exército n.º 8, de 24 do mesmo mês e ano.

Acha-se êste serviço em cabal funcionamento na moderna Secção de Neurologia e Psiquiatria e plenamente integrada no nosso Hospital desde janeiro do ano corrente.

Também em 10 de novembro de 1939 foram inaugurados apreciáveis melhoramentos na Secção de Radiologia e Eletrologia do Hospital, cuja antiga séde passou por uma reforma completa, recebendo reparações gerais e novas adapta-

ções para diversas de suas instalações, especialmente para a do aperfeiçoado e potente conjunto de rádiodiagnóse com que fôra recentemente dotada.

O Necrotério do Hospital, uma de suas mais antigas dependências, foi totalmente submetido a grandes e indispensáveis reparações, reclamadas por estragos causados pela ação do tempo, tendo ficado em perfeitas condições.

A Sub-Estação elétrica dêste estabelecimento sofreu grande remodelação, sendo ampliada suficientemente para atender as necessidades crescentes de sua finalidade.

Foi construída uma ampla garage com capacidade bastante para abrigar todas as viaturas do Hospital junto ao muro limítrofe dos fundos do estabelecimento, em contiguidade às dependências já existentes ocupadas pelas oficinas e depósitos, as quais passaram ao mesmo tempo por grandes reformas. Êsse muro posterior do Hospital foi alteado em toda a sua extensão, como medida de segurança.

As áreas do parque do estabelecimento, depois de aterradas, niveladas regularmente, e em parte, calçadas a paralepipedos, tiveram seu ajardinamento e arborização completados.

Foram concluídas as obras de que muito precisava para sua conservação própria o Pavilhão Central, constantes de inteira renovação da instalação de luz elétrica, da construção de telhados sobrepostos às antigas lages de cobertura que se fendiam e não vedavam a penetração das águas pluviais, de reparações diversas e de pinturas gerais.

A par dêsses impulsos de renovamento e de progresso materiais, foi deferida ao Hospital a providência de há muito reclamada pela intensidade sempre crescente de seus serviços tendente a remediar as dificuldades resultantes da reduzida dotação de seu pessoal auxiliar, com a admissão de mais seis irmãs zeladoras e de sessenta serventuários diaristas extra-numerários.

Amplia-se cada vez mais a complexa missão imposta a êste hospital, cuja provisão de pessoal técnico carece ser encarada mais rigorosamente com o duplo fim seletivo e de acréscimo.

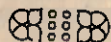
A instabilidade dos técnicos, frequentemente afastados de seus encargos quando ainda na pista da produção colimada, em carater definitivo ou mesmo temporário, e as suas substituições inadequadas, por certo constituem muitas vezes

sério embaraço a consecução do rendimento ótimo de trabalhos científicos iniciados neste esplêndido meio de observação e de estudo.

Como nos três anos anteriores, a estatística nosológica relativa a 1939 registrou, em continuação, o aumento progressivo das cifras globais correspondentes a baixas e a curas, contrastando com a diminuição da letalidade, fato de expressiva significação sobre a eficiência de nosso serviço hospitalar.

Não esmorecem na sua devotada labuta os que procuram neste ambiente propício aprender e ensinar, aperfeiçoando-se nas especializações da medicina e preparando na aplicação médico-militar os técnicos de saúde que são distribuídos por todas as guarnições do Exército e vão colaborar até as nossas fronteiras mais longínquas na grandiosa obra nacional de saneamento e de eugenia.

J. ACYLINO DE LIMA.



CLÍNICA MÉDICA E PESQUISAS CLÍNICAS

Metabolismo basal e Glutathionemia

Dr. Ismar Tavares Mutel

Capitão Médico, Chefe do Gabinete de Pesquisas
Clínicas do H. C. E.

O presente tema, em seu confronto semiológico, não constitui originalidade.

No entanto, tendo-se em vista sua importância atual em patologia, mormente a ligada ao assunto dos fenômenos físico-químicos da respiração, pareceu-nos bem tolerada e bastante oportuna, a colaboração que fazemos.

Demais, a circunstância de termos, presentemente, em mãos, dum lado os serviços de metabolismo basal e os de química biológica, e doutro, indiretamente, o campo de observação pessoal, solucionou-nos a dificuldade bastante embaraçosa para atendermos à sempre grata e honrosa solicitação em colaborarmos nestes Anais.

As conclusões finais da existência dum paralelismo inverso, mas constante, entre as dosagens do glutathion sanguíneo e a determinação do metabolismo basal, têm resolutamente resistido a todas às dúvidas científicas levantadas até hoje, e deste modo, firmam-se as bases de sua positividade real, como meio seguro e indispensável ao diagnóstico.

O descobrimento e a focalização dos testes hipertiroides, encontram no cotejo dos valores do método bio-químico com as indicações do processo calorimétrico, a modalidade semiológica mais segura das existentes até aqui.

As contestações aparecidas, entre as quais as de Rivoire e de Bermond, declarando — “que os valores glutathionicos são inconstantes, num mesmo individuo em estado normal”, em nada fazem desmerecer o paralelismo acima apontado, pois, as determinações do metabolismo basal, igualmente, estão sujeitas, como aliás todas as síndromes clínicas e humorais, às variações individuais dos meios endógenos e exógenos.

E contrapondo a essas fracas dúvidas, adiante transcreveremos algumas observações nossas, contingente modesto, na verdade, que reunimos convencidos à massa bastante volumosa das já existentes, obtidas por pesquisadores do quilate de Achard, Guthmann, Litarczek e, nos últimos tempos, por Beaux.

As premissas donde partimos na presente colaboração, estribam-se nos dizeres:

- a) — a percentagem do glutátion total no sangue, diminui em quantidade no hipertiroidismo, proporcionalmente ao aumento do valor do metabolismo basal;
- b) — o valor percentual do metabolismo basal, diminui em quantidade no hipertiroidismo, comparativamente, ao aumento, também quantitativo, do glutátion total sanguíneo."

Mesmo aqueles que fizeram certas restrições a essa variação do glutátion total, salientaram, como Rivoire e Bermond, a importância dum índice glutatiónico, obtido pelo quociente, da seguinte relação:

$$\frac{G. S. S.}{G. S. H.}$$

correspondente à divisão do glutátion oxidado pelo glutátion reduzido, fórmulas estas pelas quais está representado no sangue o tripeptídeo em análise.

Preferimos, porém, como fez Beaux, sem que isto em nada prejudique os resultados, comparar percentualmente, os valores do glutátion total ao do metabolismo básico.

Em síntese, duma maior ou menor medida de oxigênio em sua atividade bio-química, está a depender ambos os valores em comparação centesimal e milesimal.

Si, pelo metabolismo basal buscamos as queimas produzidas pelo oxigênio, manifestadas nas calorias dispendidas em determinado tempo e superfície corporal, na dosagem glutatiónica, procuramos o consumo do tripeptídeo unido às oxido-reduções em sua atividade termo-química tecidual.

Assim, a situação final desse fenômeno, no hipertiroidismo, é ficar o glutátion oxidado diminuído, em sua quantidade, ao mínimo, diante do hiperfuncionamento tiroideo.

O fator biológico essencial à vida, o oxigênio, encontra no glutátion, como que um interventor assíduo, indispensável

às oxido-reduções juntas ao tecido, e sobre isto, todas as especulações da físió-química estão de pleno acordo.

O glutátion é o elo de união de todo o metabolismo celular, cuja eficiência biológica fica a depender da remoção do hidrogênio tecidual e sua junção ao oxigênio circulante, na redundância final da produção do calor.

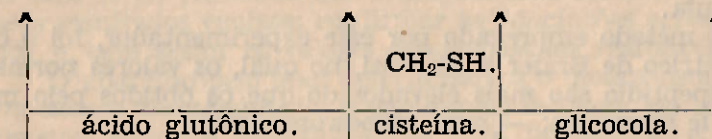
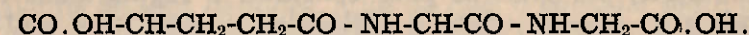
A existência dum catalizador intermediário nas oxido-reduções foi achada no grupo químico dos tióis.

Heffter, todavia, foi o primeiro a comparar a ação oxido-redutora dos tecidos à já conhecida nos ácidos tioglicólicos. (CH_2SH-CO_2H).

Meyerhof, adiantando tais estudos, localizou melhor tais ações redutoras na esfera vital celular dos animais.

Por fim, em 1921, coube a Hopkins, separar um produto tirado dos músculos e do fígado de mamíferos, a que deu o nome de glutátion, substância solúvel na água e de nítida ação oxido-redutora célula-tecidual.

A individualização química dessa substância, já bem definida agora, é:



Sua origem química prende-se à dos peptídios, quer endógenos ou exógenos.

E', pois, o glutátion um tripeptídeo, como se depreende de sua fórmula — **glutanil-cistenil-gliceril**, — existindo no sangue sob as duas fórmulas químicas, oxidado ou G. S. S. e reduzida ou G. S. H.

Muitas teorias explicam o mecanismo íntimo, pelo qual é o glutátion o provocante do hidrogênio tecidual, afim de uní-lo ao oxigênio inspirado, para a produção do coeficiente térmico tão bem determinado segundo as regras de Van t'Holf.

Embora ainda não se possa explicar bem sua ação bio-química nas células, vai-se aproximando, porém, da modalidade oxido-redutora-reversível, e sua existência é comparável ao dum intermediário indispensável, agindo como receptor em face das desidrases.

Contudo, sua ação química, é fato consubstancialmente provado, consiste numa oxido-redução reversível.

E é este metabolismo celular que, sendo avaliado pela medida do oxigênio gasto, (metabolismo basal) ou pela avaliação quantitativa do bio-catalismo do glutátion, (hemo-

química) nos traduz sempre as condições íntimas da vida orgânica, nos seus limiares normo-patológicos.

Si o consumo do oxigênio, na realidade da vida, é fato que nos traz à memória os trabalhos desde Lavoisier, o dispêndio do glutácion, de conhecimento mais moderno, mas não menos verdadeiro, nos faz lembrar as comprovações experimentais de Hopkins, Hunter, Stewart e outros no terreno bio-químico.

Após essas considerações, entre as realidades metabólica basal e glutatônica total, e mais ainda, diante dos fatos comprovadores do paralelismo inverso, existente entre ambos, observados em doentes sob tratamento radioterápico das tiroides, nos quais várias medidas metabólicas e glutatônicas foram tomadas; condizendo todos seus resultados, pela constância e pela proporcionalidade, isto é, aumento de M. B. e diminuição do G. T., nos hipertiroideos, tornam-se desnecessários aduzir mais provas a esta exposição.

Braier, de Buenos-Aires, no Terceiro Congresso Sul-Americano de Química, 1937, apresentou um quadro com 101 determinações, por onde se pôde constatar a regularidade do paralelismo inverso entre o metabolismo basal e a glutatônemia.

O método empregado por este experimentador, foi o colorimétrico de Braier y Marenzi, no qual, os valores normais do tripeptídio são mais elevados do que os obtidos pelo método de nosso uso: — o de Woodward e Fry.

A. Lima Filho, em seu interessante trabalho laureado pela Academia Nacional de Medicina, em 1938, focalizou com brilhantismo, a vantagem da medida do metabolismo basal para o diagnóstico, como ainda, para o auxílio, como controle, no tratamento do hiper-tiroidismo, juntando expressivas observações a respeito.

Braier, igualmente, observou tais vantagens do metabolismo, tirando idênticos resultados com o emprego da dosagem do glutácion sanguíneo.

E desta forma, estamos presenciando a constância proclamada e irrestrita, no paralelismo do metabolismo basal com a glutatônemia, quer no diagnóstico, quer no tratamento da doença de Graves, circunstância esta, consentânea com a verdade única e ímpar.

A este respeito, possuímos também, parte dum fato observado, cujas falhas, independentes de nossa vontade, não pudemos evitar.

Trata-se da menor M. G. S., de 16 anos, que fez uso da tiroxina de Kendall. Houve um hipertiroidismo medicamentoso, passando o metabolismo basal, de + 28,9 % e o glutácion total de 26,8 miligramas por cem de sangue, após três

meses de uso, para + 32,5 % e 24,2 miligramas por cem, guardando, entre si, uma variação em balança.

Ainda no Congresso de Química citado, Braier, em considerações experimentais dignas de divulgação maior, concluiu, após observações em ratas e cobaias, declarando haver, no hipertiroidismo provocado, aumento glutatônico nos tecidos em geral, mas acentuadíssima diminuição no sangue.

Beaux e Achard chegaram às mesmas conclusões experimentais.

Enfim, em síntese final, rica de valores e de verdades, afirmou Braier: — “que a diminuição de glutácion sanguíneo em animais com hipertiroidismo, deve-se ao acúmulo dessa substância nos tecidos, principalmente no fígado, resultante direto do hiperfuncionamento glandular.”

Para que hajam pesquisas idênticas, escoimadas de erros de técnica e de heterogeneidades no material empregado, necessário se torna enumerar os métodos por nós usados, como alguns de seus detalhes, afim de que, o controle sobre o que se tem feito, realize-se em condições idênticas, e, portanto, seus resultados venham confirmar as conclusões achadas por nós, e, bem assim, os valores dessas mesmas realizações.

O aparelho pelo qual determinamos o metabolismo basal em nossos observados, foi o de circuito fechado, Mc. Kesson, sistema geral de Benedict-Roth, fácil de manejo e, consequentemente, seguro nos resultados.

A padronagem percentual foi a de Aub e Du Bois, isto é, área superficial.

Levando em conta os trabalhos de O. Almeida, quanto à padronagem metabólica brasileira, (relativos à temperatura e à alimentação) os resultados dos exames realizados, obedeceram já à adaptação, e, assim, com a média diferencial de 15 %.

Atendendo, ainda, à questão fisiológica da hiperglobulia sanguínea após as refeições, como ao fator hemo-químico de que, o glutácion se encontra em maior quantidade nas hemácias, o sangue a exame, foi colhido em jejum, justamente quando, nas mesmas condições de regime, tirou-se o metabolismo basal.

O processo por nós usados para a dosagem glutatônica foi o de Woodward e Fry, simples, de titulação pelo iodeto de potássio, após a desproteinização do sangue pelo ácido sulfosalicílico.

Encontrados os valores das dosagens, comparamo-los com as quantidades normais, em miligramas por cem de sangue.

De acordo com Woodward e Fry, os valores normais médios são:

Nos homens:

G. S. S. — (glutát. oxidado)	6.6
G. S. H. — (glutát. reduzido) ..	27.0
G. T. — (glutát. total)	33.6

Nas mulheres:

G. S. S.	7.8
G. S. H.	28.4
G. T.	36.2

Os valores do metabolismo basal, variáveis nos indivíduos, com o peso, a altura, a temperatura, a pressão barométrica, etc., serão dados em cada observação, e como já o dissemos, reduzidos à padronagem brasileira.

E, com esta série de cuidados, as dificuldades dos diagnósticos entre as várias tireoidopatias, vão-se desaparecendo, com a seleção daquela que traduz-se pelo hipertiroidismo e suas consequências.

Por isto, o confronto dos métodos acima, só foi realizado nos portadores das manifestações clínicas do basedowismo, onde o metabolismo basal é sempre aumentado, e o glutatión total mostra-se sempre reduzido.

Nas observações a seguir, incluem-se as dos doentes internados neste nosocômio, como algumas de externos, vindos para determinação do metabolismo basal, mas que, gentilmente, aquiesceram, a pedido nosso, a dar o sangue para a dosagem glutatiônica.

Provado que, na doença de Graves, o metabolismo basal e a glutatiónemia, sejam elementos precisos ao diagnóstico, conclue-se, facilmente, pelos seus valores em separados, facilitando sobretudo a clínica nos lugares onde, não se dispondo do aparelho metabólico, é este, cabalmente, substituído em suas finalidades clínicas, pelo método bio-químico, (dosagem glutatiônica) de fácil realização e custo reduzidíssimo.

Rivoire e Bermond consideram até, o índice glutatiônico, superior aos valores do metabolismo basal nas manifestações clínicas fugazes do hipertiroidismo.

Outros, como Kessel, Maranon, etc., equivalem-no ao metabolismo basal, afirmando indicar as alterações bio-patológicas da tiróide, muito antes da taquicardia e dos micro-tremores.

Aub e Stein, Boothby e outros, alteiam a importância glutatiônica até à cura, no controle à terapêutica empregada.

No meio militar, sendo a doença de Basedow, uma das que enquadram a incapacidade, a circunstância em possuírmolos, na dosagem glutatiônica, um índice seguro e imprescindível ao diagnóstico, virá sobretudo facilitar o tratamento nos hospitais e, nas juntas de inspeção, em lugares de poucos recursos, igualmente facilitar o parecer da aptidão física.

A dosagem glutatiônica constitui, pois, um dos processos, até agora, seguros para o descobrimento das remotas alterações do hipertiroidismo, assegurando pelo exame químico sanguíneo, as menores alterações de seu valor, em miligramas por cem, e, com isto, o alertar dum doente em andamento, e às vezes, irremediável. Essa dosagem tem com isto, assegurado um lugar profilático de incontestes e inestimável importância em medicina.

Observação — I.

J. R., soldado do Batalhão de Guardas, baixado ao Hospital Central do Exército, Quinta Enfermaria, em 1939, branco, solteiro, com 22 anos de idade, natural do Paraná.

Manifestações contínuas de agitação à menor emotividade. Dispnéa e disfagia. Calores indefinidos na face e no torax. Ausência de bócio. Exoftalmia discreta.

Peso — 56 quilos. Pulso — 99.

Exame metabólico basal:

Calorias hora	84,80.
Calorias 24 horas	2,035.

Metabolismo basal normal	36,6.c.
Metabolismo basal encontrado ..	52,3.

Resultado: + 49 %.

Exame glutatiônico:

Glut. reduzido. — G. S. H. —	17,40	milg.	por	%.
Glut. oxidado. — G. S. S. —	4,70	"	"	%.
Glut. total. — G. T. —	22,10	"	"	%.

Diagnóstico: — Hipertiroidismo.

Observação — II.

H. Z. B., soldado do 1.º R. I., baixado ao H. C. E., Primeira Enfermaria, em 1939, pardo, solteiro, com 21 anos de idade, natural do Estado do Rio.

Sente-se mal em aglomerações, preferindo isolar-se quando pôde. Baixou por sentir "aflições no pescoço e ouvir vózes que perturbam suas idéias". Sensação de aumento da cabeça, onde com chapéu, sente demasiada quentura. Aumento discreto na face lateral direita do pescoço. Ausência de tremor e de exoftalmia.

Peso — 53 quilos. — Pulso — 102.

Exame metabólico basal:

Calorias hora	70.40.
Calorias 24 horas	1.689.

Metabolismo basal normal	36,6.
Metabolismo encontrado	47,0.

Resultado + 34 %.

Exame glutatiônico:

Glut. reduzido. — G. S. H. —	21,20	milig.	por	%.
Glut. oxidado. — G. S. S. —	5,10	"	"	%.
Glut. total. — G. T. —	26,30	"	"	%.

Diagnóstico: — Personalidade psicopata e distrofia tiroidiana.

Observação — III.

C. M. S., soldado do 14.º R. I., baixado ao H. C. E., em 1939, moreno, com 21 anos de idade, natural do Estado do Rio.

Ligeiros tremores fibrilares nas extremidades. Acusa parestesias abdominais constantes com sensação de calor local. Hiper-emoatividade à menor sensação. Dores, com sensação de aperto, na base do pescoço. Ausência de bócio e de exoftalmia. Peso — 49 quilos. — Pulso — 96.

Exame metabólico basal:

Calorias hora	81,50.
Calorias 24 horas	1.956.

Metabolismo basal normal	36,6.
Metabolismo encontrado	52,5.

Resultado + 47.

Exame glutatiônico:

Glut. reduzido — G. S. H. —	19,80	miligs.	por	%.
Glut. oxidado. — G. S. S. —	4,90	"	"	%.
Glut. total. — G. T. —	24,70	"	"	%.

Diagnóstico: — Hipertiroidismo frusto.

Observação — IV.

E. C., empregado civil da F. P. S. F., baixado ao Hospital Central do Exército, Terceira Enfermaria, em 1938, branco, solteiro, 22 anos de idade, natural de São Paulo.

Irrequieto, inconstante e ansioso. Conduta com extravagâncias, queixando-se de "varias influências". Alguns delírios persecutórios. Autismo, às vezes. Ligeira exoftalmia. Acusa dor na face lateral direita do pescoço, ao deglutir. Ausência de bócio e de tremores.

Peso — 55 quilos. — Pulso — 108.

Exame metabólico basal:

Prejudicado pelo estado do doente.

Exame glutatiônico:

Glut. reduzido — G. S. H. —	14,22	miligs.	por	%.
Glut. oxidado. — G. S. S. —	4,70	"	"	%.
Glut. total. — G. T. —	18,92	"	"	%.

Diagnóstico: — Esquizofrenia e hipertiroidismo.

Observação — V.

O. C. M., soldado do 1.º B. C., baixado ao H. C. E., na Segunda Enfermaria, em 1939, branco, solteiro, com 20 anos de idade, natural do Estado do Rio.

Queixas contínuas de garganta seca e quente. Tremor fugaz nas extremidades. Olhar lento, mas sem exoftalmia. Calores indecisos e inconstantes. Dores também vagas e com crises de inquietação. Horror aos lugares fechados e a ruídos finos. Ausência de bócio.

Peso — 57 quilos. — Pulso — 116.

Exame metabólico basal:

Calorias hora 90,00
Calorias 24 horas 2.160

Metabolismo basal normal 32,3
Metabolismo encontrado 55,9

Resultado: + 62 %.

Exame glutatiônico:

Glut. reduzido — G. S. H. — 15,20 miligs. por %.
Glut. oxidado — G. S. S. — 3,10 " " %.
Glut. total — G. T. — 18,30 " " %.

Diagnóstico: — Hipertiroidismo.

Observação — VI.

H. D. C., branca, casada, com 33 anos de idade, natural do Distrito Federal.

Palpitações e cansaço. Ansiedade à menor espera. Suores profusos e frios, principalmente nos braços e torax.

Sensação de peso no hipocôndrio esquerdo. Manchas equimóticas nos braços e nas pernas. Disfagia só com alimentos quentes. Tonteiras. Ausência de bócio. Ligeira exoftalmia.

Peso — 49 quilos. — Pulso — 104.

Exame metabólico basal:

Calorias hora 65,40
Calorias 24 horas 1.569

Metabolismo basal normal 31,1
Metabolismo encontrado 44,4

Resultado: + 36 %.

Exame glutatiônico:

Glut. reduzido — G. S. H. — 21,05 miligs. por %.
Glut. oxidado — G. S. S. — 4,60 " " %.
Glut. total — G. T. — 25,65 " " %.

Diagnóstico: — Hipertiroidismo.

Observação — VII.

A. T. C., branca, solteira, com 22 anos de idade, natural de Minas Gerais.

Calefrios em toda altura da coluna vertebral. Dispneia e emagrecimento contínuo. Pruridos e sensações de corpos estranhos em movimento. Ligeira exoftalmia. Ausência de bócio.

Peso — 45 quilos. — Pulso — 100.

Exame metabólico basal:

Calorias hora 86,50
Calorias 24 horas 2.076

Metabolismo basal normal 31,5
Metabolismo encontrado 52,4

Resultado: + 56 %.

Exame glutatiônico:

Glut. reduzido — G. S. H. — 15,20 miligs. por %.
Glut. oxidado — G. S. S. — 3,40 " " %.
Glut. total — G. T. — 18,60 " " %.

Diagnóstico: — Basedowismo.

Observação — VIII.

R. S. S., morena, casada, com 26 anos de idade, natural do Distrito Federal.

Grande dispnéa ao menor esforço. Emotividade. Irritabilidade contínua. Tremores nas extremidades. Taquicardia com hiperfonese na segunda bulha. Ausência de bócio. Discreta exoftalmia. Sensação de peso e plenitude cefálica. Unhas de consistência cética e quebradiças. Insônia rebelde. Anorexia e constipação crônica.

Peso — 54 quilos. — Pulso — 92.

Exame metabólico basal:

Calorias hora 66,40
Calorias 24 horas 1.593

Metabolismo basal normal 31,5
Metabolismo encontrado 45,7

Resultado: + 39 %.

Exame glutatônico:

Glut. reduzido — G. S. H. — 20,08 miligs. por %.
Glut. oxidado — G. S. S. — 4,90 " " %.
Glut. total — G. T. — 24,98 " " %.

Diagnóstico: — Hipertiroidismo frusto.

Observação — IX.

E. H. S., branca, solteira, com 22 anos de idade, natural do Rio Grande do Sul.

Inconstância na atenção e falta de aproveitamento nos estudos. Dores abdominais errantes e só após as refeições noturnas. Disartria acentuada no relato de fato julgado emocionante. Ligeiros tremores vibratórios nas extremidades. Tics faciais. Ligeira exoftalmia. Nota-se no ato de deglutição um aumento difuso na região basal do pescoço, no lado direito.

Peso — 48 quilos. — Pulso — 102.

Exame metabólico basal:

Calorias hora 77,40
Calorias 24 horas 1.857

Metabolismo basal normal 31,2
Metabolismo encontrado 48,80

Resultado: + 47 %.

Exame glutatônico:

Glut. reduzido — G. S. H. — 16,90 miligs. por %.
Glut. oxidado — G. S. S. — 4,20 " " %.
Glut. total — G. T. — 21,10 " " %.

Diagnóstico: — Basedowismo.

Observação — X.

A. S. D., branco, solteiro, civil, funcionario do M. G., com 25 anos de idade, natural de Minas Gerais.

Emagrecimento acentuado nos últimos meses. Anorexia e náuseas contínuas. Não fuma nem bebe. Mioclonias isoladas. Hiperestesias musculares acentuadas e fugazes, sem localização locais. Sensação contínua de picadas no pescoço impossibilitando-o, às vezes, no uso de colarinho, seguidas de tosse e dispnéa. Olhar vivo com exoftalmia visível. Ausência de bócio.

Peso — 54 quilos. — Pulso — 96.

Exame metabólico basal:

Calorias hora 46,90
Calorias 24 horas 1.125

Metabolismo basal normal 33,6
Metabolismo encontrado 46,9

Resultado: + 34 %.

Exame glutatiônico:

Glut. reduzido — G. S. H. —	16,46	miligs.	por	%.
Glut. oxidado — G. S. S. —	4,36	"	"	%.
Glut. total — G. T. —	19,82	"	"	%.

Diagnóstico: — Hipertiroidismo frusto.

Confirmadas, assim, as convergências desses métodos propedêuticos ao diagnóstico (mesmo nas fórmulas frustas) das perturbações funcionais tiroidianas do basedowismo, a prática simultânea de ambos, torna-se luxuosa e dispensável, bastando, pois, só o metabolismo basal, ou separadamente, só a dosagem glutatiônica.

Acostumados com as dificuldades existentes em lugares, onde não se dispõe de recursos fáceis de laboratório, anteve-mos, com satisfação, o desaparecer de tal óbice, pelo alcance clínico da constância e da sensibilidade da avaliação glutatiônica, no descortínio dos varios casos de hipertiroidismo e da rica cadeia de síndromes dele dependente.

As taquicardias, entre as perturbações cárdio-vasculares; as dispnéas subjetivas e seu cortejo, tantas vezes, indefinido e angustioso das variações termogênicas, entre os sinais respiratórios; as anorexias, ou outras vezes, a bulímia, entre os sinais digestivos; os micro-tremores, (vibração perpétua de R. Vaz) a inquietação, a insônia, a debilidade muscular e as paresias múltiplas, entre os sinais nervosos; finalmente, muitos outros sinais dispersos ou localizados na esfera sexual, com suas repercussões psíquicas e mais síndromes, não menos embaraçosas ao diagnóstico, caracterizados na policromia bizarra da pele, tais como, manchas, pêlos, urticárias insipientes, eczemas, etc., irão ter sua étio-patogenia apontada pelos miligramos nas variações glutatiônicas.

E toda essa corrente caudalosa de males indefinidos, desencadeados sobre o simpático e para-simpático, deixando sobressair aqueles da esfera tiróideo-sexual, onde a onda de suas manifestações, no dizer de Pende, deságua nos estados afetivos, emotivos, sentimentais e passionais, está, pelas provas do metabolismo ou da glutatonemia, seguramente sob o domínio da evidência clínica do laboratório.

Finalmente, a ação excito catabólica tiroidiana, que, muitas vezes, vai-se já manifestando fugazmente por uma manifestação dinâmica específica ascende, ou por um aumento do metabolismo proteico, com termogênese acima dos limiares normais, revela-se pela sensibilização geral exagerada, mas só se confirma com a dosagem dos elementos peptídicos do sangue.

Toda esta extensão sintomática comprovam os dizeres de A. Werner, em sua recente endocrinologia: — “todas as células do organismo, comuns ou especiais, sofrem a ação tiroidea, direta ou indiretamente.”

Com a facilidade ora encontrada, em discortinar-mos, também pelo glutatión, os múltiplos casos clínicos tão vulgarmente aparecidos, como tão comumente desfilados de sua étio-patogenia verdadeira, temos sobremodo resolvido, não só as clínicas hospitalares e domiciliarias, como esclarecidos e assegurados os julgamentos nas juntas de inspeção de saúde em sua delicada função de decidir.

Afora isto, situações outras sempre aparecem na vida acidentada do médico, onde a facilidade e sobretudo a segurança dum diagnóstico, lhe proporciona ao espírito, aquilo que só em causa própria se experimenta: certeza da responsabilidade.

A unanimidade de opiniões, desde Magnus Levy, 1895, transitando por von Bergmann e outros, na Alemanha; por Krogs, na Escandinávia; pelos americanos Boothby e Means; por Maranon, na Espanha; por J. Moreira, entre nós, todos proclamam o aumento indiscutível do metabolismo basal nos hipertiroideos.

Crile, acrescenta: “que o tiroidismo, pela toxina, aumenta sempre o potencial celular.”

A. Werner, já citado, detalha que, “a tiroxina influencia todo o metabolismo: crescimento, circulação, equilíbrio interglândular, estabilidade intelectual e emocional, e até o poder imunitário do organismo.”

Plummer, acrescenta ainda — “que as reações químicas provocadas pela tiroxina nos tecidos não são bem conhecidas, mas que as propriedades da tiroxina indicam que é usada diretamente nos processos de oxidação, como agente redutor geral, na vida orgânica.”

E diante de tais afirmações e unificação, as observações existentes e as que juntamos, colhidas desde Rivoire e Bermond, que se declararam até, pela superioridade da dosagem glutatiônica nos testes hipertiroideos, graças à sensibilização de suas reações de pesquisa e de dosagem, firma-se de vez e, para sempre, a certeza absoluta de já possuímos um método eficaz, e, sobretudo, de fácil alcance, para descobrirmos os casos frustos de basedowismo, e em orientarmos no marancho confuso das manifestações dessa mesma entidade nosológica.

Os diagnósticos entre as variedades de bócio, si coloides, si cancerosos, encontrarão, igualmente, na dosagem glutatiônica, como na avaliação do metabolismo basal, elementos decisivos para sua separação étio-patogênica.

No entanto, sem que diminuamos as razões fortes aduzidas até aqui, pró-valor glutatiônico, queremos deixar bem positivado, que tanto a avaliação metabólica como a dosagem hemo-química, devem ser revestidas dos mínimos detalhes da técnica, quer os dependentes do executor, quer as afetas ao preparo do paciente, (repouso, alimentação) como aquelas dependentes do clínico, no confronto dos resultados do laboratório com os sinais colhidos no examinando, embora discordantes de suas previsões.

As emotividades ligadas, muitas vezes, à doença; suas dispnéas, seus tremores, suas constituições psicogenéticas, são fatores que falseiam muito os resultados obtidos nesses exames.

Sua repetição é regra, afim de obtermos maior realidade no diagnóstico.

A compressão indispensável à justaposição da máscara à face do doente, para tomada total do oxigenio, no método metabólico basal; a punção venosa para a dosagem glutatiônica, são operações que provocam estados anormais, mesmo passageiros, mas de grande repercussão nos resultados finais, e essas razões, são ponderáveis si temos presente, o que disse Pende: — “a tiroide é a glândula da emotividade, da irritabilidade e da impulsibilidade.”

Mas o principal da verdade que nos trouxe aqui, está absolutamente em pé e bem firmado: — nos hipertiroideos e suas variadíssimas manifestações o metabolismo basal e a glutatationemia, estão sempre e constantemente presentes no auxilio clínico ao diagnóstico.

Partindo-se que a moderna concepção do individualismo bio-patológico, está na união da morfologia, do temperamento e do psiquismo, tudo isto tendo por base o endocrinologismo, como afirmou R. Vaz, e que a tiroide é a vanguardeira dessa ação sobre o sistema nervoso, facil é avaliarmos a importância do reconhecimento das alterações trazidas pelo hipertiroidismo, e, conseqüentemente, seu alcance terapêutico e profilático.

Afirmando Pende, que o mecanismo neuro-psiquiátrico está no grande simpático, com isto focalisa o máximo do interesse clínico nas alterações sindrômicas basedowianas, pois, a glândula tiroide, já foi dito, é a lider da emotividade que vai à impulsibilidade, e esta, aos estados passionais.

Estamos presenciando os limiares metabólicos da tiroide, alcançar as zonas do magno problema do psiquiatriismo, coisa tão bem provada pelos trabalhos de Azevedo Ribeiro, H. Tan-

ner de Abreu, J. Cervino, nos Anais do Congresso Sul-Americano de Endocrinologia, em 1939.

Landono, Gergmann, Conti, Valombra, afirmaram que, entre todos os delinquentes e desertores, a maior parte são hipertiroideos.

Estas valiosas afirmativas nos são particularmente interessantes, sob o ponto de vista militar, no selecionamento de sorteados e nas suas observações na tropa ou fora dela; nas enfermarias e nos hospitais, fases da vida do soldado, onde os homens, adaptando-se ou não aos costumes impostos, podem sentir as consequências da irritabilidade do simpático e no para-simpático, já intoxicados pelas perturbações desconhecidas da tiroide.

E a proporção que vamos desbravando e relembrando os horizontes, ainda ilimitados, dos males endócrino-tiroidianos, mais valorizamos os processos de sua iluminação clínica, graças ao metabolismo basal, nos grandes centros, e à glutatationemia em todos os lugares, onde tenha chegado os executores hipocráticos.

Não há mais senão razões cronológicas, para aqui enumerarmos, que o hipertiroidismo e sua busca fisio-patológica, foi também tentada pelo teste de Reid-Hunt, na determinação da resistência da intoxicação pela acetonitrila, ou ainda, pela dosagem do fermento melanotrópico na urina.

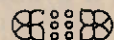
Tempos depois, foi também tentada a medida pela iodemia ou processo de Von Euler.

E há bem pouco tempo, Halion e Gayet declararam, após análise retrospectiva dos alcances da bio-química, mui poucos acessíveis os métodos para a avaliação do hipertiroidismo... quando, já agora o possuímos, seguramente provado pela experiencia e comprovado pela observação, na praticagem da glutatationemia.

E sem que devamos mais nos alongar, sentindo já termos para além dos objetivos iniciais, depois de termos relembrado os horizontes clínicos ligados ao hipertiroidismo, tenhamos, porém, sempre presente, nós, médicos militares, as sábias leis de Pende, ou da correlação somático-psíquica, condicionadas no sistema endócrino-vegetativo, (onde a tiroide assume a chefia) que a individualidade funcional dessa glândula, nos é fielmente espelhada, tanto pela determinação custosa e quasi inacessível do metabolismo basal, como pelas dosagens módicas e seguríssimas do glutatión. — “Alea jacta est”.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Le metabolisme basal. — Marcel Labbé — 1929.
- 2 — Metabologia clínica. — II vol. — A. Dias — 1938.
- 3 — Semiologia médica. — V. Romeiro. — 1937.
- 4 — Endocrinologia. — R. Vaz. — 1933.
- 5 — Técnica de Laboratório. — Kolmer. — 1939.
- 6 — Laboratório clínico. — H. Maciel. — 1939.
- 7 — Metabolismo e endocrinologia. — A. Lima Filho. — 1938.
- 8 — Endocrinologia. — Hallion. — 1936.
- 9 — III Congresso Sul-Americano de Bio-Química — 1937.
- 10 — Tiroxina — Kendall. — 1938.
- 11 — Rev. de Biologia. — Braier y Marenzi. — 1932.
- 12 — Bio-Química. — Rondoni. — 1936.
- 13 — Tratado de Bio-Química. — Klobusitzky. — 1934.
- 14 — Química biológica. — Zunz. — 1932.



Síndrome de Banti

Dr. Generoso de Oliveira Ponce

Capitão Médico, chefe de Enfermaria de Clínica Médica, instrutor
da Escola de Saúde do Exército

Em 1894, Guido Banti, de Florença, isolou do grupo então confuso das esplenomegalias primitivas, um processo mórbido que mais tarde teve denominação patronímica.

Em 1910 com a apresentação de cincoenta casos, Banti confirmou e defendeu a autonomia da molestia.

Banti compreendia a doença com as seguintes características:

- a) — especificidade do agente causal, de natureza infecciosa indeterminada, um virus provavelmente; considerando negativos os fatores: familiar, hereditario, regional;
- b) — o virus chegaria pela arteria esplênica ao baço, aí produzindo lesão primitiva, com repercussões através da veia esplênica, na veia porta e no fígado;
- c) — a lesão esplênica seria específica: fibroadenia, folicular e pulpar;
- d) — a doença apresentaria três periodos evolutivos, sendo o primeiro de evolução mais lenta que os dois últimos: o primeiro, chamado esplenô anêmico, seria insento de participação hepática ou pelo menos inaparente; o segundo ou intermediário, era o das perturbações digestivas; e o terceiro, o denominado acítico ou cirrôgeno;
- e) — doença curavel pela esplenectomia no primeiro estadio, as vezes no segundo ou mesmo no terceiro, mediante certas providencias.

A doença foi traçada dentro de limites assás nítidos, porém em excessivo esquematismo, daí a vulnerabilidade da concepção de Banti, "Correndo até o perigo de ruir completamente pelo desabamento de um de seus pilares", como disse Bianchi.

Banti teve desde logo seus partidários e seus opositores, estes em maior número, mesmo porque ele expunha suas idéias numa época em que ainda reinava o individualismo patológico, e assim era restrito o número dos que admitiam a possibilidade de correlação entre víceras diferentes como sóem ser baço e fígado.

A crítica às suas idéias baseava-se em que a autonomia da molestia era calcada em critério anátomo-clínico sem contar com os fatores etiológico ou patogênico que são os fundamentais. Uns como Ossler, Senator, Wilson, aceitaram a concepção bantiana, e estenderam o quadro da doença; outros como Gilbert e Lereboullet, negaram a existencia do mal de Banti, incluindo-o no quadro das cirroses.

Já não era possível admitir-se inteiramente a concepção de Banti, depois que os anátomo-patologistas demonstraram que a fibroadenia não é peculiar ao mal de Banti; depois que ficou provada a inespecificidade etiológica, considerando-se que as causas podem ser múltiplas, quer sejam conhecidas ou desconhecidas, sem excluir uma possível intervenção dos fatores constitucional (labilidade mesenquimal) familiar, hereditaria, e, mesmo, regional; depois que a observação clínica constatou o delineamento esquemático na sucessão e evolução dos sintomas.

Na atualidade, mercê das aquisições nos domínios da etio-patogenia, da anatomia-patológica, e da clínica, substitue-se o conceito de MORBUS BANTI, "sensu strictu", pelo de SÍNDROME DE BANTI, de sentido mais amplo, mais elástico.

Assim não se vê mais razão para se designar de PSEUDO-MAL DE BANTI aos de causa conhecida e Banti verdadeiro aos de causa desconhecida, como propôs Laubry, e nem de BANTISMO como sugeriu nosso colega G. D. Ribeiro ao chamado pseudo-mal de Banti.

Hodiernamente não mais se discute a questão da autonomia do então chamado mal de Banti, porque admite-se o processo como síndrome, entretanto, da idéia inicial de Banti "resta o nucleo central de toda a doutrina" (Bianchi).

A questão da patogenia é das mais controvertidas e pode-se adiantar que é assunto proposto e não resolvido.

A idéia inicial de Banti do baço como centro mórbido-motor foi logo contestada por Gilbert e Lereboullet que julgaram a esplenomegalia secundaria a processo cirrogenio hepático.

Leon Kindenberg, partidario da esplenomegalia primitiva, chama a atenção sobre a frequencia das micro-esplenias no curso das cirroses, da atrofia esplênica, quando das ligaduras experimentais, e para as experiencias de Chauffard, Bastein, Baggio, que por inoculações intra-esplênicas demonstraram a prioridade da lesão esplênica sobre a hepática.

Certos autores admitiram que qualquer que fosse a causa nociva, habitualmente de origem intestinal, determinaria lesões primitivas (trombose, esclerose) no sistema porta, secundariamente no baço e no fígado, sendo a esplenomegalia dependente da estase.

Há flebite primitiva, porém sua evolução não se assemelha a do síndrome bantiano (Devé, Cauchois, Edens), por outro lado a observação tem mostrado que a flebite é procedente e não precedente, além de que tem-se constatado esplenomegalias em ausencia de lesões vasculares no sistema porta.

A escola italiana se esforça para atribuir ao baço o ponto de irradiação do síndrome bantiano.

Greppi admite que em virtude de um desequilíbrio das estruturas musculares vasculares e elásticas pode haver por um mecanismo que se deve considerar como oposto ao que se observa na espleno-contracção adrenalínica, uma perda de parte daquele tonus a que está essencialmente ligada aquela apurada sensibilidade do órgão aos estímulos intra-esplênicos, extra-esplênicos ou gerais.

Cellina pensa que pela intervenção de fatores os mais diversos, anatómicos, funcionais, inflamatórios, tóxicos, nervosos, humorais, possa haver uma alteração dos mecanismos que regulam o chamado tonus esplênico, sobretudo a diminuição da pressão intra-parenquimatosa. A hipótese de Cellina nada mais é que a de Greppi modificada, ambos pretendendo avocar ao baço o papel de centro mórbido motor.

Dizer-se que a causa nociva conhecida ou desconhecida, seja por via hemática ou intestinal, lesa primeiramente o baço e secundariamente o fígado ou este primitivamente e aquele secundariamente, ou ambos simultaneamente, é o que ainda não se pode, por falta de elementos seguros.

O comprometimento hepático ao lado da esplenomegalia é frequente e não constante, mesmo assim o síndrome bantiano tem sido englobado no capítulo dos síndromes associados

hepato-lienais. Na classificação destes síndromes toma-se por base as manifestações aparentemente primitivas, quer sejam do baço ou do fígado, o que equivale dizer que o critério é cronológico, e então distingue-se:

- A) um grupo de síndromes esplenomegálicas em que a ampliação esplênica é a primeira a se manifestar desacompanhada ou acompanhada mais ou menos precocemente de cirrose hepática.
- B) um grupo hepato-esplenomegálico em que as duas víceras são interessadas simultaneamente.
- C) um grupo hepato-cirrótico em que a esplenomegalia pode ou não estar presente.

Admitindo-se as novas concepções da escola italiana pode-se entender por síndrome de Banti um processo mórbido caracterizado por uma esplenomegalia pelo menos aparentemente primitiva de tipo congestivo-fibroso; de evolução esclerótica habitual nem sempre seguida de hepato-cirrose; podendo a esplenomegalia ter ora predominância do aspecto congestivo, ora o do fibroso em relação com o modo de evoluir do síndrome e com as reações fisio-anátomo-patológicas, e sendo o quadro clínico uma representação desses fenômenos reacionais teríamos ora um síndrome de tipo congestivo com ou sem participação hepática, de franco estado anêmico, tendência às hemorragias gastro-duodenais e maior intensidade de resposta ao estímulo adrenalínico, ora um de tipo fibroso com participação hepática constante, relativamente precoce, anemia do tipo esplênico, escassa tendência às hemorragias gastro-intestinais, evolução mais prolongada e mais insidiosa; de etiologia variada conhecida e desconhecida.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

R. P. Soldado do Batalhão Escola, com 23 anos de idade, deu entrada para o nosso Serviço Clínico em 29/IX/1939.

Contou-nos que dois dias antes vomitara um pouco de sangue e que desde então vinha apresentando diarreia mais ou menos sanguinolenta.

Há 10 anos passado foi vítima de plasmodiose, porém prontamente tratada.

Nega ter contraído qualquer afecção venerea. Não fuma e não bebe.

Em relação a ananêze familiar nada nos adiantou.

Microlongelineo; deficiente estado de nutrição; leucodérmico com pele pálida; mucosas visíveis descoradas; ausência de enfartes ganglionares; apirítico; edemas das palpebras e maleolares.

Abdomen de forma globosa, com dor provocada no quadrante superior esquerdo, onde descobriu-se pela apalpação uma tumorção que partindo do nível do umbigo escondia-se no hipocondrio homologo, tumor este pouco movel em relação com as incursões respiratorias, de maciszez percussoria extendida ao hipocondrio esquerdo e porção externa do espaço semilunar de Traube, reconhecido como sendo o baço. Sinais de pequeno derrame.

Lingua sabural; anorexia e diarreia. Fígado de diâmetros normais.

Coração batendo a 84 por minuto em ritmo de dois tempos com igual número de pulsações arteriais. Mx. 11. Mn. 7.

Urinas discretamente reduzidas de volume e mais pigmentadas.

Coprologia: "ovos de tricocefalo".

Reação de Kahn no sangue = ++ (fracamente positiva).

Hematologia:

Eritrocitos	2.300.000
Hemoglobina	36 %
V. G	0,78.

Resistencia globular — normal.

Reticulocitos: 48 %.

HEMOGRAMA DE SCHLLING:

Leucocitos:	1.300.
Basofilos:	1 %.
Eosinofilos	15 %.

Neutrofilos	Mielocitos	0 %
	F. jovens	01 %
	Bastonetes	12 %
	Segmentados	42 %

Linfocitos	24 %
Monocitos	5 %

FORMAS PATOLÓGICAS

Acentuada policromasia; discreta oligocromasia; pecilocitose; pontilhado basofilo; anisocitose macrocítica; raros anéis de Cabot; formas hemáticas em meia lua; um normoblasto por cento. (a.) J. Mendonça, do I. M. B.

DIAGNÓSTICO

Da observação clínica aguçam a curiosidade do prope-deuta, a esplenomegalia, a anemia, os edemas inclusive a acite, e os episódios hemorrágicos.

Viamos claramente desenhado o síndrome esplenohemático, e se podíamos passar ao largo do síndrome esplenoadênico, entretanto algumas apreciações seriam cabíveis quanto ao síndrome esplenohepático.

ESPLENOMEGALIA E ANEMIA DE ORIGEM PARASITARIA

O **TRICOCEFALO** pode ser responsável por anemia de forma grave, com hemorragias, perturbações intestinais, diarreia sanguinolenta, e eosinofilia, tal como observamos em nosso doente, porém mais frequentemente produz anemia leve, sem esplenomegalia acentuada como a presente.

Se não se podia falar em **PLASMODIOSE** evolutiva por falta de manifestações clínicas características, podia-se, todavia, sugerir a hipótese de forma larvada, tanto mais que a anamnese acusa infestação palustre há dez anos passados?

Neste caso podia-se responder pela negativa posto que **RIEUX** demonstrou que os plasmodios desaparecem do organismo em geral antes de dois anos. Nosso doente informou que não mais foi acometido pelo paludismo e assim não se poderia falar em reinfestações que segundo **AUBRY** são as responsáveis pela cronicidade da doença. Ademais a prova da esplenomagnificação adrenalínica no sentido de perquirição etiológica e no de observação do comportamento do baço quanto ao fenômeno da redução, não forneceu elementos para se pensar em paludismo como causa do síndrome evidente.

A **SÍFILIS ADQUIRIDA** pode ser acompanhada de anemia, porém não colhemos nenhuma referência de sua manifestação clínica, que aliás poderia ter passado despercebida ao doente. Podia-se invocar a **HEREDO-SÍFILIS DE MANIFESTAÇÕES TARDIA** tanto mais que a reação de Kahn era sub-positiva (+ +) mesmo em ausência de manifestações distróficas. Nosso doente não teve sua síndrome influenciada

pelo tratamento anti-luético, de sorte que seria mais razoável falar em manifestações clínicas evoluindo num sífilítico, sem afastar de todo a possibilidade da ação lesional do *Treponema de Schaudin*.

O tipo da anemia, em discordância com o grau da ampliação esplênica, levavam à suspeita de que nem toda a hemólise era extra-esplênica e uma parte pelo menos devesse ser intra-esplênica, daí virem à baila as anemias esplênicas.

ESPLENOMEGALIA HEMOLÍTICA

Parece mais lógico admitir-se com os autores americanos a identidade da Esplenomegalia hemolítica com o síndrome de Banti, tanto mais que autores italianos como **Greppi, C. Bianchi, Cellina**, e outros, demonstrando que não se pode na atualidade ficar enclausurado no rígido esquematismo estabelecido por Banti, tornaram caduco os elementos de diferenciação entre esplenomegalia homolítica e síndrome de Banti. A tendência atual é para considerar a esplenomegalia hemolítica como fase inicial possível do síndrome bantiano.

SÍNDROME DE BANTI

Concebendo-se este síndrome como uma esplenomegalia pelo menos aparentemente primitiva, de caráter congestivo-escleroso, com ou sem comprometimento hepático sucessivo, com manifestações clínicas diversas subordinadas ao tipo de lesão predominante congestivo ou escleroso, e levando em conta que só se dispõe do fator cronológico para classificação dos síndromes hepato-lienais, poderíamos filiar o caso clínico em apreço no capítulo dos síndromes de Banti.

Analisemos o quadro clínico do paciente:

A) Esplenomegalia de medio aumento.

No síndrome bantiano o baço alcança até mesmo 30 centímetros em seu maior diâmetro podendo ser doloroso como o do nosso doente, ou indolor.

B) A anemia é frequente, porém, não constante, e quasi sempre é contemporânea da esplenomegalia, e é responsável pela sensação de cansaço ao menor esforço e de abatimento que o doente acusa, e é o que Banti chamava de hipoestenia. A anemia do síndrome é do tipo de **CORO-ANEMIA**, porém, pode evoluir para o tipo pernicioso.

A flutuação do número de hemácias e a taxa de hemoglobina nem sempre são paralelas; em nosso doente para 2.300.000 eritrócitos havia hemoglobina a 36 %; e nesses casos o valor globular está abaixo da unidade. As vezes há ao contrario, poliglobulia (Banti, Kindenberg, Micheli e outros).

As formas patológicas eritrocíticas não são encontradas no Banti e se eram assinaladas neste caso, depunham a favor da existencia de fatores extra-esplênicos concumitantes.

A resistencia globular é normal ou aumentada.

Serie branca sanguinea.

A leucopenia é a regra, sendo frequente, podendo ser moderada ou acentuada como no caso de Ascoli que contou 900 glóbulos brancos.

No equilibrio leucocitario há granulocitopenia e aumento correspondente dos agranulocitos; as vezes há eosinofilia discreta, porém, em nosso caso há a infestação helmíntica para se ponderar. As modificações do equilibrio distam de ser típicas.

- C) **Hemorragias** — estas podem ser assinaladas desde os primórdios da instalação do síndrome e quando surgem agravam o estado de anemia. Ora é uma epistaxi, ora uma hematêmese ou enterorragias. A patogenia dessas hemorragias tem sido diversamente interpretada. Rosenthal atribue a uma influencia trombopnica do baço; outros aludem a uma "alteração precoce" do fígado; outros são de opinião que quando é a hematêmese que entra em cena, deve-se afastar a idéia de síndrome de Banti para pensar numa lesão gástrica, pileflebítica, espleno-flebítica ou hepática; Greppi não espousa esse modo de pensar quando diz que "o carater congestivo e a pletora abdominal proprias dessas esplenomegalias acabam fatalmente por se repercutir sobre as víceras tributarias da circulação, condicionando perturbações diversas, particularmente nítidas para o lado do estomago e do duodeno, onde podem se exteriorizar sob a forma de manifestações orgânicas diversas, em alguns casos até mesmo a formação de processos ulcerativos"; e atribue a pletora hipertensiva do territorio portal um papel importante no mecanismo das hemorragias digestivas, porém não de todo suficiente, sendo necessarias a existencia de alterações anatômicas ou funcionais para o

lado dos vasos gastro-duodenais, enquanto que a eventual presença de um estado diatésico-hemorrágico não constituiria senão um fator predisponente ou desencadeante de importancia variavel de caso para caso.

As hemorragias gastro-intestinais levam à suposição de afecção ulcerosa do tubo digestivo, porém, de acordo com as observações de Greppi será possível a existencia de ulcerações gastro-duodenais intrincadas ao síndrome de Banti, e destarte será indicada uma exploração radiológica do tubo digestivo mesmo que se tenha presunção do síndrome. Positiva ou negativa a exploração radiológica, resta que se faça indagações em relação ao síndrome de Banti ou das afecções hemorrámparas.

Exclue-se neste caso a hipótese de pileflebite como causa das hemorragias pela falta de hipertrofia hepática e pelo não aumento da acite.

D) Sintomas digestivos.

Diarréia meteorismo, anorexia, tem sido assinalados, e traduzem certo grau de insuficiencia hepática. Se em nosso doente havia certa deshepatia (hipoazuturia, presença de pigmentos, sais biliares, etc.), todavia seria possível que os disturbios digestivos dependessem do tricocéfalo.

E) Acite.

Esta, via de regra, é de formação lenta com uma circulação colateral muito discreta (Micheli).

O fígado hipertrofiado inicialmente, diminue gradativamente de volume. Em nosso caso havia derrame de pequeno volume e o fígado guardava dimensões normais. Seria possível que o fígado já estivesse numa fase de regressão, porém, não se poderia afirmar seguramente. Não será preciso a presença de atrofia hepática para explicar a existencia de uma acite porque esta pode estar ligada a uma peritonite, a uma pileflebite e ademais atribue-se com Abrami, Wallich, Dumas, e outros à uma perturbação humoral (hipoprotidemia, aumento do colesteral sanguíneo), o motivo do aparecimento da acite, tendo a hipertensão portal o papel de localizador da exudação abdominal.

Quando o doente se nos apresentar no quadro de cirrose atrófica é difícil destrinchá-la para se firmar o diagnóstico de síndrome de Banti.

A esplenomegalia de certo vulto aparentemente isolada, ao lado de uma anemia do tipo hipocrômico, com leucopenia, com episódios hemorrágicos, o embaraço para uma determinação etiológica precisa, a idade do doente, etc., foram fatores que nos levaram ao diagnóstico que formulamos.

EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO

Dependem do tipo das lesões predominantes. As do tipo congestivo são de evolução mais rápida e graves; as do tipo escleroso são mais lentas e menos grave. O tratamento pode modificar em parte o prognóstico.

TRATAMENTO

Tratamentos adrenalínico, efedrínico e acaprínico, baseados no método de ASCOLI e IZAR, estão ainda em ensaios. Fisioterápico, pelas ondas curtas, alguns autores dizem ter obtido cura.

A esplenectomia é a terapêutica de escolha e deve ser praticada tão precocemente tanto quanto possível, e assim o prognóstico é transformado. O síndrome abandonado em sua evolução espontânea é fatal. As vezes operando mesmo com a cirrose já constituída ainda se consegue algum êxito de cura. Não entrarei no detalhe da técnica da esplenectomia, e nem nos cuidados pré-operatorios, que aliás foram expostos pelo nosso distinto colega Oswaldo Monteiro, em sessão do Centro de Estudos deste hospital, por ter sido o operador, porque são do domínio da cirurgia.

ANATOMO-PATOLOGIA

Vimos que a fibroadenia perdeu a característica de especificidade, todavia, ao lado de outros elementos clínicos serve de reforço para o diagnóstico.

Eis o que nos informou o Dr. J. M. Sampaio: "o exame microscópico dos cortes mostra fibrose difusa do tecido esplênico, em grande parte substituído os elementos linfóides (fibroadenia). Em associação observa-se a presença de nódulos sideróticos (nódulos de Gandy-Gamna)".

Este era um caso de predominância esclerosa e os nódulos de Gandy-Gamna eram a rubrica dos episódios congestivos.

SEQUENCIA OPERATORIA

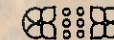
O paciente foi apresentando melhoras notáveis e dois meses após a sua hematologia revelava:

Eritrocitos	3.500.000
Hemoglobina	65 %
V. G.	0,9
Leucocitos	4.200
Eosinófilos	6 %
Neutrófilos	74 %
Linfócitos	20 %

CAPACIDADE PARA O SERVIÇO DO EXÉRCITO

Nas formas predominantemente congestivas a esplenectomia tem produzido curas consideradas definitivas, porém nas fibrosas, com tendência à cirrose hepática, como a do nosso paciente, a cura é, por assim dizer, aparente, apenas há uma maior sobrevida. Póde-se dizer que a doutrina estabelecida é de julgar incapaz para o serviço do Exército os esplenectomizados por síndrome bantiana.

Esses indivíduos são constitucionalmente debeis e tem sua inferioridade orgânica agravada pela retirada de um órgão importante como o baço, e bem se sabe que a suplência é limitada.



HEMI-INTERSEXUALIDADE

GINECOMASTIA UNILATERAL POR ATROFIA TESTICULAR HOMOLOGA

Dr. Firmínio Gomes Ribeiro

(Capitão Médico, chefe da 13.^a enfermaria,
Instrutor da E. S. E.)

OBSERVAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO:

M. T. de A., com 38 anos de idade, do sexo masculino, branco, brasileiro, natural do Estado do Rio, município de Sumidouro — Via de Lambarí —, viuvo, soldado do Regimento Andrade Neves, preso sentenciado por crime de deserção, internado na clinica de presos do H. C. E., em 5 de Dezembro de 1939. Tinha como profissão anterior a lavoura. Verificou praça pela primeira vez em 1931 (no 1º R. C. D.); desertou em 1932 durante a Revolução, apresentando-se novamente em 1936.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Pais vivos, ele com 68 anos de idade, magro, alto, grande tabagista e etilista; foi sempre forte, sofrendo apenas de erisipela de repetição. Tem pés e mãos enormes; pouco cabelo, grandes entradas nas fronteiras; pouca barba, apenas uma pequena pêra no queixo. Ela, com 55 anos, também sadia, sofre de frieiras; teve nove filhos, criando-os á todos, nunca abortando. Avô materno "quasi gigante" e "muito cabeludo". Tem oito irmãos vivos: quatro mulheres e quatro homens, todos altos e relativamente fortes tendo sido todavia opilados na infancia.

Casou-se aos 24 anos; ficou viuvo em fins de 1938; sua esposa foi sempre forte e sadia;; nunca teve abortos.

Do matrimonio teve 5 filhos, dos quais dois faleceram, um de "perturbação alimentar", aos nove meses de idade, outro aos seis anos, em consequencia de uma "doença da espinha". Dos três filhos vivos, duas são meninas, uma de treze e outra de quatro anos e um menino de seis anos, todos "fortes e sadios".

ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS:

Nasceu a termo de parto normal, aleitamento materno até a idade de 2 anos. Desenvolveu-se normalmente; não sabendo precisar em que época se deram a primeira e segunda dentição. Puberdade aos 14 anos, evidenciada por um aumento consideravel da mama esquerda; enquanto que a direita apenas apresentava um circulo dolorido e endurecido no mamilo.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

Na infancia foi acometido pelo sarampo, coqueluche, varicela e "opilação". Aos onze anos teve cachumba com comprometimento dos testiculos; não sabendo precisar se foi um só ou os dois os testiculos comprometidos. Sofreu também até a idade de 12 para 13 anos de "asma" — crises de dispnéas, que obrigavam sua mãe a passar as noites no seu leito para o abanar. — Aos dez anos, paludismo, que cronicou e só curou em 1939 neste mesmo Hospital. Em fins de 1937, blenorragia complicada de orquiepididimite. Néga ter contraído cancro de qualquer especie; nunca sofreu de afecções reumatismais. Esteve baixado neste mesmo serviço, em fins de 1939 tendo alta em boas condições com o diagnostico: curado de paludismo; anemia intensa. Jámais sofreu trauma nos testiculos.

HABITOS DE VIDA:

Fuma moderadamente; não usa toxicos, nem mesmo bebidas alcoolicas.

Masturbou-se pela primeira vez aos 12 anos, tornando-se desde então um viciado onanista; praticou antes do casamento a sodomia. Néga peremptoriamente tendencias homossexuais. Até aos 24 anos, época de seu casamento nunca tivera tido relações sexuais com uma mulher. Durante sua vida de casado (13 anos), respeitadas os periodos de catamenio, copulava diariamente, certos dias até, repetidas vezes. Conta que de uma feita, sua mulher após a copula, deu á luz a um de seus filhos. Na prisão tem observado que o libido tem diminuido: masturbava-se muito e atualmente pouco.

Observa os preceitos de higiene em relação ao asseio corporal; sempre se alimentou mal em face do estado geral comprometido: verminose, paludismo, anemia.

HIISTORIA DA DOENÇA ATUAL:

Baixou pela primeira vez ao nosso serviço, em junho de 1939, apresentando um síndrome anêmico grave e cefalalgias constantes: 2.400.000 hamatias, oligocromia acentuada. Em Setembro do mesmo ano, teve alta — 3.500.000 hematias e oligocromia moderada.

Em Dezembro, ainda de 1939 voltou a este serviço pior do estado geral e com um aumento considerável e doloroso da mama esquerda. Ha quatro semanas vinha observando que a mama esquerda se tornára dolorosa, primeiramente á pressão e em seguida expontaneamente, ao mesmo tempo, que se engorgitava e até deixava sair após expressões seguidas, um liquido da "aparência de leite".

ECTOSCOPIA:

Biotipo longilíneo astenico — Ectipo disrafico (*F. Leitão*) — Estatura 1m,83, peso 65 quilos (atualmente 72 quilos). Envergadura, 1m,87; altura do tronco, 0m,86 — dos membros inferiores 0,96 — Diametros: Biacromial 0,37; bitroncantariano 0,35 — pés, calça n. 45. Mãos pequenas em relação á estatura 0,22 x 0,19; dedos curtos.

Corpo de contornos a principio ligeiramente femininos e que dia a dia se tornam mais característicos; quadris largos, cintura fina e estreita, ausencia das proeminencias osseas que caracterisam a conformação masculina. Ligeira adipose subcutanea, com localização mais acentuada, nos ombros, quadris, nadegas, côxas e região pubiana. Pêlo de coloração amarela intensa, humida e espessa; pequenas manchas discromicas esparsas pelo tronco. Paniculo adiposo, reduzido (atualmente bem desenvolvido principalmente nos pontos já citados). Mucosas visiveis descoradas; sistema osseo bem constituido, ligeiro genu-valgum; marcha normal.

Cabeça proporcional á estatura, mãos pequenas, pés grandes; cabelos finos, lisos e longos, acentuadas entradas na fronte, pequena zona calva na região temporal esquerda; supercilios ralos; cabelos com implantação feminina na nuca; barba rala — barbea-se uma vez por semana —, pelos axilares raros; normais nos membros; peito quasi glabro, pelos pubianos espessos, porém de implantação *feminina*: não termina nitidamente em bordo réto, nem se propaga para o umbigo nem para o perineo. Tem observado além disso, que pouco a pouco está ficando "mais pelado".

Face gero dermica, apresentando traços paradoxais de puerilismo. Olhos pequenos; olhar inexpressivo, palpebras edemaciadas; labios finos, pequenos, palidos e descorados. Mento pouco desenvolvido. Não ha bocio, mama esquerda com o desenvolvimento identico ao dos seios de uma menina de 12 para 13 anos. Mama direita nada de anormal.

Vóz relativamente velada, porém de tonacidade alta; palavra leve curta e astenica. Gestos lentos, atitude curvada, caída, astenica.

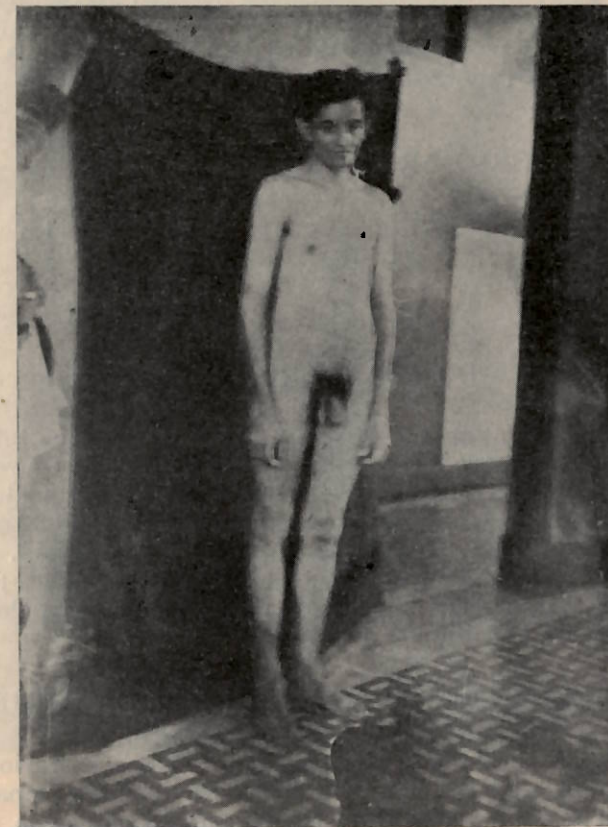


Fig. 1

CONDUTA:

Bem comportado, obediente, submisso, modos delicados, atenção exagerada para com alguns colegas; as vezes crises de ciúmes. Grande afetividade para com os filhos.

EXAME DO APARELHO RESPIRATORIO:

Não tosse, não se resfria frequentemente, apresenta entretanto coriza de repetição. 22 expansões respiratorias normais, por minuto. Apalpação, percussão e ausculta do torax, normais.

EXAME DO APARELHO CIRCULATORIO:

Palpitações, vertigens, cainbras nas pernas. Ictus cordis invisível e impalpável. Área cardíaca normal. Arrastamento da 1ª bulha, na ponta. Pulso fraco, ritmado, com 92 batimentos por minuto, na posição ortostática; em posição supina, 64 batimentos. Vasos mols, depressíveis, elasticos.

PRESSÃO ARTERIAL (*Vacquez Laubry*)

Max.	11,5
Md.	9,5
Mm.	8

EXAME DO APARELHO DIGESTIVO:

Pessima dentadura; existem apenas os incisivos inferiores e assim mesmo careados. Língua humida, mole, com leve saburra esbranquiçada; apetite conservado, pica (gosta de comer barro, pedaços de moringue, etc.) Tem apresentado ultimamente crises de bulímia. Desordens dispepticas frequentes. Constipação habitual. Abdomem simétrico, flácido, pendente; ausência de dor á apalpação superficial ou profunda. Fígado impalpável. Pontos abdominais dolorosos, ausentes.

EXAME DO APARELHO HEMOLINFOPOIETICO:

Ganglios perifericos cervicais anteriores e posteriores, retromaxilares, axilares, supra e infra claviculares impalpáveis — Ricord Sigmund, ausentes. Inguio crurais palpáveis, moveis, lisos e indolores. Baço impalpável com área de maciszez em seus limites normais.

EXAME DO APARELHO URINARIO:

Rins impalpáveis e indolores. Regiões renais sem abaúlamento. Pontos renos-ureterais indolores. Não ha poliuria nem nicturia. Urinas claras.

EXAME DO APARELHO LOCOMOTOR:

Mobilidade ativa e passiva normais. Tonus muscular conservado. A marcha não apresenta nenhuma característica de disbasia. Ligeiro genuvalgum.

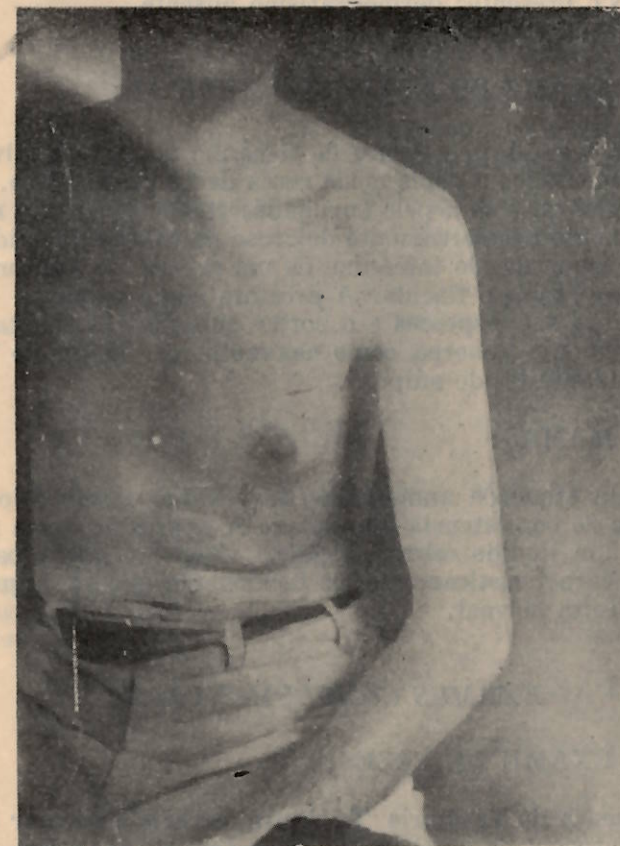


Fig. 2

EXAME DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL:

Reflexos rotuliano, tricipital, presentes e normais, Romberg e Babinsk ausentes. Abdominaes, superior e inferior, conservados. Cremasterino lento e enfraquecido. Força muscular visivelmente diminuida. Motilidade e sensibilidade normais.

Orientação estática normal. Acuidade auditiva e visual, normais.

EXAME DO SISTEMA NERVOSO VEGETATIVO:

Celaféa frequente e persistente, sudação profunda; acentuada astenia; lassidão ao despertar. Reflexo pilo-motor exacerbado pelo frio. Reflexo oculo cardíaco: antes da compressão, pulso — 92; durante a compressão — 60; Linha branca de SERGENT presente; dermatografismo ausente.

EXAME DO APARELHO GENITAL:

Orgãos genitais externos de tamanho normal ou talvez um pouco aumentado; o penis mede cerca de 10 centímetros. Bolsa escrotal glabra, com a pele enrugada; testículo direito normal com um ponto excessivamente doloroso na cabeça do epididimo, testículo esquerdo do tamanho de um caroço de azeitona, não consistente, móle e flácido. A prostata não é palpável. Os pelos pubianos são espessos e o bordo superior horizontal, logo acima do monte Venereo, como nas mulheres. Monte de Venus, com abundante tecido adiposo.

MAMAS:

Mama esquerda aumentada de volume, pouco dolorosa á pressão e de consistencia glandular. A expressão desta mama, faz sair um liquido esbranquiçado, viscoso e gorduroso, que mancha caracteristicamente os tecidos em que se impregna. Mama direita normal.

EXAMES COMPLEMENTARES

EXAME DE FÉZES:

Presença de Trichuris Trichiura, ascaris e necator americanus; ausencia de amebas em fézes frescas. (a) Dr. Mutel.

EXAME DE URINA:

- (1) Caracteres gerais: Volume — 1.600 c.c.
Côr — amarelo palido
Aspecto — turvo
Odor — proprio
Densidade — 1,015
Reação — acida
Deposito — algum
Consistencia — fluída.

- (2) Elementos normais: Uréa, 12,5
Acido urico, 0,240
Cloretos em NaCl, 7,0
Fósforo em P_2O_5 , 1,60.
- (3) Elementos anormais Albumina, albuminose, piina — ausentes
Glicose, ausente
Pigmentos e acidos biliares — traços
Indól e Escatol — traços
Hemoglobina e corpos cetonicos — ausentes.
- (4) Exame microscopico: Elementos inorganicos — urato de sodio
Elementos organicos — raros leucocitos; celulas epiteliaes poliformas.

(a) Dr. Bijos

EXAME DE SANGUE:

Kahn — negativa — (a) Dr. Rodrigues

Dosagem de Potassio	18 mgrs.	%
Dosagem de Sodio	308 "	%
Dosagem de Calcio	7 "	%
Glicose.	0,860 "	%

(a) Dr. Bijos

HEMOGRAMA:

Primeiro		Atual	
Eritrocitos . . .	3.800.000	Eritrocitos . . .	2.400.000
Hemoglobina ..	65 %	Hemoglobina ..	60 %
Leucocitos . . .	8.000	Leucocitos . . .	6.600
Basofilos . . .	0 %	Basofilos . . .	0 %
Eosinofilos . .	2 %	Eosinofilos . .	20 %
Monocitos . . .	2 %	Monocitos . . .	1 %
Linfocitos . . .	27 %	Linfocitos . . .	21 %
Neutrofilos . .	69 %	Neutrofilos . .	58 %

Antisocitose — Poicilocitose, acentuado oligocitemia, oligocromemia. Eosinofilia.

(a) Dr. Mutel

EXAME DE ESCARRO:

Negativo para Bacilos acido — alcool — resistentes.

EXAME DOS CAMPOS VISUAIS:

Campos visuais normais. Visão = 1 em A. O.

(a) Dr. Fabricio

EXAMES RADIOGRAFICOS:

- A) *Dos pulmões* — Campos pleuros-pulmonares de transparencia anatomo — radiologica; seios costofrenicos agudos.
- B) *Do coração e vasos da Base* — Alongamento do arco ventricular esquerdo.
- Os demais diâmetros da área cardíaca são, radiologicamente normais. A aorta mede vinte e sete milímetros de índice volumetrico.
- C) *Da Sela turca* — Sela turca de diâmetros, radiologicamente normais. Acentuado desenvolvimento das apófises clinoides posteriores.
- D) *Da glandula Pineal* — Sinâis radiologicos de calcificação desta glandula.

(a) Dr. Juarez

DETERMINAÇÃO DO METABOLISMO BASAL:

Resultado. — 29 %

(a) Dr. Pontes

EXAME DA PROSTATA:

Prostata impalpavel.

(a) Ellent

CONSIDERAÇÕES GERAIS

Expressão criada por GOLDSCHMIDT para exprimir o sindromo característico dos desviados ou desequilibrados sexuais, a *Intersexualidade*, foi assim definida por MARANÔN: "a coexistencia num mesmo individuo — seja homem ou mu-

lher — de caracteres fisicos ou funcionais dos dois sexos; ora associados em proporções equivalentes ou quasi equivalentes, ora, com nitida prevalencia das características do sexo legitimo sobre os do sexo espurio, o que se verifica muito mais frequentemente". Deste modo, foi ampliado o conceito emitido por GOLDECHMIDT e seguido por PEZARD, PONSE e CARI-DROIT que distinguui o hermafroditismo — presença no mesmo individuo de testiculos e ovarios — da *intersexualidade* — presença em uma glandula sexual normal de elementos do sexo oposto, — e do *ginandromorfismo* — associação de caracteres secundarios do homem e da mulher.

BOGLIOLO, acha mais justo o nome de *bisexualidade* e AFRANIO PEIXOTO, de *missexualidade*.

Embora pareça estranho, o homem e a mulher tipos, constituem entidades quasi que absolutamente imaginarias (MARANÔN.)

A existencia simultanea num mesmo individuo de caracteres sexuais de ambos os sexos é um fato que hoje em dia não sofre mais contestação. Mesmo em individuos normais, algumas vezes se tem observado caracteristicas heterossexuais. MATHES, chega mesmo a considerar todo individuo, como um intersexual rudimentar.

Comentando as expressões encontradas em WEIL — "O homem e a mulher integrais" MARANÔN assim se exprime: "Os dois sexos, a masculinidade e a feminilidade não são duas entidades que se opõem, ponto a ponto; ha certamente momentos na sua evolução ontogenica e filogenica que opposição absoluta tem apparencia de realidade; mas fóra deles, a masculinidade e a feminilidade se vão cada vez mais aproximando e acabam por se confundir completamente como succede com o dia e a noite. BAUER, declara-se em desacordo com esta opinião.

A classificação de um individuo como pertencente a um dos dois sexos não se justifica, pois, senão com certas restrições. ZONDEK, julga que toda celula somatica, seja em ultima analyse um elemento bisexual, e o caracter sexual do individuo, determinado pela proporção em que os elementos macho e femea entram em sua constituição.

A relativa frequencia dos estados intersexuais em clinica, e as metamorfoses intersexuais que sobreveem, algumas vezes, tardiamente, em individuos, que anteriormente não apresentavam em seu sexo o menor caracter de confusão, induzem a hipótese de ser a potencialidade bisexual da gonada, um fenomeno universal, é que, ela permanecendo latente na maior parte dos individuos, surge nitidamente em outros, quer em vida e sob o influxo de circunstancias ocasionais, quer no inicio da vida extra-uterina (MARANÔN).

Não está firmado de modo concludente, se os caracteres sexuais somáticos são preformado no organismo, mas, não resta duvida que a glandula sexual, diferenciada sexualmente, exerça uma influencia decisiva sobre o desenvolvimento ulterior dos atributos sexuais especificos. As experiencias de STEINACH, são neste ponto de vista claras e insofismaveis.

ZONDEK, como já tivemos oportunidade de dizer, reputa a celula sexual constitucionalmente hermafrodita, porque a considera formada de elementos sexualmente diferenciados e tecido endocrino não diferenciado ou hetero-sexualmente diferenciado. O fator determinante do caracter sexual será pois, a natureza do tecido que existir em excesso. BIEDL, esposando estas idéias, assim se expressa: "O carater sexual do Soma acompanha o sexo do tecido sexual endocrino mais desenvolvido e que funciona mais ativamente". Explicam-se deste modo, os casos de mudança mais ou menos completa do caracter sexual, que com relativa frequencia observamos.

A questão de origem dos caracteres sexuais secundarios, parece definida no sentido de que a glandula sexual se limita a formar e desenvolver os caracteres preexistentes.

FORMAS DE INTERSEXUALIDADES:

Admitidas para a intersexualidade todos os grãos e formas de uma anomalia, de uma relação anormal de prevalença entre os fatores sexuais femininos e masculinos, devemos submetê-la, forçosamente à ação da hereditariedade.

As observações de familias, que apresentam membros intersexuais ou homossexuais, entre os quais se destaca o caso apresentado por BONHOFF, de ginecomastia unilaterad, em primos irmãos, e a verificação da intersexualidade hereditaria nas cobaias, (LIPSCHUTZ, HERMAUNER, MATHES, LICHTENSTEIN) autorizam-nos, além disso, a admitir uma *intersexualidade constitucional autoctona cromosomica*, dependente de uma qualidade germinal e reacional especiais dos órgãos de ação (ZONDEK).

Ha, entretanto, outra forma especial de intersexualidade — a que se desenvolve em individuos sexualmente diferenciados e até então normais e cujo aparecimento coincide com a formação de um tumor da cortex-supra-renal ou lesões das glandulas genitais — *Intersexualidade e incretora hormonal*.

Baseado quasi exclusivamente em dados clínicos MARAÑÓN, distingue, conforme os caracteres sexuais principalmente afetados pela inversão, as seguintes modalidades de intersexualidade:

A — **COMPLETA** — quando os proprios órgãos germinais estão comprometidos e, aparecem, como ovario-testis. São estes os casos de hermafroditismo.

B — **INCOMPLETA** — quando as glandulas germinais conservando, aparentemente, a sua diferenciação sexual a sua diferenciação sexual a intersexualidade atinge principalmente a determinadas categorias de outros caracteres sexuais.

Distinguem-se nesta modalidade:

- a) — *O Pseudohermafroditismo masculino ou feminino* — quando são atingidos profundamente os órgãos genitais internos ou externos.
- b) — *A Hipospadia e a Cripsorchia* — quando na intersexualidade dos genitais externos podemos isolar estas formas típicas de parada na evolução sexual masculina.
- c) — — quando a intersexualidade se refere principalmente aos órgãos mamarios do homem.
- d) — *A Virilisação e a Feminilisação* — quando se refere principalmente, aos caracteres sexuais anatomicos secundarios.
- e) — *A Homossexualidade e outras inversões do caracter* — quando se refere aos caracteres sexuais funcionais secundarios.
- f) — *A Intersexualidade critica* — quando aparece sómente como estado episodico em relação às crises sexuais. Abrange esta variedade a intersexualidade dos recenascidos, dos adolescentes e dos climaterios.

Mesmo nos casos de hermafroditismo, o mais completo nunca se apresentam reunidos na totalidade todos os caracteres femininos e masculinos mas encontramos sempre, uma ou mais manifestações de um sexo associado á serie completa dos predicados do outro sexo. Isto se explica porque — como demonstra o estudo da evolução dos caracteres sexuais — eles tem uma evolução propria e independente dos demais.

INTERSEXUALIDADE UNILATERAL:

Fenomeno bastante comum nos animais inferiores, principalmente em certos insetos, é no homem um caso relativamente raro no dizer de MARAÑÓN e muito raro na opinião de BAUER.

Constituem exemplos classicos os casos: de BAUER — Ginecomastia e hirsutismo unilaterais, — e de BARTOLOTTI — hemiadipose do lado esquerdo e atrofia testicular do mesmo lado.

A conclusão mais interessante a que chegou MARANÓN é que na maioria destes casos, os caracteres de tipos masculinos aparecem do lado direito e os de tipo feminino do lado esquerdo. Por exemplo, em quasi todos os casos de ginecomastia unilateral da puberdade, que são frequentissimos, o mamilo feminino se encontra á esquerda; nos homens, com sistema piloso diferentemente desenvolvido nas duas metades do corpo, a implantação feminóide aparece no lado esquerdo e a Virilóide no lado direito; na mulher atingida por esta anomalia, dá-se o inverso.

Quando na época da puberdade, os caracteres sexuaistricosos aparecem no homem o fazem mais acentuadamente á direita e só se igualam mais tarde. Não é raro que nas mulheres o desenvolvimento das mamas se inicie pelo lado esquerdo; são muitas as mulheres que, como já foi observado até pelos antigos anatomistas, conservam o seio esquerdo mais desenvolvido do que o direito.

Estas observações parecem demonstrar que o hemisoma direito é de preferencia masculino e o hemisoma esquerdo de preferencia feminino. (MARANÓN).

KREDIET, baseado nos casos de hermafroditismo alternante, isto é, quando não existe ovario — testis, propriamente dito, é que o ovario está de um lado e o testiculo do outro lado; o ovario quasi sem exceção se encontra no lado esquerdo e o testiculo no lado direito.

Estudos psicologicos, citados, ainda por MARANÓN e que não devem ser repetidos nesta observação, confirmam o significado masculino do lado direito e feminino do lado esquerdo.

DIAGNOSTICO

M. T. de A. é um pluriglandular e antes de estudarmos os elementos que nos guiaram ao dignostico, vejamos, embora esquematicamente como se manifestam comprometidas as suas diversas glandulas endocrinas.

A — HIPOFISE — Estatura elevada — 1m,83 — grande desenvolvimento dos pés — Sapato nº. 45. — Cefaléa frequente, persistente e por crises. — Sudação profusa; ventre móle e pendente. Aumento de volume das apofises clinoides posteriores.

B — TIROIDE — Metabolismo basal — 29 %, crises de bulimia, cabelos lisos, finos e sedosos; géstos lentos e descuidados; palavra curta, breve e astenica.

C — SUPRA RENAI — Acentuada astenia, lassidão a o despertar, vertigens. Raia branca de SARGENT. Pressão arterial baixa. Prova de CLEMENTINO FRAGA, atitude curva, baixa do Sodio, Calcio e Potassio no sôro sanguíneo.

D — TESTICULOS — Atrofia do testiculo esquerdo, implantação feminóide dos pêlos; alongamento dos membros, Genu-valgum, bacia tipo feminino. Anemia grave — astenia — fraqueza muscular. Metabolismo basal, baixo.

E — PINEAL — Imagem radiologica calcificada, ligeiro grão de macrogenitosomia.

F — TIMO — Asma timica.

Considerada a intersexualidade como a presença de caracteres sexuais que não correspondam á constituição primaria do individuo, estudemos os sinais encontrados em nosso observado e que nos conduziram ao dignostico Hemi-intersexualidade, Ginecomastia unilateral por atrofia testicular homologa.

I — GINECOMASTIA — O desenvolvimento das mamas no homem não constitue anomalia muito frequente, embora conhecida desde longos seculos.

Em ARISTOTELES, GALENO e FABRICIO D'ACQUAPENDENTE já encontramos referencias á Ginecomastia.

BERGONZI, em excelente trabalho publicado em 1934, conseguiu reunir a casuistica universal a 452 casos devidamente estudados. Existem publicados numerosos casos de ginecomastia mas não integram esta casuistica por carecerem de elementos comprobatorios.

Em nosso meio, no H. C. E. e no curto espaço de tempo de menos de dois anos, foram apresentado em Sessão do Centro de Estudos, tres casos, convenientemente observados de Ginecomastia verdadeira: Um caso pelo Major Dr. AGNELO UBI-RAJARA DA ROCHA, um pelos Capitães Dr. GABRIEL DUARTE RIBEIRO e Dr. FRANCISCO DE PAULA RODRIGUES LEIVAS e um, finalmente, pelo 1º Tenente Dr. TALLINO BOTELHO.

A Ginecomastia é de aparecimento geralmente lento e incidiioso; num determinado momento o individuo, levado por uma sensação de distensão dolorosa, e algumas vezes de dores fortíssimas, observa que uma das mamas ou as duas, começam a crescer, atingindo um volume variavel, algumas vezes semelhante aos dos seios de uma moça adolescente, outras vezes, dos de uma mulher adulta. Terminado este desenvolvimento, a sensação dolorosa expontanea desaparece, persistindo apenas, algumas vezes, uma léve dor á pressão.

Algumas vezes, embora raramente, a ginecomastia se apresenta como carater hereditario e familiar.

Póde surgir em qualquer idade, sendo mais frequente, todavia, por volta dos 20 anos, postas de lado as formas regressivas frequentíssimas dos recenascidos e adolescentes que algumas vezes persistem, principalmente a dos adolescentes.

Elemento importante no diagnostico da Ginecomastia, é a existencia ou não existencia de secreção, que apesar de constituir um fato comum, não tem sua natureza esclarecida. LYDSON, acha-a identica ao leite feminino; SCHMIDT, completamente diferente do leite de mulher; ROTH e OCCHIONI, — semelhante ao colóstro.

Segundo o ponto de vista pelo qual se encare, a ginecomastia póde ser:

- A — VERDADEIRA — quando apresente estrutura glandular, e produza secreção.
- B — FALSA — quando formada pelo desenvolvimento exagerado dos musculos peitorais, ou devido ao excesso de gordura subcutanea localizada nas mamas. (Pseudo — Ginecomastia).
- C — DO RECENASCIDO, DO ADOLESCENTE, DO ADULTO — Conforme a idade do aparecimento. As ginecomastias do recenascido e do adolescente são consideradas fisiologicas.
- D — UNILATERAL OU BILATERAL — Segundo a séde.
- E — PRIMITIVA OU SECUNDARIA — Segundo a evolução patologica.

DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Basea-se na anamnése, na verificação de lesões glandulares, sobretudo dos testiculos e enfim num exame completo do individuo, pois a Ginecomastia póde estar ligada a diversas

afecções viscerais, — e entre elas a cirrose hepatica, principalmente, — a doenças gerais, ás infecções.

LAURIAT, procurando explicar a dependencia de influencias harmonais no desenvolvimento das ginecomastias, assim se expressa: "Sabe-se que ela se apresenta muito frequentemente em certos doentes portadores de tumores do testiculo ou ainda, ao contrario, nos que apresentam atrofia testicular.

Defendeu-se a hipotese de que certos tumores testiculares seriam a séde de uma hiperprodução de substancia oestrogena responsavel pela ginecomastia.

Quanto a que aparece atualmente no decurso da atrofia testicular, ou ainda após a castração completa (3 casos na literatura) poder-se-ia interpretá-la de uma maneira mais ousada, como resultante da libertação da potencialidade hormonal feminina, pelo desaparecimento da potencialidade masculina que a equilibra normalmente, segundo a lei do antagonismo entre os dois hormonios".

Os dados colhidos na anamnése, na Ectoscopia, nos exames dos diversos aparelhos e sistemas e nos exames complementares, permitem-nos concluir que M. T. de A. é portador de uma *Ginecomastia verdadeira, unilateral, homologa, secundaria a atrofia testicular esquerda.*

Que a Ginecomastia seja verdadeira e unilateral comprovam:

- a) — O desenvolvimento da mama esquerda, que apresenta o volume, a consistencia e a estrutura, determinados pela inspeção e apalpação, analogos aos dos seios de uma menina de 12 para 13 anos. Mama direita, de aspecto normal. A transiluminação e a radiografia não foram feitos por exigirem tecnica delicada e especial, ainda não ao nosso alcance.
- b) — A ausencia atual e remota de sináis inflamatórios; a dôr apresentada no aparecimento da ginecomastia apesar de ter sido forte e duradoura, constitue um elemento normal, e não foi acompanhada de vermelhidão nem aumento de temperatura quer local ou geral.
- c) — A existencia de um liquido esbranquiçado, viscoso e gorduroso que flúe após manobras de expressão e que mancha caracteristicamente os tecidos, em que se impregna.
- d) — A ausencia de sináis possiveis de neoplasma e muito especialmente de lipoma retromamario.
- e) — A magreza e o fraco desenvolvimento muscular do observado, que excluem a possibilidade de uma pseudo-ginecomastia.

Que a Ginecomastia, seja secundaria a atrofia testicular homologa, concluimos pelo:

- a) — Aparecimento tardio, aos 37 anos. Conquanto o doente tenha tido aos 14 anos uma crise ritida de ginecomastia do adolescente, ela foi efêmera e regrediu completamente.
- Nada foi observado do doente, para o lado das mamas, durante o tempo em que pela primeira vez esteve internado em nosso serviço.
- b) — Atrofia do testículo esquerdo só ultimamente verificada, mas provavelmente preexistente.
- c) — Ausencia de lesões viscerais importantes, tais como a cirrose hepatica, capazes de produzirem a ginecomastia.
- d) — Falta de sináls característicos de um tumor da Cortex-suprarenal.

II — HIPOGENITALISMO:

Exercendo-se a influencia dos hormonios genitais, exclusivamente sobre os caracteres sexuais já constituídos (BAUER), compreende-se facilmente que consequencias diferentes advirão á supressão da função da glandulas genitais, conforme a época em que ela se dêr, se esta função não chegou a se exercer, conforme os diferentes germens individuais característicos, ou ainda, conforme a capacidade de reação qualitativa ou quantitativa dos demais órgãos. TANDLER e GROSS, usam a expressão "eunucoide" para designar os casos cuja sintomatologia é idêntica a dos castrados, mas que conservam as glandulas sexuais.

A maior parte destes casos se observa nos individuos em que as glandulas sexuais estão mais ou menos hipoplásticas; algumas vezes, mesmo no adulto, elas se apresentam do tamanho de uma azeitona ou bago de uva. Esses casos dependem, provavelmente de afecções que, interessando as glandulas sexuais, dificultam suas secreções.

As causas gerais destas afecções, são comumente representadas por um traumatismo violento, que tenha atingido aos testículos ou um processo inflamatório de natureza sifilitica ou gonococica, que interessa a ambos os testículos ou uma parotidite epidêmica, ou, ainda graves enfermidades infecciosas, que afetam a todo o organismo, principalmente também aos testículos.

Em consequencia destas afecções se desenvolve, em geral, uma atrofia lentamente progressiva dos testículos e ao mesmo tempo, uma regressão dos caracteres sexuais secundários. No nosso caso a afecção teve inicio aos 37 anos.

FALTA, considera a alteração dos testículos como uma regressão e não unicamente uma atrofia como opinam CLAUDE e GOUGEROT. A involução dos testículos pôde ser considerável, chegando mesmo a atingir ao tamanho de uma azeitona ou pouco menos. O epididimo e o prostata participam deste processo regressivo. O escrôto e o penis podem apresentar uma diminuição acentuadas de modo a simular órgãos de um menino de 8 a 10 anos.

A função genital experimenta transtornos importantes: pôde haver impotencia completa, com impossibilidade absoluta de praticar o coito, ausencia completa do impulso sexual; noutros casos, existe somente impotencia, mas o impulso sexual persiste, embora debilmente. Nas formas frustas a possibilidade de coabitação subsiste, torna-se necessario, unicamente, como afirmam CORDIER e REBATTU, uma excitação muito mais intensa para produzir a ereção. O reflexo cremasterino achase geralmente enfraquecido ou abolido.

A coloração da pele do rosto toma em todos os casos, sem exceção, (FALTA) um aspecto palido característico. Com frequencia encontram-se, também, além da tonalidade amarelada da pele, rugas na fronte, como nos eunucos.

O cabelo abundante, é geralmente sêco. Os casos de alopecia em área, indicam quasi sempre, uma complicação.

O revestimento piloso do corpo, que falta nos casos graves pôde estar desenvolvido normalmente e desaparecer por completo ou consideravelmente, em consequencia ao comprometimento glandular.

Importante para a concepção do quadro clinico do hipogenitalismo, são as alterações de forma do corpo. Compreende-se evidentemente que surgindo a enfermidade numa época em que as epífises osseas já se tenham soldado, as alterações sobre o esqueleto não poderão se processar; entretanto, são evidentes as modificações do corpo por influencia das partes moles. Em alguns casos, desde o inicio, se observam a obesidade, o pseudohermafroditismo por abundante deposito de tecidos gordurosos nas mamas, nas cadeiras e espaldas que tornam a bacia e os ombros mais arredondados. Observa-se, além disso, aumento do tecido adiposo do monte de Venus.

A voz, modifica-se no curso desta afecção; não se desenvolve a voz de falsete dos eunucos, porém adquire tom mais alto e estridente.

Nos casos puros, não se encontra, na realidade, alteração alguma da intelligencia, mas o caracter e o psiquismo se modificam: apatia, falta de memoria; os doentes tornam-se facilmente irritáveis, com tendencia á colera e ao embuste.

Sináls reveladores do hipogenitalismo encontrados em M. T. de A.:

- a) — Atrofia do testiculo esquerdo (tamanho de uma azeitona e de consistencia móle).
- b) — Ginecomastia esquerda.
- c) — Coloração amarela da pele do rosto que esta enrugada.
- d) — Implantação tipo feminino dos pêlos do pubis e do cabelo da nuca; ausencia de pêlos no peito, diminuição de pêlos na barba e membros.
- e) — Ligeiro genu-valgum.
- f) — Formas arredondadas dos quadris e ombros;
- g) — Alopecia em area, na região temporal direita.
- h) — Diminuição do reflexo cremasterino.
- i) — Diminuição do libido.
- j) — Modificação da tonalidade de voz, que embora relativamente velada vem se tornando mais alta e fina.

Representando a atrofia testicular a pedra de toque do hipogenitalismo, vejamos, qual a sua etiopatogenia no caso apresentado.

A atrofia testicular de origem infecciosa, embora, não percebida antes, teve, provavelmente, o seguinte mecanismo:

- I — Comprometimento do testiculo pela orquite parotidiana, aos 11 anos de idade, criando uma miopragia, mantida pelo:
- II — Estado de anemia grave, no qual tem vivido o doente; na primeira infancia, consequente à uncinariose; na adolescencia, agravada pelo Paludismo; caminhando na idade adulta, apoiado por estas causas e mais as insuficiencias glandulares.
- III — Orquiepidimite blenorragica, aos 36 anos, que encontrando as condições favoraveis desencadeou o sindromo de atrofia.

Convém observar que nos commemorativos da doença não encontramos nem de leve motivos para suspeitar de um traumatismo, como elemento etiologico desta atrofia testicular.

BIBLIOGRAFIA

- A. C. GUILLAUME — L'endocrinologia et les etats endocrino — sympathiques.
- A. LIPSCHUTZ — Las secreciones internas de las glandes sexuales.
- ATHIAS — Caracteres sexuais.
- BARILARI Y GAMBETA — Dos observaciones de ginecomastia bilateral.
- BLOCH — La vie sexual contemporanea.
- B. QUENTAL — Contribuição ao estudo do hormonio sexual feminino no homem.
- G. POBLACION — Diagnostico de la personalidad feminina.
- CH. LAURIAT — As influencias hormonais sobre a glandula mamatica.
- CHAMPY — Sexualité et hormones.
- CAULLERY — Les problemes de la sexualité.
- DECLETY — Sur un cas de ginecomastie unilaterale consecutive à un traumatisme des bourses.
- E. ALLEN — Sex and internal secretions.
- ERDHEIM — Histologia de ginecomastia.
- E. APERT — Troubles du developement général.
- F. FRANGE — Enfermedades de las glandulas germinales.
- F. GRANGE — Intersexualidad.
- G. MARANÓN — La edad critica.
- G. MARANÓN — Estudios de Fisiopatologia sexual.
- G. MARANÓN — A evolução da sexualidade e os estados intersexuais.
- G. VIOLA — La costituzione individuale.
- G. VIOLA — Semiotica della costituzione individuali.
- GUSNAR — Ginecomastia puberal.
- HAVELOK-HELLIIS — L'inversio sexuelle.
- HESNARD — Traité sexologie.
- HIRSCHFELD — Sexual pathologie.
- H. ZONDEK — Les affections des glandes endocrines et leur traitement.
- J. TUSQUES — Les caracteres ambosexuels et l'ambosexualité des hormones sexuelles.
- J. CURSCHMANN — Enfermedades endocrinas.
- J. BAUER — Fisiologia, Patologia y clinica de las secreciones internas.
- J. BAUER — Patologia constitucional.
- KRAFT-EBING — Psicopatologia sexualis.
- KRONFELD — Sexualpsychopathologie.

- L. GARCIA — Las deformidades de la sexualidad humana.
 M. SCHERESCHESKY — La ginecomastie.
 NOVELLI JUNIOR — Das syndromes didimais.
 N. FIESSINGER — Endocrinologie.
 N. PENDE — Endocrinologie.
 N. PENDE — Tratado sintético de patologia e clínica medica.
 N. PENDE — Les types constituzionales de fcmelité somatique et leur formule endocrinienne.
 PULIDO — La lactancia paterna (y ginecomastia).
 PH. PAGNIEZ — Troubles du developement general.
 R. RIVOIRE — Les acquisitos nouvelles de l'endocrinologie.
 PEZARD — Caracteres sexuels secondaires.
 ROCHA VAZ — Endocrinologia (síntese clínica).
 P. MATHES — Les typos constituzionaes femininos y sobretudo el intersexual.
 STEKEL — Onanie und Hormosexualitat.
 W. BERARDINELLI — Os dimidios.
 W. BERARDINELLI — Biotipologia.
 W. BERARDINELLI — Clinica medica (3ª serie).
 W. FALTA — Tratado de las enfermedades de las glándulas de secreción internas.

- (*) F. LEITÃO — Sobre o Estado dirafico. — 1937.
 (*) F. LEITÃO — Considerações sobre o chamado "Status Dysraphicus". — 1936.



A propósito das concreções urinárias

Olyntho Luna Freire do Pillar

1.º Tenente Farmacêutico, do G. P. G., Membro titular e Orador da Academia Nacional de Farmácia, da Associação Brasileira de Farmacêuticos, da Sociedade Brasileira de Química, do Instituto Brasileiro de Cultura, etc.

Apenas, há dois meses, ingresso neste modelar nosocômio, fomos designado para o G. P. C., sob a chefia do Sr. Capitão médico Dr. Ismar Tavares Mutel.

Na secção de Bioquímica, da qual é encarregado o nosso presado colega 1.º Tenente Farmacêutico Dr. Gerardo Majella Bijos, tivemos ensejo de atentar para um assunto interessante, a um só tempo, ao técnico de laboratório e ao clínico: o exame das concreções urinárias.

Consoante a orientação econômica e simplista daquele Serviço, que se esforça por dotar o Exército de uma padronização de técnicos e de material, executámos o método de Spaeth, com rigor e cuidados especiais, sem cogitarmos de outras técnicas, quiçá dispendiosas.

As concreções urinárias não são mais que a sedimentação de flócos no rim, bexiga e uretra, em torno do ácido úrico, sob a forma de anéis concêntricos.

Confirmando os experimentos de Higgins (1), Majella Bijos demonstrou, cabalmente, nos vários casos por si estudados, a estreita correlação das deficiências alimentares com o aparecimento de tais concreções.

A vitamina C, segundo o nosso ilustre colega, facilitando a acidez da urina, não permite a formação dos cálculos, de vez impede a ação adsorvente dos colóides urinários, conclamada por Ebstein (2).

Daí inferir-se, segura e objetivamente, que um organismo saturado de vitamina C, em certos casos, poderá ficar preservado dos cálculos, em que pesem os conceitos de Randall (3) sobre a inexistência de uma só causa para explicar a formação dessas concreções.

Todavia, as reações óxido-redutoras influenciadas e mantidas por vitaminas, permitem concluir que o conceito de Higgins, ratificado por Joly (4) e verificado no G. P. C. do nosso Hospital, na Secção de Bioquímica, é digno da mais cuidadosa observação clínica, afim-de a terapêutica ser adequada às exigências daquele conceito.

Os exames atingiram a três tipos de concreções urinárias: areia, areia grossa e aglomerado.

A técnica de Spaeth (5), a que nos referimos, consta do seguinte: o cálculo é dividido em duas amostras, e estas subdivididas em porção maior e menor, respectivamente.

AMOSTRA "A"

Porção maior — Aquecida sobre lâmina de platina, queima quase inteiramente.

Anotar:

- a) cheiro de ácido prússico;
- b) chama azulada ou azul-esverdeada e cheiro de ácido sulfuroso;
- c) chama amarela e cheiro de chifre queimado.

Porção menor — Em capsula de platina ou vitreosil evaporá-la com gotas de ácido nítrico, até secura; esfriar; umedecer o resíduo com amoníaco e anotar:

- a) coloração vermelho-purpurina — ácido úrico e urato de amônio;
- b) não se colore, mas dissolve-se no amoníaco, o qual evaporado apresenta lâminas características de: —
— cistina (raríssimo).
— substâncias protídicas.

Tomar o resíduo da evaporação com ácido nítrico e umedecê-lo com potassa a 40 %;

anotar:

- a) coloração vermelha ou vermelho-purpurina - Xantina.

AMOSTRA "B"

Porção maior — Aquecer sobre lâmina de platina: não queima; incinerada deixa um resíduo, que se ferve com água. Filtrar.

Exame do filtrado — Contém uratos alcalinos de cálcio e de magnésio e fosfato amoníaco-magnesiano.

O ácido úrico caracteriza-se pela acidulação do filtrado com ácido clorhídrico; formação de cristais, sobre os quais se processa a reação de Murexida.

Exame do precipitado — Pode conter:

- a) carbonato de cálcio — Pela adição de ácido clorhídrico há desprendimento gasoso;
- b) oxalato de cálcio — O resíduo, insolúvel no ácido acético, é incinerado até cinza branca; esta é tratada pelo ácido acético e o cálcio pesquisado pelo soluto de oxalato de amônio a 4 %;
- c) **fosfatos** (amoníaco-magnesiano e de cálcio) — O resíduo é solúvel no ácido acético, sem desprendimento gasoso.

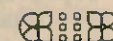
Por suas reações características são pesquisados: ácido fosfórico, amoníaco, cálcio e magnésio.

Eis, o pequeno contingente com que ora concorremos aos presentes Anais, esforço tanto mais louvável quanto é certo exíguo o tempo de nossa permanência no G. P. C.

Sem dúvida, o único mérito que êle possui é, como de inicio dissemos, o interesse para a clínica, na orientação da terapêutica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) — Higgins — Production and solution of urinary calculi. Experimental and chemical studies. J. Amer. Med. Ass. 104, 1.296, 1935.
- 2) — Ebstein — Anais Merck., 212, 1936.
- 3) — Randall — Munch. Med. Wschr. 1936. 17,707.
- 4) — Joly — The etiology of Stone. J. of Urol. 32,541, 1934.
- 5) — Prática de Análise de Urina de Lassar-Cohn.



Idéias atuais sobre tensão arterial

Dr. Abelardo Lobo

1.º Tenente Médico, Chefe da 18.ª Enferm.
Aux. do G. P. C.

O problema da determinação do estado patológico tem se baseado na premissa da existência duma constante fisiológica, além ou aquém de cujos limites se terá transposto as fronteiras da doença. Se no meio dos inorganizados a determinação dessas constantes, desses padrões de higidez, tem sido um problema para cuja solução são mobilizadas as mais brilhantes e pertinazes organizações de cientistas do mundo, que não cessam de investigar e deduzir, que não será quando o objeto da pesquisa é o homem tão rebelde à uniformização e a admitir estalões imutáveis?

Em verdade a tarefa é ardua, requer constância e exige vastos recursos de cultura científica e nela milita toda uma pleiade de grandes vultos a que a fisiologia perdeu o direito de exclusividade no cultuamento para que viessem êles orgulhar a medicina inteira. Mas por maiores e mais penosas que tenham sido as tarefas exigidas sempre haverá quem a elas dedique o melhor que trazem em si, quando ela tem por culminação a vida do homem e sua salvaguarda.

O laboratório do fisiologista é oficina que tem contado suas horas de eficiente trabalho pelas horas que somam os séculos que se vão passando, tudo fazendo para entregar à clínica padrões de saúde à cuja quebra possa ser referida a existência de doença; mas se "não há doenças e sim doentes", não há higidez e sim hígidos, admitindo-se, à imposição dos fatos, uma certa margem de variação para os valores dentro da qual êles continuam a representar o ótimo, que melhor seria pudesse ser indicado por uma única cifra. Entre os departamentos orgânicos que mais têm merecido a atenção dos estudiosos e que mais evidentemente aproveitaram e aproveitam desta comunhão de esforços entre o fisiologista e o clínico, o aparelho circulatório tem real primasia, pela in-

contestável importância de que se reveste para a conservação da vida e pela sua labilidade diante dos processos patológicos de toda espécie que acometem o homem.

Toda uma multidão de estudiosos cerca e se debruça sobre o órgão central da circulação e perquire e pesquisa a sua capacidade de funcionamento, o quanto é êle capaz de empregar para manter em circulação o líquido vital, conjecturando acuradamente diante da simplicidade eloquente da fórmula: $P = VT$, na qual o trabalho útil do coração é igual ao produto do volume de sangue impulsionado pela pressão com que é impulsionado.

Desses dois elementos, a pressão do sangue, o regime tensional dentro do qual se faz, bem ou mal, a distribuição do sangue por todo o organismo mereceu atenções especiais e é, no momento, questão aberta, agora que um valor novo veio pedir uma revisão completa para os elementos até bem pouco tempo considerados definitivamente estabelecidos.

DEFINIÇÃO

E' noção elementar que o sangue se desloca por todo o corpo dentro dum circuito fechado de condutores, sofrendo a fatal "perda de carga" de todo líquido em condutos, perda de carga esta que iria reduzindo a impulsão inicial a ponto de, a partir de determinada parte do percurso, anulá-la completamente parando o escoamento, não houvesse que contar com a elasticidade das artérias. Efetivamente, fossem as artérias tubos inelásticos e a força viva comunicada à massa sanguínea em cada sístole se esgotaria muito cedo e o escoamento do sangue far-se-ia em arranques; mas os vasos dispõem duma elasticidade que lhes permite distenderem-se ao receberem o jacto sistólico e reagirem à distensão retornando à posição primitiva, comunicando ao sangue, nesta ocasião, durante a diástole, uma impulsão igual à que absorveram durante a sístole, estabelecendo um regime de escoamento contínuo.

Eis porque num segmento de artéria a pressão do sangue e a tensão da artéria são duas forças equivalentes, podendo ser considerada uma ou outra; achamos, no entanto, como já o fizeram Donzelot e Kisthinos, que a expressão tensão arterial é preferível por analogia com as expressões já consagradas em clínica: hipo e hipertensão, às quais deu origem.

Repetindo Gallavardin, a tensão arterial "é uma força creada pela contração ventricular, mantida pela reação da parede vascular à distensão, regulada pela resistência dos vasos periféricos ao escoamento do sangue".

Mas esta tensão não é uniforme e a sucessão de impulsões sistólicas crêa no sistema vascular um regime de pressão essencialmente variavel, indo dum máximo a um mínimo (na diástole) e retornando ao máximo continuamente, sem que ainda essa ascensão ou descida se faça de maneira regular mas, sim, passando por pequenas reações, geralmente em número de três, das quais a mais pronunciada é resultante da onda dicrota.

Até bem pouco tempo eram esses extremos, a **tensão máxima** representando a força comunicada ao sangue em cada sístole e a **tensão mínima** representando o estado tensional durante a diástole ventricular, que davam, na clínica, todas as indicações sobre a tensão arterial. Mas a partir de 1921 deveu-se recordar o que Marey dissera em 1863: "Si la force maximum et la force minimum durent toujours le même temps, on pourrait facilement en déduire la "force moyenne" qui pousse le sang dans les vaisseaux. Mais il n'en est pas ainsi. C'est pourquoi ce probleme hydrodynamique ne peut être résolu que si l'on tient compte non seulement des différents degrés de la pression, mais aussi de la durée d'application de chacun de ces degrés. Il suit de là que la moyenne numérique obtenu en prenant la demi-mesure des deux colonnes de mercure, maximum et minimum, ne sera qu'un chiffre insignifiant. Ce qu'il importe c'est la "moyenne dynamique" de laquelle on pourra déduire les effets que la pression variable produira au point de vue du mouvement de la sang".

Pela primeira vez falava-se numa média das tensões extremas, num valôr que representasse fielmente o regimen de pressão que reina permanentemente no sistema vascular, sem referi-lo à pressões que agem momentanea e acidentalmente nas artérias e ainda pela vez primeira estabelecia-se que essa média não poderia ser a média aritmética daquêlas tensões extremas porquanto a curva da tensão não adotava a fórmula duma sinusoidal e sim duma curva irregular, cuja média geométrica seria dada pela média das ordenadas de todos os seus pontos. Para distingui-la da simples e inexpressiva média aritmética chamou-a Marey de **média dinamica** e para conseguí-la praticamente substituiu o primitivo manômetro de mercurio por um manômetro compensador que ia registrando a média das oscilações impressas ao sangue pelas variações de pressão. Tinha ingresso na fisiologia um novo valôr em técnica tensional, da maior importância, a

TENSÃO MÉDIA DINÂMICA

Infelizmente as magníficas experiências de Marey não tiveram eco além dos limites da fisiologia e quarenta anos se

passaram antes que qualquer clínico se interessasse pela nova constante. Em 1902, Potain reconhecia o valor da média dinâmica em clínica e traduzia seu pensar nas seguintes expressões: "La pression dans les artères oscille donc incessamment entre deux extrêmes, un maximum et un minimum. De cest deux extrêmes, un seul nous peut être directement connu chez l'homme, c'est le maximum. Dans les intervalles de ces périodes extrêmes, la pression passe par une série d'oscillations de valeur très inégale et variable, que représente à merveille les oscillations de la courbe sphygmographique. Or, la force en vertu de laquelle le sang circule a travers les organes et qui, surtout, nous intéresse étant après tout la somme de ces pressions successives et variables, leur moyenne est ce qu'il nous importerait de connaitre et qui pourrait donner une idée plus juste du travail utile qui s'accomplit dans le système artériel".

Não conseguiu ainda Potain despertar o interesse que seria de esperar e novo silêncio se faz sobre a questão da média dinâmica, mesmo porque a esfigmanometria apesar dos esforços de Marey, Forster, Landois, Verdin, von Basch, Riva-Rocci, Ehret e Korotkow não era capaz de medir a média no homem. O processo por êle empregado para determinar a média, merece pela sua originalidade e aproximação do real que conseguiu, uma rápida descrição: Escolhia êle individuos que apresentavam um dicrotismo evidente e com seu aparelho determinava a máxima por compressão absoluta da radial; depois erguendo os dedos, progressivamente, determinava o valôr de pressão do dicrotismo. Tinha êle, assim, o valôr da máxima e do zero tensional. Isto feito, num traçado esfigmográfico traçava duas horizontais, uma passando pelo zero tensional e outra pelo ápice das pulsações e duas verticais pelo pé de duas pulsações consecutivas. Determinava, deste modo, duas figuras geométricas, uma limitada superiormente pela curva do pulso e outra com limite superior na horizontal dos ápices. Utilizando um planímetro de Amsler calculava as areas das duas figuras e afirmava que elas estavam entre si como as tensões máximas e média. Conhecendo com facilidade a máxima, a média seria também facilmente conseguida por simples proporção. Suas experiências davam para valôres normais: $Mx = 15,5$; $Md = 9,7$ e $Mn = 5,15$, resultados esses que, levando em conta o erro imposto pelo esfigmomanômetro utilizado, são admiravelmente próximos dos reais.

Mas não eram as esfigmografia e a esfigmomanometria simples que iriam resolver o problema da média e foi preciso esperar que surgisse e evoluísse a oscilometria para que a solução tão esperada aparecesse.

Este método de estudo do movimento circulatório derivou duma brilhante concepção de Marey que em 1876, fez notar que se ao invés de se comprimir um vaso por uma face o mergulhasse num meio submetido a pressões progressivamente crescentes, chegaria um momento em que as paredes do vaso se acolariam, momento em que a pressão ambiente seria superior à pressão intra-arterial. Para o demonstrar ele fez uso dum aparelho que envolvia o braço ou o dedo e registrou por meio dum manômetro as oscilações provocadas na massa líquida pelo pulso total do membro e, noção da maior importância, demonstrou que a amplitude das oscilações variava com a pressão a que era submetido o vaso e que bastava que se conhecesse essa amplitude para poder deduzir que pressão sanguínea existia neste instante.

Recklinghausen, em 1906, retoma o problema onde o havia deixado Marey e estabelece as bases e aplica praticamente a oscilometria; é considerado justamente o fundador do novo método. Pachon, em 1909, continúa os trabalhos de Recklinghausen e construiu o oscilômetro que tem seu nome, de grande e constante sensibilidade.

Até então era a mínima que servia de base à medida da tensão arterial. Marey a chamava **pressão constante** e **pressão variável** o afastamento entre as duas extremas, o que deixou supôr ser sua opinião que a oscilação máxima devia corresponder à tensão mínima. Recklinghausen foi da mesma opinião e para justificá-la comparou a pressão do braçal e a tensão arterial a duas forças estáticas opostas e avaliou os deslocamentos da parede da artéria no equilíbrio dessas duas forças, extendendo, erroneamente, ao fenómeno dinâmico da circulação do sangue princípios de hidrostática. Foram do mesmo parecer Janeway, Mosso, Sahli, Howell e Brush e Pachon até certa época. Em 1909 dizia este último autor: "Des considérations très simples, démontrent que la contrepression sous laquelle se manifestent les pulsations maximales d'une artère correspond bien effectivement à la pression constante ou minima du sang dans ce vaisseau".

Portanto, até 1909, a máxima oscilação ou a zona das oscilações máximas correspondia, sem a menor contestação, à tensão mínima.

Em 1914, Mac William e Melvin lançam a primeira dúvida e conjugando com o esquema de circulação, até então usado, um manômetro de máxima e mínima, notaram que a oscilação máxima corresponde não à pressão mínima mas sempre à uma contra-pressão superior, ou melhor, que a mínima corresponde à contra-pressão sob a qual se observa uma zona de pequenas oscilações distintas das das grandes oscilações.

Gallavardin, em 1920, espôsa os resultados obtidos por Mac William e Melvin e afirma que "a transição brusca entre a zona das grandes oscilações e das pequenas oscilações, quando existe, é o critério mais seguro da pressão diastólica".

Pachon, diante do movimento de dúvida que avultava entre os meios científicos quanto ao critério exato da tensão mínima, retorna às suas experiências, substituindo o manômetro de máxima e mínima de Mac William e Melvin por um manômetro compensador de Marey o que lhe permite observar o regimen das oscilações no esquema de circulação, ao mesmo tempo que a pressão média reinante na canalização. Como resultado de suas pesquisas anunciou ele que a **oscilação máxima corresponde não a mínima**, como era classicamente admitido, mas a **média dinâmica**.

Este fisiologista para caracterizar a tensão média fez analogia entre o que se passa numa corrente alternativa, que muda periodicamente de sentido, cuja intensidade eficaz seria a da corrente contínua que no mesmo tempo desenvolvesse a mesma energia. Para ele "o valor da pressão média será o da pressão constante que assegure o mesmo rendimento nos vasos que a pressão variável que ali reina".

Compreende-se o desmoronamento que a conclusão fez sofrer ao edificio maduramente construído da tensiometria, derrubando de um golpe sua pilastra mestra — a **tensão mínima**, e caracterizando e precisando aquélla outra até então esquiua — a **tensão média**.

Gley e Gomez, da escola de Vaquez, continuam em 1931 as pesquisas no sentido de precisar as novas noções estabelecidas por Pachon e procuram dar-lhes o melhor critério de semelhança com o que se poderia constatar no vivo, procurando fazer entrar em linha de conta as influências nervosas, hormonais, etc., e para isto construíram um aparelho composto dum tubo cilíndrico de vidro fechado nas extremidades por duas rolhas de borracha, uma com um buraco e outra com dois. Em cada rolha estava inserida uma cânula de vidro. As extremidades das cânulas situadas dentro do tubo de vidro são ligadas entre si por um segmento de artéria (carótida) de animal. Neste segmento de artéria foram exercidas as contra-pressões e medidas as tensões e oscilações correspondentes. A extremidade situada para fóra, duma das cânulas, foi introduzida na luz duma artéria (a femoral); a extremidade oposta da outra cânula comunicava-se com um manômetro compensador de Marey. Os experimentadores confirmaram totalmente as pesquisas de Pachon, isto é, concluíram que as máximas oscilações ou o **índice oscilométrico** correspondia à tensão média e mais, confirmaram as então recentes conclusões de Pachon e Fabre, Gallavardin, William

e Melvin, segundo as quais a mínima se encontrava situada não na primeira oscilação decrescente que se seguia a maior oscilação, como era clássico, mas na que correspondia ao limiar duma zona terminal de "oscilações de declive próprio, fraco e uniforme".

Em 1932, Piollet, Dodel e Boucomont mediram diretamente nas artérias de membros que fôra necessario amputar as tensões e verificaram uma perfeita concordância com os dados fornecidos pelo método oscilométrico.

Portanto, a tensão média passou a ocupar uma posição muito visinha da anteriormente designada para a tensão mínima, com a qual chegou a ser confundida e esta última veio a ocupar nos traçados oscilométricos um ponto situado no início da série de oscilações indiferenciadas ou infra-mínimas, no sentido da descompressão.

Em tudo isto nada foi alterado quanto à máxima que continuou a ocupar o lugar classicamente estabelecido e a lhe ser dado o mesmo valor de sempre.

CARACTERÍSTICAS DA TENSÃO MÉDIA

A tensão "média dinamica" de Marey, "eficaz" de Pachon ou "verdadeira" de Weil, caracteriza-se por uma estabilidade e constância que fizeram com que numerosos autores a chamassem de "constante fisiológica".

Em condições fisiológicas, enquanto a máxima é francamente influenciada por múltiplos fatores como o sexo, a digestão, o sono, o trabalho intelectual, as variações de temperaturas e pressão, os catamênios, etc., a média oferece uma oscilação mínima que não vai além de 5 milímetros de mercúrio. A haver um padrão de higidez para o regimen tensional arterial é lógico que este padrão deve ser procurado na **tensão média**, que por sua fixidez e, podemos dizer, inalterabilidade fisiológica, oferece um ponto seguro de referência para qualquer desvio patológico.

Quanto à **tensão mínima**, "tudo ou quasi tudo que se tem dito sobre esta tensão está sujeito a revisão", dizem Donzelot e Kisthinos, sendo "atualmente muito delicado emitir opinião a este respeito", mas é possível considerá-la como muito mais estável que a **tensão máxima**.

Um ponto que terá chamado a atenção será este da notação abreviada da **tensão média**; assim para uns é ela abreviada com **My** e para outros **Mé**. Ora, se a máxima é **Mx**, se a mínima é **Mn**, destacando-se as duas primeiras consoantes que caracterizam a palavra, não sabemos porque a média não será **Md**, para nós em nossa lingua, como é **Mé** para os argentinos e **My** (de moyenne) para os franceses. **Md** será, então a notação pela qual designaremos a **tensão média**.

VALORES ATUAIS DAS TENSÕES

Para a **tensão máxima**, além da larga margem de variação fisiológica, há uma evidente diversidade de opinião entre os autores. Para Fiessinger as cifras normais da máxima vão de 15 a 19 centímetros de mercúrio; para Lian, de 14 a 17; para Martinet, de 14 a 16; para Pachon, de 13 a 17; para Lyon, de 15 a 18; para Clerc, de 14 a 16; para Donzelot e Kisthinos, de 11 a 15, e para Vaquez e Gley, de 14 a 15. Existe, portanto, uma extensa zona fisiológica da **tensão máxima**, indo do mais baixo valor normal dado por Donzelot e Kisthinos de 11 ao mais alto dado por Fiessinger de 19, o que oferece uma margem de 8 centímetros de mercúrio dentro dos limites da higidez tensional.

Quanto à **média** não há discrepância entre os autores e pode-se traçar seus limites de normalidade para os individuos entre 15 e 50 anos entre 8 e 9 centímetros. Para crianças de 1 ano de idade Bonaba e Sarachaga encontraram uma média de 7,5 havendo, portanto, aumento de 1 centímetro entre 1 ano e 15 anos. Em velhos de 90 e mais anos tem sido comumente encontrada uma **média** igual a 9, mas com frequência ela tem atingido em individuos sãos a 10 centímetros. Portanto, pode-se considerar **anormal** uma **média** de 11 em individuos jovens e de 12 para qualquer caso.

No concernente à **mínima** vemos que a absoluta maioria de autores a situavam, em condições fisiológicas, numa média entre 8 e 9 centímetros de mercúrio e que depois do advento da **tensão média**, ela, como diz Castex: "la pression mínima, la que se ha visto poco menos que desplazada por el advenimiento de la pression média y ubicada en regiones inciertas y discutidas por la maioria de los autores que se han ocupado del asunto", cedeu o lugar que ocupava à nova constante e passou a se situar, segundo a maioria dos autores (Vaquez, Gley, Gomez, Donzelot, Kisthinos, Nagéra, Chazal, Deguy, Papaioannou, etc.) entre 5 e 7 centímetros de mercúrio, predominando a limitação entre 6 e 7.

DETERMINAÇÃO CLÍNICA DAS TENSÕES

Não nos deteremos sobre detalhes de técnica tão conhecidos por todos, como sejam: o repouso em que deve estar o paciente, a situação do manómetro à mesma altura do coração, a largura do manguito (mínima de 12 centímetros), a justeza com que deve êle ser aplicado no braço, a repetição que deve ser feita nas medidas, passando em revista os diversos métodos clínicos e os elementos que nos podem fornecer quanto às tensões arteriais, **atualmente**.

1.º) — MÉTODO APALPATÓRIO

Este método consiste, como é sabido, em comprimir a artéria com qualquer dos manguitos dos aparelhos conhecidos, até o desaparecimento completo do pulso abaixo do manguito e em determinar com apalpação digital do segmento de artéria situado abaixo da compressão as diversas modificações com que se apresenta o pulso. Qualquer dos aparelhos pode ser empregado, visto como só é necessário um manguito compressor e um manómetro que todos êles têm.

A apalpação digital deve ser feita por dois ou três dedos sobre a artéria humeral ou sobre a radial, quando se comprime o braço ou sobre a pediosa ou tibial posterior quando se age sobre a perna ou a coxa.

Para a determinação da máxima, após o esmagamento completo da artéria descomprime-se lentamente o manguito; a pressão lida no manómetro no momento exato em que a primeira pulsação chega aos dedos exprime a tensão máxima.

Para a determinação da média, os dedos que apalpam vão notando que as pulsações vão se tornando cada vez mais fortes e depois cada vez mais vibrantes até que, subitamente, o carater vibrante desaparece para se irem atenuando os batimentos. O ponto culminante dessas pulsações vibrantes corresponde à tensão média.

Quanto à mínima está hoje perfeitamente estabelecido que ela não se revela por nenhum fenômeno audível ou tátil e, portanto, este método e o auscultatório nada podem distinguir quanto à mínima, sendo inexatas as mínimas consignadas com o emprego de esfigmotensiómetros, fonotensiómetros, esfigmomanômetros, arteriotensiómetros, etc.

2.º) — MÉTODO AUSCULTATÓRIO

Neste método, ao invés de se procurar a sensação tátil do pulso na descompressão, procura-se escutar a sua tradução acústica e distinguir na gama de ruídos percebidos as tensões procuradas.

Aplicado o estetoscópio sobre a artéria, abaixo da compressão, descomprime-se o manguito e ao primeiro ruído escutado, correspondendo à primeira pulsação refere-se a tensão máxima, tradução exata da primeira pulsação apalpada, no processo anterior.

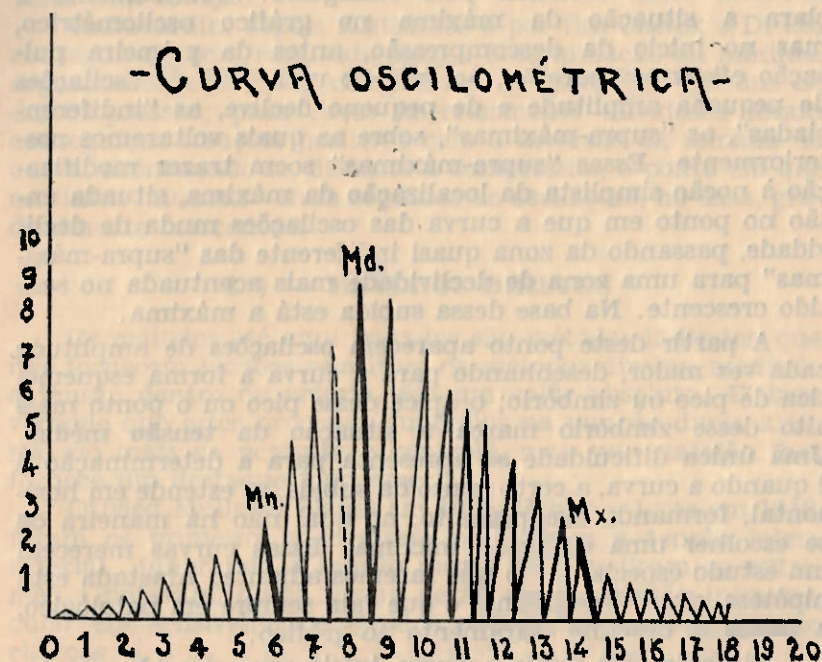
Como se sabe, após uma pequena zona de bulhas arteriais, durante a descompressão, entra-se numa zona de pequenos sopros e depois numa zona de bulhas arteriais fortes, vibrantes, de intensidade crescente; o ápice desta série de

bulhas vibrantes, a mais alta bulha vibrante, corresponde à tensão média.

Nada há que dizer quanto à tensão mínima, pois nada a indica ao ouvido, neste método.

3.º) — MÉTODO OSCILOMÉTRICO

Seja utilizando o oscilómetro de Pachon ou o quimómetro de Vaquez, Gley e Gomez procura-se, com a vista, acompanhar, durante a descompressão da artéria, as amplitudes de oscilações que vão correspondendo a cada diminuição da contra-pressão. De difícil emprego o primeiro, porquanto não tendo um ponto de partida para o ponteiro oscilador, soe exigir do operador uma exaustante atenção na contagem das



Esquema de curva oscilométrica, mostrando as localizações atuais das tensões — A oscilação em linha interrompida corresponde à localização clássica da tensão mínima

divisões de mostrados percorridas pelo ponteiro, além duma operação mental de subtração, na qual a marcação do ponto de partida do ponteiro é subtraída do ponto extremo da excursão. Quanto ao emprego do quimómetro, podemos afirmar que êle é perfeitamente exequível em clínica, e nunca tivemos

difficuldade em obter, com esse aparelho, tensões médias. Como se sabe a substituição do separador do oscilómetro de Pachon por uma válvula, permitiu que as oscilações do ponteiro parassem sempre do zero da graduação do mostrador, de modo a que as leituras se referissem somente a um número, o extremo.

O quimómetro foi construído especialmente para a pesquisa da tensão média.

Outros aparelhos, como o tensiografo de Boulitte, o seu oscilógrafo arterial, o tonoscilógrafo de Plesch, etc., inscrevendo a curva das oscilações permitem ler as tensões, tanto a máxima, como a média, como a mínima.

Para a leitura da máxima, está assente que ela deve corresponder à primeira pulsação eficaz, isto é, à passagem da primeira onda sistólica pelo manguito. Teoricamente é clara a situação da máxima no gráfico oscilométrico, mas no início da descompressão, antes da primeira pulsação eficaz comparecem ao traçado uma série de oscilações de pequena amplitude e de pequeno declive, as "indiferenciadas", as "supra-máximas", sobre as quais voltaremos posteriormente. Essas "supra-máximas" soem trazer modificação à noção simplista da localização da máxima, situada então no ponto em que a curva das oscilações muda de declividade, passando da zona quasi indiferente das "supra-máximas" para uma zona de declividade mais acentuada no sentido crescente. Na base dessa subida está a máxima.

A partir deste ponto aparecem oscilações de amplitude cada vez maior, desenhando para a curva a forma esquemática de pico ou zimbório; o ápice desse pico ou o ponto mais alto desse zimbório marca a situação da **tensão média**. Uma única dificuldade se apresenta para a determinação e é quando a curva, a certo ponto da subida, se estende em horizontal, formando um planalto, no qual não há maneira de se escolher uma oscilação máxima. Essas curvas merecem um estudo especial e é o que faremos adiante. Afastada esta hipótese, que é excepcional e que fala sempre em patológico, a **média** se desenha claramente no gráfico.

Atingido esse cume a curva inicia uma descida em declividade forte até que, em certo ponto, a declividade muda bruscamente para se tornar fraca, formada de oscilações pequenas, com declividade característica e constante; o ponto em que começam estas oscilações de pequena declividade marca a situação da **mínima**. Aqui ainda são as "indiferenciadas", no caso as "infra-mínimas" que trazem embaraço à localização da mínima, embaraço maior que quando se tratava da máxima. Gomez estudando 300 traçados esfigmográficos somente em 27,3 % deles pôde determinar precisamente

a situação da mínima; outros autores têm conseguido melhor resultado, alguns com 30, outros com 50 % de casos claros. Há bem pouco tempo Kilgore enviou a observadores duma competência indiscutível (Cannon, Erlanger, Hirschfelder, Moffit, Wilbur) uma centena de traçados obtidos no mesmo aparelho, pedindo-lhes simplesmente que marcassem com um furo de agulha os pontos em que eles julgavam estivessem as pressões sistólica e diastólica. Recebidas as respostas, Kilgore notou que os pontos marcados para a **mínima** diferiam de uns para outros, quantidades variáveis com uma média de um centímetro e oito décimos de mercúrio. Donde se vê que, praticamente, a determinação da mínima, mesmo pelo método oscilométrico, oferece dificuldades e dúvidas, às vezes sem solução.

Gallavardin, depois Kisthinos e por fim Castex e Di Cio conseguiram bom resultado para a determinação da mínima, organizando curvas de compressão ao invés das comuns de descompressão; para casos anteriormente duvidosos foram conseguidas soluções positivas com a inversão da tomada da curva, acentuando-se, durante a compressão, o ponto em que as "infra-mínimas" eram seguidas de oscilações, no caso, gradualmente crescentes.

4.º — MÉTODOS DIRETOS

Os métodos até aqui tratados são métodos indiretos que nos fornecem tensões relativas; os métodos diretos, medindo a tensão **dentro** da artéria têm um valor absoluto. E' bem verdade que estes processos fundados na punção duma artéria são mais de pesquisa e controle, mas sua exatidão lhes fornece um destaque todo especial.

Otfried Muller e Blauel em 1908, Dehon e Leitz em 1912, foram os primeiros a medirem no homem a tensão intra-arterial. Ignorando a tensão média eles mediram as extremas e notaram, duma forma geral, que a pressão intravascular era sensivelmente igual à encontrada pelos processos clínicos.

Em 1932, Piollet, Dodel e Boucomont abocaram artérias da extremidade proximal de membros amputados em tubo de manómetro compensador e compararam as médias conseguidas com as obtidas por um oscilómetro aplicado no membro são do lado oposto, concluindo pela sua concordância com uma diferença para mais na oscilometria de 2 e meio milímetros de mercúrio.

Duomarco e Oliver, no mesmo ano, puncionaram a radial com uma agulha ligada a um manómetro de mercúrio, constatando em 16 casos a igualdade da pressão média com a obtida pela oscilometria.

Van Bogauart e Beerens, puncionando a femural com uma agulha de 9/10 de milímetro ligada a um manómetro comum de mercúrio por um tubo de borracha cheio duma solução anti-coagulante de novarsenobenzol a 2 %, conseguiram no estreitamento da agulha um dispositivo semelhante ao manómetro compensador de Marey; este manómetro foi posteriormente substituído por um manómetro metálico a que chamaram "hemodinamómetro".

Van Dooren, em 1935, usando o mesmo dispositivo usado por Bogaert e Beerens notou a concordância entre os métodos direto e indireto.

R. Giroux e Boulitte com um aparelho que é um oscilógrafo manométrico e ótico, o **boulitógrafo**, aparelho no qual a inércia é praticamente anulada e com uma ampliação de cerca de 20.000 vezes, conseguiram, puncionando artérias, belos traçados de tensões absolutas. Na parte esquerda o aparelho funciona livremente, inscrevendo as pressões extremas; na parte direita uma compressão estabelecida sobre o sistema de transmissão transforma o manómetro em manómetro compensador e é inscrita a pressão média. Com este aparelho ficou constatado que a média intra-arterial na humeral tinha o mesmo valor que a fornecida pelo método oscilométrico, assim como as demais tensões.

Dodel e Dastugue fizeram abocar nos tubos dum esquema de circulação os vasos dum ante-braço humano amputado. A pressão era medida diretamente no esquema e indiretamente, pela oscilometria, na peça anatômica. Mais uma vez ficou provada a coincidência da tensão média com a oscilação máxima.

De tudo isto se conclue que no caso das artérias superficiais, humeral ou radial, a interposição das partes moles em nada modifica a medida da pressão, havendo coincidência entre os métodos diretos e os indiretos.

Quanto às artérias profundas, Piollet, Dodel e Boucormont já tinham notado que na coxa a média oscilométrica era maior 1 centímetro que a média obtida diretamente, atribuindo o fato à interposição das partes moles. Vaquez, Gley e Mouquin fizeram novas experiências neste sentido em indivíduos gordos e magros e notaram que a média oscilométrica na coxa era maior que a intra-arterial nos primeiros de 4,4 centímetros de Hg e nos segundos de 1,7 cent. de Hg, o que faz ressaltar um erro constante para mais nas medidas tomadas nesse segmento de membro.

OSCILAÇÕES PARASITAS

A todo e qualquer que tenha atentado para uma curva oscilométrica não terão passado despercebidas, acima da má-

xima e abaixo da mínima, duas zonas de oscilações de pequena amplitude, de declividade fraca e constante que têm trazido dificuldade à determinação exata das duas tensões extremas. As situadas acima da máxima são as "supra-máximas" e as abaixo da mínima as "infra-mínimas".

Devemos estudá-las separadamente, porquanto os que tentaram explicar o seu comparecimento à curva oscilométrica têm dado a cada espécie uma origem diferente e é o que também pensamos.

1.º — OSCILAÇÕES "SUPRA-MÁXIMAS"

Durante muito tempo as oscilações notadas no início da descompressão, antes de chegar à máxima foram explicadas pelo choque da onda sanguínea contra o bordo superior do braçal; esta teoria admitida enquanto durou o fastígio da concepção estática das oscilações de von Recklinghausen e deu margem ao braçal de duplo manguito de Pachon, que, digamos de passagem, é tecnicamente contraproducente, não resistiu ao advento da época da hidro-dinâmica no terreno tensional.

Ph. Fabre propôs uma nova explicação, segundo a qual, tanto as "supra-máximas", como as "infra-mínimas", eram devidas à reação elástica da parede arterial e dos tecidos interpostos.

Gley e Gomez, em 1931, retomaram os trabalhos de Fabre para a verificação do papel que era devido à elasticidade arterial no fenómeno e usando primeiro um tubo rígido sobre o qual faziam agir em sentidos opostos as pressões e contra-pressões conseguiram sempre traçados sem oscilações parasitas. Posteriormente substituindo o tubo rígido por um tubo de borracha as referidas oscilações compareciam sempre em todos os traçados, ficando provada a necessária presença da elasticidade da parede arterial para a produção do fenómeno, apoiando a teoria de Fabre.

Dizem eles que as artérias são estendidas no sentido longitudinal por suas fibras elásticas longitudinais e que suas extremidades proximais sob um manguito com contra-pressão acima da máxima, portanto, com esmagamento da artéria, assume uma disposição de funil de porção afinada intrometida por baixo do manguito. Nesta situação a elasticidade das fibras longitudinais da artéria tendem a abrir a luz do vaso, gerando uma força que se combinará com a da contra-pressão em sentido contrário admitindo uma resultante.

No caso da contra-pressão ser maior que a máxima esta resultante de direção interna não poderia contrabalançar a pressão sanguínea da sístole e haveria um deslocamento das

parêdes arteriais que se refletiriam em pequenas oscilações. Seriam as pulsações chamadas por Pachon de "pulsações de infunibulo".

Apesar de admirarmos a desenvoltura do raciocínio de Vaquez, Gley e Gomez, achamos que é possível explicar o fenómeno mais clara e positivamente, mesmo matematicamente, sem o mundo de incertezas que surgem no trabalho dos mesmos autores quanto ao valor da elasticidade das fibras longitudinais, sobre o limite do valor dessa contra-pressão supra-máxima que dará uma resultante inferior à pressão sistólica e sobre a direção dessa resultante.

Passemos a expor nosso modo de explicar o fenómeno das "supra-máximas".

Como sabemos de principios certos de hidro-dinâmica, uma **onda solitária** líquida em conduto (a **onda incidente**), no nosso caso a onda sistólica, ao se chocar com um obstáculo fixo (manguito do braçal), recebe deste braçal uma **interferência** equivalente à uma **onda refletida** de pressão igual à incidente. Esta interferência gera uma **onda interferencial** de pressão igual ao duplo da pressão da **incidente**.

Tomemos dados concretos e imaginemos um individuo cuja máxima fosse 15, a média 9 e a mínima seis.

A **onda interferencial** gerada para uma contra-pressão de 15 (igual à máxima), ocasião em que consegue progredir a primeira onda sistólica, quando há a tensão máxima em oscilometria, será igual à "resultant de la combinaison de ces deux ondes (incidente e refletida), n'atteint que la valeur de leur surpression, augmentée de la minima" (Gley e Gomez).

Para o caso, esta onda teria uma pressão de $2 \times 9 = 18$, aumentada da mínima ou $18 + 6 = 24$. (A supressão chamada é a diferença entre a mínima e a máxima.) Vê-se que esta onda interferencial tem uma diferença sobre a máxima oscilométrica de 9 ($24 - 15 = 9$); se somente com esta diferença entre a onda interferencial e a máxima consegue aparecer a primeira pulsação, poderemos chamar a referida diferença de "constante relativa de rutura".

Constante porque invariavel para cada individuo; relativa porque variavel de um individuo a outro.

Deste modo vê-se que, para que uma onda sanguínea vença a contra-pressão do manguito, foi necessário que a pressão da onda interferencial excedesse 9 centímetros à referida contrapressão, originando a primeira oscilação "diferenciada".

Para uma contra-pressão 24, igual, portanto à da onda interferencial, esta onda chocar-se-á contra o manguito ad-

mitindo uma resultante nula de forças, como se batesse num obstáculo rígido.

Para uma contra-pressão intermediária às duas citadas, para 18, por exemplo, acima da máxima e abaixo da contra-pressão "interferencial" (por extensão), uma pressão igual à diferença entre a pressão interferencial e a contra-pressão do momento (18) agirá sobre o manguito, modificando, necessariamente, o seu volume, traduzindo-se graficamente por uma oscilação de pequena amplitude, sem conseguir, no entanto, o ponto de rutura. Para o caso esta onda teria 6 centímetros de mercúrio ($24 - 18 = 6$) e não teria atingido a que chamados "diferença de rutura".

Por esta hipótese, comparecerão ao traçado oscilações "supra-máximas" entre 15 e 24 centímetros de Hg.

Para um individuo com máxima 18 e mínima 8, por exemplo, haverá oscilações "supra-máximas" entre a máxima (18) e a contra-pressão "interferencial" ($2 \times 10 = 20$; $20 + 8 = 28$); portanto entre 18 e 28 centímetros Hg., sendo sua "diferença de rutura" igual a 10.

Conseguimos estabelecer para 82 casos uma praticamente exata concordância entre o que deduzimos teoricamente e o encontrado nas observações.

E' um assunto para o qual pedimos a colaboração e crítica dos pesquisadores, podendo ainda oferecer elementos a apreciar no campo patológico.

2.º — OSCILAÇÕES "INFRA-MÍNIMAS"

Ainda retornando às conclusões de Gley e Gomez, devemos dizer que quanto às "infra-mínimas" responsabilizam êles as fibras elásticas circulares das parêdes arteriais. Dizem êles que a pressão sanguínea tende a dilatar as paredes e que elas resistem à essa tendência, creando nessa resistência forças concêntricas (diríamos convergentes). A pressão nunca sendo nula essas forças existiriam sempre que a artéria não fosse esmagada. Resultaria que uma contra-pressão inferior à mínima deveria ser somada à essa reação elástica. "Les parois artérielles soumises à une force qui tend à les écarter — la pression du sang — et à deux autres qui tendent à les rapprocher — la réaction élastique et la contre-pression — obéissent à leur résultant. On conçoit donc qu'une contre-pression inférieure à la minima puisse rétrécir l'artère pendant la diastole et créer une oscillation, puisque en réalité la réaction élastique des fibres circulaires vient s'y ajouter".

Para o fenómeno das "infra-mínimas" formulamos uma teoria que exporemos em seguida.

Como se sabe, Fabre afirma que cada onda sistólica se reflete normalmente na periferia e que cada pulsação não seria mais que a onda interferencial formada na incidência entre a onda sistólica e a onda refletida, sem levar em conta a onda dícrota.

Havendo, como há, progressão do sangue em cada onda sistólica, deduz-se que, embora havendo uma interferência entre as duas ondas solitárias, a sistólica e a refletida, há predominância da onda sistólica. Mas de qualquer modo o encontro das ondas em sentido contrário gera a interferência. Notando que o manguito age com uma pressão mesmo baixa sobre essa interferência, somos de parecer que somente no zero manométrico deixará de haver uma resultante no sentido do manguito em cada onda interferencial formada, porquanto aí o manguito afastado da parede arterial deixará de sofrer qualquer influência da pressão sanguínea.

As dificuldades experimentadas pela maioria dos observadores em determinar a mínima nos traçados oscilométricos, levou Gallavardin, Kisthinos, Castex e Di Ció a procurarem sua determinação numa curva de compressão em lugar da de decompressão, mais comum. Todos eles notaram uma melhoria nas condições de determinação da tensão diastólica, facilitando sua procura.

Acreditamos, por outro lado, que terão, como nós, também neste caso da curva de compressão, o lugar da máxima passando a ser também pouco preciso, de modo a que melhorando uma procura, piorava-se a outra.

Para remediar essa mal adotamos um processo que recomendamos na prática:

Com a aplicação dum quimómetro vai-se ditando a um auxiliar as amplitudes de oscilações a partir de 1 centímetro de Hg., de centímetro em centímetro, até o esmagamento da artéria e a nossa contra-pressão interferencial. Poder-se-ia, reduzindo à escala convencional, obter uma curva de compressão com as contra-pressões como abcissas e as amplitudes de oscilações como ordenadas, mas não o fazemos.

Do ponto em que estávamos, ditamos as amplitudes de cada decompressão de centímetro até o zero manométrico. Com esses dados poderia ser organizada uma curva de decompressão.

Notando que a maior oscilação ocupa o mesmo lugar nas duas curvas, organizamos uma curva mixta, aplicando os elementos colhidos durante a compressão (as amplitudes de oscilação) do zero manométrico até a tensão média ou índice

oscilométrico e a partir deste ponto passamos a empregar os dados colhidos na decompressão. Com esta prática colhemos traçados geralmente mais claros quanto às tensões extremas.

Poder-se-ão tomar as amplitudes de meio em meio centímetros, como é mais aconselhável e dever-se-á sempre repetir a operação.

AS CURVAS EM PLANALTO

Hesitamos em tratar das curvas deste tipo, visto como devemos limitar nossas considerações ao terreno fisiológico e porque "estas curvas tendo sempre uma significação patológica", "de essência claramente patológica", sendo mesmo peculiar a certas afecções como a insuficiência aórtica, a síndrome de Adams-Stokes com retardamento do pulso e a arterio-esclerose, fugiríamos ao desígnio visado de começo. No entanto, já que tratamos da avaliação da **tensão média** em clínica devemos tratar da única dificuldade de sua medição.

Vinhamos falando em curvas em pico, em zimbório, nas quais a mais ampla oscilação é facilmente apontada e com ela a **tensão média**; acontece, porém, que em certos casos durante a decompressão, a partir de certo ponto as oscilações têm a mesma amplitude por uns dois ou mais centímetros de Hg. para descenderem em seguida. Estas oscilações de amplitude igual, no meio das quais não se pode situar a **média**, formam um planalto entre as duas encostas, a que sobe da **máxima** e a que desce para a **mínima**.

Em crianças e adultos são certas cautelas têm eliminado o comparecimento das curvas em planalto, como sejam o emprego dum braçal largo (12 centímetros pelo menos) e a repetição cuidadosa do exame. Quando apesar destes cuidados persiste a existência do planalto merece ele ser considerado como indicador de afecção cardio-vascular. Uma exceção existe para os velhos nos quais a frequência destas curvas não é regulada pela presença de qualquer afecção, mas, sim, como querem todos os autores, por uma "normal" arterio-esclerose.

Diante duma curva em planalto muito processo tem sido aventado para a determinação da média; Pachon a situava no meio do planalto; um certo número de estudiosos situam-na empiricamente no ponto de intersecção de linhas que prolongam as encostas do traçado; outros como Arnovljevic e Milovanovitch situam-na no ponto inicial do planalto no sentido da decompressão; nenhum destes processos tem fornecido conclusões satisfatórias, ficando certo, pelas experiências de Vaquez, Moquin e Gley que ela está situada num ponto intermediário do planalto.

Dum modo ou doutro, as curvas em planalto escapam ao limite da fisiologia, indicando claramente uma afecção circulatoria e com indicações já diagnósticas.

CONCLUSÕES

- 1.º — Uma nova “constante tensional fisiológica”, “a **tensão média dinamica**”, vem precisar o verdadeiro regimen permanente de pressão do sistema vascular, do qual as **tensões máxima e mínima** não são mais que transitórios estádios;
- 2.º — Em vista disto a **tensão média** tem um expressivo valor em fisiologia e patologia cardiovascular;
- 3.º — Com o advento da **tensão média**, a **tensão máxima** conservou seu valor enquanto a **tensão mínima** deslocou-se, ocupando números mais baixos de pressão;
- 4.º — Atualmente se pode considerar como médias fisiológicas:

Mx = 14 a 15

Md = 8 a 9

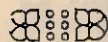
Mn = 6,5 a 7;

- 5.º — A **tensão média** correspondente à máxima oscilação da curva oscilométrica, à mais forte das bulhas arteriais vibrantes e à mais enérgica pulsação durante a descompressão do braçal;
- 6.º — Uma **tensão média** em adulto de 11 e dum modo geral de 12 é patológica;
- 7.º — A oscilometria praticada no braço ou ante-braço fornece valores absolutos;
- 8.º — A **mínima** não possuindo nenhum sinal tactil ou acústico, seus valores consignados com o emprego dos métodos apalpatorio ou auscultatório são inexpressivos;
- 9.º — O papel da **mínima** em patologia cardio-vascular é assunto sujeito à revisão total;
- 10.º — O emprego do quimómetro possibilita a medição clínica das tensões arteriais, inclusive a média, com facilidade e segurança.

BIBLIOGRAFIA

- ARNOVLJEVIC e MILOVANOVITCH — Du caractère différentiel des oscillations des versants systolique et diastolique de la courbe oscillographique — C. R. Soc. Biol., pg. 874, 1934;
- Le critère de la pression moyenne dans les courbes à “plateau” — Presse Médicale, 10/4/1935;
- BARBIER — La méthode auscultatoire — Bailliére, 1921;
- Abordons-nous une nouvelle étape de la sphygmomanométrie? — Lyon Méd., ns. 20 e 21, 1931;
- BARD — Le niveau tensionnel de la pression dans les milieux intérieurs, Arch. des Mal. du Coeur, Novembre de 1928;
- Du rôle de la pression dans les milieux intérieurs, “le milieu tensionnel”, Journ. de Physiol. et de Path. génér., Junho de 1929;
- BONABA e SARACHAGA — Arch. des Mal. des Enfants, Janeiro de 1932;
- BOULET, CHARDONNEAU e BALMES — Formules sphygmomanométriques, Montpellier Méd., n.º 15, de 1932;
- BOUCHER e LAFRENIÉRE — La pression moyenne, Un. Méd. du Canada, n.º 2, 1932;
- BUGNARD e A. LANGEVIN — Inscription et mesure de la pression sanguine, C. R. de l'Académie des Sciences, 23/1/1933;
- CASTEX e DI CIO — Tension arterial, Mx, Mé y Mn. — La Prensa Médica Argentina, 20/5/1932;
- CASTEX — La hypertension arterial, Andretta, Buenos Aires, 1929;
- CHAZAL e DEGUY — Les chiffres normaux de la tension artérielle, Presse, 15/4/1933;
- CORDIER, VEIL e COLOMB — Quels sont les renseignements que peut fournir la T. My? — Lyon Méd. numéro 41, 1931;
- COCCURI — Nova concepção sobre a pressão mínima — Reforma Médica, n.º 51, 1932;
- CORDIER e VEIL — Le “cri” de la tension moyenne — Arch. Mal. du coeur, pg. 558, 1931;
- DODEL — Sur le rapport de la pression efficace artérielle aux pressions Mx. et Mn. — Gaz. Heb. des Soc. Méd. de Bordeaux, 20/6/1926;
- e DASTUGUE — Essai de contrôle sur le schéma de circulation, etc., Journ. de Physiol. et de Path. Générale, pg. 813, 1935;
- DONZELOT e KISTHINIOS — A tensão arterial, Masson, 1935;

- FABRE — La mécanique des phénomènes sphygmomanométriques, Doin, 1925;
- GALLAVARDIN — La tension artérielle en clinique, Masson, 1920;
- GIROUX — La pression intra-artérielle, etc., Presse, 5/9/1934;
- GLEY e GOMEZ — Presse, 25/2/1931, 5/12/1931; J. de Phys. et de Path. gén., pgs. 38 e 219, de 1931;
- KISTHINIOS — Determination de la pression diastolique, Presse, n.º 69, 1932;
- NAGERA — Pression média, Semana Médica, 11/8/1932;
- PACHON e FABRE — Exploration fonctionnelle cardiovasculaire, Doin, 1933;
- Sur le déterminisme physique de l'oscillations maximale, etc., C. R. Soc. Biol., pag. 210, 1924;
- BENARD — Débit cardiaque et pression moyenne, Rev. crit., de Path. et de Ther., n.º 2, 1932;
- VAQUEZ e GLEY — La pression moyenne de l'homme, Masson, 1936;
- e GOMEZ — Etude théorique et pratique de la mesure de la pression moyenne, etc., Presse, 5/9/1931;
- e MOUQUIN — Valeurs comparées de la pression moyenne, etc., C. R. Soc. Biol., pag. 1.305, de 1933; La forme "en plateau" des courbes oscillométriques, Presse, 5/5/1934;
- VAQUEZ e PAPAIONNOU — Pression moyenne constante sphygmomanométrique, Presse, 22/4/1931;
- e KISTHINIOS — Pression moyenne, pression basale, Bull. Ac. de Méd., n.º 12 de 1931;
- e CHAISEMARTIN — Education Physique et pression moyenne, Presse n.º 25, de 1932;
- VAN DOOREN — Rapports entre la pression moyenne et la circulation, etc., Presse, n.º 62, de 1932; 5/8/1935.



Contribuição ao estudo da eliminação de estéres de amino ácidos

1.º Ten. Fco. Gerardo Majella Bijos

Instrutor da E. S. E., Chefe da Secção de Bioquímica do G. P. C. do H. C. E., membro titular da Academia Nacional de Farmácia e seu primeiro secretário, da Sociedade Brasileira de Química e seu 1.º secretário. Delegado do Governo do Brasil às III "Sesiones Químicas Argentinas;" e Presidente do Grupo Científico B, da Associação Brasileira de Farmacêuticos, assistente militar da Universidade do Brasil, etc.

A Farmácia química grupou os anestésicos locais entre os medicamentos que possuem um grupo éster e uma função animada.

O evolver da química experimental, no domínio dos anestésicos locais, partiu do perfeito conhecimento da constituição química e farmaco-dinâmica da cocaina, alcaloide largamente usado desde remoto tempo. A síntese de certos produtos e o estudo farmacológico sistematizado colocaram os anestésicos locais entre os ésteres de amino ácidos ou os ésteres de amino alcooes.

Pela hidrólise a cocaina desdobra-se em álcool metílico, ácido benzoico e ecgonina, em cuja constituição química se assinala um nitrogênio terciário, um grupo ácido e uma função álcool. Ao lado do núcleo tropânico encontramos na cocaina uma função animada e dois grupos ésteres, cuja presença de uma carboxila livre, em moléculas semelhantes, impede a ação anestésica, resultante, portanto, do éster benzóico de um amino álcool. Com os estudos de Schering, em 1898, realizando a síntese das Eucainas, e, os de Fourneau, notáveis, pela simplificação das funções químicas da cocaina, obtendo a estovaina, ficaram gravadas todas as grandes possibilidades deste sector da terapêutica.

A cocaina, psicaina, tropocaina, estovaina, alipina, eucainas (A e B), (ésteres de amino-alcooes); a anestésina, escuro-

fórmio, carbaina, butelina, panteina, tutocaina, pantocaina e novocaina (ésteres de amino ácidos), são alguns espécimes desta grande marcha ascencional da química orgânica. O quadro, que se segue, melhor orienta o assunto, já que nossa preocupação, no momento, é bem diversa.

PRINCIPAIS ANESTÉSICOS LOCAIS (1)

I) ÉSTERES DE AMINO ALCOOES

a) ésteres zenzóicos:

- 1) Estovaina
- 2) Alipina
- 3) Tropocaina
- 4) Cocaina
- 5) Psicaina
- 6) Meopsicaina
- 7) Ekcaína
- 8) Eucaina A
- 9) Eucaina B

b) Ésteres cinâmicos:

- 1) Apotesina

II) ÉSTERES DE AMINO ÁCIDOS

a) ésteres do ácido p. aminobenzóico:

- 1) Anestesina
- 2) Propesina
- 3) Escurofórmio
- 4) Ciclofórmio
- 5) Novocaina
- 6) Butelina
- 7) Pantesina
- 8) Tutocaina
- 9) Larocaina
- 10) Pantocaina
- 11) Dolantina

b) ésteres de ácidos amino hidroxibenzóicos:

- 1) Ortofórmio
- 2) Né-ortofórmio
- 3) Nirvanina

III) FÓRA DA SÉRIE

- 1) Percaina

IV) DERIVADOS DE CONDENSAÇÃO DE ÉSTERES DE AMINOFENOL

- 1) Holocaina
- 2) Diocaina
- 3) Acoína

O laboratório de hipodermia, além de atender a todo o refeitório reclamado pelas clínicas de nosso Hospital, prepara, sistematicamente, diversos anestésicos locais, a base de novocaina.

O emprêgo de outros anestésicos, aqui manipulados, embora do mesmo grupo químico da novocaina, não logrou êxito tendo sido afastado com o tempo, sem nenhuma outra influência senão a preferência dos cirurgiões e clínicos. Para o uso em campanha, dadas as necessidades imperiosas do aproveitamento de espaço, algumas destas fórmulas poderiam ser transformadas em comprimidos e o soluto preparado no momento da aplicação. A novocaina, bem como a cocaina, adicionada de um adjuvante, como o sulfato de potássio, em quantidade suficiente para isotonisar o líquido injetável, torna-se de poder anestésico mais intenso. Assim, por exemplo, conforme nossa publicação anterior (2) confirmando experiências de Breteau, um soluto de cocaina a 20 por cento possui a mesma ação anestésica de um soluto de 3 por cento, isotonizado, como acima foi dito; da mesma maneira, um soluto de novocaina a 10 por cento isotonizado pelo sulfato de potássio tem igual intensidade farmacológica que um de 20 por cento, sem este adjuvante. Todo soluto de novocaina destinado a anestesia local deve estar em meio isento de cloreto de sódio. Estes anestésicos opõem-se às desidrogeinases. A novocaina, de menor ação, assim mesmo, exerce ação impeditiva sobre emulsões bacterianas. Esta influência sobre este tipo de oxidase é atenuada em presença do sulfato de potássio. Usamos em nossas experiências o método de Braum — Worderhoff-Bach (3-4), acértando pH com soluto tampão de fosfato (Clark-Lubss), desdobrado; o pH ótimo é 6,2 (5). Ao contrario de Michaeloff (6), não encontramos eliminação de elementos anormais na urina, principalmente acetona. Os anestésicos locais do tipo novocaina não alteram o metabolismo protídico lipídico, muito embora tenha sido anotada uma diminuição nitrogenada no sangue de post-operados, cuja volta ao normal se verificou do 7.º ao 10.º dia, após a operação. Uma aplicação de soro glicosado hipertônico impede a desnutrição atribuída aos anestésicos, o que nos faz acreditar não serem estes medicamentos os responsáveis por esta modificação metabólica. Indivíduos anestésicos pelos solutos de novocaina da Farmacia do H. C. E. tiveram a sua eliminação urinária controlada pelo nosso laboratório, antes

e depois da operação, durante 10 dias seguidos. Encontramos ligeira albuminúria em dois casos, sendo o sedimento urinário sem alteração notável. Em todos os casos foi anotada a presença de vestígios de ácido e pigmentos biliares, que em nosso meio, e segundo nossa opinião, não deve ser tida como anormal, porque em cerca de 6.000 exames de urina procedidos desde 1937, em 2 por cento, apenas, os resultados foram negativos. No entanto, embora com regimen nitrogenado diminuído, a composição normal da urina sofre modificações o que prova haver uma mobilização de trocas nutritivas plásticas do próprio organismo, transformações, todavia, passageiras e desprovidas de importância, pois a densidade não se alterou, em relação ao volume.

U R I N A

RESULTADO POR MIL

N.º dos casos	Uréia		Ácido úrico		Fosfato		Cloreto	
	Antes	(Média) Depois	Antes	(Média) Depois	Antes	Depois (Média)	Antes	Depois (Média)
1	17,5	21,0	0,45	0,52	1,90	2,60	12,5	8,35
2	16,0	19,0	0,38	0,48	1,80	2,45	9,0	8,35
3	14,5	20,0	0,40	0,70	2,10	1,80	8,0	6,25
4	15,8	17,5	0,42	0,55	1,90	2,45	10,5	8,0
5	18,0	19,0	0,52	0,56	2,25	2,80	9,25	7,45
6	14,0	16,0	0,42	0,45	2,30	3,10	7,50	6,40
7	17,0	19,5	0,46	0,50	2,50	2,90	10,15	7,35
8	16,5	18,5	0,47	0,55	1,95	2,60	9,40	8,15
9	15,0	17,5	0,39	0,48	1,80	1,90	8,50	7,90
10	19,0	23,0	0,58	0,60	2,40	2,40	10,40	8,20

S A N G U E

(em mgrs. %)

N.º dos casos	N não proteico		N ureico		N aminico		N amoniacal		N indeterminado	
	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois	Antes	Depois
1	28	27	12	10	6	5	0,15	0,15	6	8
2	34	32	14	10	8	6	0,20	0,15	14	12
3	32	32	15	12	7	5	0,18	0,15	13	10
4	29	28	14	13	8	5	0,20	0,16	15	14
5	31	30	13	12	6	5	0,20	0,12	17	14
6	35	32	15	10	8	6	0,20	0,20	18	13
7	30	28	14	12	8	7	0,15	0,15	17	13
8	35	33	13	11	8	6	0,18	0,16	18	12
9	30	29	14	14	7	4	0,10	0,10	18	16
10	35	32	15	10	8	5	0,20	0,10	16	16

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alberto Lespagnol — Pharmacie Chimique.
- 2) Gerardo Majella Bijos — Anais do H. C. E. 1937.
- 3) Centr. f. Bakt. I. Abt., 1933 — 128-50.
- 4) Bull. Sc. Pharm. 1937, 39-479.
- 5) C. R. Soc. Biol. 1937, 126, 1087.
- 6) Bul. Soc. Ch. Biol. 1938, 812, 6.

Gênese e doutrinas da concussão cerebral

Capitão Dr. Oswaldo Monteiro

Cirurgião do H. C. E.
Instrutor de Clínica Cirúrgica da E. S. E.

Desde os estudos fundamentais de Dupuytren e J. L. Petit e da memorável tese de Duret (1878), é admitido, pela maioria dos autores, que os acidentes imediatos ou mecânicos dos traumatismos crânio-encefálicos, manifestam-se sob três aspectos distintos: a *comoção*, a *contusão* e a *compressão cerebrais*.

Embora seja assim reconhecido, a tendência moderna é para considerar num só síndrome a *comoção* e a *contusão*, por isso que está provado não haver separação clínica nem anátomopatológica entre esses dois estados, que os clássicos procuram estabelecer.

A concepção de cada um desses quadros cerebrais, definida clinicamente por fenômenos mais ou menos variáveis, estabelece que a *comoção* cerebral se estabelece por uma "inibição brusca, temporária ou prolongada das funções dos centros nervosos", enquanto a *contusão* tem como substratum fenômenos oriundos de lesões "locais".

Ora, nem sempre os fatos se nos apresentam assim; os exames procedidos nas mesas de autópsia revelam o contraste desses sintomas em relação à causa produtora da morte.

Inúmeros casos, rotulados clinicamente de *comoção* cerebral, apresentam alterações mais ou menos profundas da substância nervosa, ao passo que outros com sinais clínicos de *contusão*, revelam lesões mínimas da referida substância.

Quando assistente militar do Pronto Socorro, tive ocasião de observar, muitas vezes, o contraste entre os sinais clínicos desses quadros e o resultado das autópsias. Casos inicialmente simples evoluíam rapidamente para a morte e ao exame cadavérico denunciavam profundas alterações encefálicas,

cas, outros, com sintomas difusos, mostravam discretas alterações nervosas.

Desta maneira, verifica-se que os conhecidos fenômenos nervosos inerentes aos acidentes mecânicos dos traumas cranianos, não apresentam aquela manifestação individualidade clínica que os clássicos procuram estabelecer, a não ser no que diz respeito ao quadro da compressão cerebral pura, por hemorragia meningéa, cujos sintomas são patognomônicos.

Estudos e investigações importantes de Mortland em "boxeurs" e os resultados das pesquisas encefálicas de Friedmann revelaram a existência de lesões cerebrais e ventriculares em indivíduos que só apresentavam transtornos subjetivos. "Wachsley é de opinião "que já é um fato provado que a clássica comoção cerebral não é um processo tão simples e fugaz como se admite correntemente e seu diagnóstico não deve depender necessariamente de sua sintomatologia clínica".

Matti diz o seguinte: "*Las alteraciones anatómicas que se producen en la commocion cerebral, o mejor, en la compression cerebral aguda repentina, han sido puestas de manifesto experimentalmente en forma adecuada sobre todo por Jakob. En vez del método del martilleo, de Koch-Filehne, que no corresponde em modo alguno al processo real en la commocion cerebral clinica, empleó Jakob fuertes golpes sobre el cráneo, en forma de um golpe o de varios golpes repetidos. A' los síntomas clínicos que aparecían en los animales — convulsiones de corta duración, mayor lentitud de la respiración y de la actividad cardíaca, dilatación pupilar, perdida de las reacciones y del movimiento asociada con abolición de la conciencia — correspondian en la autopsia hemorragias, y en estadios ulteriores, procesos de proliferación en las meninges, con adherencias, hiperplasias de los elementos neuróglícos en el territorio de las adherencias; hemorragias puntiformes, especialmente en la médula ablongada y en la médula cervical, con preferências en la substancias gris, pequeños focos de reblandecimiento traumático, y grandes focos de degeneración. Además se han encontrado en casi todos los animales focos microscópicos de contusion y dos fenomenos de la necrosis traumática, antes descrita, asi como degeneraciones secundarias de los cordones*".

No trabalho de Renato Pacheco Filho, sobre "Concussão Cerebral", encontram-se entre vários casos, um, que vem em apoio da citação acima, registrado na observação n.º 585 do do Serviço Domingos de Goes do H. P. S..

Tratava-se de um homem de 30 anos presumíveis, que deu entrada naquele Hospital a 14-V-934. História — Não havia.

Exame — Decúbito dorsal. Agitação psico-motora intensa, entrecortada por períodos de torpor, emitindo gemidos con-

tinuados. Temperatura 35°,8. Pulso hipotenso, arritmico, vazio e mole, com 136 batimentos por minuto. Respiração 42. Ferida contusa na região parietal esquerda deixando ver o esqueleto fraturado.

Reflexos: Babinski à direita. Anisocoria com midriaze à esquerda; reflexos pupilares abolidos.

Diagnóstico — Concussão cerebral. Fratura do parietal esquerdo. Ferida contusa da região parietal esquerda.

Evolução e tratamento — Repouso. Cardiotônicos. Faleceu na quinta hora. Autópsia no I. M. L.

"Fratura transversal que vai do parietal esquerdo ao parietal direito, onde se bifurca, dando um ramo posterior para o mesmo osso e outro para o temporal direito. Encéfalo com pontilhado vermelho, mais nítido ao nível dos cornos esfenoidais".

Chamo a atenção para as lesões mínimas encefálicas deste caso em contraste com os sintomas apresentados.

As minhas observações são outros tantos fatos comprovatórios.

Quervain diz à página 18 do seu livro — Diagnóstico Cirúrgico — "Al frente de las graves consecuencias del traumatismo hemos de colocar la *contusion* cerebral. Esta consiste en una alteración mecánica de los elementos nerviosos, y por consiguiente, en principio, es completamente distinta de la *commoción* cerebral, que constituye un simple trastorno circulatorio, si bien entre ambas existen formas intermedias que pueden dificultar el diagnóstico, hasta el punto de que, en un caso dado, ni siquiera en la autopsia, y con mucha mayor razón en el vivo, sabemos si el síndrome debe ser atribuido a la *commoción* o a la *contusión*".

A raridade dos quadros puros e a complexidade das formas clínicas, levaram Duplay, Rochard, Demolin e Stern a declarar: "Nada é mais difícil em clínica do que estabelecer o diagnóstico diferencial entre as diversas formas de traumatismos cerebrais, primeiro porque os sintomas que determinam são susceptíveis de frequentes variações; mais especialmente, porque é raro que se apresentem isolados um do outro, em virtude da maior parte das vezes se combinarem entre si e o quadro sindrômico que observamos é de tal modo complexo, que se torna quasi impossível dizer quais os sintomas que dependem da comoção, quais são devidos à contusão e quais os que são originados pela compressão".

Corrachán e Domenech-Alsina à página 144 do seu livro "Clínica e Terapêutica Cirúrgica de Urgência, dizem: "Os sintomas cerebrais podem ser manifestações de lesões de comoção, contusão e compressão cerebrais. Não existe na prática

um limite perfeito entre esses três tipos anátomo-clínicos, pois a maioria das vezes se observam os três simultaneamente".

Nada mais acertado que se reünam a comoção e a contusão num só síndrome a que os autores americanos chamaram de *Concussão Cerebral*.

Convém entretanto reservar a denominação de *ferida encefálica* "à lesão traumática do encéfalo em comunicação com o meio externo", como póde acontecer nas fraturas expostas do crânio, com lesão meningo-encefálica por fragmentos ósseos ou nas produzidas por projétil de arma de fogo ou instrumento perfurante através o esqueleto ou orifícios naturais da face.

SINTOMATOLOGIA

Na *concussão cerebral* podemos observar os sintomas e sinais que outrora foram catalogados na comoção e na contusão cerebrais e como foi dito acima, fazendo parte de um mesmo quadro. Convém explorá-los para que possamos tirar conclusões exatas do grau da lesão e acerca do seu prognóstico.

Em primeiro lugar dirigiremos nossa atenção para as perturbações do estado psíquico.

Merece o máximo cuidado o estado comatoso cuja duração está na razão direta da gravidade da lesão, podendo-se afirmar que quanto mais profundo, tanto mais grave será o prognóstico. Devo, entretanto, dizer que não ha relação direta entre a intensidade do trauma e o coma. Torna-se necessário, para que haja perda da consciência, que a ação do traumatismo se faça sentir diretamente sobre os gânglios centrais da base, no hipotálamo, aqueduto de Silvius, no assoalho do terceiro ventrículo, isto é, sobre os centros de projeção em gravidade cerebrais (Gmes Durand).

Segundo Breslauer, a causa da perda da consciência ha-de buscar-se na compressão de parte inferior do tronco cerebral, embora esta opinião contestada pelas experiências de Enderlen e Knaner, que opinam pela não existência de qualquer ponto do cérebro do qual se possa atribuir essa suspensão completa da atividade cerebral.

Pesquisas mais recentes atribuem a parada da atividade cerebral a transtornos dos processos físico-químicos da cortex cerebral, na qual se tem encontrado, após a ação do trauma, mudança da reação alcalina em ácida. Nas dez observações que apresento, verifiquei estado comatoso num caso, justamente o mais grave; sonolência em dois casos, excitação num caso e apenas ligeiro estado de inconsciência periférica nos demais. Entre estes, um era portador de fratura da base do crânio, outro de fratura do frontal

Havia em todos amnésia retrograda e em dois amnésia anterograda.

Enquanto o mais grave, aquele que permaneceu em coma vários dias, foi vítima de uma queda de um ponto fixo, os demais sofreram o acidente em movimento, quer de veículo, quer de cavalo, confirmando o que ficou dito acima a respeito da intensidade do trauma e o estabelecimento do coma.

O relaxamento muscular que sempre acompanha o coma profundo ou carótico constitui outro sinal de gravidade. Tive-o em um caso. Quanto às alterações dos reflexos, da motilidade e da sensibilidade, assim como das perturbações esfinterianas e da temperatura, servem como elementos importantes que revelam quasi sempre lesões meningo-encefálicas acentuadas.

O vômito não parece ser a consequência de hipertensão intra-craniana como querem alguns autores; melhor será filiá-lo a um estado de irritação da cortex. Constatei-o em um dos meus doentes, naquele que foi revelado um afundamento ósseo, enquanto nos demais, com hipertensão, ele não se revelou.

De máxima importância na *concussão cerebral*, não só para o diagnóstico como para o tratamento, é a exploração do líquido céfalo-raquiano, quer pela punção raquiana, quer pela punção sub-occipital ou mesmo ventricular.

Deixando de lado as questões doutrinárias relativas a sua indicação, devo contudo acentuar que a pratico sempre e precocemente, tirando dela os maiores ensinamentos. Em todos os casos de concussão cerebral, tenho encontrado modificações da tensão, do liquor, demonstrando assim a constância do desequilíbrio vaso-motor e líquido desses estados, para o qual a Escola de Strausburgo chamou pela primeira vez a atenção.

Num dos meus observados encontrei P. R. além de 20; noutro estava abaixo de 10 e em quatro não ia além de 20.

Aldahyr Figueiredo em sessenta e um casos registrados no seu trabalho — "Contribuição ao emprego do cloreto de sódio hipertônico no tratamento das hipertensões traumáticas intra-cranianas", encontrou, em 12 casos, pressão raquiana alta e arterial baixa; em um caso, pressão raquiana baixa e arterial normal; em cinco casos, pressão raquiana normal e arterial baixa; em 6 casos, pressão raquiana alta e arterial normal; em 4 casos pressões raquiana e arterial altas em 9 casos, pressões raquiana e arterial normais.

Ernestino de Oliveira, acêrca dos "Traumatismos crânio-encefálicos fechados", também encarece o valor da manometria céfalo-raquiana, cuja prática nunca lhe ocasionou acidentes.

Não dou grande importância à pressão arterial quando posso medir a do liquor. Os desacôrdos entre essas duas pres-

sões levaram-me a atender o que revela apenas a do líquido céfalo-raquiano.

Num dos meus casos (papeleta 7253) havia P. R. baixa e P. A. alta; noutro P. R. alta a P. A. normal; nos demais não houve constatação desta última.

A presença de sangue no líquido é sinal importante; revela lesão meningo-encefálica, geralmente da pia-mater, sendo que a sua ausência não implica na benignidade da lesão.

Não ha relação entre este sinal e presença de fratura do cranio. Verifiquei em todos os casos de líquido hemático, com ou sem fratura do crânio, a presença de sinais cerebrais ora de irritação, ora de depressão revelada por cefaléia, estado vertiginoso, sonolência e coma.

Perturbações esfinterianas só verifiquei num caso ligado a estado comatoso e relaxamento muscular completo.

O pulso, simples de apreciar, obedece sempre ao estímulo compressor. Verifiquei contudo no doente da papeleta 9513 ligeira aceleração dos batimentos arteriais em relação à presença de liquor hemático. Neste doente pude medir a pressão do liquor, mas, à punção, o mesmo, não me pareceu tenso.

Delves e Delgaffe são de opinião que se póde considerar o prognóstico pelo estado do pulso: abaixo de 60 ou acima de 100 o prognóstico é grave; entre 60 e 100 verifica-se a mínima percentagem de mortalidade.

Quando se associam uma bradicardia abaixo de 55 com hipertensão do liquor ou quando ha uma brusca frequência do pulso, devemos agir com uma descompressão imediata.

A estase papilar, as modificações do campo visual, as alterações pupilares e a tensão da artéria central da retina têm valor apreciavel na prática. O exame do fundo do olho raramente é pesquisado por necessitar especialista, o que nem sempre é possível no momento preciso.

Devo acentuar contudo que há uma enorme divergência de opiniões acêrca dos transtornos do fundo do olho. Para Bailliart o edema papilar é um dos mais preciosos informes sobre a hipertensão intracraniana, ao passo que para Johnson, que em 154 casos só o encontrou em 4, não é sinal precoce nem constante desse síndrome.

No Pronto Socorro, nos casos de hipertensão perfeitamente caracterizados, Renato Pacheco Filho nunca o observou.

Em uns dos meus casos, o único pesquisado, nada foi observado. A temperatura é sempre tomada nos meus doentes.

Considero de prognóstico grave a hipotermia precoce e, como sinal de complicações, o estado febril mediato que surge nos fraturados da base.

Justamente nos dois casos mais graves (99 — 7253) verifiquei, desde o início, o aumento da temperatura, cedendo a

mesma medida que regrediam os demais sintomas e melhorava o estado do doente.

Segundo Dandy o prognóstico é bom quando a temperatura não vai além de $38^{\circ}.2$ e para Gurdjian desde que não vá além de 39° a evolução será normal. Vunengo diz que em 72% dos traumas cranianos a temperatura vai além de 37° após as primeiras doze horas que seguem o traumatismo. Ora, isto não foi por mim observado sinão nos dois casos acima citados.

O tipo e ritmo respiratórios só nos casos graves sofrem alterações. Cosoante tem sido observado, pôde-se entretanto opinar que somente no estado de coma é ele modificado. O tipo Cheyne-Stokes e a respiração estertorosa revelam profundas alterações encefálicas e traduzem mau prognóstico.

PATOGENIA

Wertheimer, Fontaine e Albert, contrariando tudo o que até então era admitido, atribuem os distúrbios funcionais observados nesses estados a um profundo desequilíbrio da estática normal do encéfalo e à alteração do regime circulatório e líquido desse órgão, consequente ao trauma craniano.

As antigas teorias: do *abalo cerebral*; do *choque do líquido céfalo-raquiano*; das *alterações histológicas do tecido nervoso*; a *teoria biológica* de Quenu e Muret; as *teorias vasculares*, etc., cederam a do "desequilíbrio vaso-motor e líquido" da Escola de Strasburgo, cujo substrato reside no desencadeamento dos fenômenos encefálicos pelo desequilíbrio dos nervos vaso-motores.

De fato, a observação, de casos clínicos e experimentais, tem demonstrado que, todo trauma crânio-encefálico determina a princípio anemia encefálica consecutiva a espasmo cuja consequência é a perda da consciência mais ou menos duradoura. Se o espasmo se prolonga, repercute sobre a secreção do liquor, acarretando a sua hipotensão, mesmo que não haja perda para o exterior. A essa anemia segue-se uma vaso-dilatação com hiperemia e edema, ora fugaz, ora persistente e progressivo, hipersecreção plexual e às vezes hemorragias intersticiais, fenômenos estes que ocasionam tumefação aguda encefálica, evoluindo como o quadro da compressão cerebral difusa. O aumento da massa encefálica atuando sobre os ventrículos e na face profunda da dura-mater, é suficiente para desencadear novos reflexos hipertensores cujos efeitos se associam aos do choque inicial.

Para Rodman e Ncubauer, o aumento da pressão intracraniana é o que constitui o ponto fundamental da indicação terapêutica, sem levar-se em conta a existência ou não de le-

são do esqueleto craniano. Arnaud chama atenção para um estado que se caracteriza inicialmente por hipertonia, taquicardia e vômitos, mais tarde por bradicardia, hipertermia, narcolepsia, glicosúria e diminuição dos reflexos, a que denomina *síndrome de sofrimento infudíbulo-tuberiano*. A existência de bloqueio céfalo-raquiano, por insuficiência absoluta ou relativa das vias de condução do liquor, provocam verdadeira hidrocefalia traumática, que cede no primeiro caso restabelecendo o equilíbrio líquido ou se torna definitivo até a morte.

Resulta, desses fatos, que o critério clássico anatomopatológico que presidia as indicações terapêuticas nos traumatizados do crânio, foi substituído por uma base experimental físico-patológica a que se há de ter presente em todos os estados concussionais.

TRATAMENTO

O tratamento da concussão cerebral depende antes de tudo dos dados fornecidos pela manometria e manobra de Quenkenstedt, quer haja ou não fratura do crânio. A lesão do esqueleto não apresenta por si só importância primordial, quando fóra do contacto com o meio exterior. Em todo traumatizado crânio-encefálico têm muito mais importância os distúrbios do encéfalo do que a solução de continuidade do esqueleto. Eu costumo instituir a terapêutica de acordo com a tensão do liquor e os sinais de bloqueio céfalo-raquiano.

Nos estados hipertensivos, as injeções endovenosas de solutos hipertônicos cloretados ou glicosados, os clisteres de solução saturada de sulfato de magnésio dão ótimo resultado. Em todo o meus doentes foi essa a iniciativa seguida e era esse o método empregado no Serviço Domingos de Gois por Aldahyr Figueiredo. Alguns autores aconselham ainda nesses estados as punções lombares repetidas que, segundo Lenormant, Weitheimer e Patel, só devem ser praticadas obedecendo as seguintes regras:

- 1.º) Praticá-las em decúbito lateral;
- 2.º) Só fazer a retirada do liquor quando houver hipertensão, sendo da primeira vez em pequena quantidade;
- 3.º) Evitar as descompressões acentuadas. Toda vez que houver bloqueio de ser a punção lombar contra indicada formalmente, nesse caso praticando-se a punção ventricular de preferência pela via posterior. As trepanações descompressivas (simples, para-fraturária, sub-temporal de Cushing, suboccipital de Ody, do corpo caloso, operação de Vila Real etc.), reduzem-se aos casos com bloqueio, mesmo assim quando o tratamento hipotensivo pelos solutos hipertônicos não der resultado.

Em um dos meus doentes (999) fiz uma trepanação simples descompressiva em virtude de afundamento ósseo; nos demais apenas as injeções endovenosas de solução de cloreto de sódio hipertônico a 20% ou 30% foram suficientes.

Atualmente muito se tem falado a respeito da auto-hemoterapia da qual não tenho opinião formada.

Nos estados hipotensivos, as injeções endovenosas de água destilada e o emprego do soro fisiológico dão ótimos resultados (Leriche), Dias Canedo, nêstcs estados aconselha também o extrato hipofisário, o extrato glicerinado e a alil-teobromina.

Acêrca do emprego de capacete de gelo nos concussionados, tão solicitado pelo leigo e indicado pela maioria dos clínicos, devo dizer que, considero, desnecessário nos casos ligeiros e até mesmo perigosa nos casos graves que se acompanham de edema e anemia cerebrais e nos chocados, concorrendo pelo resfriamento prolongado para agravação dêsses estados.

Como sequelas dos estados concussionais existem dois tipos: as que correspondem às chamadas "lesões focais" e aquelas oriundas das "lesões atípicas". As primeiras são manifestações motoras, sensitivas ou sensoriais determinadas por lesões anatómicas dos centros ou dos nervos sob a forma de paresias, paralisias, anestésias, etc. de acôrdo com o gráu da lesão sofrida; as segundas, representadas por cefaléia de tipo e localização variáveis, turvação visual, estado vertiginoso, diversas formas de depressão psíquica (retdardamento da atividade intelectual, torpôr, sonolência fácil, debilitação da memória, etc.), a que Pierre Marie denominou Síndrome Subjetivo Comum, além de formas mais ou menos graves de neuroses, chegando até a alienação mental, para as quais contribuem as condições individuais, cuja herança é o fator principal.

Não preciso encarecer a importância médico-legal dessas manifestações tardias da concussão cerebral, que importam numa perícia minuciosa afim de não confundí-los com os fenômenos ligados à sugestão, que tão comumente se apoderam dos traumatizados do crânio.

Não importa que o indivíduo tenha sofrido uma fratura do crânio; é necessário que o trauma tenha determinado perturbações encefálicas e concussão cerebral, para que se possa, uma vez estabelecido o diagnóstico, filiá-lo ao aparecimento mediato ou tardio dos distúrbios orgânicos ou psíquicos mencionados.

Sómente sob êste aspecto é que devemos julgar os indivíduos que se apresentam com Síndrome Subjetivo dos traumatismos crânio-encefálicos, porque é êste o critério que preside a nova patogenia dêsses estados cerebrais.

OBSERVAÇÕES

Caderneta n.º 5028

10.ª Enfermaria

Leito n.º 58

J. A. G., soldado da Cia. Extra da E. M., 28 anos, solteiro, pernambucano, moreno.

Motivo da baixa — Acidentado em serviço.

Procedente de sua unidade.

Entrada às 11 horas do dia 27-VIII-1937.

Diagnóstico — Fratura da bossa frontal esquerda. (Radiológico).

Idem clínico — Concussão cerebral.

H. M. A. — Diz o paciente que no dia 27, quando em serviço, fôra vítima de uma queda de cavalo, batendo com a cabeça de encontro ao solo. No momento *perdeu os sentidos*. Foi socorrido na Enfermaria da Escola Militar, donde baixou a êste Hospital.

Exame do doente — Indivíduo estênico. Pele e mucosas coradas; pelos e barba escassos. Estado de nutrição bom; musculatura desenvolvida. Queixa-se de dôres pelo corpo, estando com a cabeça pesada e doída. O exame do paciente nada revelou de anormal a não ser uma escoriação ligeira na região lombar à direita. Marcha normal e estado mental bom.

Alta curado a 14-IX-1937.

Caderneta n.º 6748.

10.ª Enfermaria.

Leito 44.

J. G. C., soldado do 1.º G. O., 21 anos, solteiro, do Estado do Rio, moreno.

Motivo da baixa — Acidentado em serviço.

Procedente do Pronto Socorro.

Entrado a 1 hora de 28-XI-1947.

Diagnóstico clínico — Concussão cerebral.

Rádio-diagnóstico — Nada de anormal.

História — Informa que levou uma queda de bonde, batendo com a cabeça ao solo. Diz que nesse momento perdeu os sentidos não se recordando de mais nada.

Exame às nove horas do dia seguinte:

Indivíduo longelínio astênico, deitado em decúbito lateral direito em estado sonolento. Solicitado, voltou-se em decúbito

dorsal respondendo com lucidez às perguntas que lhe foram feitas. Diz que se sente bem agora, sem contudo lembrar-se dos pormenores do acidente. Sabe que recobrou os sentidos aqui na enfermaria. Apresenta escoriações no couro cabeludo e face, do lado direito. Sente-se uma zona desprezível, mole no couro cabeludo em toda a região têmporo-parietal direita, resultante de hematoma nesse ponto. Não há sinais de afundamento ósseo. Há entretanto nesse ponto dor localizada à pressão nível da sutura têmporo-parietal. Reflexos cutâneos e tendinosos exaltados do lado esquerdo. Motilidade e sensibilidade normais. Babinsky presente dos dois lados. Reflexos óculo-pupilares. Psiquismo normal. Raquicentese no 3.º espaço lombar: *liquor claro, hipertenso*: 30 no Claude.

Queckenstedt-Stookey elevando-se a 50 e descendo após 25.

Pulso 60. Temperatura axilar 36,9.

Tratamento — Solução cloretada hipertônica e cilotropina. Alta curado em 17-XII-1937.

Caderneta n.º 6274.

10.ª Enfermaria.

Leito 7.

A. R. S., — soldado da E. E. M., 28 anos, natural do Ceará, branco, solteiro.

Entrado — 24-VIII-1939.

Motivo da baixa — Acidentado. Procedente da sua unidade.

Diagnóstico clínico — Contusão e escoriações da face e crânio. Concussão cerebral.

Exame radiológico — Nada de anormal.

História — Caiu do cavalo quando saltava obstáculos, ficando sem sentido 3 horas, não se lembrando de mais nada. No momento queixa-se de cefaléia, tonteiras e dores no mento. (sic).

Exame do doente. Estado geral bom. Apirético. Pulso normal. Reflexos normais. Bem orientado no tempo e no espaço. Nada assinala nos aparelhos e sistemas. Apresenta escoriações esquerdas do mento e região temporal esquerda. Liquor normal. Tratamento: sol. cloretada hipertônica. Alta curado em 2-IX-38.

Caderneta n.º 7290.

Leito n.º 9.

B. A. R., soldado do G. E., 29 anos, pardo, solteiro, do E. do Rio.

Entrado às 16 horas de 7-X-38.

Motivo da baixa — Acidentado. Procedente de sua unidade.

Diagnóstico clínico — Fratura da base do crânio. Concussão cerebral.

Idem radiológico (10-X-38) — Fratura linear do parietal direito acompanhando a direção da sutura lambdoide.

Em 17-X-38 — Assinala-se discreta fissura ao nível do corpo do rochedo direito, denunciando irradiação da fratura parietal acima descrita.

História — No dia 7 dêste, às 15 horas, foi projetado de um caminhão em movimento a um poste, perdendo os sentidos. Recebeu os primeiros socorros na sua unidade, donde foi transportado para este Hospital, já em perfeito estado de lucidez, porém com otorragia direita, que durou 2 dias e dor de cabeça no ponto do traumatismo. Tomou soro antitetânico.

O exame revelou o seguinte: longuíco astênico, apirético com pele e mucosas sensíveis de coloração normal. Fácies atípica. Nada de anormal no couro cabeludo. Lesão no parietal direito. Punção sub-occipital dando líquido francamente hemático e pressão 10. Queckenstedt-Stookey indo a 19 e voltando a 10. Pulso cheio, rítmico com 64 batimentos por minuto. Os demais aparelhos normais, 5 dias após o acidente surgiu uma paralisia facial direita, tipo periférico. O exame neurológico revelou o seguinte:

Inspeção — Assimetria facial; face direita "bouffi", com diminuição dos sulcos genianos; fenda palpebral direita aumentada; face esquerda achatada, de traços repuxados e diminuída relativamente ao lado oposto. Linha bucal desviada para a esquerda e para baixo. Língua francamente desviada para a esquerda. Motilidade — Força muscular muito diminuída na face direita; impossibilidade de assobiar e assoprar; dificuldade na articulação da palavra e na mastigação.

Impossível a contração do frontal, que é nítida do lado oposto. Em consequência do déficit motor, a bochecha incha do lado direito, os alimentos acumulam-se nos espaços gengivos-bucais, sendo preciso o emprego do dedo (pelo lado externo) para auxiliar a progressão dos alimentos retidos. É bem nítido o laftalmo, em desaparecimento quasi total do ato de piscar, diminuição acentuada do reflexo córneo-conjuntival e distúrbio na condução lacrimal (pelo canto externo neste caso). O laftalmo persiste nas tentativas de oclusão e durante o sono (a princípio dava-lhe sensação desagradável, que lhe impedia o sono; agora só lhe é incômodo no banho). Muito evidente é a dificuldade na pronúncia das labiais (claro, pletora, plágio, etc). Sensibilidade geral — Subjetivamente, sensação de peso na face, sem caráter doloroso. Objetivamente,

te, as várias sensibilidades não apresentam distúrbios muito caracterizados; apenas na testa acusa ligeira hiperestesia.

Sensório — No começo, durante algum tempo, hiperacusia, com dór e zoada no ouvido direito (teve hemorragia abundante). As outras funções da sensorialidade estão normais. Sinal de Pitres presente (desvio bucal oblíquo oval) mas no caso a comissura sã está em plano inferior. Sinal de Negro — presente de Bell, presente muito nítido. Os de Fumarela (variedade de Bell) ausentes. Sinal de Dupuy-Dutemps e Cestam (elev. da pálpebra inferior nas tentativas de aclusão), presente; S. de Legendre (diminuição da resistência aos movs. passivos), presente; S. de Mingazini (idem com os polegares), presente; S. de Bergara (sensação de esfíncter na comissura sã), presente; Sinais de Sterling (cinestésias moto-acústicas) ausentes. Tono-Hipotonia da nomenclatura da face direita, depressível e sem resistência. Vaso-m. — Ausência de secura da hemi-língua e hemi-face.

Dignóstico — Paralisia facial direita do tipo periférico. (a) Dr. Jurandyr Manfredine.

Wasserman — negativo. Tratamento — Sol. Cloretada e cilotropina. Corrente farádica na face. Evolução sem complicações. Alta curado em 10-II-39.

Caderneta n.º 9513.

Leito n.º 17.

W. C. Soldado da E. E. M., 23 anos, solteiro, branco, de S. Paulo.

Entrado às 16, 1/2 de 16-XII-938.

Motivo da baixa — Extraordinária. Procedente do Pronto Socorro.

Diagnóstico clínico — Ferida contusa no couro cabeludo na região occípito-frontal. Concussão cerebral. Exame radiológico — nada a assinalar.

História clínica — Baixou por ter sido vítima de uma queda na véspera quando procurava tomar um bonde em movimento, batendo com a nuca ao solo. Perdeu os sentidos (sic) imediatamente, recobrando-os na Assistência, quando recebia os primeiros socorros. Tomou soro anti-tetânico.

Exame do doente. — Indivíduo longelíneo, branco, com pele e mucosas coradas e panículo adiposo escasso. Fácies atípico. Bem orientado no tempo e no espaço. Queixa-se de tonteiras e dór de cabeça (sic). Mantém-se em d. cúbito dorsal. Póde andar; fala com dificuldade em virtude do estado cerebral.

Motilidade e sensibilidade normais. Reflexos cutâneos preguiçosos, cremasterinos ausentes. Reflexos tendinosos e óculo-pupilares normais.

Apresenta uma ferida contusa do couro cabeludo de 5 cms, no sentido transversal na região occípito-frontal ao nível da sutura lambdoide esquerda, saturada a ponto separados de sêda n. 1. Há dores localizadas nessa zona e edema inflamatório peri-facial. Há também umas escoriações na região sacro-lombar. Micção-normal. Ventre deprimido, flácido e indolor. Pulso pequeno, fino, com 84 batimentos por minuto. Temperatura axilar 36,6°.

Raquicentese — Liquor francamente hemático. Não foi tomada a pressão raquiana. Tratamento: Sol. cloretada hipertônica e cilotropina. Evolução sem complicações. Alta curado em 3-I-39.

Caderneta n.º 494.

Leito n.º 27.

N. C. soldado do R. A. N., pardo, solteiro, com 20 anos, do E. do Rio.

Motivo da baixa — Comoção cerebral — Procedente de sua unidade.

Entrado às 14,30' de 11-I-39.

Diagnóstico clínico — Concussão cerebral.

História clínica — Sofreu na véspera uma queda de sua montada quando saltava obstáculos. Não se lembra de mais nada por ter permanecido sem sentidos (sic) até à tarde, na enfermaria de sua unidade. Segundo informações de seus camaradas, teve fases de excitação violenta: queria pular as janelas, etc. No momento está calmo e se queixa apenas de sensação de peso na cabeça.

Exame do doente — Estado geral bom. Bem orientado no tempo e no espaço. Apirético. Pulso rítmico com 76 batimentos por minuto. Bulhas normais. Pele e mucosas levemente coradas. Fácies atípico, reflexo normais. Apresenta a pele, na região malar direita, arroxçada e edemaciada. Raquicentese — Liquor claro com 18 de pressão no Claude. Queckens-tedt — 32 caindo a 22. Nada a assinalar no crânio. Tratamento — Sol. cloretada hipertônica e cilotropina. Evolução sem complicações. Alta curada a 17-II-1939.

Caderneta n.º 999.

Leito n.º 4 — 17.ª Enfermaria.

A. F. L., soldado do Btl. V. Cabrita, branco, solteiro, com 21 anos, do E. do Rio.

Motivo da baixa — acidentado. Procedente de sua unidade.

Entrado às 12,30' de 25 de Janeiro de 1939.

Diagnóstico clínico — Fratura sub-cutânea fronto-parietal com afundamento. Compressão e Concussão cerebrais. Diag-

nóstico operatório — O mesmo. Diagnóstico radiológico — fratura irradiada do frontal e da pequena asa do esfernoide.

História clínica. — Baixou acompanhado do médico de sua unidade, que informára ter o paciente caído de um cavalo, batendo com a cabeça no sólo. Perdeu os sentidos e vomitou sangue (?).

Exame do doente. — Deu entrada no H. C. E. em estado sonolento, reagindo preguiçosamente às excitações, sem orientação no tempo e no espaço. Respondia às perguntas quando muito solicitado, queixando-se de quando em vez de dor de cabeça. Vomitou matérias alimentares misturadas com sangue rutilante. Expele também saliva tinta de sangue; outras vezes escarros sanguíneos. Fácies atípico. Pálpebras semi-cerradas. Ritmo respiratório normal. Pulso cheio, intermitente, com 48 batimentos por minuto. O exame do coração revelou extra-sístoles. Anisocoria com miozes à esq. Ausência de acomodação à esquerda. Reflexos cutâneos exaltados à esquerda. Babinsky à esquerda. Motilidade e sensibilidade presentes. Reflexos tendinosos normais nos membros superiores, ausentes nos inferiores. Ventre deprimido, mole, perfeitamente palpável, indolor. Fígado e baço impalpáveis. Crânio deformado por depressão acentuada na zona fronto-parietal esquerda: hematoma dessa zona invadindo a região temporal. Dor localizada no brégma e vertex — P. A.: 12 — Mn 6. Raquicentese — Liquor hemático — Processo 28 — Quikensterdt — 4.º caído a 28. Tratamento Crâniectomia descompressiva para-fraturário. Relato operatório. Anestesia local por infiltrações com novocaina a 1% 40 cc. Incisão em T fronto-parietal; deslocamento das partes moles e perióstes. Fratura estrelada fronto-parietal com afundamento do fragmento frontal esquerdo (V. radiografia) de cerca de 1/2 centímetros e encravamento do mesmo sob o rebordo direito. Trepanação-simples próximo ao traço da fratura e alargamento da brecha à goiva. Redução do fragmento afundado. Meninges moles íntegras e de coloração normal. Sutura do couro cabeudo com pontos separados com crina e drenagem das partes moles com crina. Após a intervenção, o pulso batia 60 vezes por minuto, sem intermitência. Tratamento post-operatório — Sol. cloretada hipertônica e cilotropina. Evolução — Persistiu durante alguns meses uma paralisia dos flexores dorsais do pé direito, que a pouco e pouco foi regredindo com aplicações de corrente farádica e massagens. Teve alta curado a 19 de Maio de 1939.

Caderneta n.º 1224.

Leito n.º 8, 10.ª enfermaria.

O. S., soldado do 1.º R. A. M., pardo, solteiro, com 20

anos, Minas Gerais. Baixou extraordinariamente do P. A. V. M., às 22,45 horas de 1-II-1939.

Diagnóstico — Concussão cerebral. Exame radiológico — “nada a assinalar”. (a) Dr. Oliveira.

História clínica — Não sabe informar o que motivou sua baixa. Lembra-se entretanto que, na tarde do dia 11-II-39, estivera passeando a cavalo com alguns companheiros, não sabendo o que depois lhe sucedeu. Recobrou os sentidos neste Hospital.

Exame do doente — Indivíduo normalíneo, orientado no tempo e no espaço. Queixa-se de cefaléia e tonteiras. Fácies atípico. Motilidade, sensibilidade e reflexos normais. Nada apresenta para o ado dos aparelhos. Raquicentese revelando liquor hemático. Manometria (Claude) — 20 — Queckenstedt-Stooky e indo a 35 e voltando a 20. Apirético. Pulso cheio, rítmico, batendo 76 vezes por minuto. Tratamento — Solução cloretada hipertônica e cilotropina. Evolução normal. Alta curado sem sequelas a 28-II-39.

Caderneta n.º 1441.

Leito n.º 9, 1.ª Enfermaria.

J. D. R., soldado do 2.º G. A. C., branco, solteiro, com 31 anos, do E. do Rio.

Motivo da baixa — Acidentado em serviço. Procedência da sua unidade.

Entrado às 10, 1/2 de 9-II-39.

Exame radiológico — Ausência de sinais radiológicos de fratura do crânio. (a) Juarez.

História clínica — Nada sabe informar acerca do ocorrido. Queixa-se de forte cefaléia e dor no pé direito. Exame do doente — Indivíduo normolíneo, com pele e mucosas coradas; pêlos abundantes e bem distribuídos; musculatura desenvolvida; estado de nutrição, bom. Estenalgia e tibialgia presentes. Conta que teve Wasserman negativo em 1938. Bem orientado no tempo e no espaço. Amnésia retrógrada e anterógrada. Apresenta dor localizada na região occipital. A pulsação nada se nota de anormal. Reflexos, motilidade e sensibilidade, normais. Acomodação normal. Raquicentese — liquor hemático. Manometria — 30. Queckenstedt — 40, voltando a 30. Tratamento — Sol. cloretada hipertônica, coagulino e cilotropina. Evolução normal. Alta curado a 28-II-39.

Caderneta n.º 7253.

Leito n.º 4-17.ª Enfermaria. A. L. C., 2º cabo do 4º G. A. C., branco. Procedente da sua unidade.

Entrado às 15 horas de 28-VIII-1939.

Diagnóstico: Concussão cerebral. Exame radiológico — nada a assinalar.

História clínica — Foi-nos informado ter o paciente caído de um poste, quando em serviço, na sua unidade, instalava um serviço sanitário. O paciente apresenta-se em estado de absoluta inconsciência. Exame do doente — Indivíduo longilíneo, com pele e fâneros de bom aspecto e mucosas coradas. Não se notam hemorragias. Não reage às excitações; inteira resolução muscular. Reflexo de Babinsky presente nos dois lados, mais vivo à esquerda. Clonus das rótulas e dos pés. Nistágmus e paralisia facial. Anisocoria discreta. Abolição dos reflexos tendinosos e cutâneos. Incontinência de urina. Raquicentese em decúbito lateral; liquor-hemorrágico.

Manometria — (Claude) — 21. Queckenstedt — 36 voltando a 21 batimentos por minuto. Pequenas escoriações e feridas contusas generalizadas no couro cabeludo. Dia . . 31-VIII-39 — coma. Ausência de reflexos abdominais, patetares. Incontinência de urina. P. R. — 7; P. sub-occipital 5. (liquor sanguíneo). P. A. mx. — 17 — Mn 11. Pulso 96. Temperatura 38,4. Dia 1-IX-39 — Coma — P. R. 6; Queckenstedt — 26, liquor sanguinolento. Dia 2 — Coma. P. R. 11. Queckenstedt — 31, liquor sanguinolento. Dia 3 — Coma. Dia 4 — P. R. — 6 — Coma. Queckenstedt — 21; liquor hemático. P. A. Mx — 15,5 — Mn 11, 5. Ausência de reflexos.

Nistágmus. Desvio da cabeça para a esquerda. Anisocoria. Nistágmus; anisocoria P. R. — 13 — Queckenstedt — 22 — Dia 5 — Coma; ausência de reflexos. Percebe as excitações.

Nistágmus; anisocoria P. R. 13 — Queckenstedt — 22 — Liquor fracamente hemático. P. A. Mx 17; Mn 11 — Operado. Dia — 6 — Persistência do estado comatoso; ausência de reflexos. Nistágmus. P. A. Mx. 13,5 Mn 9 P. R. Queckenstedt — 23. Dêse dia em diante começou a apresentar francas melhoras. Intervenção — dia 5-IX-39 — Craniectomia bilateral exploradora a fossa temporal. Nada foi constatado. Operadores Ernestino de Oliveira e Oswaldo Monteiro. Anestesia local por infiltração com novocaina a 1%. Exame complementares: dosagens de uréia no sangue — 50%. Exame urina: albumina presente (1,80%). Pigmento e ácidos biliares. Exame neuro-psíquico procedido em Dezembro de 1939 — Desordens funcionais do tipo ataxia hipotônica e dismetrérica dos quatro membros, associado à bradipisiquia, tudo ligado possivelmente, à hêmato-encéfalo, raquiana. Prognose: regular quod vitam e muito precária quod valitudinem com incapacidade para continuar nas fileiras.

(a) G. Duarte Ribeiro. Cap. Médico.

Evolução demorada, com permanência de ataxia e perturbações dos equilíbrio. Alta por invalidez. 19-I-1940.

BIBLIOGRAFIA

Arce e Balado — Traumatismos craneanos y sus sequelas. Tratamiento — 7.º Cong. Arg. Cir. B. Aires — 1935 — pg. 74.

Aldahyr Figueiredo e T. Martins — Contribuição ao emprego do cloreto de sódio hipertônico no tratamento das hipertensões traumáticas intra-cranianas — Bol. Ass. Mun. n. 1 — pags. 6 — 40.

Aran — Recherches sur les fractures de la base du crâne. Arch. Gen. Med. 4.ª serie. 1844.

Abramson e Mathews — Cranio-cerebral injuries-Am. J. of. Surg. 1935.

Auvray — Maladies du crâne et de l'encephale. Paris 1931 — Nouv. Traité de Cir. de Delbet-Schwartz.

Augusto Paulino — Patol. Cir. Tomo I Rio 1931.

A. Monteiro — Tec. Cirurgica-Tomo I-V-II-Rio.

Boyd — Surg. Patol. 1928.

Babcock — Text-book of. Surgery — 1929.

Bohler — Traumatismos del cráneo. Arch del Ateneo Méd. Quir. del Hosp. Penna. B. Aires. Cat. 1934.

Barraquer Farre — Experiencias de cirurgia craneal descompressora. Hoso. S. Cruz. G. S. Paulo — 11 — Jun. 1931.

Begouin — Pathologie chirurgicale — Tomo II — 1939.

Corachán e Alsina — Clinica y Terapeutica Quirurgicas de Urgencia — Ed. Labor. — 1937.

Caude, Lamache, Cuel e Dubar — Action des solutions hipertónicas et hipotónicas sur la tension normale e pathologique du liquide-céphalo-rachidien — La Presse Médicale 35 — 305 — 1928.

Cushing — Keen. Tomo III — v. I — 1909.

Duplay-Rochard etc. — Diagnostico Quirurgico — Salvat 8º ed.

Dandy — Dean Lewis — Prat. of. Surg. XII.

Duret — Traumatismes cranio-cerebraux — Paris 1922.

Dumont — Consequencias patologicas inesperadas en los casos de traum. craneales — Brux. Med. Fev. 1931.

Dumas — Le syndrome de haute gravité precocedans les fractures du crâne et son traitement. Bull et mem. Sor. Cir. du Paris — 66 — 1934.

Derlez e Delgoffe — Prognostic e traitement des fractures de la base du crâne, 42º Cong. Franc. de Cir. Paris — 1939 — pag. 634.

Dubar e Targowla — Examen fonctionnelle de la circulation retienne dans les états comitiaux et les troubles subj. consecutifs aux traumatismes crâniens. XI vº. Cong. Tunt. de Med. Légale et Méd. Soc. de la langue Française. Presse Médicale. 42 — 1934.

Davis — Surgical indications in the treatment of. skull fractures. Int. Med. e Surg. 43 — 621 — 1930.

Ernestino de Oliveira — Traumatismos crânio-encefálicos fechados. Hospital — Nov. 1938.

Forgue — Précis de Pathologie — Externe — Tomo II — 9.^a ed.

Fay — The control of intraeranianal preassure J. A. M. Ass. 84 — 1261 — 1925.

F. de Quervain — Tratado de Diag. Quirugico. 2^a ed. Labor.

Felix Lajars — Chirurgie D'urgence.

Fontaine et Froelich — Blocage ventriculaire après fracture du crâne mis en évidence par une encéphalographie lombaire. Bull. et mem. Soc. nat. de Chir. Paris 60 — 826 — 1934.

Gómez Duran — El tratamiento de los traumatismos craneo cerebrales por el método del drenage forzado deshidratante y la autohemoterapia. Cirurgia Ortopédica y Traumatologia — Madrid. Jun. 1936. T. I. n.º 2 pag. 135.

Hertz — Quatre observations d'hypotension cephalo-rachidien dont deux traités para l'eau distilléé injection intraveineuse. Bull. et mem. Soc. Chir. Paris — 50 — 108 — 1924.

Lusena — Tratado de Traumatologia Clinica — Barc. 1933.

Lecene e Leriche — Thérap. Chirurg. Paris Tomo II. 1926.

Lecene — A propos du traitement des traumatismes craniens — Bull. et mem. Soc. Nat. de Chir. Paris 46 — 221 — 1920.

Leenormant — *Wertheimer et Patel* — Le traitement imédiat des fractures de la base du crâne. 42º Conf. Français de Chirurgie. Paris — 1933 — pag. 455.

Lenormant e Patel — Lérainage sous-occipital. J. de Chir. 42 — 8 — 1933.

Leriche — De l'hipotension du liquide céphalo-rachien dans les traumatismes du crâne. La Presse Médicale 39:945: 1931.

Leriche — Mecanisme des accidents cérébraux consecutifs aux traumatismes crâniens d'après le recherches expérimentales de Wertheimer et Fontaine. Bull. et mem. Soc. Nat. de Chir — 57:381:1931.

Matti — Fraturas y su tratamiento — Barcelona 1934.

Naffziger — In. Nelson Surgery — vol. II. Philad. 1929.

Naffziger, Glaser — An experimental study of the effects of depressed fractures of the skull — Surg. Gyn. ona Obst. 51:17:1930.

Ody — La trépanation évacuatrice atloide — occipital dans les contusions du cerveau. Arch. of. Neur. and. Psyc. 28:112 — 1932 (resumo J. Chir. — 43:412:1934).

Patel et Leclerc — A propos de 27 cas de traumatismes craniens graves traités par la ponction lombaire — Le Progrès Médicale — 22:997 — 1933.

Quenu — Discussion sur les traumatismes craniens — Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris — 46:250 — 1920.

Renato Pacheco F.º — Concussão Cerebral — Jornal dos Clínicos n.º 2 30I-1934.

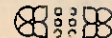
Renato Pacheco F.º — Traumatismos Crâneo-Encefálicos — Rev. Médico-Cirúrgica do Brasil — nos. 1, 2, 3 e 4. 1938.

Roger — Les solutions hipertoniques de chlorure de sodium La Presse Médicale 36:705 — 1928.

Soupault — Traumatisme cranien avec hipotension du liquide céphalo-rachidien. Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris 50 — 108 — 1924.

Vernengo — Traumatismos craneanos — 7.º Cong. Arg. Cir. B. Aires 518 — 1935.

Wertheimer et Friech — La valeur sémeiologique de l'hy-pertension arterielle dans les traum. cran. La Press Méd. 43 — 99 — 1935.



Aderências Peritoniais

Capitão Dr. Joaquim Pinheiro Monteiro

Chefe da 9.^a Enfermaria.

Auxiliar da 17.^a Do Centro de Transfusão de Sangue do
Exército. Ex-Assistente Militar do H. P. S. desta Capital

Dentre os casos interessantes que a oportunidade nos permitiu operar, na 17.^a Enfermaria, em o primeiro trimestre deste ano, se nos afigura digno de referencia especial este de eventração consequente à cura operatoria de uma apendicite supurada.

OBSERVAÇÃO: — Trata-se de A. R. B., soldado, com 21 anos, branco, solteiro, natural do Distrito Federal.

Antecedentes pessoais: — Teve sarampo e coqueluche quando criança; cancro venereo, com adenite inguinal esquerda supurada; parotidite, gripe, blenorragia há quatro anos. Informa ter esta desaparecido, rapidamente, graças a umas beberagens (sic) que lhe déra um espirita. Meses, porém, após, fôra acometido de reumatismo articular intenso, com febre, notadamente, à noite.

Historia da molestia: — Em Julho de 1937 sente, pela vez primeira, forte dôr em volta do umbigo, mal estar intraduzível, nauzeas e vômitos. Agravando-se o estado, fomos, por solicitação de alguém da familia, vê-lo.

Como sentisse dôr localizada à fossa iliaca direita, ligeira defesa: hiperestesia, febre, nauseaas, vômitos, pensamos, para logo, em um caso de apendicite aguda. Colocamo-lo em diétá absoluta. Gelo no ventre. Imobilização intestinal. Recusou-se à intervenção que, no momento, lhe indicamos e que tinha integral cabimento. Passada a crise, continúa a sentir perturbações digestivas.

Dormia pouco. Sempre irritado. Cefaléas e vertigens constantes. Achavamo-nos de plantão no H. P. C., desta Capital, quando nos veiu ter às mãos o mesmo paciente, que

para lá fôra levado em dias de Setembro do mesmo ano, por ter sentido nova crise apendicular.

Ao exame revela-nos que de vespera tomára, por alta recreação, uma limonada de citrato de magnésio. Apresenta-nos o facies bastante abatido, traduzindo intenso sofrimento. Temperatura axilar 38.^o. Pulso 14,0. Na fossa iliaca direita um empastamento à pressão. Executamos-lhe a ablação do apendice. Encontramos o órgão grande, bem grosso, hipermiado, perfurado na ponta, em meio de um liquido sero-purulento, extremamente, fétido. Drenamos. A temperatura cai. As melhoras gerais se acentuam. Alta, curado após, 12 dias de internação. Volta às suas ocupações habituais. Em fins do ano passado, quando foi da ultima incorporação, ingressa nas fileiras do Exército. Procedente do 2.^o R. I. baixa ao H. C. E. onde vai ocupar o leito n.^o 6 da 17.^a Enfermaria.

EXAME GERAL: — Nosso doente é um individuo longilineo, peso equivalente, facies palida, mucosas pouco coradas, dentes mal tratados. Amigdalites. Exame dos aparelhos de nota: no digestivo, nauseaas, vômitos, prisão de ventre, gastralgia, sensação de plenitude depois das refeições, anorexia; figado, ligeiramente aumentado de volume; respiratorio, ligeiros estertores de bronquite aguda, ouvidos, principalmente, nos dois terços postero-inferiores do pulmão esquerdo. Na fossa iliaca direita, séde da lesão, vimos, pela inspeção, uma saliencia arredondada, ocupando o longo da cicatriz.

Aumenta com o esforço e se reduz pela pressão. Percutindo-se nota-se ligeira macez ao longo do colon direito. Exame radiográfico revela formações aderenciais em torno do cecum e colon direito. Pressão arterial: Máxima, 12,5; mínima, 6,5.

Tempo de coagulação (SABRAZÉS) — três minutos. **Tempo de sangramento (DUKE)** — 1 minuto. Vacinação pre-operatoria-calcio.

OPERAÇÃO: — Em 20-1-40. Alta, 3-2-40.

Temos, pois, ligeiramente, compendiados os sinais suficientes a afirmar o diagnóstico de eventração. Apreciemos, portanto, o caso.

NOÇÕES GERAIS: — Certamente, da enfermidade, por si só, encontrada de onde em onde, e a cada momento, nos Serviços de Cirurgia, não nos ocuparíamos, se não foram grandes aderencias peritoniais que nos motivam tecer, aqui, estas ligeiras considerações. Para HERTZLER o maior embaraço no estudo da vasta serosa peritonal se encontra, justamente, em descrever, com segurança, regras definitivas referentes à sua fisiologia. Em verdade, afirmar, em dados po-

sitivos e incontestáveis tudo que, até, o presente, se estabeleceu no mundo médico, sobre o assunto, é difícil, melindrosamente, difícil, atendendo os vários atributos biológicos do peritônio.

PODER DE DEFESA: — Todos quantos lançaram as vistas para os intrincados segredos do seu funcionamento são unânimes em falar-nos que ele só sobre possuir forte e elevado grau de absorpção, tem ainda, mercê da riqueza fagocitária, intenso, destacado e saliente papel defensivo na economia humana. Estendendo-se, à guisa de espesso manto protetor, por sobre quasi todos os órgãos da cavidade abdominal, oferece-nos o peritônio, mediante suas folhas, visceral e parietal, pelos seus cantos e recantos, pelos seus vãos e desvãos, pelos seus inúmeros divertículos e escondidas dependências naturais, uma como que fortaleza contra os germens morbíficos ou susceptíveis de, no organismo morbíficos se tornarem.

Ele reage ruidosamente, dá o grito de alarme, esboça o primeiro e clássico sintoma denunciador, que se traduz na cruciante algia, a que o genio de DIEULAFOY déra o batismo de punhalada abdominal.

Assim o faz logo ao contacto com a flora microbiana, antes mesmo de se romper o equilíbrio fisio-patológico e surgir o termo último das reações orgânicas, antes mesmo de elaborar, de um modo mais ou menos completo, mais ou menos significativo, o síndrome toxêmico da hipocloremia e anhidremia, só falando das reações mais importantes, características, por assim dizermos, da peritonite humana. Esta valiosa função defensiva que se lhe atribue é assegurada não só pelo aumento de volume, sinão ainda, pela mudança de forma e multiplicação, a um tempo, das células componentes do seu tecido epitelial. Destarte se formam os derrames; se constitue a septação protetora; os exudatos e os viscosos se avolumam e coletam; aparece, alfim, tudo o mais que possa esboçar, desenhar ou traduzir lesões *in-loco* reacionais da serosa.

Eis, em síntese, a origem das falsas membranas encontradas, a granél, nas malhas delgadas e transparentes das túnicas sub-serosa e sub-endotelial. Por seu intermedio o peritônio procura localizar o processo inflamatório, procura insular os dominantes, imprescindíveis e reais fatores protagónicos das infecções, quando a tanto lhe permitirem o estado anterior do organismo e a hostilidade do agente patogênico. O interessante, porém, é serem estes fenômenos reativos bem diferenciados dos movimentos inteligentes que HIMS, ROGER, WALTER, GUINARD, CORNIL e MORISON, dizem possuir, em alto relevo, o epiplon, cognominado, por isto mesmo, atalaia vigilante, guardião ou *policeman*, permanentemente

mobilizado, ao sabor do conhecido poder defensivo da serosa abdominal.

ABSORPÇÃO: — Consoante as memoráveis experiências de RCKLINGHANSEN e RANVIER, reproduzidas, mais tarde, por BLANCHARD, GOLGI, DUBAR e HAYEN, seus discípulos e continuadores, é a faculdade de absorpção do peritônio, dentre suas funções, a que mais avulta e mais se destaca no campo promissor do experimentalismo e da observação. E' a função mais nobre, mais imprescindível, mais indispensável. E' a função essencial à vida da própria serosa; essencial à vida de quantas víceras com o peritônio mantém contacto e estritas relações. Baseado nesta propriedade já aprouve a alguém comparar o peritônio, a uma vasta e ativa dependência da circulação sanguínea e linfática.

Constituem a primeira tanto a rede de arteriolas subperitoniais que caminham por sobre toda a superfície abdominal, de envolta com os plexos simpáticos e poliganglionários, e, no percurso dos quais se assinalam os pequenos e finíssimos corpusculos de PASINI, como ainda numerosos capilares que vão ter à veia porta, por seu turno, formada pela reunião da esplênica e da mezaraica. Na espessura do grande epiplon, dos mezos, do mezenterio, dos ligamentos e, sobretudo, do folheto víceral do peritônio sub-diafragmático circulam, emaranhados, os canais transportadores da linfa que, a semelhança dos precedentes, sofrem influxos nervosos advindos, ora do sistema nobre, ora da esfera sensitiva do olosimpático. De como se comporta o peritônio no tocante a intensidade da absorpção, se acha estabelecido que esta corre parelhas com a integridade dos tecidos, com a concentração dos líquidos, com a pressão isotônica dos mesmos, finalmente, com as trocas e reações que soem colimar as fases constitutivas dos fenômenos biológicos. Os trabalhos experimentais de REMY são no sentido de mostrar a preferência absorptiva que as substancias apresentam para esta ou àquella via. Umas há que têm predileção ou eletividade pela via sanguínea, enquanto outras o têm, decididamente, pela linfática.

O sangue, no caso, é, por excelência, o meio coletor dos líquidos, das soluções salinas, dos sôros hipertônicos; é a corrente veiculadora dos corpusculos granulados e dos elementos micróbios. A linfa tende, preferentemente, absorver, com mais facilidade, as substancias coloides e insolúveis.

CORPOS ESTRANHOS: — Revista em ligeiros traços, embora, a absorpção peritonal, as condições que a provocam, que a estimulam, que a beneficiam no estado normal; justo é que a miremos, agora, por outro prisma, isto é, nos

desvios, nos retardamentos, nas amplitudes advindas de causas varias, nos conflitos entre o peritonio e uma ou mais colonias de germen infectando-o, em uma palavra, nas raias da anormalidade ou nas sequelas por ela produzidas.

EWALD, KLAPP, CLAIRMOND e HABERER foram os precursores dos estudos relacionados com a maneira de se comportar o peritonio deante dos corpos estranhos. E' uma questão bem viva, bem sugestiva e interessante esta, que trouxe grande copia de ensinamentos à ciencia contemporanea. O peritonio atritado, molestado, irritado pelos gases e liquidos inertes, pelas culturas microbianas, sente desde logo, perturbações no ritmo funcional da sua torrente circulatoria. Inicialmente lhe aparece grande affluxo sanguineo cuja explicação se encontra na paralysia tóxica ou imbitiva dos centros vaso-motores.

Segue-se-lhe, depois, um retardamento da corrente arterial ou venosa. Daí a diminuição da pressão intravascular, migração leucocitaria ou, para empregar o termo — diapedese. O Laboratorio, nesta altura do processo inflammatorio, descerrando a cortina que vela a imperfeição de nossa vista, traz inúmeros elementos de contribuição científica, mostrando profundas e inesperadas modificações nas celulas e exudatos peritonias, no exame citologico dos liquidos, por punção, extraídos do mesmo peritonio. Em se falando do conhecido fenómeno de METCHNIKOFF, saída leucocitaria dos vasos, era de se esperar, nas lentes possantes do microscopio, crescido número de fagócitos ou globos brancos. Entretanto, ao invés de leucocitose, há leucopenia.

ARTHUR e DURHAN, interpretando o por que desta leucopenia, concluem provir não dos destroços leucocitarios, mas, sim, de uma revelação da sua força viva, de uma modalidade dos ativos movimentos amiboides. E seguindo, aqui, mui de perto, suas pegadas orientadoras, vamos ver que as células do epitelio ficam, radical e funcionalmente, alteradas, perante o maior ou menor contacto com os corpos estranhos. Os seus disturbios vão desde a alteração da tensão superficial até à escreção de um principio fermentativo, coagulante da linfa. BUXTON e TORREY encontram no coagulo linfático, uma rede de fibrina aprisionando o corpo estranho, fagocitado ou não. Dêste modo se explica a formação dos aglutinados intra-peritonias, das barragens, dos feixes fibrilares unindo viceras, próximas ou distantes e que, em última análise, sintetizam uma manifestação reactiva, uma defesa, sem par, do peritonio.

SÍNTESE DAS REAÇÕES: — PAY e FABRE, resumindo o que vem de ser dito, condensaram em quatro fases o com-

plexo de todas as reações peritonias: 1.º — vaso — dilatação ocorrida pela paralysia tóxica dos centros vasos-motores; 2.º — leucopenia, onde se observa, com precisão, o coagular da linfa peritonial ao lado dos aglomerados de fibrina e leucocitos com os corpos estranhos de permeio; 3.º — reação leucocitaria, duplamente, representada: de um lado pela polinucleose, doutro, pela fagocitose das particulas injetadas; 4.º — e, finalmente, a intervenção macro-fagocitaria que destrói, a um tempo, os corpos estranhos e os polinucleares.

ETIOLOGIA E PATOGENIA

PERITONIZAÇÃO: — As manobras, bruscas, pouco delicadas no ato operatorio, o abuso das compressas secas, os antisépticos que, apesar da nocividade, ainda, hoje, há quem os empregue nas célebres lavagens irritantes da cavidade abdominal, os traumatismos produzidos pelo instrumento, a má qualidade do material de sutura, a falta de rigorosa hemostase nos derrames sanguineos, tudo isto, de par com factores outros de sómenos importancia, resume a gênese dos processos inflammatorios e das adherencias peritonias. Outro elemento que não podemos jámais olvidar, é o esquecimento da peritonização, quando, acidentalmente, são desnudadas as visceras abdominaes.

PROCESSOS INFLAMATORIOS: — Afora estes agentes etiologicos cuja responsabilidade cai, unicamente, sobre os ombros do cirurgião, outros há que, em determinadas circumstancia, originam adherencias. Entram, aqui, em jogo, os processos inflammatorios intra-cavitarios: inflamações do aparelho digestivo, particularmente, as ulcerosas; as vesiculites; as angio-colites; o mucocoele e o empiema da vesícula; sua ruptura traumatica; as colecistites, sobretudo, as calculosas; as destrites; as pancreateites; o cancer; as mesenterites; a diverticulose e diverticulite; as inflamações dos colons; as tífrites e peritífrites; as epiploites de Walter e HALLER: tudo isto, póde entrar, e entra, o mais das vezes, no rol etiológico das adherencias peritonias.

APARELHO GENITAL FEMININO: — E as afecções do aparelho genital feminino para as quais tanto nos chamam a atenção as estatísticas de afamados ginecologistas?

TUBERCULOSE: — À tuberculose viceral ou parietal. confere-se marcada influencia patogénica no desenrolar das adesões.

SÍFILIS: — Não se poderá incriminar, tambem, a sífilis, o maior flagelo da humana vida? Se não bastassem as elo-

quentes palavras do eminente professor AUSTREGÉSILO "em tudo é preciso sifiliticamente pensar", teríamos, ainda aqui o conceito de MIGIMIAC: "em presença de muitas afecções é necessario pensar sempre na sífilis que ataca todos os órgãos e simula todas as afecções cirurgicas justificaveis de uma intervenção sangrenta".

TRANSUDAÇÃO — (Intestinal e Biliar) — AUGUSTO PAULINO, admite que uma vicera digestiva, especialmente, o intestino, possa produzir, mercê de transudação através de suas paredes, uma peritonite, a despeito mesmo da integridade anatômica das túnicas. E' uma inflamação que partindo, profundamente, isto é, da mucosa, se generalisa, sem quebra apreciavel do equilibrio fisiológico, pouco a pouco, até à serosa. Mondor, num justo e apreciavel balanço das causas originarias das peritonites biliares, chegou a admitir, ao lado dos casos de perfuração, estoutros que, através das paredes vesiculares, se fazem sem solução de continuidade dos tecidos. "Toutes les cholecystites, suppuree et gragreneuses, primitives ou secondaires, peuvent se compliquer de peritonite par propagation".

PERIVISCERITES PRIMITIVAS: — Na monografia escrita a duas penas por VICTOR PAUCHET e H. GAEHLINGER, admitem os seus autores, com o admiravel senso realístico do problema, que qualquer processo infeccioso de vicera abdominal, tende a se distender, ao ultrapassar os estreitos limites da séde inicial, propagando-se, às túnicas subjacentes, ora por continuidade, ora por intermedio dos linfáticos e mesmo pelas bainhas perinervosas.

Pois bem: quer nos casos de peritonites de origem intestinal, quer nestes últimos descritos, luminosamente por MONDOR, a inflamação reocupa o lugar primacial, que de direito lhe cabe, entre as causas originarias das aderencias. Nós mesmos já vimos no curso de laparotomias executadas, em a 17.^a Enfermaria, pelo seu então chefe, Capitão ERNESTINO DE OLIVEIRA, viscerites digestivas, sem que as precedessem intensa e notoria reação peritonial. Porque se não pensar, no caso, em migração anormal de elementos da rica flóra microbiana, através das paredes do intestino? Concluiremos, por conseguinte, em face do exposto, pela existencia de aderencia oriunda de fenómeno de exosmose micróbiana, engendrado por elementos séticos conduzidos pela linfa, destes que, habitualmente, sóem povoar o tratus-intestinal. ROUSLACROIX, em analogia a peritonite pneumococica, fala-nos de periviscerites primitivas, surgidas em plena marcha cíclica de uma septicemia, responsabilizando por elas o mesmo agente etiológico que, transportado pelo sangue, ao

seu parecer, tanto se póde localizar numa serosa de articulação, no pericardio, nas miningeas ou na pleura, como também no peritonio.

CONTUSÃO NO VENTRE: — Outro fator de monta que não podemos esquecer é a contusão do ventre, observada, quer na mulher, quer no homem, sujeitos, na luta pela vida, a esta especie de traumatismo abdominal. Vem de molde referirmos um caso rico de ensinamento, relatado por RIEDEL; caso curiosíssimo, e, único, talvez, nas letras médicas. Ante este afamado cirurgião aparece, certo dia, um homem de meia idade, pálido, ansiado, angustioso, lipotímico, transfigurado de dôr patética, denunciando, nos traços fisionômicos, desespero, impaciencia, máu humor e sofreguidão. Chama, incontinenti, a atenção para o abdome, dizendo sentir uma dôr pungitiva, uma transfixiante algia. Apesar da intensidade do sintoma, grave e inquietador, não obstante o exame rigoroso, meticulosamente, feito pela mão do mestre, nada fôra encontrado que justificasse uma laparotomia exploradora.

À mingua de outros sinais clínicos que orientassem melhor hipotese diagnostica, julgou tratar-se de um simples histeroide, de um grande simulador. Novamente procedeu a anamnese; evocou o passado e o presente mórbidos; procurou vicissitudes patológicas; buscou nos comemorativos os episodios pessoais do paciente; e, ainda, assim, colhe poucos informes para a explicação daquele sofrimento atroz, para justificativa da historia e geografia de tão aguda dôr abdominal. Foi, então, em meio de duas tristezas — o suplicio de quem padece e a comiseração de quem o contempla —, que o mestre propõe uma intervenção sangrenta. Entre surpreso e admirado, murmurando de si para si mesmo, toda a sua ilusão, todo seu engano, encontra, aberto o ventre, espessas aderencias, pontes resistentes de substancias fibrilares extendidas, em leque, da vesícula ao estomago e do figado à parede abdominal anterior. Lembrou-se que no interrogatorio do doente consta antiga contusão do hipocondrio direito que, pela topografia, devia ter lesado, forçosamente, a glândula jecoral. Duas eventualidades pódem e devem, ser evocadas na explicação científica do fenómeno. Em primeiro lugar, vêm alterações da capsula de GLISSON, revestidora da viscera, que, como sabemos, é uma condição anatômica favoravel e simpática à formação das aderencias. Talvez, depois, em segunda plana, a dupla efusão-biliar e sanguinea-frequentes, aliás, nos traumatismos hepáticos, Choleperitonio e hemo-peritonio pódem, por conseguinte, ser causa determinante da aderencia peritonial.

TRAUMATISMO OPERATORIO: — Iniciando este capítulo aludimos, sucintamente, embora, aos traumatismos que irritam ou fazem dispulir no ato operatorio, as visceras abdominais. Voltemos ao assunto, pois que as opiniões formuladas, no particular, divergem e se entrecrocão consideravelmente. Cirurgiões do valor de SANGER, SCHIFFER, WALTHARD e outros, citados na magnífica tése do professor ROGELIO MARINE, de Buenos-Aires, opinam que o traumatismo do endotelio peritonial engendra um processo adesivo fibroso. Outros, porém, a cuja frente se destaca DEMBOWSKI, nada imputam à impericia de mãos operadoras, porquanto, acreditam que a má técnica, só e só, por si mesma, sem fatores outros intercorrentes, não origine estes desastres postos em prova, à saciedade, na experimentação.

Outra corrente a frente da qual se acha KELBERTON, sem de todo o excluir das causas genetrizes, atribue ao traumatismo uma importancia etiológica de somenos interesse. No consenso destes supracitados autores para se formarem adherencias é mister uma supuração anterior.

EXTASE INTESTINAL CRÔNICA E LINFAGITE SUB-SEROSA: — Eis aí, relatado, ao alcance de nossas vistas, tudo que mais de perto se poderia invocar na etiologia da síntese peritonial. Se omitimos outras causas, como a extase intestinal crônica, a linfangite sub-serosa dos colons e dos mezos de que tanto se preocupa GEORGE LARDENOIS, não implica numa recusa formal de nossa parte em aceitá-las na agremiação etiológica das adherencias peritonias. Pelo contrario, ressaltaremos o seu valor, de vez que sabemos serem, frequentemente, fatores de grande monta na sínfese do peritônio.

APENDICITE: — Em abono de nossas conclusões, deixamos, propositadamente, por último, as inflamações do órgão que, durante muitos anos, dominou as afecções da fossa iliaca direita, e, ainda hoje, constitue sério e palpitante problema da patologia abdominal. Não há dúvida que o peritônio, como manifestação defensiva, pôde formar adherencias nas diversas fórmulas clínicas da apendicite, desde àquela de sintoma benigno, com dores mal diferenciadas, com náuseas e vômitos efemeris, de significativa pirexia passageira, até estotra hipertóxica, de desenvolver sinistro, de prognóstico alarmante, que costuma se ultimar nas peritonites enquistadas à fossa iliaca direita, nos grandes abcessos, facilmente, percebíveis não só pelo toque no fundo de sacco de DOUGLAS, sinão ainda pea papar abdominal. Existem adherencias que vêm no curso de uma apendicite aguda ou crônica, como existem surgidas depois dos operados desta

afecção. MONDOR, à página 900 do seu magnífico livro "Diagnostics Urgents", nos descreve as oclusões post-operatórias das lesões apendiculares, frequentemente, encontradas, segundo estatísticas pessoal e de CHIFOLIAU, MATIEU, FOUGERAT e LARDENNOIS, ora de modo prematuro, agravando e ensombrando o prognóstico do doente, ainda, em luta contra a dupla gravidade da molestia e do shock operatorio, ora, dias após, já, então, em franca convalescença de peritonite plástica ou grangrena apendicular.

Leiamo-lhe suas proprias palavras: "Dune façon generale, at ondit, les oclusions précoces sont dues á des adherences, coudures, accolements d'anses, par peritonite plastique localisée, par peri-viscerite fibreuse, les oclusions tardives seraient dues aux brides". Posta à margem, a razoavel restrição que, claramente, ressalta, do modo condenavel e defeituoso de se repor na cavidade o ileo e o cecum, bem assim a ação dos antisséticos, as causas tributarias desta síndrome oclusiva enquadra-se, perfeitamente, nos limites por MONDOR traçado, isto é, nas adherencias que vêm após algumas apendicectomias.

DRENAGENS: — Se as afecções do vermio, só e só, por si mesmas, geram e fomentam adherencias, o que diremos das drenagens que, não obstante restrições de emprego, ainda, há quem as aconselhe, sistematicamente, nas peritonites, sejam pneumococicas, sejam de outra causa qualquer, inclusive, a apendicular? Sem pretendemos discutir aqui, esta questão intrincada e complexa de drenagem, se inutil, na estimativa de DELBET, porquanto, findas às 48 horas, o dreno se encontra de todo isolado da cavidade abdominal; se fator de baixa da pressão ao ponto de diminuir, enormemente, a absorpção do peritônio, consoante estudos minuciosos de CADENAT e PATEL: sem pretendemos, repetimos, trazer à baila sua inutilidade ou nocividade, neste e naquele caso, sob este e outro ponto de vista, porque a miremos ou se ela nos manifeste, como mui facilmente, se depreende das experiencias de DIONISI e SBROZZI, e das estatísticas de KUSCHNER, BARROS LIMA, FERNANDO LUZ, SUDRÉ, ALDAIR FIGUEREDE e ERNESTINO DE OLIVEIRA, entre outros, acreditamos que no doente A. R. B., em torno do qual fazemos estes comentarios, tenha sido o dreno colocado quando foi da primeira intervenção, por apendicite supurada, a causa primordial, básica, irrespondível e incontestavel das adherencias, posteriormente, encontradas. PAUCHET, em se referindo ao problema da drenagem abdominal, acredita que a mesma occasione, necessariamente, adherencias. "Les adherences sont une consequence fatale du drainage".

O grau de intensidade, a época de formação, o seu apa-

recimento, correm parêlhas com a maneira de se drenar. Assim se nos apresentam mais fortes, mais resistentes, mais prematuramente nos drenos capilares do que no MIKULICZ ou drenagem tubular. Por esta bem fundamentada razão o proprio PAUCHET nos aconselha cautela, prudencia no manejar o dreno. Limitemos-lhe o uso aos casos restritos, de indicação imperiosa, absoluta, como sejam, a gravidade de uma vesícula biliar rompida, de uma apendicite, eminentemente, sética, cujo pús ou serosidade se colete, sem absorver nem escoar, na parte declive do flanco; e, ainda, mais, na exerece dos canceres reto-sigmoidianos graves, nas salpingites supuradas, na extirpação dos tumores dos órgãos genitais femininos, já com pelvi-peritonite declarada. Em o nosso serviço, no que tange às apendicites, realizamos o fechamento primitivo do ventre em todos os casos agudos, quer supurados, quer não.

Receíamos, justamente, uma possível eventração com aderencias post-operatorias. Guie-nos, ainda, aqui, ERNESTINO DE OLIVEIRA, em cuja monografia sobre o "Fechamento Primitivo do Abdomem na Peritonite Apendicular", explica o por que disto, nas três seguintes conclusões: 1.º, o peritonio se defende melhor fechado do que aberto; 2.º, qualquer substancia colocada na cavidade peritonial, à guisa de antisséptico, e com mais forte razão, qualquer corpo estranho, só irritará o peritonio e lhe diminuirá a resistencia; 3.º, a drenagem só terá ação quando houver motivo para fazer o escoamento de qualquer coisa. Ora, o pús formado num foco apendicular deve até certo ponto servir de meio de defesa, desde que tenhamos tirado a causa — o apendice infectado. Finalizemos este capítulo citando mais uma vez MONDOR. Tratando da "apendicite e oclution" que, aliás, já tivemos ensejo de referencias no decorrer desta descrição. MONDOR evoca LENOR-MANT e HAWKES, quando vêm no dreno fator, vulnerantemente, propicio às aderencias, maximé, entre o intestino delgado e o cecum. Daí seu conselho de colocar o dreno fóra do cecum, tendo o cuidado de se interpor entre a alça intestinal e o coto apendicular alguma porção de epiplon.

DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO:

Raios X.

SINTOMAS EM GERAL: — As aderencias resultantes de varias causas que modificam as vísceras abdominais, attingindo ora este, ora àquele órgão, interessando às vezes o fígado, o estomago, o duodeno, o pancreas, o baço, vezes outras os colons ou vísceras da pelve, não podem oferecer, e, real-

mente, não oferecem, no tocante à sintomatologia, um modelo convincente, um tipo padrão, autonomicamente infectível de suas revelações, de suas extensões, de suas pou-sadas, dos seus termos definitivos. A multiplicidade dos agentes etiológicos, as sédes e localizações, o número, a forma, a consistencia, a diferença flagrante quando provocadas por esta ou àquela especie micróbiana (estafilococos, estreptococos, pneumobacilos, bacilos tíficos, desinterico, enterococos, bacterium, coli, etc.), de virulencia, reconhecidamente, sensível, o maior ou menor grau de intensidade dos fatores físicos, químicos, mecânicos ou biológicos, tudo isto correndo parêlhas com o coeficiente pessoal, com a idade, o sexo, a profissão, o tipo morfológico e o temperamento individual, trans-muda e baralha a regularidade sintomática, uniforme e precisa, numa irregularidade oscilante e indefinida que aos espíritos mais atilados dos brilhantes cirurgiões de carreira implanta, por vezes e, não raro, a dúvida diagnóstica e a vacilação terapêutica. Os sinais são, aqui, e ali, variaveis, como variaveis são as vísceras afetadas ou comprometidas.

PERIGASTRITES: — As perigastrites, por exemplo, se manifestam pelos sintomas emaranhados e confusos das perturbações funcionais digestivas. São as náuseas, os vômitos, eructações, piroses, anorexias, gastralgias hungerpain, sensação de repuchamento, de torsão, de ptose gástrica, hiper e hipocloridria, simulando, subjetiva ou objetivamente, um processo ulcerativo, estenosante ou alguns casos mesmo neoplásicos.

INTESTINO: — No intestino variam os sintomas, desde a simples enteralgia até a grave cólica, de difícil interpretação, por isto mesmo espantinho ou terror deste inferno da clínica, como crismaram a cavidade abdominal. Aqui, as aderencias se nos denunciam, ainda, por um estrangulamento rotatorio, por uma torção de alças ou envaginação intestinal, ou digamos tudo, por um ileus. Este sem tardar traz-nos perturbações nervosas: azotemia, hipocloremia, alcalose, hiperglicemia, hipoglobolia, elevação da taxa de hemoglobina, viscosidade sanguínea, verificada em provas hemitimétricas, tudo isto que, em última análise, constitue o syndrome oclusivo, com a modificação humoral, estudada no estrangeiro por HUSTING, MURRY, DIXON, DUVAL e, entre nós, por AUGUSTO PAULINO FILHO.

APARELHO GENITAL FEMININO: — Para o lado do aparelho genital feminino aderencias há que ocasionam histérias prestes a explodirem, por um nonada, nas suas manifestações costumeiras.

CONDUTOS BILIARES: — Se interessam os condutos biliares, estrangulando-os, oferecendo qualquer obstáculo ao escoamento dos canais secretores, teremos a ictericia de retenção que, não obstante assediada na região sub-hepática, vai revelar sua existencia num sintoma persistente, aparecido no fígado, ou noutro órgão mais distante, o coração, por exemplo. Este, em semelhantes condições, costuma ficar bradicardico, por impregnação do sistema nervoso intra-cardíaco, notadamente, do feixe de HIS.

DIFICULDADE DIAGNÓSTICA E ANAMNESE: — E por que não falar de aderências devido à esquemia que, via de regra, reclamam urgente operação? Como se vê, o diagnóstico das aderências se torna difícil à medida que os sintomas apresentam analogia com outras afecções do tubo intestinal.

Aqui, como em tudo mais na medicina, não despresaremos, jámais, em tempo algum, a anamnese. Esta se bem interpretada apura um possível traumatismo, uma peritonite localizada, uma inflamação visceral, uma dor, qual seu caráter, a hora, localização, para onde se irradia, dados clínicos estes primorosos, pois que, podem à luz velada de uma hipótese, fulgir e dardejear numa lógica segura, convincente, consubstanciada nos cálculos seculares da experiencia e da observação.

Os inúmeros processos do arsenal propedeutico moderno, as provas de laboratorio, o exame funcional do estomago, do fígado, do pancreas, a tubagem duodenal, a radioscopia e radiografia, em série, tudo isto, bem esmiuçado, fastidiosamente colhido, no rigor da ciencia interpretado, são informes seguros na pista diagnóstica. Tenhamos em mente que na patologia abdominal um simples olhar, um ventre em tabua, em balão de NOTHNAGEL, um desaparecimento de macicez pre-hepática, o pulso, a temperatura, o estado de shock, a curva leucocitaria, a localização e intensidade da dor, etc., se nos permitem, às vezes, aventar uma tese segura, outras, sem conta, o exame longo, cuidadoso, metódico, orientado, cientificado, pelo laboratorio, pelos Raios X, colhidos, todos os sinais clínicos capazes de uma volumosa publicação, de um verdadeiro tratado médico, nos deixam no cérebro a dúvida, a desorientação terapêutica, parecendo até, assemelharem-se aos nimbus que a plumbea côr da noite, trazem o continente escuro e negativo do negror das trevas.

TRATAMENTO MÉDICO E CIRÚRGICO

MÉDICO: — Entreteremos o estudo terapêutico das aderências peritonias nos fundamentos etio-patogênicos e diagnóstico-prognóstico, como nô-lo mandam a prática e a cirur-

gia experimental. Quem quer que, cirurgicamente, interviesse em aderencia advinda, providencialmente, da luta entre o organismo e um fator morbigênico, uma úlcera gástrica ou duodenal perfurada em peritonio livre, por exemplo, que constitue barreira à invasão incompatível contra a vida; quem, em tal emergencia, interviesse, veria, em amarga decepção, sua estatística, enormemente, prejudicada. E' clarividente que ao invés de operar em casos destes, bem melhor fôra se, por ventura, envidássemos esforços reiterados no sentido de auxiliar a *vis medicatrix naturae*. Por outro lado quem negligenciar, por inexperiencia, ou falta de senso clínico, e impassível cruzar os braços, na feliz esperança de uma cura, simplesmente, unicamente, médica, ante um caso de aderencia complicada, solapando o organismo, perturbando, perigosamente, as funções hepáticas, renais e cardíacas, seria, por certo, um criminoso, um internista péssimo, apontado como ignorante dos principios básicos e imutaveis da patologia abdominal.

MASSAGENS: — E para não omitirmos tudo que ao assunto diga de perto, dentro das raias de nossas vistas, profanaremos do sono pacífico em que jazem as aderências susce-naremos do sono pacífico em que jazem as aderências suscetíveis de cura puramente médica; bem assim estoutras que nas mãos habilidosas de UJENO, SEMIANIKOFF, WEINSÉN-BULGERG foram, excelentemente, debeladas pela massagem.

DIATERMIA: — E não existem aderências cuja melhora advem após rigorosas applicações diatérmicas? Que de sucesso não causou esta terapêutica, simultaneamente, calmante de dores e espasmos, ao lado de compressas radio-ativas, quando foi desde os primórdios de sua indicação a conselho de TREMOLIERES? O prestigio de sua curabilidade não foi reforçado pelos raios infra-vermelhos e ultra-violetas que, também, agem, beneficemente, sobre os elementos conjestivos e inflamatórios como nos mostraram NEMURS, ANTOINE, e outros?

IONISAÇÃO: — A ionisação iodada, salicilada ou cálcica, a ginástica abdominal e respiratoria, a espondiloterapia de ABRAMS, a beladona, a canabis indica, a antipirina, a fenacetina, o piramido, a solução de JACOBSON, a tioidina e, outros muitos que à pobre retentiva nossa não ocorrem, no momento, constituem a heroica medicação fisico-química ensaiada. Seus efeitos benéficos e salutaes nas dores das aderências não obscurecemos. Não lhes podemos regatear aplausos, notadamente, nas manifestações celulíticas. E se a lues deve ser, como acentua CARNOT, apontada, frequentemente,

na gênese de aderências, de periviscerites digestivas, das peritonites sifiliticas crônicas de LUTTULLE e BRIZARD, por que, em suspeição etiológica, se não tentar uma terapêutica específica e auxiliar? Ninguém errará, vigiando o emuntorio renal, ou mesmo todo o estado fisiológico do organismo instituindo, em casos tais, o tratamento mercurial, neo-salvarsânico ou bismutico, anti-parasitario.

PSICOTERAPIA: — Para os doentes impacientes, inconstantes no tratamento, que vivem de consultorio em consultorio, percorrendo seu calvario, de Heródes para Pilatos; doentes que mentem, supõem, interpretam, simulam e exageram as dores, cuja mentalidade inculta e emocionada, cria, carente de senso e de razão, sintomas alarmantes para suas aderências; doentes, vítimas da serie ininterrupta de martirios e dissabores; para doentes que tais, de estado mental deprimido e ansioso, de moral abatida, de esperanças frustradas, o método psicoterapico tem indicações formais e absolutas. Trás melhoras acentuadas, verdadeiros milagres desses que operam na histeria quando a diminue, a modifica, ou mesmo, a extingue, completamente, nas suas multiformes manifestações. SAVIGNAC, SARLES, MATHIEU DE FOSSEY, que estudaram esta modalidade terapêutica, opinam na sua atuação, menos nas aderências propriamente ditas do que na flora intestinal.

VACINOTERAPIA: — Com a fase moderna da bacteriologia, com as luzes dos estudos pacientes de METCHNIKOFF, sobre a flora patogênica do intestino, com o conhecimento das associações microbianas, da sua união para recíproco proveito, da sua simbiose, da maneira de exaltar sua virulência, da diversidade e do antagonismo entre as colônias que no mesmo intestino habitam e pululam, surgiu, em boa hora, para as aderências a idéia de se modificar o meio intestinal, a idéia da vacinoterapia, por via bucal, que apoiada, em vigorosos deslumbramentos teóricos, ganha, dia a dia, plenitude e terreno na prática médica.

CURA HIDRO-MINERAL: — Em referencia à cura de repouso nas estações balnearias ou hidro-minerais as melhoras se fazem sentir, não só para o lado do sistema nervoso, cujo equilibrio se restabelece, cuja nutribilidade se opera, cuja irritabilidade desaparece, como ainda para o lado das funções do aparelho digestivo, onde as secreções gástricas, pancreaticas, intestinais e, sobretudo, biliar, fruem ótimos resultados. KARAJANOPOULO, FIESSINGER e DERBET, citados por PAUCHET, falam-nos de uma renovação epitelial, constatavel, clínica e experimentalmente, pela ação cicatrizante do cloreto de magnésio.

TRATAMENTO PROFILÁTICO: — Baldados, porém, estes recursos terapêuticos, tudo tentado, inutilmente, sem embargo de criminosa passividade, procurará, certamente, o cirurgião outro mais pratico e medicador. Partindo, eletivamente, do facil para o difficil, e do simples para o complexo, instituirá o tratamento cirúrgico em substituição às fracasadas tentativas médicas. Antes de passar a técnica preferida nas laparotomias por aderências peritonias, antes de aquilatar do valor da incisão, se mediana, se supra ou infra-umbelical, se transversa, digamos algo sobre uma modalidade terapêutica a que chamaremos tratamento racional profilático da sínfese peritonal. Questão bem velha, já debatida na arena da cirurgia experimental, desde fins do século passado, quando RIDEL, CONDAMIN, DELBET, AMAN, LEGNEAU, TERRIER e HARTMAN, batalhavam para que nas operações se não desnudassem as vísceras, não as traumatizassem, e isto é, hoje, principio fundamental, peritonizassem, rigorosamente, toda serosa despolida, toda solução de continuidade das folhas peritonias.

Assim se suprime todo o exudato sero-sanguinolento; assim temos a dupla vantagem de garantir a hemostase e prevenir a infecção. Apesar disto, existe, todavia, uma corrente timbrando em afirmar que a simples peritonioplastia, seguida, já se vê, de técnica, não é o suficiente para evitar aderências.

As substancias usadas, à guisa de lubrificante da cavidade abdominal, desde a película de colodio com aristol, remotamente, ensaiada, por MORRIS, em 1891, até a película de ouro preconizada por DUSCHINSKY, até o colodio puro de STERN; até o soro fisiológico hipertônico, de resultados incertos e duvidosos, nas mãos de MULLER, até a gelatina, goma arábica, agar, lanolina, fibrolisina, oleo de oliva, quimicamente, puro, tudo isto que já se tentou, que já se fez quasi que sair da moda, pela nulidade, quando não pela nocividade, sobre o peritonio; tudo isto, repetimos, vem confirmar existirem, ainda, dúvidas e controversas para alguns espiritos, no tocante a simples efficacia da peritonioplastia.

A lanolina, a parafina, a glicerina, o oleo de oliva que desenham, maravilhosamente, o quadro geral da medicação ante-adesiva empregada, não parecem se acumular, obedecendo à força de gravidade, na parte declive do flanco, no ponto mais inferior da cavidade abdominal? Arguir-nos-ão, de certo, que as materias gordurosas sólidas, uma mistura de lanolina anidrica e parafina, por exemplo, liquefeita a 40 centigrados — temperatura relativa a cavidade abdominal — suprime, experimentalmente, o inconveniente, a pouco apontado, na citada medicação. Mas que melhor atestado,

que mais condigno argumento do que a inexcusavel confissão dos proprios experimentalistas, assegurando, de cathedra, a existencia, ainda, assim, da referida substancia acumulada no fundo do sacco de DOUGLAS, comportando-se como corpo estranho, irritando a serosa e provocando adherencias? Em virtude disto não nos é legitimado o desprezo da peritonização. Adotá-la-emos sempre que fôr mister.

E' um principio básico, indiscutivel e assente na cirurgia abdominal. Assim como o escultor não deixaria a estatua sem os contornos da sua beleza plástica, tambem o cirurgião, forçosamente, como um ser artista, paciente nos gestos, metódico no agir, habil e prudente nas manobras não ofenderá, levemente, siquer, a delicadeza da estrutura das vísceras abdominais. Não modificará, na essencia, a sua constituição bilógica.

TÉCNICA OPERATORIA: — Prosseguindo na questão concernente à terapêutica das adherências, depois de haver-mos mostrado, a proposito da etiologia, o tratamento médico, o cirúrgico e o profilático, estabelecendo o discríme, as bases em que as substancias irritam o peritonio, cumpre-nos, finalmente, algo dizer sobre a técnica cirúrgica empregada. Diversas incisões têm sido aconselhadas para a sínfese do peritonio. A mediana supra ou infra-umbelicar, a longitudinal trans ou para-retal, só falando das que mais, habitualmente, são empregadas, oferecem dificuldades na preferencia de uma que outra, como dificuldade existe em precisar, pelo só exame clínico, sem a ajuda do Raio X, a topografia e a extensão do processo inflammatorio adesivo. Aberta que seja a cavidade abdominal olharemos primeiro sem tocar: "Avant de Toucher, regarder". E' este o sabio conselho de GOSSET. Inspeccionaremos em seguida, o cecum, o apendice, os colons, o estomago, a vesícula biliar, o baço, o pancreas, os órgãos pélvicos. De tudo faremos rigoroso inventario. Esforça-nos-emos para evitar manobras dispensaveis. Ao método de STERN preferiremos a evoceração lenta de DEPAGE. E' menos intempestiva e chocante, principalmente se protegermos as alças intestinais exteriorizadas com compressas umedecidas em sôro fisiológico. Assim não passarão despercebidas aos olhos do operador as mais tenues e escondidas adherencias. O ideal seria, numa perfeição de técnica, a prática salutar de uma cirurgia que não mutile. Pelo contrario, conserve. Seria de bom aviso, desprender, cuidadosamente, as adherencias dos órgãos sem ferir, superficialmente que seja, sua capsula ou túnica protetora.

Como, porem, nem sempre é possivel, dada a solidez das adherencias, suas dimensões, seu número, conjuguemos esforços no proposito de que sejam destruidas, da melhor fórma,

as pontes fibrosas estendidas dêste para àquele órgão, as bridas que ligam uma alça à outra, a sínfese do grande epíplon que arrasta órgãos à ptose, e por que, não mencionarmos, a formação de LANE, cujo resultado se faz sentir anormalmente, na última porção do ileon?

CONCLUSÃO

No caso do nosso doente A. R. B., que foi o pivô destas considerações e o movel principal dêste despretençioso trabalho, outra coisa não explica as adherencias, áfora a eventração, e seu parentesco com a drenagem abdominal que dantes lhe havíamos feito. Guiados pelo exame radiológico localizamos o processo adherencial às paredes no cecum e colon direito. Por isto, demos preferencia fazer, sob anestesia local, com novocaina a 2 % a clássica invisão de JALAGUIER.

Chegados que fomos, por esta via de acesso, à cavidade abdominal, eis que se nos apresentam adherencias generalizadas a toda face anterior do cecum, pontes fibrosas e resistentes indo do peritonio ao colon ascendente. Constatamos, tambem, espessa massa epiploica, visivelmente inflamada, presa ao peritonio parietal.

Desmanchamo-las. Após ligadura em cadeia extirpamos todo o epíplon lesado. Fechamos, por fim, cuidadosamente, em tres planos, a parede abdominal.

A sequencia operatoria foi em boas condições. Demos alta ao doente, 10 dias depois, cicatriz por primeira intensão. Examinando-o, há pouco, não mais nos acusou dôres difusas, nem nauseas, nem vômitos. Igualmente sarou da sua pertinaz prisão de ventre.

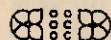
* * *

Em sumula, eis tudo o que a falencia da nossa erudição poude, livre de preconceitos inovadores, elaborar em referencia, ao estudo das adherencias peritonias. O assunto, embora não seja, inteiramente novo, porquanto, figura, talvez, nos varios acervos clínicos, enriquecendo as estatísticas das operações, apraz-nos, todavia, dêle, aqui tratar, especialmente para os "ANAIS" do Hospital Central do Exército. Foi o que fizemos neste tão modesto, quão despretençioso trabalho.

Na sua feitura percorremos, ao que nos parece, sem esquecimento, nem falha de relevo, como fôra mistér, todo o teclado das asserções que nos propuzemos desenvolver. Certo ou errado, entreguemo-lo, sem mais preambulos, à sua finalidade...

— BIBLIOGRAFIA —

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1.º E. Forgue | Patologia Externa. |
| 2.º Prof. Paulino | Patologia Cirurgica. |
| 2.º Prof. Paulino | Cirurgia. |
| 4.º Mondor | Diagnostics Urgents. |
| 5.º Gosset | Técnica Operatoria. |
| 6.º Lejars | Cirurgia de Urgencia. |
| 7.º Quervain | Tratado de Diagnóstico Cirúrgico. |
| 8.º Brouaidel et Gilbert | Traité de Medicine. |
| 9.º Ernestino de Oliveira | Fechamento Primitivo do Ventre na Peritonite Apendicular. |
| 10.º Hertsler | Sinjical Pathology of the Peritonin. |
| 11.º Miginiac | Novo Tratado de Patologia Cirúrgica. |
| 12.º Victor Pauchet e H. Gaehlinger | Les adherences. |



Epididimites e artrites blenorragicas e seu tratamento

Dr. João Ellentf

Capitão Médico, chefe do Gabinete de Uro-Protoplogia do H. C. E.

A epididimite blenorragica é uma complicação frequente da uretrite blenorragica, aguda ou crônica e consequente à invasão da urétra posterior. Devido ao ataque ao testículo é denominada também de orqui-epididimite ou, simples e comumente, de orquite.

Aparece em qualquer fase da evolução da uretrite, quer aguda, quer crônica, e, via de regra, é unilateral, sendo menos encontrada a forma bilateral ou dupla.

Embora alguns autores considerem mais frequente a unilateralidade esquerda, a nossa observação está de acordo com a opinião de outros, que não encontram diferença sensível entre a unilateralidade esquerda ou direita.

A artrite é outra complicação da uretrite blenorragica, secundária desta ou da vulvo-vaginite blenorragica. É uma afecção seticêmica e se apresenta sob varias formas clinicas: artral-gica, hidrartrosica, poliarticular, monoarticular, supurada, pseudo-flegmonosa e septicêmica. A forma poliarticular é mais comum e a mono-articular, é considerada mais grave; as demais formas clinicas são mais raras e variam na sua gravidade.

Foge ao nosso desideratum nestas notas o estudo detalhado dessas complicações, pois temos em vista apenas, tratar da sua terapêutica, mesmo porque todos que nos lerem conhecem bem o assunto, dispensando-nos pois, de maiores detalhes.

Vejamos pois quais os tratamentos indicados para essas complicações:

1º) — Das epididimites:

- a) Repouso no leito.
- b) Interrupção do tratamento local da uretrite.

- c) Vacino e soroterapia.
- d) Imobilização dos testículos — (suspensório, curativo em T, etc.).
- e) Sedação das dores: aplicações quentes ou de gelo, cataplasmas, pomadas, clistères, calcio endovenoso, banhos, etc.
- f) Diatermia e ondas curtas.
- g) Auto-hemoterapia.
- h) Auto-hemoterapia escrotal.
- i) Injeções de sôro fisiológico no cordão.
- j) Injeções deferenciais de novocaina.
- k) Injeções de eletrargol no epididimo.
- l) Punção do epididimo.
- m) Epididimotomia, vasotomia ou ligadura do canal deferente.

2º — Das artrites:

- a) Tratamento da uretrite, indispensável.
- b) Imobilização precoce, até cessarem os fenômenos dolorosos.
- c) Fisioterapia: banhos de luz ou ar quente, diatermia, ondas curtas, radioterapia.
- d) Punção articular.
- e) Artrotomia, para os casos rebeldes ao tratamento medico.
- f) Quimioterapia.
- g) Auto-hemoterapia.
- h) Proteinoterapia.
- i) Soroterapia específica e não específica, pelas diversas vias, inclusive a via intra-articular.
- j) Vacinoterapia, pelas diversas vias, inclusive a intra-articular.
- k) Mobilização e massagens, logo após terem cessado os fenômenos dolorosos, afim de evitar a anquilose.

Todos os tratamentos indicados acima são praticados, de acôrdo com as preferencias individuais e com o criterio clínico de cada qual.

Entretanto no serviço em que trabalhamos, Gabinete de Uroprotologia do H. C. E., vimos empregando nessas complicações, com resultados que consideramos ótimos, a *auto-uroterapia*, tratamento esse que vem sendo empregado no serviço ha 5 anos mais ou menos.

Vamos dar agora o nosso testemunho, fruto da nossa observação pessoal, dando inclusive a estatística referente aos anos de 1937, 1938 e 1939, em que passaram pelas nossas vis-

tas 2.923 doentes de Vias Urinárias, dos quais 90 %, portadores de Uretrite blenorragica, aguda ou crônica, complicada e não complicada.

Com o emprego da auto-uroterapia foi-nos dado constatar o que os nossos antecessores já o fizeram em outras publicações anteriores, isto é:

- 1º), diminuição acentuada das dôres testiculares ou articulares, nas 24 horas seguintes, após a 1ª injeção;
- 2º), regressão do volume testicular ou da região articular atingida, com poucas injeções.

A auto-uroterapia é de tecnica simples e resume-se no seguinte: a urina é emitida, por ocasião da aplicação, em 2 caixes esterilizados; do 2º calice retiram-se, em uma seringa comum esterilizada, 2cc. da urina e injéta-se em seguida subcutaneamente, na região deltoidiana, ou qualquer outra; as demais aplicações são feitas em dias alternados, procedendo-se da fôrma descrita, cada vez que se aplicar a injeção. Varias observações temos a notar: 1º), a injeção intramuscular não produz o efeito desejado; 2º), ausencia quasi nula de reação geral e local; 3º), não deve haver temor de se formarem abscessos no local injetado.

Realmente, em alguns casos em que se experimentou a injeção intra-muscular, não verificamos modificação alguma no estado local, nem diminuição da dôr. A reação geral e local dissemos, é quasi nula, pois apenas verificamos em 2 casos, reação geral (febre pouco elevada e cefaléa) e em nenhum caso reação local. Quanto ao temor de abscesso, a que aludiam alguns colegas, parece-nos não haver, pois apenas tivemos 3 casos, em que houve formação de abscesso, sendo que desses, em 2 havíamos aplicado anteriormente injeções de tripaflavina.

Para um total de 248 casos de epididimite e 83 casos de artrite blenorragica, com um total de 1581 injeções, quer-nos parecer que a porcentagem, tanto de reações gerais, como de formação de abscesso, é tão diminuta, que não deve ser levada em linha de conta. Infelizmente não nos é dado dizer qual o modo de agir dessa terapeutica, não nos foi possível conseguir elementos que fizessem luz sobre o assunto. Ficamos pois, por enquanto, no terreno das hipoteses: presença de proteínas ou outras substancias, que ajam de modo sensível sobre o organismo, ou será uma auto-vacina, pelos germens existentes na urina?

O fato visível, porém, é que as dôres diminuem com a 1ª injeção e desaparecem, juntamente com a regressão de volume dos órgãos atingidos, com poucas injeções, em média 4 a 5, e assim temos que com a auto-uroterapia a evolução dessas complicações é encurtada e a cura processada em pouco tempo.

Os resultados obtidos com esse tratamento são de molde, a que continuemos a empregá-lo e aconselhemos, aos colegas, a fazê-lo em benefício dos doentes.

Finalizando estas despretenciosas notas, apresentamos um quadro com estatística de diagnosticos e resultados do tratamento:

I

QUANTO AS COMPLICAÇÕES

a) Uretrite aguda complicada com epididimite (151 casos)	direita.	72
	esquerda.	71
	dupla.	8
b) Uretrite crônica complicada com epididimite (97 casos)	direita.	45
	esquerda.	50
	dupla.	2
c) Uretrite aguda complicada com artrite (37 casos)	joelho direito.	7
	joelho esquerdo.	6
	ambos os joelhos	5
	outras localizações	19
d) Uretrite crônica complicada com artrite (46 casos)	joelho direito	6
	joelho esquerdo	12
	ambos os joelhos	6
	outras localizações	22

II

QUANTO AO TRATAMENTO

Diagnosticos	Nº de casos	Tratamento — Nº de injeções									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Uretrite aguda com epididimite	151	2	15	30	22	21	20	14	7	4	16
Uretrite crônica com epididimite	97	2	21	21	19	13	5	6	4	2	4
Uretrite aguda com artrite	37	1	8	4	7	4	2	2	3	1	5
Uretrite crônica com artrite	46	0	10	14	5	5	4	3	1	0	4

RESUMO:

- a) Uretrite aguda com epididimite — 151 casos — 785 injeções — Média de injeções aplicadas: 5,2 %.
- b) Uretrite crônica com epididimite: — 97 casos — 410 injeções — Média de injeções aplicadas: 4,2 %.
- c) Uretrite aguda com artrite: 37 casos — 186 injeções — Média de injeções aplicadas: 5,02 %.
- d) Uretrite crônica com artrite: 46 casos — 200 injeções — Média de injeções aplicadas: 4,34 %.

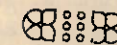
MÉDIAS GERAIS:

Epididimites — 248 casos — 1.195 injeções — Média de injeções aplicadas: 4,81 %.

Artrites — 83 casos — 386 injeções. Média de injeções aplicadas: 4,65 %.

BIBLIOGRAFIA

- JUAN J. GAZOLO — Enfermidacs genito urinarias.
- KEYER FERGUSON — Manual de Urologia.
- M. CARLE — Therapeutique des Maladies Veneriennes.
- ALEX RENAULT — Maladies blennorrhagiques des Voies Genito-urinaires.
- F. CATELIN et A. GRANDJEAN — L'infection gonococcique et ses complications.
- ANAIIS DO HOSPITAL CENTRAL DO EXERCITO — Numeros 1 e 2 (1936-1937).
- JOURNAL D'UROLOGIE (medicale et chirurgicale) n. 3 — Tomo 47 — 1939, etc.



Figado apendicular

Dr. Godofredo de Freitas

Capitão médico, Cirurgião do H. C. E.
Livre Docente de Técnica Operatória da Universidade
do Brasil

J. F. G. — baixado à 10ª enf. do H. C. E.

Davamos o nosso primeiro serviço de médico de dia no H. C. E. em 19 de Janeiro de 1940 quando, entre alguns soldados que examinavamos, chegou a vez do nosso observado, que não denotava aparentemente grande alteração em seu estado de saúde.

Interrogado, nada nos informou digno de registro, quer sobre o seu passado morbido, quer hereditário. Indivíduo jovem, 21 anos, bem franzino, estatura baixa, precário desenvolvimento muscular. Conta-nos que, há um mês, sentira dores na fossa ilíaca direita, que com repouso a mesma cederia. Há cinco dias começara a sentir dor aguda no abdome, dor que se apresentava em forma de cinta ao nível da cicatriz umbelical. Não se queixa de vômitos. Quando o examinamos, temperatura 39 — pulso 96. Pelo exame objetivo notamos: hiperestesia na região da fossa ilíaca direita; à palpação, grande defesa muscular abaixo da cicatriz umbelical e à palpação profunda, sentia-se empastamento circunscrito desde a linha espinho umbelical até próximo à arcada crural. Subjetivamente o paciente nos referida que a dor se estendia pela perna direita.

Em presença deste quadro, indicamos a intervenção urgente. Convidamos a colaborar conosco o nosso amigo Dr. Americo Pereira.

A anestesia foi raque, feita pelo nosso colaborador, com percaína a 0,05%. Incisão baixa Mac Burney a dois dedos da espinha ilíaca anterior e superior. A aponevrose do grande oblíquo foi cortada na direção de suas fibras; o pequeno oblíquo e transversos dissociados transversalmente. Por baixo, ou melhor, por detrás destes dois músculos o peritônio estava aderente a um bloco condensado do "plastron" intra-abdominal. Procuramos incisar o peritônio para dentro deste bloco e, ao abrímos o mesmo, notamos derrame na cavidade abdominal. Epílo condensado. Durante as manobras de isolamento da massa epílica reacional onde estava o apen-

dice e parte do ceco, notamos pús em plena cavidade abdominal. Este foi aspirado; o bloco foi isolado, isto é, ceco, apendice e epílo. Notamos ruptura do apendice, que foi seccionado na base, após esmagamento entre duas pinças; como estivesse aderente pela sua parte profunda, retiramos pelo processo retrógrado. Pequena parte do epílo foi ressecada. Depois de limpar a cavidade abdominal por meio de compressas embebidas em soro fisiológico, derramamos 2 ampolas de soro anti-peritonítico dentro da mesma. Fechamos o peritônio com sutura contínua de catgut. Do mesmo modo a massa muscular e aponeurotica em dois planos separados. Entre a pele e os planos musculares colocamos um dreno de crina.

O post-operatorio foi satisfatório, havendo apenas um abcesso intra-parietal, que em poucos dias fechou. O paciente ao fim de 15 dias teve alta, curado.

Exame anátomo-patológico do apendice: Apendicite crônica com antiga perfuração da parede do apendice.

I. D. M. — papeleta 1371.

No dia 31 de Janeiro, quando davamos o nosso segundo serviço de médico de dia no H. C. E., baixou ao mesmo o civil, empregado contratado da Escola Militar, natural da Baía, pardo, 25 anos, solteiro.

Como é do nosso habito, antes de examinarmos o paciente, fizemos o interrogatório a respeito dos seus antecedentes e da história de sua doença. Contou-nos que há três dias sofria de dores generalizadas pelo abdome, que no começo eram do lado direito e depois se haviam generalizado, dores estas que vieram acompanhadas de vômitos e febre. Informou ainda que tomara um purgante e o mesmo nenhum efeito produzira. Como o paciente se queixava de dores no abdome, foi por aí que começamos nosso exame. Paciente deitado sobre o dorso: ventre abaulado, sensível à palpação. Sensibilidade generalizada em todo abdome, mais intensa à direita, na fossa ilíaca, onde se nota um empastamento. Face profundamente abatida, com os traços fisionômicos repuxados, alterada, crispada. Temperatura 39, pulso 100. Ventre contraído e meteorizado. No momento em que o examinamos os vômitos tinham cessado.

Em presença de um quadro de tal gravidade, resolvemos intervir com a máxima urgência. Colaborou conosco no ato operatorio o Dr. Americo Pereira, que então respondia pela 10ª enfermaria do H. C. E.

Demos início à intervenção às 21 horas do dia 31-1-1940. Anestesia: raque-percainização com cardiazol e efedrina. Incisão Roux-Mac Burney da pele, 2 dedos para dentro da es-

pinha ilíaca direita superior. Descoberta a aponeurose do grande oblíquo, foi a mesma seccionada na direção de suas fibras. Divulsão em sentido transversal do pequeno oblíquo e transverso. Abertura do peritônio entre duas pinças. Neste instante constatamos a presença de pús cremoso e esbranquiçado na cavidade abdominal. O mesmo foi retirado com aspirador elétrico e, durante as manobras procedidas para a exteriorização do ceco, constatamos que estávamos em presença de uma peritonite generalizada, visto que o pús era abundante e aparecia de todos os lados. Exteriorizado o ceco, constatamos que o apêndice estava gangrenado, com uma perfuração na base, isto é, do lado interno da implantação do mesmo no ceco. Ao pinçarmos o apêndice para a ligadura do meso aconteceu ficarmos com parte do mesmo na pinça, tal era a friabilidade. Na parte restante foi passado um fio de cat-gut. Ao esmagarmos a base do apêndice com a pinça de Kocker, o mesmo fato se reproduziu, e verificamos que o ceco também se apresentava friável, havendo no mesmo um pequeno orifício por onde saíam fezes. Com cuidado especial, fizemos uma bolça em derredor dos dois orifícios do ceco, isto é, no orifício do apêndice e no da perfuração, que foi fechada. Em seguida procuramos peritonizar parte do ceco que estava desperitonizado, o que reforçou a parede do mesmo. Feito isto, ligamos e ressecamos uma regular extensão de epíplo, que apresentava uma coloração escura suspeita. Após lavagem da cavidade abdominal com soro fisiológico, colocamos um dreno-tampão de Miculiz, tendo previamente derramado na cavidade abdominal 2 tubos de soro anti-peritonítico.

O post-operatorio foi o mais vigilante possível, tendo sido administrados soro fisiológico e glicosado, para mais de 2 litros nas primeiras 24 horas. Passado o período de 4 dias, como não havia nenhuma secreção purulenta pelo dreno de Miculiz, foi o mesmo retirado, parecendo que o nosso paciente estava livre de qualquer complicação. No 10º dia a ferida operatoria já estava fechada. No 12º dia sobrevieram arrepios de frio, temperatura 40,2 que em seguida caiu em crise de 36,5. Este insulto veio acompanhado de urticária e leve ícteria. Examinado o paciente, notamos: abdome indolor à palpação profunda, retenção de fezes e gases, maciez hepática aumentada, principalmente na parte posterior do torax, dando a impressão de um processo pulmonar, pois na base do pulmão havia maciez e diminuição do murmúrio respiratório. Afim de esclarecer o caso, pedimos exame radiológico, que revelou o seguinte: "transparencia anatomica dos campos pleuro-pulmonares; a elevação do diafragma direito por pressão abdominal". Não contente com este exame radiológico, pedimos novo exame, cujo resultado foi o seguinte: "super elevação do diafragma direito, determinado por

recalcamento de órgão intra-abdominal. Em pleuroscopia, o referido diafragma não está paralisado e suas expansões são sincronicas com o lado oposto. Ha atelectasia pulmonar parcial. Ausencia de sinais radiologicos de lesões parenquimatosas".

Como os abscessos sub-frenicos podem ser exclusivamente purulentos ou pús em mistura com gases, a exclusão da hipótese de um abscesso sub-frenico não estava ainda afastada. Em vista disto, foram feitas diversas punções, tendo, em uma destas tentativas, colaborado o Dr. Leitão. Estas punções, tanto na parte anterior como posterior, foram brancas. No dia que se seguiu a estas punções, o paciente sentiu-se melhor, tendo desaparecido os calafrios e o transitio intestinal foi restabelecido após a administração de óleo de ricino. No dia 2 de Fevereiro, isto é, 30 dias após a intervenção, os fenomenos recrudeceram: voltaram os calafrios e a temperatura subiu a 39 e 40, tendo, nesta ocasião, pela primeira vez, o paciente se queixado de dor na região sub-frenica esquerda. Na altura da linha axilar anterior, no penultimo espaço intercostal, fizemos uma punção, porém, esta foi branca, embora repetidas algumas vezes. No dia 10 de Março, o abaúlamento do hemitorax é mais accentuado, o paciente torna-se mais inquieto e a dor é insuportavel. Puncionamos então o paciente no penultimo espaço intercostal, na altura da linha axilar média e pela aspiração colhemos um pús viscoso, aderente e fétido. Resolvemos então operá-lo.

Após a anestesia com novocaína de dois espaços intercostais, para dentro da linha axilar média, abrangendo as 10.^a e a 9.^a costelas, fizemos uma incisão de 6 ctms., acompanhando o relevo da face externa da 9.^a costela. Isolada a esta, tanto no bordo superior como no inferior, dos musculos que nela se inserem, incisamos o periosteo, ruginamos na extensão de 5 ctms., mais ou menos, e ressecamos a mesma. Sobre o diafragma colocamos fios isolados de catgut n.º 2, que prenderam o mesmo ao plano muscular. Abrimos o diafragma e no mesmo instante verificamos que a agulha que guiava a nossa intervenção estava em pleno parenquima hepático. Retiramos a agulha, marzupialisamos a capsula do figado para isolá-lo da cavidade peritonia e incisamos a capsula, o que provocou a saída de um pús misturado com sangue escuro, pús este que era fétido, escuro e espesso. Examinamos a profundidade do foco com o toque digital, verificamos que havia no figado multiplas lojas, — abscessos multi-alveolar. Drenamos o abscesso com dreno de borracha protegido por gaze. Colaborou conosco nesta intervenção o Dr. Osvaldo Monteiro, chefe da 10.^a enfermaria, que, após o ato cirúrgico, fez a transfusão de sangue na quantidade de 300 c. c. no paciente.

Após a intervenção a temperatura caiu, porém, o pacien-

te apresentou uma adinamia geral, sobrevieram vomitos, a tensão arterial caiu consideravelmente e às 13 horas do dia 13/3/940 o nosso paciente falecia.

Exame anátomo-patológico do apêndice retirado: — Apêndicite aguda supurativa. Periapêndicite aguda — Exame do pús do abcesso do fígado: — Flora piogénica abundante, com predominância de bastonetes Gram negativos e cócus Gram positivos. — (Dr. José Sampaio).

Como acabamos de vêr, estamos em presença de dois casos de apêndicite: um, crônico, incistado, cujo ato cirurgico foi coroado do mais feliz êxito a despeito de já se haver dado rutura do apêndice; outro, muito diverso, com rutura precoce do apêndice, não havendo encistamento do processo e a intervenção, apesar de oportuna não diminuiu a incidia da infecção, indo o processo mais tarde produzir abcessos múltiplos do fígado.

Esta complicação, apesar de excepcional, faz parte de um grande número de doenças. A primeira observação na França data de 1894 e foi Achard quem a fez e apresentou numa monografia mais ou menos completa sobre o caso. No entanto, Dieulafoy, antes de Achard, em suas memoraveis lições, **descreveu o chamado fígado apêndicular**, que se caracteriza por abcessos múltiplos disseminados pelo órgão, chegando algumas vezes a 100 e 200 abcessos. Foi ainda Dieulafoy que descreveu a sintomatologia clínica caracterizada por calefrios, febre intermitente, tumefação dolorosa do fígado (no nosso caso este sintoma só apareceu nos ultimos dias de doença), sub-ictericia, sobrevivendo a morte no fim de 15 a 20 dias, por colapso.

Após os trabalhos de Dieulafoy e Achard, Berthelin escreveu uma tese sobre as complicações hepáticas do apêndice. Fóra da França, porém, já em 1846, Kelly afirma que Walter registrara um caso mais antigo.

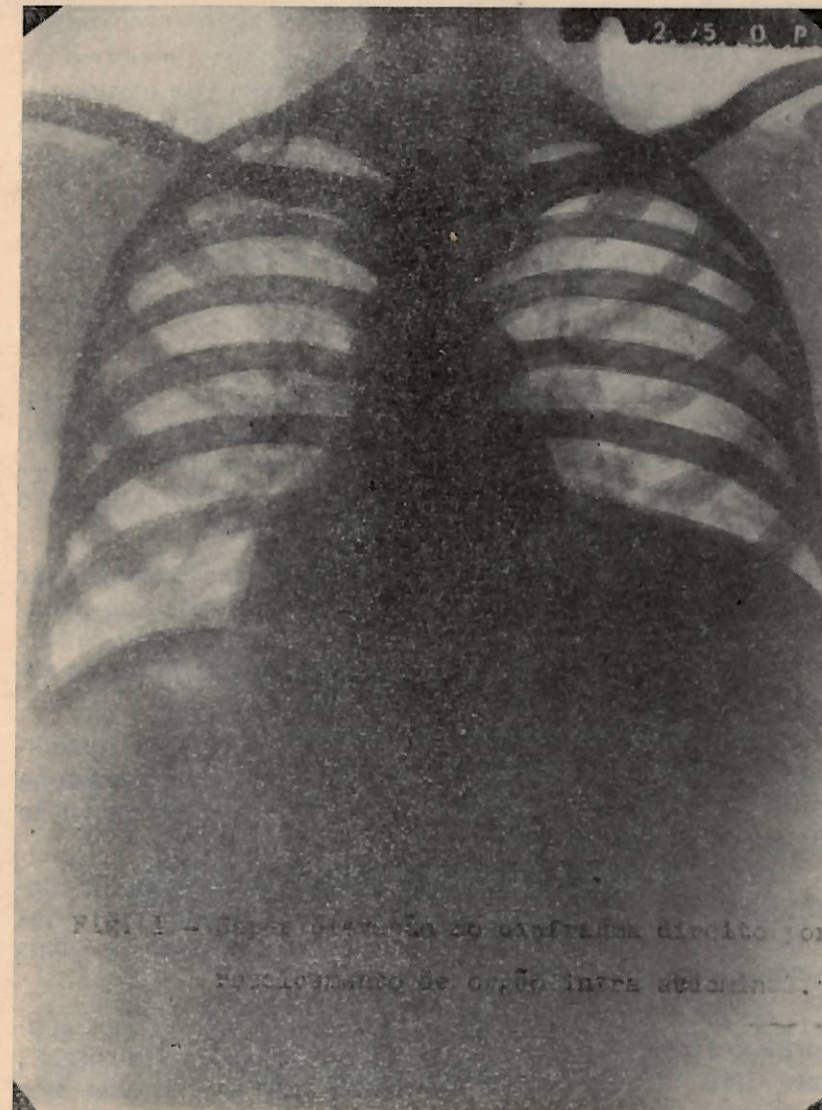
Entre as estatísticas mais célebres Léon Bérard e Paul Vignard, num dos mais completos trabalhos escritos sobre apêndicite, citam a de Barensprung, onde, em 1326 autopsias, entre os anos de 1859 a 1873, constatou 108 abcessos do fígado, dos quais somente 8 eram devido a afecções no apêndice.

Dudley, em 1892, em 28.034 doentes da clínica de Zurich nos anos de 1870 a 1891, em 12 casos de abcesso do fígado, 2 sómente foram em consequencia de apêndicites.

Kobler, de Viena, em 1901, em 17.204 autopsias, entre 1881 e 1890, constatou 79 casos de abcesso do fígado, dos quais 3 consecutivos a uma tífite ou peritífite.

Estas são estatísticas antigas. As modernas, do mesmo modo, registram o abcesso hepático apêndicular como fato pouco frequente. Na nossa vida clínica é a primeira observação que registramos e daí o interesse destas notas.

A complicação apêndicular se inicia quasi sempre com uma flebite. Munro, em 1901, apresentou 4 casos de infecção da veia porta consecutivos a uma apêndicite e, em 1907, acrescentou mais 6.



Sonnenburgo registrou 5 casos de abcesso do fígado e 15 de abcesso subfrênico. Kelly, estudando ainda os abcessos do fígado, em 15 casos, constatou 10 do fígado e 5 subfrênicos.

O nosso caso, conforme mostra a radiografia, fgs. 1 e 2,

caracteriza-se, além da sintomatologia clínica habitual, pelo volume considerável do fígado, a ponto de fazer pressão sobre o diafragma. Este fato seria o bastante para afastar a hipótese de um abscesso subfrênico, visto que neste o fígado é, na maioria das vezes, recalcado para baixo.

A hepatomegalia silenciosa acompanhada de outros sinais clínicos próprios das supurações, é uma das características mais constantes da localização do processo neste órgão e tem-se registrado fígados abcedados com mais de 4 quilos de peso.

Existem formas de abscessos hepáticos favoráveis à intervenção cirúrgica e estas são: abscesso único e não muito grande, ou abscessos múltiplos, sendo um maior e outros pequenos, mas com bastante tecido hepático livre de toda e qualquer infecção.

As flebites de origem apendicular podem ser: 1 — flebites obliterantes localizadas nas veias que estão em relação com o foco apendicular, ficando o sistema porta livre; 2 — flebites obliterantes totais; 3 — flebites supuradas desde o apêndice até os abscessos intra-hepáticos.

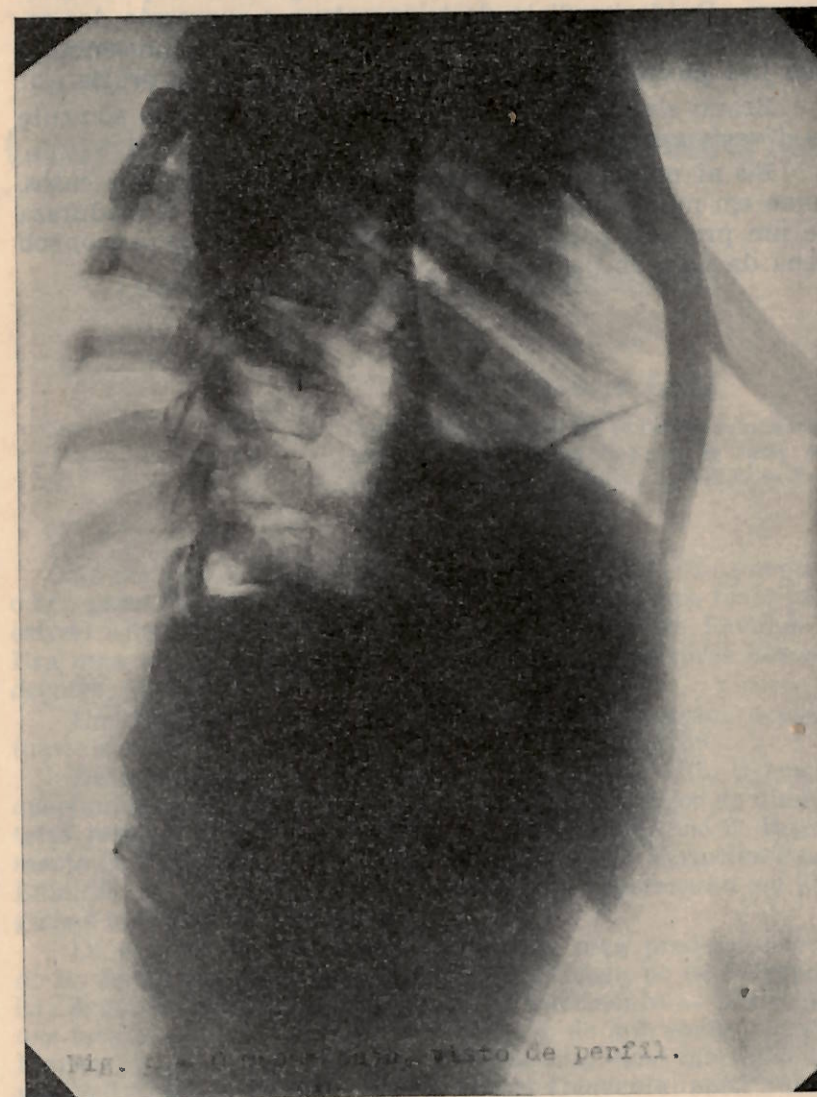
Aubertin foi o primeiro a verificar a reação ganglionar no mesenterio, principalmente nas zonas vizinhas do apêndice, produzindo em alguns supuração. Daí a opinião de certos autores que defendem a via linfática para explicar os abscessos do fígado de origem apendicular.

Boutellier relatou um caso de pileflebite post apendicular, mortal, sem abscesso do fígado. Dorod descreveu uma inflamação porta, atenuada, que determinou a obstrução funcional do fígado, condicionando uma ascite.

O que se depreende de tudo isto é a necessidade do diagnóstico precoce da flebite de origem apendicular, pois estas é que vão condicionar os abscessos hepáticos, para os quais ainda a cirurgia está desarmada.

Quanto às flebites, Wilms, em 24 de Julho de 1909, conforme o trabalho publicado na "Zentralblatt für Chirurgie", teve uma orientação cirúrgica que merece seguida nos casos desta natureza e se o tivéssemos feito ou lembrado logo de início, após os primeiros sintomas de calafrios e elevação térmica do nosso paciente, talvez tivéssemos impedido a formação do abscesso, que foi a causa de sua morte.

Wilms operou um doente de abscesso apendicular; no 2.º dia o paciente apresentou arrepios, no 3.º dia sobrevieram alguns calafrios mais, com 40.º,8 e 40.º,3 de temperatura;

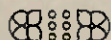


no 4.º dia sobrevieram novos arrepios, com 40.º,4. Wilms, duas horas após esta constatação interveiu: fez uma incisão horizontal acima da espinha iliaca antero-superior, indo até

o meio do réto anterior, que reclinou sem o cortar. Após o descolamento retro-cólico, passa o dedo atrás do cólo ascendente e do delgado, isola duas arterias e vai depois ao angulo ileo-cólico, ligando as duas veias com ligaduras duplas. Drenagem. Quêda imediata da temperatura e supressão dos caiefrios. Esta intervenção é semelhante à de Trendelenburg, que nos pioemias puerperais liga as veias útero-ovarianas.

Braun simplificou a técnica de Wilms, ligando sómente as 4 veias apendiculares.

Eis aí uma lição da experiencia, porque, em tais casos, como em muitos outros, nunca devemos esperar a madureza de um processo para esclarecimento de um diagnóstico, sob pena da vida do paciente.



CLÍNICA DE DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS

Contribuição ao estudo das disenterias

■

(CASOS DO PAVILHÃO DE ISOLAMENTO)

Dr. Francisco Leitão

Capitão Médico, Chefe de Enl. no Pavilhão de Isolamento
Instrutor de Clínica Médica na Escola de Saúde do
Exército, Assistente no Serviço do Prof. Rocha Vaz

Ao ser apresentado o relatório do Pavilhão de Isolamento, o ano passado, o Sr. Diretor do H. C. E. sugeriu-nos fazer um estudo sobre os casos de disenteria tratados nesse Pavilhão. Era uma tarefa difícil, por não havermos sido medicos desses doentes, durante a ano.

Um fáto, entretanto, chamou-nos logo a atenção: o obituário elevado da disenteria bacilar nesse ano de 1939.

Realmente, em fins de 1934, e começo de 1935, tivemos oportunidade de tratar doentes de um surto epidemico de disenteria bacilar, que havia incidido particularmente no 3º Regimento de Infantaria, então aquartelado na Praia Vermelha e no Batalhão de Caçadores de Petropolis, com repercussão em algumas unidades da Vila Militar.

Os exames de laboratorio mostraram uma predominancia do B. Shiga nos casos do 3º R. I. e do Flexner, no de Petropolis. A mortalidade foi insignificante, praticamente — talvez, de uns tres doentes num total aproximado de mil, sendo um de Flexner, o que daria, por pura coincidência, uma mortalidade mais alta para o Flexner, muito menos frequente neste surto epidemico.

O que nos pareceu, nesse momento, como um dado de grande significação clinica, era que a disenteria bacilar, tratada precoce e intensamente pelo soro anti-disentérico e pelos bacteriófagos, como doença aguda, era benigna.

De sorte que, quando num total de 46 casos hospitalizados em 1939, verificámos 6 obitos, achámos a porcentagem muito elevada.

Diarréia é a evacuação de fézes moles, fluídas, frequentes ou não. *Disenteria*, a de camaras sem materia estércoval, de fézes afécais, constituídas de muco e sangue, poder-se-ia dizer com impropriedade, mas com clareza.

A distinção entre *diarréia* e *disenteria* não é simples questão de nomenclatura ou de definição: são syndromes clínicas com significação propria.

As *diarréias* podem sobrevir em circumstancias mais variaveis do que as *disenterias*, como sejam: por condições *alimentares*, *gástricas*, *pancreáticas*, *intestinais*; por *intoxicações*, como arsenico, mercurio, chumbo, etc.; por *doenças varias*, como nefrite cronica, *impaludismo*, febre tifóide, tuberculose, etc. por *disturbios neuro-endocrinos*, como acontece na doença de Basedow e nas épocas menstruais da mulher; por *emoções*, medo, *angustia*, etc.

Além disso, certas *diarréias* constituem elas mesmas toda a doença, como a colera, o sprue, etc.

As *disenterias* podem começar por *diarréia*, como as *diarréias* podem adquirir caracteres disentericos, mas é sempre util, para fins diagnosticos, procurar distinguir as *disenterias* verdadeiras das *diarréias*, porque poderemos, assim, restringir o campo da nossa atividade mental diagnóstica.

As *disenterias* são sobretudo colites: a participação do intestino delgado e do estomago, nas syndromes disenteriformes, é pequena ou nula.

As *diarréias* são mais enterites ou gastro-enterites, sendo a participação do grosso intestino, principalmente do cólon sigmoide e réto, mais discreta.

Nossa nomenclatura nosologica militar, atual, acreditamos, também assim as compreende.

Sendo as *disenterias* mais particularmente colites, vamos estudar com mais detalhe estas afecções.

Com alguns autôres, poderíamos admitir quatro grupos de colites:

1º — *Colites Parasitarias* — por amebas, lamblías, balantídios, tricocéfalos, etc.

2º — *Colites Infecciosas* — por Bs. disentericos, tíficos, paratíficos, espirilos, etc.

3º — *Colites Toxicas* — mercuriais, arsenicais, uremicas, etc.

4º — *Colites Mecanicas* — ligadas ás deformações congenitas ou adquiridas, á estenose organica ou funcional, ás perturbações da motricidade ou da secreção.

Se quizermos, entretanto, caracterisar anatomo-patologicamente essas colites, como inflamações da mucosa dos colons, com uma fase de congestão, tumefação e exsudação e uma outra de ulceração, melhor seria talvez, como preferem muitos autores, chamá-las de colopatias. Diríamos então, com mais justeza, colopia por lamblia, por tricocefalos, etc.

Essas colopatias mais vezes se exteriorizariam por *diarréia* do que por *disenteria* e seriam mais do colon direito do que do esquerdo.

Aquí poderíamos lembrar que, clinicamente, o colon direito se distingue do colon esquerdo.

Cólon direito — é o céco, o ascendente e o transverso; *cólon esquerdo*, o descendente, a sigmoide e o réto.

Já embriologicamente têm origens diferentes.

O *cólon direito ou proximal* vem da alça intestinal primitiva ou alça umbilical, cujo ramo descendente origina o jejuno e a maior parte do ileo, ao passo que o seu ramo ascendente dá o ceco, o colo ascendente e o transverso.

O *colo esquerdo ou distal*, origina-se do tubo terminal primitivo, também chamado intestino terminal, donde vêm o descendente, a sigmoide, o réto, a bexiga urinaria, a uretra e o seo uro-genital.

Clinicamente o cólon direito é mais solidario com as partes mais superiores do tubo digestivo do que com o cólon esquerdo, cuja função essencial é a de reservatório.

As verdadeiras colites, anatomo-patologicamente, é neste colo esquerdo que se assestam, e quasi sempre se exteriorizam por *disenteria* que, não raro, pode acompanhar-se de prisão de ventre.

DOPTER define *disenteria* como inflamação do grosso intestino por causas especificas varias.

A *disenteria bacilar*, por definição, seria a produzida pelos bacilos de SHIGA, FLEXNER, HIS, STRONG e por outros bacilos atipicos. Ela é uma toxi-infecção cujo fóco microbiano fica unicamente no grosso intestino, donde partem as toxinas que vão invadir todo o organismo, diz DOPTER.

As suas lesões, anatomo-patologicamente, têm um tipo definido e unívoco. Podem ocupar todo o intestino grosso, ás vezes também o delgado e o estomago, mas as suas lesões, como

já o dissemos, são sobretudo do colo esquerdo: a disenteria bacilar é, principalmente, como também o é a disenteria amebiana, uma *réto-sigmoidite*.

O processo inflamatório das paredes do cólon processa-se em três fases: uma catarral, uma pré-ulcerosa e uma ulcerosa. A mucosa se hiperemia, se espessa, ficando congesta e edematosa, com placas disseminadas ou confluentes, vermelho-escuras nas quais se distingue um pontilhado hemorrágico, abundante. A inflamação pôde acentuar-se, a vermelhidão e tumefação ficarem mais intensas, produzindo-se verdadeiras bossas na mucosa do intestino, recobertas por placas de um indúto amarelo cinzento, o antigo exsudato diftérico de WIRCHOW. Ao seu nível, sobrevêm ulcerações que podem chegar á perfuração, se bem que raramente. Ha, concomitantemente, alterações discretas do peritонеo, mais acentuada no grande epíploon, no mesentério e nos ganglios mesentéricos.

Tal é, em linhas gerais, o substratum da colite da disenteria bacilar, que não difere das outras colites; a disenteria amebiana, por exemplo, é, em tudo, um processo identico.

Passemos agora ao estudo de uma grave colite que tem com a disenteria bacilar, grande semelhança. Referindo-nos á chamada *colite disenteriforme*, *colite ulcerosa aguda*, *colite cronica supurada* ou melhor *Colite Ulcerosa Idiopática*, estudada por BOAS, SCHMIDT, MATHIEU e outros.

Sob o ponto de vista anatomo-patológico as lesões são semelhantes as da disenteria bacilar ou amebiana.

Quanto á sintomatologia é a de um começo agudo, febril, com tendencia á cronicidade, cronicidade essa entremeada por surtos agudos. As evacuações são frequentes e de tipo disenterico, com muco e sangue ou puz. Às vezes pode tomar uma feição puramente hemorrogica, sendo uma verdadeira colite hemorrágica, ou predominar a supuração, o que lhe valeu também o nome de *colite supurada cronica*.

O processo é, como dissemos, mais comumente cronico, com fases agudas, mas ha casos em que a marcha da doença é toda aguda, com sinais de grande intoxicação e marcha rapida para a morte.

O que caracteriza esta grave colite é o desconhecimento da sua etiologia e o seu prognóstico reservado.

Os exames de fézes nada revelam ou apenas mostram germens ou parasitas aos quais não se pode imputar o estado grave do doente.

Vale a pena mostrar as várias e provaveis etiologias desta colite.

Em primeiro lugar, ha os que procuram, com muita razão, uma origem infecciosa. E como essa origem é a que mais interessa ao Pavilhão de Isolamento, vamos enumerar os varios agentes patogenicos propostos, acrescentando que os seus autóres sempre se estribaram em fatos experimentais.

1 — Virus Filtraveis — GALLART MONÉS e DOMINGO SANJUAN conseguiram, dizem eles, reproduzir a colite com filtrados de mucosa de doentes.

2 — *Forma Filtravel* do virus tuberculoso, seria o agente para BLANCO, SASTRA, ZARCO e outros.

3 — *Germens Banais*, como pneumococos, estafilococos, estreptococos, etc., que se tornariam virulentos na mucosa intestinal, por certas condições.

4 — *Infecção por Anaerobio* — Bacterium Necrophorum de DACK DUNGSTEDT, HEINZ.

5 — *Infecção pelo Grupo Disenterico*: Escherichia coli, Shigella Disenteria e Shigella para-disenteria.

6 — *Infecção Residual* — quer pela disenteria bacilar, quer pela ameba ou outros parasitos — LARDENOIS e BAUMAN.

7 — *Infecção Bacteriana Especifica* — BARGEN, um dos mais notaveis gastro-enterologistas americanos, autor de um excelente livro (O cólon, o réto e o anus, Saunders, 1932) e de um grande numero de trabalhos importantes publicados nos jornais de gastro-enterologia do mundo, isolou, nos seus doentes de colite ulcerosa idiopática, um diploestreptococo que deu como agente da doença. Varios outros autores aceitaram, então, o diploestreptococo de BARGEN e conseguiram isolá-lo do material dos seus doentes.

Foi este diploestreptococo o germen mais aceito como causador da colite ulcerosa, mas o proprio BERGEN, posteriormente, convenceu-se que ele nada mais era do que um agente secundário de invasão da mucosa intestinal, como a monilia psilóse no SPRUE.

Para nós, o que é mais interessante, são os pontos de contato dessa colite idiopática com a Disenteria Bacilar.

Já dissemos mesmo que alguns autóres responsabilizam as SHIGELLAS como agentes da afecção.

Já dissemos também como a disenteria bacilar é, anatomo-patologicamente, uma colite ulcerosa.

A propria disenteria bacilar não é essa doença aguda que se supoz, por muito tempo. BARGEN e BROWN fazem um estudo de 140 casos de disenteria bacilar, 16 anos após a doença, para verificação das sequelas. 25 destes doentes, após todo

esse lapso de tempo, ainda tinham bacilos disentericos nas fêzes e a colite ulcerosa não foi uma consequencia comum, parecendo-lhes pois, que a disenteria bacilar não é a causa da colite ulcerosa idiopática.

Aquela persistencia do bacilo de Shiga, por tão longo tempo, num numero tão grande de doentes, faz-nos refletir que os nossos exames de libertação, sob o ponto de vista de profilaxia, são pura formalidade administrativa.

LIUM e **PORTER**, no Jornal Americano de Pátologia de 1939, fazem um estudo de seis casos fatais de colite ulcerosa. A cultura das fêzes e as aglutinações para disenteria bacilar, foram negativas em 5 casos. Importante, na autópsia, foi a distribuição das lesões. Para esses autôres ela seria típica, em tres fileiras longitudinais e as ulcerações mais severas ficariam diretamente sotopostas aos musculos mais poderosos da *muscularis mucosae*. Essa distribuição seria diferente da disenteria bacilar, sendo mais um elemento a favor da autonomia nosologica da afecção.

Pessoalmente, a nossa impressão, pelo que podemos observar, é que a colite ulcerosa e a disenteria bacilar são doenças diferentes.

Há pois, pouca probabilidade que a colite ulcerosa idiopática seja uma doença produzida por uma bactéria ou por um parasito.

HASKELL e **CANTANOW** dizem que a sua causa é uma insuficiencia paratiroidéia com disturbios do metabolismo do calcio.

MACKIE acha que ela é um complexo em que entram varios fatôres, mostrando uma tendencia para a cronicidade e a recaída e que os melhores resultados terapeuticos são obtidos pela associação do tratamento medico ao cirurgico.

WITTKOWER, num interessante trabalho do British Medical Journal de 1938, faz um estudo psicologico de 40 pacientes de colite ulcerosa, chegando à conclusão que um só fator é constante nesses doentes: a sua anormalidade psíquica. Dos seus 40 doentes, 17 sofriam de obsessões, 12 eram grandes histéricos e 6 eram esquizóides.

LERNER e **RAPAPORT** fazem o estudo biofotométrico de 30 doentes com colite ulcerosa, mostrando a avitaminose "A" nesses pacientes e a necessidade do seu emprego.

LIUM investigou, em cães, a etopatogenia da colite ulcerosa.

A causa da doença seriam excitações do parasimpático por agentes varios, como toxinas, avitaminoses, emoções, medicamentos, etc.

As excitações do parasimpático provocariam espasmos da muscularis mucosae, como conseguiu ele observar por visualização direta, nos cães, empregando drogas parasimpaticomiméticas ou toxina disentérica. Com o espasmo da musculosa haveria aumento da produção do muco, injuria do epitelió sotoposto, hemorragia e, por fim, ulceração.

As investigações posteriores de **LIUM** e **PORTER**, como já o dissemos atrás, nos seus seis casos fatais, parecem uma confirmação anatomo-patologica das experimentações em cães.

Um fato interessante, igualmente, para a medicina militar, é o registrado por **JACKMAN**, **BARGEN**, **HELMHOLZ**, num artigo recente, de Março de 1940 do Am. J. Of. Dis. Of. Children, de Chicago, que a colite ulcerosa geralmente começa após os 9 anos, sendo a sua maior incidencia aos 20 anos, declinando à medida que avança a idade.

O que se pode concluir, pois, dessa breve exposição sobre a etiologia da colite ulcerosa, é que ela é uma doença eminentemente condicionada pelos fatores internos, constitucionais, representando o seu causalismo exterior, papel secundário.

Quanto ao seu tratamento, já dissemos como **MACKIE**, acha que ele deve ser medico e cirurgico e como **LERNER** e **RAPAPORT**, mostraram a utilidade terapeutica da vit. "A".

GAINSBOROUGH, diz que obteve bons resultados com os enemas de óleo de figado de bacalhão.

BLOCK, **TARNOWSKI**, **GREEN** e **ARNOLD**, dão a sua preferência ao Pectinato de Nickel.

É excusado dizer que a Sulfanilamida também foi tentada no tratamento dessa colite.

Ao nosso vêr, publicação de inegável valôr é a de **CHEENEY**, nos Arquivos de Medicina Interna, de 1939, relatando o bom resultado obtido em oito pacientes, com os extrátos concentrados de figado.

Sabe-se, e o fizemos ressaltar numa recente publicação nossa sobre **SPRUE**, **ANEMIA PERNICIOSA** E **PELAGRA**, a ação do extráto hepático sobre a diarréia do **SPRUE**, ação essa que dependeria do complexo B₂. Pois bem, **CHEENEY** acha que a ação do extráto hepático sobre a colite ulcerosa, não dependeria deste complexo, mas de uma outra substância, ainda indeterminada.

Passemoos agora ao estudo das diarréias, sindromes disenteriformes e disenterias do ano de 1939 do Pavilhão de Isolamento.

De acordo com os dignósticos exarados nos respectivos livros de registro, nesse ano, foram hospitalizados no Isolamen-

to 109 doentes com o diagnostico de "diarréia e enterite aguda"; 55, com o de "Síndrome disenteriforme"; 26, com o de "Disenteria amebiana"; 46, com o diagnostico de "Disenteria bacilar".

Enquanto que não havia nenhum obito nos outros diagnosticos, no de "Disenteria bacilar" estavam registrados seis obitos.

Póde haver pequena divergência entre esses nossos dados estatísticos e a estatística geral do Hospital, publicada igualmente nestes Anais: é que nos nossos dados só são levados em conta doentes que entraram e faleceram em 1939, ao passo que a outra toma em consideração os que vêm de ano anterior e os que passam para o ano seguinte.

Como dissemos, de acordo com a nossa experiência na epidemia de disenteria bacilar de 1934-1935, ficámos surpreendidos com a altíssima mortalidade dessa doença em 1939. Mais surpreendidos ficámos quando fomos examinar cada uma das cadernetas, onde ficaram registradas as observações dos doentes falecidos.

Damos, a seguir, resumidamente, cada uma das observações:

1.^a, Obs. J. de A. — Caderneta n.º 10.173:

Soldado do Regimento Andrade Neves. Natural do Espírito Santo, solteiro, com 21 anos de idade, leucodermo.

Os exames de fezes foram negativos para amebas e b. disentericos. A soro aglutinação, também. Tomou 180 cc. de soro anti-disenterico polivalente, além da Bacteriofagina do Instituto Oswaldo Cruz em doses altas, como tratamento especifico. Tentou-se também a Emetina e o Yatren. Abundante tratamento sintomatico com soro salino, em soluções isotonicas e hipertonicas, estimulantes, cardiotonicos, etc.

O doente baixou em 2-12-39, falecendo em 10-12-39, com dez dias de hospitalização.

2.^a Obs. J. P. Caderneta n. 9.375:

Soldado do 1º Regimento de Infantaria. Natural do Distrito Federal, solteiro, com 27 anos de idade, leucodermo.

Os exames de fezes foram negativos para amebas e b. disentericos. A soro aglutinação foi positiva a 1/40, o que não tem maior significado diagnóstico no caso. Tomou 360 cc. de soro anti-disenterico polivalente, além da Bacteriofagina feita em doses altas. Tentou-se igualmente a Emetina e o Yatren. Medicação sintomatica abundante e semelhante a do caso anterior.

O doente baixou em 9-XI-39, falecendo com 15 dias de hospitalização.

3.^a Observação N. A. S. Caderneta n. 2.628:

Soldado do 1º Regimento de Infantaria. Natural de Minas Gerais, solteiro, com 17 anos de idade, faiodermo.

Os exames de fezes foram negativos para amebas e b. disentericos. Tomou 200 cc. de soro anti-disenterico polivalente, além da Bacteriofagina. Mesmo tratamento, sintomatico dos outros casos. Baixou em 18-III-39, falecendo em 3-IV-39, com 16 dias de hospitalização.

4.^a Observação R. K. Caderneta n.º 7395.

Soldado do 1º Regimento de Cavalaria Divisionaria. Natural de Santa Catarina, solteiro, com 22 anos de idade, leucodermo.

Os exames de fezes foram negativos para os b. disentericos. Tomou 340 cc. de soro anti-disenterico polivalente, além da Bacteriofagina e de ter feito os outros tratamentos dos casos anteriores. Baixou em 1-9-1939, falecendo em 12-9-39, com 11 dias de hospitalização.

5.^a Observação C. M. Caderneta n.º 1697.

Soldado do 1º Grupo de Artilharia de Dorso. Natural do Espírito Santo, solteiro, com 27 anos de idade, leucodermo.

Negativos os exames de fezes para bacilos disentericos e amebas. Tomou 180 cc. de soro anti-disenterico polivalente, além de altas doses de Bacteriofagina. Mesmo tratamento sintomatico dos outros casos. Baixou em 18-2-39, falecendo em 4-4-39, com 45 dias de hospitalização.

6.^a Observação F. G. V. Caderneta n.º 2770.

Soldado do Batalhão Escola. Natural do Estado do Rio, com 23 anos de idade, leucodermo.

Os exames de fezes foram negativos para os b. disentericos e amebas. Tomou 60 cc. de soro anti-disenterico polivalente, bacteriofagina, etc. Baixou em 24-III-39, falecendo em 10-IV-39, com 8 dias de hospitalização.

Podemos concluir, portanto, que de 236 doentes que baixaram ao Isolamento por diarreias e disenterias, só 46, (um quinto desses casos) receberam o diagnostico *Disenteria Bacilar* — o que parece mostrar que este diagnostico não foi feito sem uma sintomatologia definida. Dos 40 que curaram, em alguns casos o exame de fezes mostrou as varias *Shigellas*; em outros, ele foi negativo; mas é interessante assinalar que todos que tiveram exames positivos curaram, ao passo que todos que faleceram, sem uma só exceção, tinham os exames negativos para *Shigella*.

Diante desses fatos temos que pensar na probabilidade de terem sido aqueles seis casos, na realidade, casos de Colite Ulcerosa Idiopática: pela negatividade dos exames de Laboratorio, pelo insucesso da soroterapia, bem como dos outros recursos habitualmente empregados, em contraste com os excelentes resultados obtidos nos casos seguramente diagnosticados e também pela idade dos pacientes.

Caso interessante e ilustrativo para esse modo de pensar, é o que tivemos oportunidade de observar este ano e cuja história passamos a resumir.

Obs. 7 Caderneta n. 839 A. X. 2º sargento do Regimento Andrade Neves, com 30 anos de idade, casado natural do Estado do Paraná, leucodermo. Baixou ao Hospital em 16-8-940, após quase três meses de hospitalização. Quando entrou para a Enf. as suas evacuações eram de camaras efécais com muco e sangue. Com a evolução do processo, unicamente sangue. O seu tipo era de um longilíneo astenico, com abundantes cabelos brancos apesar da pouca idade. De essencial ao exame: dôr á apalpação no colo transversal e sigmoide e lingua de tipo Hunter. Recolheu-se o material para os exames de laboratorio e começou-se logo com o uso do sôro anti-disenterico e dos bacteriófagos. O estado geral agravou-se e o doente ficou varios dias inconsciente. Após o uso de 200 cc. de sôro, além de outros tratamentos, passamos a fazer quase que exclusivamente o extrato hepático em altas doses; o doente começou a melhorar, acabando por obter, ainda que demoradamente, a sua cura clinica. Os exames de laboratorio para o grupo coli-tifico-disenterico foram negativos, bem como para amebas.

O que nos pareceu interessante no caso, foi o agravamento da doença com o sôro anti-disenterico e a nitida melhora (pelo menos foi a impressão que todos nós, que tratámos o doente, tivemos) com a mudança de tratamento, para o extrato hepático.

Desse estudo, pensamos poder chegar às seguintes conclusões:

1º — A Disenteria Bacilar, como a Amebiana e a Colite Ulcerosa Idiopática, são, principalmente, uma réto-sigmoidite

2º — São elas afecções iguais, mas doenças diferentes.

3º — A Disenteria Bacilar, como doença aguda, tratada precoce e intensamente pelos sôros e bacteriófagos é benigna, ensina-nos uma experiencia de milhares de casos do nosso Isolamento.

4º — A falência do sôro e do bacteriófago nos seis casos de morte do P. I., coincidindo com a negatividade dos exames de laboratorio, far-nos crêr não terem eles sido casos de "Disenteria Bacilar", mas muito provavelmente de "Colite Ulcerosa Idiopática".

5º — O ultimo caso citado merece o dignóstico de Colite Ulcerosa Idiopática, sendo também uma prova da ineficácia do sôro e dos bacteriófagos e do bom resultado do extrato hepático, segundo as indicações de CHENEY.

SERVIÇO CLÍNICO DE OFICIAIS

Abcesso hepático de origem duvidosa

Dr. Euclides Goulart Bueno

Major médico, Chefe da 14.ª Enfermaria

OBSERVAÇÃO (na 14.ª Enfermaria)

Militar de 34 anos de idade, de cor branca. ANTECEDENTES HEREDITÁRIOS — Pai neuro-luético.

ANTECEDENTES PESSOAIS — Escarlatina e reumatismo aos 9 anos de idade. Em 1929: Fevereiro — apendicectomia; Maio — fratura de clavícula. Em 1932: Disenteria amebiana. Em 1935: Tres cólicas hepáticas. Em 1938: fébre por tres dias, em Ponta Porã.

HISTÓRIA DA MOLÉSTIA ATUAL

a) *Antes da baixa.* Em 1939: Maio — a 22, temperatura axilar 37°, 5 e calafrios, perdurando até o dia 24, quando a temperatura atingiu 39°,5 e a ictericia foi notada; agravando-se, dia a dia, o seu estado, recolheu-se a uma Casa de Saúde, onde, desde junho, foram feitos: exame de urina, cuja densidade estava abaixo da normal; soro-aglutinação de Widal (negativa); conferência do assistente com o cirurgião; pesquisa de protozoários nas fezes (negativa para ameba e seus quistos); hemograma (hemacias 5.360.000, leucocitos 25.312, hemoglobina 80%, valor globular 0,80); formula hemoleucocitária (linfocitos 9,5, monocitos 10, formas de transição 0, polinucleares neutrofilos 78, polin. basofilos —0).

Foram tentados tratamentos de ictericia, pielite, colecistite, mas a temperatura, até junho, era, à tarde, de 38°,5; depois de copiosa sudorése à noite, o paciente amanhecia com 36°,5.

Em julho, 37°5 à tarde, seguida de abundante diaforése e, pela manhã, 30°5; por isso, nova conferência na Casa de Saúde, que opinou pela colecistite. — Em agosto, o mesmo que em julho; mas, em 2 de setembro, 38°8 à noite, para amanhecer com 37°5. Essa oscilação térmica manteve-se, com pequenas alterações, mesmo depois que o paciente baixou ao Hospital Central do Exército, a 8 de setembro.

b) **Depois da Baixa.** — Ficou sob os cuidados do Dr. Americo Pereira. O paciente apresentava: coloração subictérica das conjuntivas escleróticas; coloração dos tegumentos amarela terrosa; sulcos naso-labiais lívidos; grande depauperamento de forças; melanodermias adsoneanas, em forma de ferradura, no abdome e torax, com a convexidade voltada para as regiões inguinais, revelando hipofunção hepato-supra-renal e outras melanodermias esparsas pelos tegumentos de outras regiões do corpo.

Nada a assinalar nos aparelhos respiratorios, circulatório, genito-urinario e no sistema nervoso. As radiografias, de antes da baixa, nada assinalavam no estomago, duodeno e vesícula biliar. Ao examinar-se o doente, avultava considerável hepatomegalia. Fígado sensível à palpação: inicialmente, no ponto cístico; dias depois, no epigastro, até onde o lóbo esquerdo hipertrofiado atingia. Semanas depois, além de dor provocada pela palpação, o fígado apresentava dor espontânea, pungitiva, como punhaladas transfixando o fígado de baixo para cima. Essas dores aumentaram progressivamente até que, de 12 a 15 de outubro, o paciente não dormiu e vomitava tudo que ingeria.

Quando ele tentava fazer inspiração profunda, pungente dor impedia-o de completá-la. Os movimentos inspiratorios não deixavam ver depressão dos intercostos do hemitorax direito, que apresentava abaulamento, dia a dia, maior. A respiração do pulmão direito já estava bastante embaraçada pelo considerável aumento de volume do fígado, cujo lóbo direito já recalcava o pulmão direito para cima. A radiografia já assinalava a cúpula diafragmática com acentuada convexidade e grande elevação do hemitorax direito. O diâmetro do hemitorax direito excedia muito ao hemitorax esquerdo e havia um aspéto de quasi imperceptível cume de colina do abaulamento hemitoraxico direito.

Esse acmé correspondia, na linha axilar, ao 8° intercosto direito. No dia 15 de outubro, às pungentes dores expontaneas no fígado, juntou-se omodinea. O sinal Torres Homem apresentava-se nitido no 8° intercosto, na projeção axilar (grito de dor quando se percutia ali no 8° intercosto direito).

Havia profunda irradiação de dor na direção do flanco direito até aos arredores da crista ilíaca direita. Era domin-

go e nosso dia de visita médica. Convencemo-nos da supuração hepática. Aliás, desse parecer eram todos os colegas que, anteriormente, haviam examinado o doente (Drs. Acilino, Humberto, Americo, Ernestino, Leitão, Salema, etc.); mas, ao paciente não era agradável a intervenção cirúrgica. Entretanto, nesse dia 15 de outubro, o paciente teve simpatia pela hipótese de operar-se. Convidamos, por isso, os ilustres cirurgiões do Hospital que, no mesmo dia, 15, operavam o paciente, após punção exploradora, que, no 9° intercosto direito, foi branca, mas no 8° intercosto direito deu pús.

INTERVENÇÃO CIRURGICA

Incisão e drenagem. Operador: Dr. Americo Pereira. Auxiliar: Dr. Ernestino de Oliveira. Anestesista — o operador. Exame pre-operatorio: aparelho respiratorio — normal. Aparelho circulatório — normal. Pressão arterial: máxima 12, mínima 8. Temperatura: 38°5. Transfusões sanguíneas. Anestesia local por infiltração de sol. de novocaina a 1 % — 100cc. Início da operação: às 15 horas de 15 de Outubro de 1939.

Acidentes — nenhum. Relato da intervenção: — Incisão de 12 cms. acompanhando a 9° costela na região axilar direita, terminando na linha axilar anterior, atingindo todos os planos moles, inclusive o periosteo da referida costela, que foi ruginado e afastado; ressecção de 8cms. da 9ª costela; afastamento dos bordos da ferida com deslocamento do periosteo da 8ª costela, que, também, foi ressecada numa extensão de 8cms. Sutura circular em pontos encadeados abrangendo o diafragma e o tecido hepático. Incisão de 6 cms. no tecido hepático, no mesmo sentido da incisão cutânea, aprofundada perto de 2cms. dando saída a grande quantidade de pús côr de chocolate (cerca de 2 litros), sendo usado o aspirador elétrico.

Após o esvaziamento da coleção purulenta, foi feita a raspagem da parede do abcesso pela cureta. A exploração da cavidade orientava a cureta para a porção supero-posterior do lóbo hepático direito; drenagem da cavidade com tubo de borracha n. 30 perfurado, tendo sido feito o afrontamento dos lábios da ferida com fios de crina. Drenagem sub-cutânea com feixe de crina — Resultado — bom. Cicatrização por 2ª intenção.

RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATORIO DEPOIS DA BAIXA

Ano de 1939: — setembro — A 9, resultado positivo para plasmodio vivax. A 77, traços de pigmentos e ácidos biliares,

indol e escatol da urina; hemocultura negativa em 48 horas, continuando as pesquisas, que confirmaram ausencia de germes em 13-9-939. A 12, ausencia de hematozoarios de Laveran. A 13, tubagem duodenal pelo 1º Ten. Fco. Roberto Corrêa de Souza. Resultado do exame citologico: Bile A e B — Tubo com bile amarelo ovo claro-raras células de descamação; tubo com bile verde pistache — alguns leucocitos, muitos cristais de bilirubinato de calcio. Exame bacterioscopico: Flora microbiana poliforme, com predominancia de bastonetes gram negativos como em coli. Ausencia de giardia e outros protozoarios; semeado. — A 13, estomago e duodeno — radiologicamente normais. A 14, hemograma de Schilling: leucocitos 10.100, basofilos 0,3 %, eosinofilos 1 %, neutrofilos 67,6% (assim: mielocitos 0%, segmentados 55,6%) linfocitos 25,9%, monocitos 5%, — Leves policromasia, pecilocitose, oligocromasia e anisocitose macrocitica. Raros plasmocitos, granulações toxicas neutrofilicas de médio grau. Algumas formas leucocitarias de irritação. A 18, a prova colecistografica resultou francamente positiva, denunciando-se a vesicula francamente opacificada. A 19 e 20, ausencia de hematozoarios de Laveran. A 22, a reação de Henri não foi praticada por falta de antígeno. A 22, ausencia de hematozoarios de Laveran. A 23, hemograma de Schilling: leucocitos 13.100, basofilos 0%, eosinofilos 1%, linfocitos 28,2%, monocitos 4% neutrofilos 65% (assim: mielocitos 0%, segmentados 47%) Leves policromasia, pecilocitose, oligocromasia e anisocitose macrocitica.

Hemograma "Leitão": global 13.100, neutrofilos: mielocitos 0%, 1 — 19%, 2-31%, 3-14%, 4-1%, 5-0, sendo os de 1 e 2 = 50% e os de 3, 4 e 5 = 15%.

Verificou-se ainda: Basofilos 0%, eosinofilos 1%, linfocitos 30%, monocitos 4%. A 25, Widal negativa. A 26, transparentes os campos pleuro-pulmonares; ha boa cinematica. A 27, Laveran negativa e pecilocitose. A 28, exame de bile: citologico. A, alguns cristais de bilirubinato de calcio; B, alguns leucocitos; C, ausencia de qualquer elemento organizado. A 29, biles A, B e C. Cultura: resultado do exame bacteriologico — Biles A — presença de cocus gram positivos em formas de pequenas cadeias e de bacilos gram positivos de morfologia de bacilos coli. Não foi ainda feita a prova de fermentação. Biles B: presença de grandes colonias de germes de forma bacilar, com morfologia de bacilos coli; não foi ainda realizada a prova de fermentação. Biles C: presença de germes de forma de cocus gram positivos em pequenas colonias e outros germes em forma de bacilos gram negativos, como colis.

Tambem ainda não foi feita a prova de fermentação. O material continúa na estufa. Outubro: A 4, Wasserman e

Kahn negativas. A 6, urina: traços de albumina, pigmentos, acidos biliares, urato de sodio, raros leucocitos, baixa da taxa de uréa e cloretos, densidade 1005. — A 10, no sangue: glicose — 1,10%, uréa 0,351%, cloretos 4,95%, ph inorg. 6 mgrs. %, potassio 13 mgrs. %, sodio 296 mgrs. %. A 16, um dia depois da intervenção cirurgica, hemograma "Leitão". Leucocitos 7.800, mieloblastos 0%, basofilos 0%, eosinofilos 4%, mononucleares 2%, linfocitos 21%, neutrofilos: mielocitos 0%, 1-11 %, 2-19 %, 3-29 %, 4-12 %, 5-2 %. Portanto: 1,2 e mielocitos = 30%; 3, 4, 5 = 43%. Desvio, pois, para a direita. A 16, hemograma de Schilling, 24 horas depois da operação: leucocitos 7.800, basofilos, 0% eosinofilos 4%, linfocitos 21%, monocitos 2%, neutrofilos: mielocitos 0%, formas jovens 1%, bastonetes 18%, segmentados 54%. A 23, exame de pús do abcesso do figado (este exame feito 24 horas após a colheita do material, que ficou em geladeira, pelo que não tem valor), negativo para amebas. Semeado deu este resultado: germes gram positivos como estafilococos; pequenas cadeias de germes gram positivos. A 23, hematologia: eritrocitos 3.200.000, leucocitos 7.280, basofilos 0%, eosinofilos 1%, neutrofilos 42%, linfocitos 56%, monocitos 1%. Do hemograma de Schilling os neutrofilos são: mielocitos 0%, jovens 3%, bastonetes 12%, segmentados 27%. Policromasia e pecilocitose. Do hemograma "Leitão" os neutrofilos são: mielocitos 0 %, 1 — 2 %, 2 — 9 %, 3 — 17 %, 4 — 12 %, 5 — 2 %. Nota: aparecimento comum de formas linfocitarias anormais, de irritação, deformadas e amorfas. A 29, urina: vestígios de albumina e pigmentos e acidos biliares. A 30, hematologia — eritrocitos 3.611.111, leucocitos 11.600, basofilos 0%, eosinofilos 4%, neutrofilos 68%, linfocitos 25%, monocitos 3%. Do hemograma de Schilling, os neutrofilos são: mielocitos 2%, jovens 3%, bastonetes 18%, segmentados 45%. Hipocromasia. No hemograma "Leitão": 11.600 leucocitos, mieloblastos 0%, basofilos 0%, eosinofilos 4%, monocitos 3%, linfocitos 25%, neutrofilos: mielocitos 2%, 1 — 2%, II — 13%, III — 30%, IV — 16%, V — 5%. A soma dos mielocitos com I e II = 17 e a soma de III, IV e V = 51. Portanto, desvio para a direita. A 6 de novembro, hemograma "Leitão": globulos vermelhos 4.000.000, leucocitos 9.600, mieloblastos 0 %, basofilos 0 %, eosinofilos 4 %, mononucleares 5%, linfocitos 41%. — Transfusão de sangue em 2 de outubro. Radiografia de 9 de outubro: aumento e elevação da curva hemidiafragmatica direita que denuncia aumento de volume do figado. A 11 de outubro, focos de granulomas em films dentarios. A cupula diafragmatica é elevada: suas excursões amplas. A 30 de outubro, H. D. — Opacificação do seio costal diafragmatico direito. Aderencia do hemi-diafra-

gma, repuxamento. Diminuição de transparência do parêquima do lóbo inferior, expressamente da pequena cisura.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

A hemócultura negativa não milita em favor das septicemias. A hipótese de abscessos miliares do fígado por migração de germes, provindos do foco apendicular (removido por apendicectomia), pela via mesaraica-porta, não prevalece, porque tais abscessos são numerosos e localizam-se, de preferência, na convexidade do fígado, podendo fundir-se em grandes abscessos múltiplos ou em um só grande abscesso, raramente. Ora, o paciente foi apendicetomizado em fevereiro de 1929 e sua molestia atual teve início em 22 de Maio de 1939. Tão lenta migração de germes apendiculares para o fígado não é a regra. A via linfática, também, não se pôde admitir. Que a infecção das vias biliares tenha condicionado o grande abscesso hepático do paciente — não parece possível, atendendo-se à localização daquele grande abscesso e do atenuado síndrome da infecção da vesícula e das vias biliares. Tal infecção parece ter sido apenas um episódio no drama hepático, facilitando talvez a migração de germes piogênicos para o grande abscesso hepático. E a via sanguínea poderia ser admitida? O paciente tinha focos sépticos dentários.

Não se pôde admitir a via linfática porque o longo tempo decorrido entre a apendicectomia e o abscesso não justifica a hipótese de os germes do apêndice terem migrado pela via linfática, produzindo peritífite, peri-vesiculite, peri-gastrite (em resumo, peri-viceite à direita, ou dextrite) até atingirem o fígado. Não nos consta que tivesse sido feita vacina autóloga com os germes do apêndice do paciente. Os piogênicos teriam sido veiculados pela ameba? e a via seguida pela ameba? Via transperitoneal, ou mesaraica-porta, ou outra?

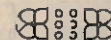
Os germes piogênicos representaram papel secundário no drama. O agente etiológico do grande abscesso hepático, o protagonista do drama deve ter sido a ameba. Assinala-se nos antecedentes pessoais do paciente uma disenteria amebiana, em 1932. Mas, a ameba não foi encontrada no pus do abscesso hepático porque o material, colhido pela raspagem da parede do abscesso, não pôde ser examinado convenientemente por motivo independente da nossa vontade. Era nesse material que a ameba poderia ter sido encontrada.

Por que razão a ameba dá preferência ao lóbo direito do fígado depois de emigrar do intestino?

A hipótese da penetração da ameba em venulas, tributárias da mesaraica, em virtude de ulcerações da mucosa intestinal, parece admissível, pois, a migração da ameba pela

via mesaraica-porta parece facilitar sua localização no lóbo direito (convexidade), porque, como lembra o Dr. Souto Maior, a densidade do sangue da mesaraica, ao entrar na veia porta, não é igual à densidade do sangue da esplênica; por isso, o sangue da mesaraica demora a misturar-se ao sangue de densidade diferente que vem da esplênica. Diante do exposto, pôde-se supor que o sangue da mesaraica transite primeiramente pela convexidade do lóbo hepático direito para depois misturar-se ao sangue da esplênica. Isso facilitaria a localização da ameba no lóbo direito. As hipóteses de migração por via transperitoneal e por via linfática podem ser lembradas, mas, a de sangue que demora a misturar-se é, para nós, mais simpática, porque já vimos o Rio Paraíba, ao desaguar em São João da Barra, correr vários kms. dentro do oceano Atlântico antes de as águas amarelas barrentas do rio se misturarem às azuladas águas do mar. Tal fenómeno observamos também na foz do rio Amazonas, cujas águas transitam longa distância no mar, antes de se misturarem suas águas com as do oceano. Além do exposto, militam em favor do diagnóstico de abscesso amebiano do fígado: a cor de chocolate do pus desse abscesso, o tipo intermitente da febre, a lenta evolução do abscesso, e, finalmente, a cura do doente pela emetina e pelo 914, seu rápido restabelecimento após a drenagem do foco de supuração.

Ademais, o síndrome, por vezes, desconcertante, que o paciente apresentou, não é raro no grande abscesso tropical. Note-se que o hemograma modificou desde 24 horas após a intervenção cirúrgica, tanto o de Schilling como o de "Leitão". A fórmula leucocitária merece analisada antes e depois da operação. O hemograma "Leitão" confirmou sua utilidade, assim como o de Schilling. Como se sabe, em certas infecções, ha leucócitos que representam o papel de tropa de choque; outros que representam o de tropa de manutenção de trincheiras ocupadas. Quando o inimigo cede terreno, os eritrócitos desfraldam a bandeira da vitória e aumentam sua percentagem. No caso do paciente, os eritrócitos, antes da intervenção cirúrgica, apresentavam uma percentagem de cerca de 1%; mas, 24 horas depois da operação, apresentaram uma percentagem de 4%. E a cura se verificou após.



CLÍNICAS DE NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA

Pseudo-Síndrome de Charcot

Dr. Gabriel Duarte

Capitão médico, Chefe de enfermagem do P. N. P.

A oportunidade suscitada por um curioso caso chegado ao Serviço Neurológico do H. C. E., acusando uma fenomenologia piramidal recente instalando-se em antigo estado de amiotrofia mielopática, sugeriu-nos a figuração de um quadro da doença de Charcot, operando-se em dois tempos.

O mal ou doença de Charcot, também designada esclerose lateral amiotrófica, é formado pela reunião de um síndrome das pontas anteriores da medula, donde amiotrofias e de um outro do feixe piramidal, com hipereflexias, espasmos, astenia, além de outros sintomas dependentes da extensão do processo aos diversos recantos do eixo encefalo-medular.

Assim, o quadro mais significativo da doença está ligado à concomitância da lesão que atinge as grandes células motoras da ponta anterior da medula e as fibras do feixe piramidal em um ponto qualquer de seu trajeto córtico-medular.

Nos casos mais típicos da doença de Charcot verificamos que o mal tem início sob a forma de atrofia muscular espinhar, sucedendo-se os espasmos e terminando, frequentemente, pela paralisia bulbar.

Modalidades mais encontradas são apontadas: a) as que começam por fortes espasmos para acusarem, posteriormente, atrofia muscular de reduzida intensidade; b) os que acusam graves amiotrofias de início ao que vem se juntar espasmos moderados; c) as formas descendentes, que se apresentam com os sintomas bulbares e se completam com as desordens espinhais mais ou menos acusadas.

O estudo da esclerose lateral amiotrófica tem sido realizado em diversos meios e diferentes épocas desde que Charcot fez a sua descrição original em 1865. Tem constituído, também, objeto de particular atenção dos congressos — Londres 1913, Paris 1925, comemorativo do centenário de Char-

cot — Brasil 1929, por ocasião do centenário da Academia Nacional de Medicina. Em nosso meio, podemos consignar, além do relatório acima referido, apresentado ao Congresso de Neurologia, Psiquiatria e Medicina Legal, varios e substanciais trabalhos sobre esta interessante entidade clínica, já arrolados num magnífico estudo de conjunto da materia dos professores A. Austregésilo e F. Esposel — (Brasil-Médico n.º 34, de 1929).

Doutra parte, o designativo de pseudo-esclerose lateral amiotrófica já havia sido proposto por Leri para rotular os casos em que a doença estivesse ligada a uma etiologia bem manifesta, como os de sífilis do neuro-eixo evoluindo com este aspecto sindrômico. Pretendia Leri, deste modo, limitar a denominação de mal de Charcot tão somente aos casos averiguados como essenciais, isto é, sem etiologia reconhecida.

Tal proposta, todavia, não encontrou eco entre os tratadistas, predominando, envez, o preceito geral de admitir ao lado das doenças ou de males típicos o de síndrome que engloba todas as eventualidades em que o arranjo dos sintomas oferece analogias com o quadro considerado "essencial".

Dito o suficiente sobre a configuração da doença de Charcot, vamos expor o caso que nos despertou tal similitude.

O Gustavo é um antigo operário em artigos de couro, servindo na Intendência da Guerra do Rio de Janeiro, com 58 anos de idade, viuvo e residindo na companhia de sua filha e uma irmã no Encantado.

Deu entrada no Hospital em estado de coma apoplético, seguindo-se um período de dias em que permaneceu em grande confusão mental, com prostração e sonolência, além de evidentes deformações esqueléticas e amiotróficas dos membros inferiores associados à hemiplegia esquerda.

Nos primeiros dias de sua estadia neste Serviço, nenhuma informação podia ser obtida diretamente do paciente, pois que se mantinha sonolento e abobalhado, indiferente à situação, emitindo seus dejecta no próprio leito e respondendo desatinadamente as perguntas insistentemente dirigidas.

Comparecendo à visita hospitalar parentes seus, conseguimos saber que o Gustavo era portador de aleijões nas pernas desde que nasceu, mas nada havia, até então, apresentado no restante de seu corpo, mantendo-se, mesmo, em boas condições de saúde, de vez que nunca se queixava de doenças, atendendo com regularidade ao trabalho que lhe exigiam, de onde provinham os recursos que davam para manter a família.

Passada a fase confusional, poudeser completada a história clínica do Gustavo.

Não conservou recordação dos acontecimentos recentes até o momento em que havendo deixado a sua residência para iniciar o costumeiro trabalho na Intendência da Guerra, fôra advertido pelos companheiros que o seu rosto apresentava-se deformado e quasi incompreensível o que pretendia falar. Logo a seguir, procurando a privada para atender fortes solicitações partidas do ventre, veio a sentir súbito enfraquecimento em todos os membros, ao tempo que escurecia-lhe a vista, vindo a perder os sentidos. Ao despertar dentro de uma Enfermaria do Hospital Central não sabia precisar o tempo que passára desacordado e, só então, repara que todo o seu lado esquerdo está paralítico.

O exame denota: intensa atrofia muscular de ambas as pernas, reduzidas a dois canços recobertos por fina pele salpicada de manchas hiperocrômicas, enquanto a apalpação deixa a impressão de fusão da reduzida massa muscular; distrofias óssias, com anomalias de crescimento e deformação dos pés, donde forte equinismo com encurvamento dos dedos e escavação plantar, permitindo a marcha com apoio sobre a articulação metatarsofalangiana; paralisia flácida de distribuição hemiplégica esquerda; paralisia discreta do facial inferior e de hipoglossos direitos; bradipsiquia com tendência à sonolência, associação muito lenta das idéias, conjugado à certa desorientação auto e sômato-psíquica, pois que realiza tentativas frequentes de utilizar os membros paralisados, resultando atitudes bizarras, derrubada dos objetos ao alcance e queda do leito.

Os exames subsequentes revelam a evolução da hemiplegia da fase flácida para a espasticidade, mais acusada no membro superior e dispondo-se segundo o tipo clássico de Wernicke-Mann, enquanto no lado direito nenhuma alteração vem a acusar. Nos membros inferiores verificamos, ao par da semelhança quanto ao aspecto dependente da profunda atrofia muscular, comportamento diverso quanto ao tono e a refletividade, pois que acusa espasmo com tremulação da rótula pela distensão e notavel hiperreflexia tendinosa com pendulação no lado esquerdo, o que contrasta com a flacidez e a arreflexia do lado direito. A marcha, até então, não pode ser recuperada.

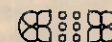
O diagnóstico de hemiplegia capsular esquerda em fase de espasticidade inicial instalando-se sobre uma antiga amiotrofia mielopática dos membros inferiores, vem estabelecer uma curiosa associação sindrômica, ligada a lesão recente de neurônio central (hemiplegia) sobrevinda a velha lesão do neurônio periférico (amiotrofias — tipo paralisia infantil), e que conjugados dão a conformação do síndrome de Charcot.

A etiologia comporta fortes suposições da existência de

uma poliomielite surgida em fase muito remota de evolução do sêr, possivelmente intrauterina — infecção erisipelatosa da genitôra — e de um ictus capêlar recente, certamente ligado a endoarterite obliterante ou espástica das artérias cerebrais por lues, muito embora se tenham revelado duvidosas as reações de Wassermann e Kahn no sangue e negativas todas as provas liquoricas.

Particularidade sobremodo curiosa aparece no fato da superveniência de hiperreflexia por parte do tendão rotuliano esquerdo, tantos anos submetido a arreflexia atrofica por lesão do neurônio periférico, tal como ainda se registra no lado direito.

Parece, agora, bem especificado que o arranjo ocasional de duas molestias diferentes e evoluindo em tempos diversos pode gerar um conjunto sindrômico que oferece o aspecto de uma outra entidade conhecida da neuropatologia sob a designação de doença de Charcot. No nosso caso, entretanto, não pode ser admitida a possibilidade de uma das conhecidas variedades de esclerose lateral amiotrófica, muito menos, permite a inclusão entre os síndromes de Charcot, nem mesmo da pseudo-esclerose de Leri, uma vez que a sua formação, esteve subordinada a um duplo acondicionamento mórbido, isto é, ficou constituido por duas doenças inteiramente isoladas no tempo como na etiologia e só conservando com os síndromes de Charcot relações de aparência, donde o acerto na designação de pseudo-síndrome de Charcot, que bem a define ao mesmo tempo que restabelece nos devidos limites a antiga modalidade nosológica proposta por Leri.



Hemiparkinsonismo luético de forma apoplética

Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas

Capitão Médico, do Serviço de Neurologia e Psiquiatria do H. C. E.

O parkinsonismo sífilítico não é frequente. Sua história está intimamente ligada aos nomes de Guillain, Jacquet e Lechelle que no começo de 1921 apresentaram à Sociedade dos Hospitais de Paris um caso de mesencefalite luética e principalmente a Lhermitte e Cornill que no ano seguinte descreveram a estriatite sífilítica, pondo por terra a opinião de J. Pardec que dizia "que contrariamente ao virus encefálico, o treponema não mostrava nenhuma afinidade pela região estriada". Mais tarde, em 1930, na Revue Sud-Américaine de Médecine e Chirurgie, ainda Lhermitte apresenta 4 casos de parkinsonismo ligado à lues, citando os trabalhos de Kinnier Wilson, e outros sobre mesencefalite luética e em 1932, Paulian comunicou à Sociedade de Neurologia de Paris 2 casos de lenticularite e estriatite, aquele acompanhado de distúrbios mentais.

Jacob entre nós, em 1928, em conferências editadas por W. Almeida, refere as semelhanças entre o parkinsonismo de origem arterio-esclerótica e o consequente a lesões vasculares sífilíticas, ambos às vezes acompanhados de atetose, hemibalismo, hemiplegia e também de manifestações de origem cortical, citando então tres interessantes casos.

Em nossa terra temos a citar os magníficos trabalhos do Dr. Waldemiro Pires — Parkinsonismo sífilítico, Parkinsonismo Post-encefalítico e Sífilis e Paralisia Geral Estriada, lembrando a possibilidade da coexistência da encefalite letárgica e lues, apresentando alguns casos do seu modelar serviço. Finalmente, os Drs. Genival Londres e Esmaragdo Ramos, no Jornal dos Clínicos n. 18 de 1934, apresentaram um caso se-

melhante ao nosso, isto é, de início apoplético. Passemos então ao caso por nós observado na antiga 1ª Enfermaria deste Hospital.

R. F., soldado do 1º R. I., com 37 anos de idade, natural do Pará, casado, baixou à 1ª. Enfermaria em 8-8-939. (Figs. 1 e 2).

COMEMORATIVOS FAMILIARES — Pai já falecido, era grande alcoolista; mãe viva, estando presentemente com a saúde seriamente abalada (sic). Dos seus 4 irmãos, um que



Fig. 1

era alcoolista, faleceu de moléstia ignorada pelo paciente; os outros tres estão vivos, parecendo gozarem boa saúde.

COMEMORATIVOS PESSOAIS — Nascido a termo, de parto natural o seu desenvolvimento se processou normalmente. Na infância teve sarampo e varicela. Não se recorda de ter sido acometido de moléstia grave; é assim que não refere em seu passado sonolência, fenômenos secretórios, crises oculogiras, bem assim traumatismo craniano, e intoxicação por gaz de iluminação e sulfureto de carbono. Nunca fez exame de sangue. Fuma com moderação e não é alcoolista, bebendo somente por ocasião das "tocatas", pois exerceu durante algum tempo a profissão de músico.

Frequentou a escola durante 5 anos, com bom aproveitamento, trabalhando depois em um cartório, sem entretanto abandonar os estudos. Sua vocação era para a música, tendo se especializado em trombone e borbardino.

Aos 21 anos foi sorteado, sendo incluído no 1º R. I.

A sua vida sexual foi iniciada aos 20 anos de idade com profissional, tendo logo após contraído uma blenorragia que, tratada por especialista, curou-se em breve tempo. Refere ainda o aparecimento nesta época de uma ferida que logo cicatrizou, deixando uma mancha (sic.) no sulco bálano-prepucial. Contraiu matrimônio aos 28 anos. Os seus filhos, em número de tres, aparentam boa saúde; sua esposa é, porém, franzina e refere vários abortos.

HISTÓRIA DA MOLESTIA ATUAL — Ha cêrca de 2 anos (!), quando trabalhava no arquivo de sua Unidade, sentiu um susto (sic), caindo ao solo sem sentidos por algum tempo. Quando o paciente voltou a si, notou que estava com tremores em todo o lado esquerdo e sem poder articular as palavras.

Receioso de baixar ao Hospital, procurou um médico civil que lhe receitou uma série de injeções, sem ter obtido resultado satisfatório, e a conselho de amigos começou a frequentar sessões espíritas. Tendo então os seus males se agravado, procurou o médico de seu quartel, sendo baixado a este serviço, onde deu entrada em Agosto do ano p. passado.

EXAME DO DOENTE — Indivíduo xantodermo, medio-líneo, mesoestênico, com tendência a longilíneo. Braquicéfalo, nariz volumoso e algo achatado, orelhas acabanadas, mento recurvado. Cabelos pouco abundantes, lisos, calvície nas fontes e região occipito-parietal. Barba e o resto do sistema piloso com pouco desenvolvimento. Fácies parkinsoniana, cabeça e tronco ligeiramente inclinados para a frente. Tibialgia e esternalgia, gânglios palpáveis, Ricord presente.

APARELHO DIGESTIVO: — dentes regularmente conservados. Língua e mucosa normais. Fígado excedendo o rebordo costal. Presença de ovos de áscaris nas fezes. Refere inapetência e dores nos hipocôndrios e fossa ilíaca direita.

APARELHO CIRCULATÓRIO: — Ictus no 5º espaço; bulhas abafadas. Pulso rítmico, batendo 70 vezes por minuto.

APARELHO RESPIRATÓRIO: — Nada revela de anormal.

APARELHO GÊNITO-URINÁRIO: — Acusa dores nos rins. Presença de albumina na urina. Refere distúrbios da função sexual.

APARELHO GLANDULAR: — Nada revelou ao exame.

NEURO - PSIQUISMO

Funções neuro-orgânicas — Motilidade ativa voluntária e automática — a marcha se faz por pequenos passos, arrastando o paciente o pé esquerdo, havendo mesmo certa dificuldade de romper a marcha com este pé.

Perda dos movimentos associados e automáticos do dimídio esquerdo. Perda da mímica facial. Sua palavra é arrastada — bradilalia, surgindo durante as crises emotivas o mutismo paroxístico. Todos os movimentos do lado esquerdo são executados com lentidão — bradicinesia, despertando a fadiga, estando presente a pseudo adiadocinesia. Não apresenta ataxias.

*Fig. 2*

Motividade ativa involuntária: — Tremor de todo o dimídio esquerdo, mais acentuado, no entretanto, nas extremidades digitais. Este tremor, que é de pequenas oscilações, diminui com os movimentos voluntários. Não ha histagmo.

Crises de riso e choro espasmódicos. Não apresenta sincinesias.

Motilidade passiva e tonus: — a motividade passiva está diminuída em todo o dimídio esquerdo por hipertonia muscular. O sinal da roda dentada de Negro é nítido à esquerda, bem assim a contração paradoxal de Westphall.

Refletividade: — reflexos cutâneos vivazes. Babinski ausente. Reflexos tendinosos — patelares, algo vivo à esquerda e diminuído à direita. Aquileus — diminuídos. Os tendíneos superiores estão todos vivos. Não ha clonos.

Não se acha exaltado o reflexo naso-palpebral. Os reflexos de postura estão presentes no membro lesado. Reflexos de automatismo e de defesa — ausentes.

Argyll-Robertson — positivo.

Perturbações simpáticas — reflexo óculo-cardíaco invertido, pilo-motor exaltado. Presença de dermatografismo vermelho. Ausência de perturbações esfinterianas e tróficas; a não ser redução do pânículo adiposo.

Não apresenta distúrbios sensitivos e sensoriais.

Orientação e equilíbrio — conserva a noção das posições segmentares e do corpo no espaço. Romberg — negativo.

Orientação psíquica — conservada.

Sensopercepção: — conservada, si bem que refira desordens de natureza cenestopata.

Afetividade e temperamento: — discinético hipertônico com tremores das extremidades. Pragmatismo — comprometido pela doença. Emotividade: exaltada com manifestações cárdio-vasculares, secretórias, exagero dos tremores, ansiedade.

Crises de choro e riso espasmódicos. Relação com os conviventes conservada, si bem que revele certa insistência massante e monótona do tipo gliscroide.

(E' notavel a gliscroidia dos parkinsonianos, fato este constantemente observado em nosso serviço). Humor — reservado. Temperamento — esquizotímico pouco pronunciado.

Memória, percepção e compreensão: — conservadas, si bem que dê a impressão de tardio e incompleto nas percepções intelectivas.

Imaginação: — Muito preocupado com a sua doença e sujeito a alheamentos frequentes. Não apresenta manifestações delirantes.

Capacidade lógica e senso crítico — deficitários pelo acima exposto, bem assim pelo sentimento de inferioridade orgânica.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Sangue:

Creatinina — 0,016%.

Uréia — 0,40%.

Glicose — 1,00%.

Reação de Kahn — Positiva + + + +.

Pesquisa de hematozoário — negativa.

Líquido céfalo-raqueano:

Linfocitose — 45,6 elementos por mm³.

Albumina — 0,90 por litro.

Glicose — 0,80 por litro.

Nonne-Apelt — positiva.

Benjoim coloidal — + + + 000000000000.

Wassermann — positiva + + + +.

Exame oftalmológica:

O. D. V = 1

O. E. V = 1 c/ troca Esf. — 0,50 D V = 1.

Anisocoria pupilar OD > OE Argyll — positivo.

F. O. — nada de anormal.

DIAGNÓSTICO: — neurolues mesenquimatosa, exteriorizando um hemisíndromo parkinsoniano de início apoplético.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: — encefalite epidêmica — esta entidade mórbida foi excluída, si bem que possa ter também início apoplético (Cruchet), por não encontrar apôio nos comemorativos e história da doença, si bem que possam coexistir encefalite e lues, aquela muitas vezes despertando a sífilis.

Ainda pela anamnese foram excluídos os traumatismos cranianos aceitos por alguns autôres (Guillain, Alajouanine, Crouzon, Weil, etc.) e negados por outros (Souques, Roussy, Grimberg, etc.), bem assim as intoxicações, acidental pelo óxido de carbono (Jacob) e profissional pelo sulfureto de carbono (Quareli e Audouanotti).

Síndrome superior do núcleo vermelho — também foi afastada se bem que Blocq e Marinesco apresentassem um caso de hemiparkinsonismo que a autópsia revelou a existência de um tumor do pedúnculo cerebral interessando a substância negra.

Ultimamente A. Teixeira Lima e F. Tancredi em S. Paulo apresentaram um doente com hemiplegia com hipertonia, tremores e movimentos coreo-atetósicos sem clonos nem Babinski, manifestações estas consecutivas a ferimento penetrante do crânio por projétil de arma de fogo, interessando aquele núcleo.

Tumor cerebral — os tumores do lóbo prefrontal (Schuster e Bostroem) exteriorizam algumas vezes um hemisíndromo parkinsoniano.

Uma rigidez muscular hemilateral surgida abruptamente no adulto pode estar ligada à síndrome de Boettinger ou hemihipertonia apoplética, filiada por Calligaris e Mingazzini a lesões do sistema extrapiramidal.

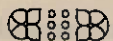
A malária pode também dar manifestações parkinsoniformes (Lemoine, Boinet, Ziemann, Eichorst, Fornaca, Cantieri, Villa, etc.) e, entre nós, Joaquim Nicolau, citado no trabalho do prof. Moreira da Fonseca, citam casos dos seus serviços.

A pseudo-esclerose e a doença de Wilson, entidades familiares, foram também afastadas das nossas cogitações, bem assim a doença de Parkinson, enfermidade senil. E, assim posto, podemos considerar o caso ora apresentado como sendo de natureza luética, mormente depois de conhecermos os trabalhos de Guillain, publicados no Progrés Méd. nº 23 de 1935, a saber: O parkinsonismo sífilítico, se bem que raro, existe. A sífilis pode atuar como fator adjuvante ou predisponente (abiotrofia por meningoencefalite aguda específica ou lesões vasculares crônicas). Só se pôde considerar de etiologia sífilítica o parkinsonismo em que todas as reações são positivas no liquor. As síndromes parkinsonianas devidas à lues se acompanham de outros sinais próprios desta doença e podem evoluir para a paralisia geral. A encefalite letárgica e o parkinsonismo sífilítico, apresentando sintomatologia idêntica, a positividade do exame do liquor e o sinal de Argyll, falam sempre em favor da lues. O autor apresenta um total de 18 doentes, tendo seis feito tratamento específico, um deles com reação do benjoim coloidal dando uma curva semelhante à P. G. e que acabou com paralisia geral.

No último número dos Anais da Assistência à Psicopatas o Dr. Waldemiro Pires, fala em síndrome estriado na paralisia geral apresentando dois magníficos casos com a comprovação anátomo-patológica procedida pelo professor H. Póvoa. O nosso doente no entretanto não apresenta os distúrbios mentais peculiares àquela doença.

DIAGNÓSTICO TOPOGRÁFICO — o diagnóstico da sede das lesões, de acordo com os estudos de Jacob é o sistema pálido-nigral.

TRATAMENTO — O nosso doente foi enviado à antiga S. M. O. afim de ser submetido à malarioterapia; melhorando bastante o seu estado geral (engordou cerca de tres quilos), porém persistindo a hemiplegia parkinsoniana foi o paciente enviado à J. M. S. deste Hospital que confirmou o nosso parecer de incapacidade para o serviço militar.



O exame dos doentes mentais na enfermaria E do serviço de Neurolorogia e Psiquiatria

Dr. Jurandir Manfredini

Capitão Médico, Docente livre de Psiquiatria da Universidade do Brasil. Assistente do Instituto Nacional de Psiquiatria. Chefe das Enfermarias C. e E. do P. N. P. do H. C. E.

Apesar de todos os seus indiscutíveis progressos, o maior problema da psiquiatria continua sendo o de procurar ou organizar a sua propedêutica. Procurar não é bem exato: a propedêutica mental existe em grande parte, com as deficiências e dificuldades que lhe são inerentes. Organizar é a expressão que serve, pois que se trata, sobretudo, de pôr ordem e método no que existe. André Barbé afirmou isso, de modo muito claro, no estudo dedicado às degenerações: "no estado atual dos nossos conhecimentos psiquiátricos, não devemos fazer nosologia, mas contentar-nos com a semiologia". Torna-se tanto mais necessário reafirmar, hoje, essa verdade, quanto é inteiramente certo que o desinteresse (ou desconhecimento) de alguns psiquiatras do que diz respeito ao aspecto semiológico da especialidade, tem valido a esta o câus didático e metodológico em que permanece, bem assim o consequente descrédito nos meios próprios e alheios. Há uma convicção generalizada entre os médicos não alienistas (e convicção dificilmente removível): a de que a psiquiatria é uma clínica sem propedêutica, isto é, desprovida do importante fator que articula as outras clínicas ao corpo central da medicina. Será, por isso, um organismo exterior à medicina, preso a ela, somente, por vagas e problemáticas conexões biológicas. Ao lado dessa convicção dos não alienistas, existe em muitos alienistas, — o que é mais de pasmar, — a noção, estranha e surpreendente, de que é inútil e desnecessário,

sinão funesto, fazer-se uma semiologia psiquiátrica minuciosa, detalhada e a mais analítica possível. Por último, agravando ainda mais o panorama, existem psiquiatras que estão convictos do valor e da importancia da semiologia, mas não a fazem, ou a fazem mal e incompleta, o que produz, no fim de contas, o mesmo resultado: o cáus no espírito dos que estudam e o ceticismo no espírito dos que observam de fora. Não há queixar-se, portanto, do tom sempre reticente e irônico com que a psiquiatria é considerada e comentada em toda parte.

Essas primeiras palavras podem levar a crer que estamos nos propondo, ou vamos nos propor, a resolver, nas linhas abaixo, o complexo problema da semiologia psiquiátrica. Não existe em nós a mais leve sombra dessa pretensão. O que nos trouxe a este assunto foi o fato de estarmos empenhados, presentemente, em encontrar, não a semiologia nem mesmo uma semiologia psiquiátrica, mas, apenas, um plano semiológico dotado da dupla virtude de ser analítico e uniforme e podendo servir, por isso de diretriz no exame dos doentes mentais da nossa enfermaria (enfermaria E., de grandes mentais). O nosso intento foi e é modesto: estabelecer um plano para facilidade e uniformidade do trabalho didático e clínico. No decurso de alguns anos de atividade psiquiátrica, fomos sentindo, dia a dia, a necessidade de fixar um plano dessa natureza, para uso em nosso serviço. Com a instalação das clínicas nervosa e mental, em janeiro de 1940, no grande e suntuoso edificio recém-inaugurado no H. C. E., pareceunos oportuno pensar decisivamente no caso, afim de, paralelamente ao aspecto material, melhorar as condições de exame e investigação diagnóstica. Outra circunstancia veio, na mesma época, tornar mais necessaria a fixação metodológica que desejávamos. Assumindo a instrutoria da clínica neuro-psiquiátrica da Escola de Saude, vimo-nos em face do problema de oferecer aos nossos jovens estagiarios uma semiologia acessível, mas, sobretudo, uniforme, além de detalhada. Todos os que se iniciam na psiquiatria enfrentam uma dificuldade tremenda: o desconhecimento ou a incompreensão da respectiva propedêutica. As vezes há desconhecimento e incompreensão, puro e simples. Com frequencia, porém, conhecem-se os principais fatos semiológicos: o que falta é um método, uma orientação lógica desses fatos. Tivemos que lutar, pessoalmente, com essa dificuldade e, depois de nós, vimos inúmeros outros angustiados diante dela. O mesmo drama que vivemos na época da nossa iniciação psiquiátrica, assistimos, muitas vezes, perturbando, detendo e desanimando estudantes de psiquiatria, quer estudantes ocasionais, sem destinação à especialidade, quer estudantes animados do entusiasmo voca-

cional. Todos têm, como tivemos, impressão de cáus, de desordem, de ausência de método, de anarquia didatica. Pareceu-nos, então, e continúa parecendo a todos, que se braceja no vácuo, sem apoio firme para os pés. Conhecer as doenças mentais, a sua historia clínica, a etiologia certa ou provavel, os sintomas dominantes, a fisio e psicopatologia, a evolução, o tratamento, — é muito, sem dúvida. Saber examinar o doente mental, eis o que é tudo para os iniciandos. Infelizmente, pelo tempo escasso que se lhe concede, o ensino psiquiátrico, entre nós, é obrigado a deter-se quasi exclusivamente na patologia, mal aflorando a semiologia. Pelo restrito do tempo, deixa-se o conhecimento da propedêutica à iniciativa e ao esforço mais ou menos auto-didático do aluno ou iniciando. Ora, ao chegar, por exemplo, às clínicas médica e cirúrgica, o aluno está forrado de uma boa dóse de preparação propedêutica, mas, ao chegar à psiquiatria, está tão às cegas da patologia como da semiologia e, em regra, muito mais desta do que daquela. E' preciso ensinar-lhe tudo, principalmente a propedêutica. E' quasi certo que sabe, aproximadamente, o que é paralisia geral, o que é mania, esquizofrenia, histeria. . . Pode-se jurar, porém, que não sabe em que consiste o delirio, qual o mecanismo psicopatológico da demência, a que função se liga o fenômeno alucinatório.

Assim, esses fatos todos, de nossa imediata experiência pessoal, a principio como aluno e iniciando, ulteriormente como chefe de enfermaria psiquiátrica, agora com pequena responsabilidade no ensino da matéria, quer na Universidade do Brasil (dando uma parte do curso pratico do nosso mestre, professor Roxo) quer na Escola de Saude do Exército (como instrutor dos médicos estagiarios), tem-nos convencido, como dissemos, da urgencia de organizar-se uma metodologia semiológica uniforme, orientada e de carater analítico, para um duplo objetivo: facilitar o ensino aos iniciandos e aumentar a eficiencia do trabalho interno da enfermaria no tocante à elaboração de observações e pareceres completos e idôneos. Compreende-se bem a importância que uma tal metodologia representa no sentido de tornar mais acessível o ensino psiquiátrico. Uma coisa é o aluno receber noções teóricas e teórico-práticas de semiologia e ir, em seguida, desarmado, defrontar-se com os doentes para fazer uma observação neuro-mental. Por mais atento que haja sido, por mais provido que esteja das ditas noções, não deixará de agir às apalpadelas, com hesitações e dúvidas verdadeiramente angustiantes. Outra coisa, bem diversa, é o aluno, depois de familiarizado teoricamente com o espírito e os detalhes de uma determinada orientação propedêutica, receber em mão um plano uniforme, contendo, em ordem, as várias

fases do inquerito a proceder, acompanhado de um "dossier" de questionários e esquemas relativos a cada fase. Foi, exatamente, o que tentamos fazer: fixar um plano para a elaboração do exame do doente mental e neuro-mental e criar, em cada uma das peças desse plano, um questionário minucioso (ou esquema orientador quando não for caso de questionário), contendo as perguntas capitais a fazer no caso. De sorte que, obrigados a elaborar um certo número de observações, os alunos, com isso, terão a sua tarefa imensamente facilitada, sobretudo no início, em que as hesitações são maiores. Compreende-se, por outro lado, quanto o plano semiológico poderá melhorar o serviço de observações no "currículo" da enfermaria. Sendo a observação psiquiátrica, a rigor, um verdadeiro inquerito, tais e tantas as pesquisas diretas e indiretas, somáticas, tipológicas, psicológicas e de outra natureza, que exige para a elucidação do caso e para o diagnóstico mais verídico possível, nem sempre o médico poderá organizá-lo sozinho. Precisa contar, quasi sempre, com auxilio e subsidios vindos de enfermeiros, de guardas, de irmãs, mesmo de estranhos e de leigos. Ora, muitos questionários, simplesmente descritivos, podem ser preenchidos e inqueridos por auxiliares inteligentes e habilitados (enfermeiros em nosso serviço).

Urgidos pelas necessidades da enfermaria e do ensino, organizamos, rapidamente, um plano inicial. Tal plano, com os respectivos questionários e esquemas, que são a sua parte mais importante, destina-se à experiencia no corrente ano, devendo sofrer as modificações e revisões que a prática for aconselhando e exigindo. Não é, portanto, um ponto final: é um modesto ponto de partida. Há uma verdade trivial, de todos sabida: não há boa clínica sem propedêutica, assim como não há propedêutica sem metodologia. No espírito da verdadeira ciencia, todo método e todo esquema são parciais e provisórios; valem como degraus para aperfeiçoamentos ulteriores. Sem eles, a ciencia não teria existido nem jámais existiria. O que tem faltado à clínica psiquiátrica, em todos os tempos, — insistimos nisso, — é uma semiologia uniforme, uma base metodológica, fundamento de qualquer boa construção científica. Dizer-se, a frio, que a psiquiatria nunca teve propedêutica, é um excesso, contra o qual se levantará o protesto de Chaslin, de Seglas, de Barbé, de Régis, de Mallet, de quasi toda a geração francesa contemporanea, que se preocupou, mais do que em qualquer outra parte, com o problema. Contudo, em psiquiatria, cada cabeça cada sentença... Existe um individualismo feroz neste setor da medicina, estabelecendo em tudo um tumulto de orientações pessoais ou de escola. Resulta uma deploravel ausencia de

uniformidade nas diretrizes e métodos. A consequencia é que os psiquiatras, de individuo a individuo ou de grupo a grupo, falam uma linguagem que eles proprios estranham e desconhecem. Não surpreende que os de fora os entendam menos ainda e que os candidatos a entrar fiquem pasmos diante de tão enigmática e mutua incompreensão. E' verdade que não se poderá exigir da clínica mental a mesma objetividade e solidez de estrutura semiológica dos outros campos da medicina. Se ela se prende, por um lado, ao alicerce neuro-somático, que lhe garante uma parte de objetividade e aspecto concreto, assenta-se, por outro lado, no alicerce psicológico, que lhe infunde a sua grande parte de subjetivismo e seu aspecto moveido e impalpavel. Ora, como lhe é impossivel fugir à sua base psicológica, pois o fato mórbido mental é um fato especificamente psicopatológico, segue-se que a semiologia alienística não tem probabilidade de alcançar o grau de consistencia objetiva das outras clínicas. Assim, é uma contingencia inelutavel que tal semiologia padeça de imprecisão, de indelimitação, de carater flutuante, tudo resultando da preponderancia do fator subjetivo nos métodos de pesquisa e exame das funções mentais. O que, apesar de tudo, parece-nos perfeitamente possivel, é a fixação de uns certos pontos de referencia em meio desse terreno de si mesmo moveido. A obtenção desses pontos de referencia representa a conquista da uniformidade desejada, mesmo que relativa. E' que o ponto capital reside menos na necessidade de uma semiologia do que na necessidade de uma semiologia **uniforme**.

O nosso plano, com seus questionários e esquemas, visa um segundo objetivo, além da uniformidade: o **analítico**. O exame psiquiátrico, como os bons alienistas sempre recomendaram e recomendam, precisa ser feito pelo modo mais minucioso possivel. Todos os fatos fisiológicos, patológicos e psicológicos de interesse devem ser apurados até os mínimos detalhes. Muitos diagnósticos se erram em psiquiatria, e muitos deles permanecem duvidosos, exatamente por falta de um inquerito bastante amplo e detido. Um detalhe, um episodio insignificante, uma qualquer nuga pode, em muita ocasião, orientar, sinão decidir uma dúvida ou hesitação diagnóstica. Examinar o doente mental é examiná-lo a fundo, realizando um inquerito completo sob todos os aspectos, nada deixando escapar. Nisso reside uma das dificuldades do exame dos pacientes mentais, que exige do observador **paciencia, trabalho, extensão e demora**. A soma de dados que cumpre obter no exame dos alienados é consideravelmente maior que o das observações médicas habituais. Em consequencia, o trabalho do médico é tambem muito maior, nem sendo possivel um cotejo entre o tempo que o psiquiatra dispende com cada um

dos seus doentes e o que dispense qualquer outro clínico. A elaboração de um só inquérito neuro-mental completo, com todas as perícias subsidiárias, obriga a um gasto de tempo durante o qual, em outras clínicas, poderão ser examinados dezenas de doentes. Exigindo paciência e trabalho e feito com vagar, o inquérito resulta, em geral, uma peça extensa. Em nosso plano, ele comporta nada menos de trinta perícias parciais. É que é preciso fazer uma investigação minudente: a) da molestia em causa; b) de toda a família do paciente; c) de todos os antecedentes do individuo. A pesquisa em torno da família e do paciente tem que ser procedida obtendo: a) dados fisiológicos; b) dados sômato-patológicos; c) especialmente: dados neuro-patológicos; d) dados psicopatológicos; e) dados tipológicos (morfo, sexo, endócrino); f) especialmente: dados caracterológicos; g) dados da curva vital (instrução, profissão, vida social, etc.); h) especialmente, em nosso serviço: dados da vida militar. Por fim, os exames diretos: a) de órgãos e aparelhos; b) de sistema nervoso; c) de funções psíquicas; d) complementares. Acrescentem-se as peças conclusivas (diagnóstico, prognóstico, evolução, etc.) e tenha-se uma idéia da extensão que não pode deixar de assumir o exame em conjunto. Essa preocupação de minúcia não visa apenas o melhor diagnóstico: visa ainda, em última análise, o melhor parecer médico-legal, a que é obrigado, via de regra, o psiquiatra. Sobretudo no Exército, há sempre que exarar, no fim, um juízo pericial sobre a questão da validez e da capacidade. Entre nós, a maioria quasi absoluta dos exames neuro-mentais constitue um instrumento médico-legal. De modo que o carater analítico é inseparavel e fundamental da propedêutica psiquiátrica.

Um plano que se pretenda semiológico deve obedecer a esses três princípios, que consideramos básicos: a) ser **unifórm**, feito sempre dentro de uma mesma diretriz ou modelo; b) ser **analítico**, feito em tudo minuciosamente; c) considerar-se, desde logo, como uma **perícia médico-legal**. Em segundo lugar, ele está condicionado, em nosso serviço, a dois factores ambientais: a) destina-se a **doentes hospitalizados**; b) destina-se a **doentes militares** (ou assemelhados). O primeiro fator tem apreciavel importancia: dado o seu carater de inquérito minucioso, com muitas peças a preencher, o plano semiológico somente pode ser realizado, com vagar e os recursos necessarios, no meio hospitalar. Nos ambulatórios e consultórios será facilimo applicá-lo. Só é utilizavel nos serviços psiquiátricos fechados e de hospitalização demorada, como o nosso. O segundo fator é de menor importancia: tirante os dois questionarios relativos à vida militar (praças e oficiais), todos os demais se applicam a quaisquer doentes (civis ou mi-

litares). Além disso, no caso de civis que já tenham sido militares, poder-se-á utilizar esses questionarios, adaptando-os ligeiramente. Assim, embora nascido no meio militar, o plano tem a virtude de uma applicação geral a quaisquer serviços psiquiátricos.

Um aspecto específico do nosso plano, que é onde reside o seu pequeno mérito e a sua originalidade, se a tem, consiste na organização dos **questionarios**. A elaboração exclusiva do plano, consistindo em dar título e ordem a alguns parágrafos, seria pouca coisa, na verdade. A parte consideravel do trabalho foi representada pela confecção de uma serie de questionarios, relativos aos varios pontos a investigar. Em cada questionario, procuramos colocar, de modo mais ou menos ordenado, as principais perguntas a fazer no caso, ou alguns dos principais pontos a serem abordados pelo observador em seus contactos com o paciente. Naturalmente, não conterão todas as perguntas formulaveis: constituem pontos de partida para o desenvolvimento do interrogatorio, que o observador inteligente saberá conduzir com habilidade daí por diante. Doutra parte, os psiquiatras já experimentados dispõem esses e outros questionarios; o conhecimento e a prática que possuem dão-lhes recursos pessoais na propria experiencia. Eles se destinam aos que se iniciam e aos que estagiam, temporariamente, na clínica psiquiátrica, precisando de roteiros para elaborar as observações, bem assim aos que, embora não médicos, podem auxiliar o psiquiatra em certas pesquisas (enfermeiros, por exemplo). Se a muitos possam parecer demasiadamente detalhados, se inúmeras perguntas pareçam supérfluas, excessivas ou ingenuas, o fim a que vão servir explica e justifica bem esses aparentes defeitos. Além dos questionarios, organizamos **esquemas** para os casos em que sejam necessarios (esquema do exame neurológico, esquema psíquico, etc.). Neste, sobretudo, há um contingente pessoal, no modo muito proprio de conceituar varios distúrbios de funções mentais. Em resumo, tivemos um triplice trabalho:

- a) determinar o plano do exame;
- b) atribuir a cada uma das partes do plano um **questionario** capaz de facilitar a pesquisa;
- c) atribuir a cada parte, em que não seja caso de questionario, um **esquema** de uniformização e diretriz.

Não podendo trasladar para aqui o trabalho integral, isto é, o plano com todos os questionarios e esquemas, o que daria ao artigo uma extensão consideravel, vamos nos limitar a dar uma noticia do plano e de suas partes, fazendo referencia resumida aos respectivos esquemas e questionarios.

Ainda porque aguardamos a crítica da experiencia para dar-lhes forma definitiva.

Plano. — O plano procura obedecer a uma ordem lógica. Desde que entre um novo doente no serviço, o que ocorre, com frequência, sem a presença do médico, este trata de apurar, quando inicia o inquérito, em que condições o mesmo chegou. Ciente dessas condições, seu primeiro cuidado é ver e interrogar o paciente para que lhe conte a sua historia e lhe faça as suas queixas. Mas a narrativa e as queixas do paciente em regra não merecem fé e só valem como traços sintomáticos. O médico fica, então, na necessidade de apurar a verdadeira historia da enfermidade, o que faz interrogando as pessoas capazes de lh'a contar fielmente (familia, colegas, amigos, etc.). Já nesse ponto ele adquiriu uma impressão de conjunto do quadro clínico, ao menos dos seus principais sintomas, sabendo como estes se iniciaram, se desenvolveram e se apresentam no momento atual. Chegado aí, o médico abandona temporariamente a investigação sintomática para empreender o inquérito etiológico, o que constitue a segunda e importantíssima fase do inquérito global. Tendo sempre o diagnóstico psiquiátrico um caráter poli-dimensional, cumpre investigar todos os possíveis fatores causais diretos e remotos. A pesquisa dos múltiplos fatores causais começa pela análise da familia e registro das principais ocorrências e características morfo, fisio e psicológicas bem como somato, neuro e psicopatológicas. Obtidos esses dados relativos a toda a familia (ascendentes, colaterais, afins, descendentes), precisa procurar fatores etiológicos na vida pregressa do proprio paciente. Submete-o, então, a um inquérito identico, mas de muito maior amplitude e minucia, sob todos os aspectos (morfo, fisio, psicológico; somato, neuro e psicopatológico). Desvenda-se, com isso, ao observador, o panorama de todas ou, pelo menos, das mais salientes influencias causais, hereditarias e adquiridas, que determinaram, prepararam, deflagraram, coadjuvaram ou agravaram a molestia atual. Nessa minuciosa pesquisa dos antecedentes, quer do individuo, quer da familia, há uma parte peculiar ao exame psiquiátrico e do maior interesse para o observador: os dados da curva vital relativos à instrução, vida profissional, vida social e familiar, vida militar e, por fim, às tendencias e inclinações pessoais. E' uma pesquisa específica do inquerito, superflua em todas as outras clínicas e que, aquí, fornece elementos para a apreciação da psicologia individual, normal (caracterológica) ou patológica. De fato, conhecidas as influencias causais de toda a natureza, necessita o médico realizar um terceiro inquérito parcial: o relativo ao terreno sobre que incidiram as causas. Dentro do mesmo criterio poli-dimensional, investigará o ter-

reno em quatro dos seus aspectos: morfológico, endocrinológico-vegetativo, sexológico e, sobretudo, psicológico (caracterologia). Alargado, desse modo, o panorama etiológico com a noção da qualidade do terreno, volta o observador ao paciente para fazer, agora, o exame direto, objetivo e descritivo de todos os seus sintomas. E' lógico que o inicie por uma inspeção geral e pela análise dos órgãos e aparelhos. Dada a importância que oferece no caso, examinará à parte, especial e detidamente, o aparelho nervoso. Deste passa, enfim, ao parágrafo de maior interesse: o exame psíquico, que deve ser feito com toda a minucia semiológica, função por função, plano por plano. Solicita, depois, naturalmente, os exames e pesquisas complementares, que lhe permitem chegar, com os dados anteriormente colhidos, à formulação diagnóstica. Fixado o diagnóstico, analítico e poli-dimensional, separando síndromes e enfermidades, fixado também o prognóstico, indica-se e empreende-se o tratamento. No curso deste, observam-se as alternativas havidas na evolução do caso, o que é de valor primacial em psiquiatria, sabendo-se que, com frequência, podem resultar da apreciação evolutiva consideráveis mudanças no diagnóstico e no prognóstico. Concluso o tratamento, resta a apreciação final sobre os respectivos resultados e as condições do paciente no que concerne à validez e capacidade para o serviço. E' o parecer conclusivo, que encerra o longo inquérito neuro-psiquiátrico.

Toda essa marcha se reduz a algumas etapas fundamentais:

- 1.^a) contato inicial com a doença e o doente para:
 - a) saber como entrou o paciente no serviço;
 - b) ver **como conta** a historia da sua doença;
 - c) apurar como foi que **realmente** a doença apareceu e se instalou.
- 2.^a) pesquisa etiológica:
 - a) das influencias hereditarias;
 - b) das influencias pessoais anteriores.
- 3.^a) pesquisa do terreno:
 - a) morfológico;
 - b) endócrino;
 - c) sexológico;
 - d) psicológico (caracterológico).
- 4.^a) registro analítico e descritivo dos sintomas:
 - a) somáticos;
 - b) neurológicos;
 - c) psíquicos.

5.^a) registro da curva evolutiva:

- a) tratamento;
- b) modificações sintomáticas (espontaneas ou provocadas).

6.^a) conclusões:

- a) diagnóstica;
- b) prognóstica;
- c) médico-legal.

Assim, o plano obedece a um seguimento lógico, cujas fases e partes se sucedem na sua ordem natural e necessaria, para ir da doença e do doente a todas as causas possiveis, destas aos varios terrenos em que vão agir, por fim aos sintomas que determinaram nos mecanismos da personalidade. Fiel ao criterio analítico, dividimos o plano em trinta parágrafos:

- I — Condições de entrada.
- II — Interrogatorio do paciente.
- III — Historia da molestia atual (dados verídicos).
- IV — Historia familiar (pais).
- V — Historia familiar (irmãos).
- VI — Historia familiar (avós e tios).
- VII — Historia familiar (primos e sobrinhos).
- VIII — Historia familiar (conjuge).
- IX — Historia familiar (filhos, netos).
- X — Antecedentes fisio-patológicos do paciente.
- XI — Antecedentes psico-patológicos do paciente.
- XII — Instrução.
- XIII — Antecedentes profissionais.
- XIV — Vida militar (praças).
- XV — Vida militar (oficiais).
- XVI — Vida familiar e social.
- XVII — Tendencias e inclinações.
- XVIII — Caracterologia (tipologia caracterológica).
- XIX — Tipologia morfológica.
- XX — Tipologia sexológica.
- XXI — Tipologia endócrino-vegetativa.
- XXII — Exame somático (inspeção, órgãos e aparelhos).
- XXIII — Exame neurológico.
- XXIV — Exame psíquico (funções psíquicas).
- XXV — Exames complementares.
- XXVI — Diagnóstico.
- XXVII — Prognóstico.
- XXVIII — Tratamento.
- XXIX — Evolução.
- XXX — Parecer.

Além da necessidade analítica, a divisão do plano em tantos itens resultou da diversidade dos respectivos questionarios e esquemas, peculiares a cada pesquisa parcial. Dentro da ordem lógica e analítica que o motivou, o plano deve ser fiel à sua sequencia e não dispensa nenhuma das investigações parciais.

Justificação. — Parece desnecessario acentuar o valor de cada uma das pesquisas parciais do plano, tal a sua evidencia. Certamente, a experiencia aconselhará a introdução de outras mais, para que nenhum elemento escape ao observador. As que aí estão já permitem uma visão muito ampla e muito profunda de todas as occurencias internas e externas, atuais e passadas, herdadas e adquiridas, mórbidas e fisiológicas, interessando e afetando a personalidade.

1 — Condições de entrada. — Visto ou não visto diretamente pelo médico no momento do ingresso e nas horas e dias subsequentes, é preciso, como primeiro subsidio para a apreciação do caso, que ele se inteire das condições de entrada do paciente, registrando-as devidamente. Esse conhecimento é importante para o exame da curva evolutiva, quer os sintomas iniciais sejam agudos e brevemente regressivos, quer se destinem a uma regressão ulterior, quer marchem progressivamente para a cronicidade. O questionario 1, com 32 perguntas, permite-lhe inquirir enfermeiros, guardas e outras pessoas que viram o individuo na entrada e nas primeiras horas ou dias.

2 — Interrogatorio do paciente. — E' uma das partes capitais do inquérito, em que a habilidade do observador é posta à prova. Deve ouvir o individuo e, com perfeita calma e neutralidade, sem demonstrar que o considera doente ou suspeito de tal, registrar todas as queixas, narrativas, confissões, referencias, etc., que lhe faça. Cumpre ter uma certa prática e uma certa arte para desenvolver o interrogatorio no sentido que se quer, tacteando até encontrar os pontos mórbidos, que serão explorados a fundo. Todos os fatos anômalos que forem observados durante as tentativas de interrogatorio devem ser igualmente registrados (mutismo, negativismo; respostas absurdas e incoerentes; informes errados ou deformados; narrativas pueris ou inadequadas, etc.). Tanto quanto possivel, recolher as expressões textualmente empregadas pelos doentes. O questionario 2, com 9 regras iniciais, orienta esta parte capital do exame.

3 — Historia da molestia atual (dados verídicos). — Quando o paciente é um fronteiroço, pode ele proprio, no in-

terrogatorio, narrar de modo aceitavel a historia da doença. Se se trata, porém, de psicóticos, demenciados, oligofrênicos graves e de certas personalidades psicopáticas, os seus informes não merecem fé, por inconsciencia da molestia, pelo absurdo dos informes, por intenção deturpadora, etc. Constrói-se, então, a historia verídica com informes indiretos idoneos (familia, amigos, etc.). O questionario 3 contém as perguntas a fazer aos informantes.

4, 5, 6, 7, 8 e 9. — **Historia familiar.** — A investigação da historia familiar merece em psiquiatria o maior cuidado e interesse, muito mais do que nos outros setores da clinica. O papel das influencias hereditarias na nosologia mental é um ponto pacifico e indiscutivel, tantos os argumentos que a respeito nos fornece a prática diaria. Quando não determinam grandes enfermidades, preparam terrenos psicopáticos, psico-neuróticos e debeis, que, além de serem em si estados mórbidos nítidos, constituem uma excelente gleba para a eclosão de disturbios mais graves. Organizam, por outro lado, dentro dos limites da normalidade, os varios tipos caracterológicos, medios e extremos, que não deixam de ser formas predisposicionais. Mesmo o exame dos descendentes e afins pode fornecer, muitas vezes, elementos preciosos. Como, em psiquiatria, não só interessa o terreno somático, mas também o psicológico, a pesquisa da familia será completa: em todos os seus membros e sob todos os aspectos. A tipologia de cada um (morfológica, caracterológica; se possivel, também, sexológica e endócrina), a curva fisiológica, a curva somato, neuro e psicopatológica, a curva vital (instrução, etc.), as tendencias e inclinações. Pais, irmãos, avós e tios, primos e sobrinhos, conjuge, filhos e netos, etc., devem ser objeto da pesquisa. Os questionarios 4, 5, 6, 7, 8 e 9, servem a esse fim.

10 e 11. — **Antecedentes do paciente.** — Minucioso inquérito dos antecedentes do individuo, fisiológicos, somato-neuro-patológicos e psicopatológicos. Esta última parte mereceu um questionario separado e minucioso (11), dada a importancia consideravel que reveste como identificação de fatores predisponentes e de outra natureza. Os dois questionarios objetivam uma dupla investigação: a de causas e a de terreno mórbido, no sentido do diagnóstico poli-dimensional.

12, 13, 14, 15 e 16. — **Curva vital.** — De grande necessidade e valor, no inquérito psiquiátrico, é a colheita dos dados da curva vital relativos à instrução, profissões, vida militar, vida social e familiar. Os questionarios respectivos (12, 13, 14, 15 e 16) facilitam tal pesquisa. Ao fim de cada um deles há perguntas especiais sobre os traços caracterológicos

e os traços psicopáticos ambientais. Além de elementos etiológicos, como situações, conflitos ambientais, traumas afetivo-emotivos, etc., colhem-se elementos que, desde já, nos indicam a natureza do terreno (se simplesmente caracterológico ou se psicopático).

17. — **Tendencias e inclinações.** — Representa uma contribuição valiosa para a futura fixação do tipo psicológico individual. Por isso, demos grande cuidado à confecção do respectivo questionario (17), que procura surpreender todas as preferencias e traços vocacionais, em habilidades e officios, em artes (música e plástica), em literatura, em cultura e ciencia, em religião, em política, em esportes, em diversões. São aspectos e detalhes da personalidade, que não se podem desprezar na avaliação do seu tipo global de conduta e que constituem os seus traços identificadores individuais. Naturalmente, a aplicação inteira deste questionario só pode ser feita em certos casos, sendo em muitas partes inaplicavel aos analfabetos e incultos.

18. — **Characterologia.** — Todas as pesquisas anteriores (antecedentes psico-patológicos, pedagógicos, profissionais, militares, familiares e sociais, bem como as tendencias e inclinações), vieram fornecendo subsidios para a fixação caracterológica. Para fixá-lo em definitivo, há o questionario 18, que descobre e define, em síntese, os traços do caracter pessoal. Como classificação, adotamos a de Krestchmer, que é a mais racional e verídica. Mas ousamos introduzir nela certas modificações, no sentido de fazê-la mais detalhada e abrangente, não só 6 tipos, mas 13. Parece-nos que isso permitirá uma apreciação mais analítica de formas caracterológicas, além de que facilitará a precisão diagnóstica.

19. — **Tipologia morfológica.** — Embora não estejamos convencidos da importancia decisiva que muitos querem emprestar ao tipo morfológico na psiquiatria, não é possivel desprezar esse elemento num plano propedêutico, um pouco para estar de acordo com as idéias modernas, outro tanto para continuar as observações e confrontos em torno das relações morfo-psicológicas. Conservamos a nomenclatura de Krestchmer, por ser a que mais diz respeito à psiquiatria e, também, porque facilita os diagnósticos rápidos e aproximativos, sem maior trabalho. Todavia, ao lado dessa, vamos ensaiar em nosso serviço uma nova classificação, que é a de Barbara adaptada à nomenclatura de Krestchmer, com 13 tipos de muito maior precisão. A prática e o tempo nos dirão se esta última se presta melhor aos fins psiquiátricos.

20. — **Tipologia sexológica.** — Como novidade no plano, achamos muito interessante e necessario não apenas dar atenção aos distúrbios da vida sexual, mas procurar caracterizar o tipo sexual, se bem definido anatômica e funcionalmente no sentido do seu sexo, se apresentando traços de intersexualidade, anatômica ou funcional. Isto apresenta considerável influencia na gênese e na preparação de muitos estados neuróticos e mentais, como temos visto na prática.

21. — **Tipologia endócrino-vegetativa.** — A análise tipológica ficaria incompleta se desprezassemos o aspecto endócrino e vegetativo, de grande valor como alicerce fisiológico da personalidade. Ainda não há grandes recursos para se fixar, nos individuos normais, de modo decisivo, qual a glândula ou constelação glândular predominante. Por outro lado, os testes vegetativos ainda estão sob cautela quanto a diagnosticarem tipos definitivos no sentido vagal ou simpático. Em todo caso, em vista do valor da fórmula glândular e vegetativa para o psiquiatra, deve-se procurar estabelecê-la com os testes possíveis. Adotamos, neste caso, a orientação de Pende e, de modo geral, sua classificação.

22. — **Exame somático.** — Iniciando o exame direto do paciente, deve o observador, como é lógico, começar por ver todos os seus órgãos e aparelhos (circulatorio, respiratorio, digestivo, etc.). Antes de chegar ao plano psíquico, é necessario apurar se o soma não oferece indícios etiológicos em face dos distúrbios do mental. Assim, todo exame psíquico deve ser precedido de um exame clínico geral minucioso. Organizamos para isso o esquema 4.

23. — **Exame neurológico.** — O exame das funções nervosas é parte do exame somático. Mas oferece particularíssimo interesse no inquérito psiquiátrico, razão por que deve merecer um parágrafo separado. O nosso esquema recomenda que, em presença de distúrbios neurológicos, faça-se sempre o exame completo, para surpreender a possível base orgânica dos sintomas mentais. Esse esquema é, com ligeira adaptação, o da clínica oficial da faculdade.

24. — **Exame psíquico.** — Como é justo e compreensível, o exame das funções mentais, pelo seu caráter específico, deve ser feito separadamente do das funções nervosas. Neste, a orientação é topográfica, puramente orgânica e localizadora; naquele, a orientação é exclusivamente psicológica, subjetiva. São, pois, métodos completamente opostos, embora se dirijam para o mesmo fim. Não há confundí-los e devem ser separados. Estabelecemos em nosso esquema uma diretriz rigorosa-

mente analítica: devem ser examinados plano após plano, as funções intellectivas, afetivas, volitivas. Essa ordem não presuppõe hierarquia psicológica, pois, se assim fosse, estaria em primeiro lugar a vida afetiva, em segundo a volitiva e em terceiro a intellectual. A ordem aí é simplesmente semiológica, partindo das funções mais acessíveis ao exame, que são as do plano representativo. A apreciação funcional do psiquismo será feita com todos os recursos necesarios: observação direta e indirecta, testes simples, psicotécnica quando possível. O observador deve ficar com uma noção precisa e minuciosa do estado de cada função, pois só assim poderá compreender o conjunto mórbido. De outro modo, a sua visão será sempre falha ou parcial.

25. — **Exames complementares.** — Indispensaveis para a elucidação diagnóstica (sangue, liquor, urina, radio-diagnósticos, exames elétricos, etc.), deve-se recorrer a todos os exames complementares capazes de afastar as dúvidas e estabelecer conclusões decisivas. Embora haja um grupo de exames peculiares à neuro-psiquiatria, o psiquiatra, como clínico que deve ser em primeiro lugar, precisa estar em condições de pedir todas as pesquisas que a semiologia médica geral indique.

26. — **Diagnóstico.** — Analítico e poli-dimensional deve ser o diagnóstico. Em primeiro lugar, estabelecer com precisão o diagnóstico da síndrome ou das síndromes existentes. A seguir, o da enfermidade ou das enfermidades causais (diagnóstico etiológico). E' uma separação necessaria e indispensavel, cuja não observancia produz grandes confusões e é motivo de debates nosográficos estereis. Se possível, o diagnóstico topográfico, nas formas de base orgânica. Quando for o caso de molestias instaladas em estados mórbidos anteriores predisponentes, fazer o diagnóstico retrospectivo destes últimos (psiconeuroses, psicopatias, oligofrenias, etc.). Se o individuo era anteriormente normal, fazer o diagnóstico da caracterologia. Se visto depois de cessados os sintomas mentais, reconstituir retrospectivamente o diagnóstico. Não sendo possível estabelecer o diagnóstico de enfermidade, limitar-se a bem estabelecer o da ou das síndromes.

27. — **Prognóstico.** — Há, na verdade, duas especies de prognósticos: um anterior ao tratamento, outro posterior a ele. Não são necessariamente iguais. O primeiro será sempre mais vago, com presunções e possibilidades. O segundo, mais positivo e verídico quanto ao destino da doença e do doente. Assim, é sempre prudente fazer o prognóstico post-tratamento, para dar-lhe um caráter de maior certeza. Abrangerá,

como é justo, os três aspectos: a questão da vida, a questão da cura e a questão da validade.

28. — **Tratamento.** — Registrar minuciosamente, dia a dia, todo o tratamento.

29. — **Evolução.** — E' uma das peças de mais importância do inquérito: o registro frequente, diário se for preciso, da marcha da molestia, das modificações sintomáticas operadas, quer espontaneamente, quer sob a ação do tratamento. Para o psiquiatra, a evolução é um grande auxiliar, particularmente no sentido do diagnóstico. Grande número de diagnósticos psiquiátricos só se firmam em definitivo após uma demorada observação da curva evolutiva, muitos deles se modificam e retificam ao fim de algum tempo de curso. A apreciação evolutiva é, além disso, um excelente recurso de análise psicopatológica, pois o confronto continuado dos sintomas dá ao observador um conhecimento profundo dos mecanismos mórbidos da vida mental.

30. — **Parecer.** — Na psiquiatria militar, é uma peça indispensável, como elemento conclusivo de caráter médico-legal. E' em geral sumaria: declara se há validade e capacidade total ou parcial para o serviço, afim de instruir as juntas de saúde.

Questionários. — São em número de dezoito os questionários, que, como dissemos, representam a parte substancial e original do plano. Todos os dezoito parágrafos iniciais do plano comportam, cada um deles, um questionário minucioso. Não podemos transcrevê-los neste ligeiro trabalho, pois que constituem um "dossier" amplo, exigindo publicação à parte, o que só será lícito fazer depois de passados pelo crivo da experiência. Na verdade, houve certo trabalho, mas não há grande mérito na sua organização; são uma simples ordenação das perguntas que qualquer observador faria. Serve-nos apenas de lembrete e ponto de partida aos que interrogam. Vejamos, como pequeno exemplo, a parte inicial do questionário 10 (antecedentes fisio-patológicos do paciente):

ENFERMARIA E

Questionário 10: Serviço do Dr. Manfredini

ANTECEDENTES FISIO-PATOLÓGICOS DO PACIENTE

Condições de gestação materna (relativas ao paciente):

- regular ou acidentada?
- houve traumatismos físicos?
- houve traumatismos psíquicos (emotivos ou afetivos)?
- houve moléstias graves (infecciosas, tóxicas, metabólicas, etc.)?
- houve boa higiene física e mental durante toda a gestação?
- precisar, com minúcia, as circunstâncias da gestação).

Condições de parto:

- prematuro, a termo, gemelar?
- espontâneo ou com intervenção?
- qual a intervenção (obstétrica ou operatória)?
- do parto resultaram traumatismos no nascituro, especialmente no crânio?
- (precisar, com minúcia, as circunstâncias do parto).

Condições de nascimento:

- regular ou irregular?
- (circular do cordão, morte aparente, manobras para sobrevivência, etc.)?
- nasceu em condições físicas normais (pêso, talhe, estado trófico, etc.)?
- ou em condições anormais (supra ou infra-normais)?
- sadio ou com alguma enfermidade?
- com sintomas de encefalopatia infantil?
- (hidrocefalia, diplegia e hemiplegia cerebral, moléstia de Little, hipotonia congênita, etc.)?
- com anomalias crânicas (de forma e dimensões)?
- com outras distorções esqueléticas?
- com alterações da forma, dimensão e topografia somáticas?
- com cegueira, surdo-mudez e outras anomalias sensoriais?

Condições de 1.^a e 2.^a infâncias e juvenis:

Fisiológicas:

- amamentação natural ou artificial?
- materna ou mercenária? regular ou irregular?
- desmame normal, precoce ou retardado?
- condições regulares de alimentação na primeira infância?
- se não, porque (detalhar bem)?
- desenvolvimento trófico regular ou irregular?
- deficiente, excessivo ou perturbado de outro modo?
- desenvolvimento psíquico regular ou irregular?
- deficiente, excessivo ou perturbado de outro modo?
- (precisar, com minúcia, as condições de irregularidade trófica e psíquica).
- teve os dentes (primeira e segunda dentições) na idade própria?
- falou e andou na idade própria?

Patológicas:

NOTA — (estabelecer, com minúcia, todas as circunstâncias clínicas relativas às moléstias sofridas na idade infantil e juvenil: causa provável ou certa, início, sintomas principais, sede, duração, complicações, exames subsidiários, tratamento, evolução, cura total ou parcial, sequelas, etc.).

Sofreu traumatismos de importância?

- em que data e idade precisas?
- no crânio? onde? de que natureza?
- com ou sem lesão cerebral?
- com ou sem comição?
- fora do crânio? onde? de que natureza?
- com ou sem comição?
- (apurar bem as circunstâncias clínicas, especialmente, neste caso, o tipo do trauma, intensidade, sede, lesões, distúrbios neuro-psíquicos imediatos ou tardios).

Sofreu infecções nervosas agudas?

- em que data e idade precisas?
- quais? meningite, encefalite, mielite, neurite, etc.?
- (doença de Heine-Medin, síndrome de Landry, encef. letárgica, etc.)
- (estabelecer, com minúcia e cuidado, todas as circunstâncias clínicas, particularmente as sequelas).

Sofreu infecções de outra natureza?

- em que data e idade precisas?
- agudas ou crônicas? febris ou não?
- graves ou benignas?

Sofreu intoxicações de importância?

- em que data e idade precisas?
- auto ou hetero-intoxicações?
- no último caso, acidental ou provocada?
- tóxico, quantidade, via de introdução?
- sintomas graves ou leves? sequelas?

Sofreu sintomas endócrinos?

- em que data e idade precisas?
- quais? (apurar a glândula ou glândulas responsáveis).

Sofreu moléstias metabólicas de outra natureza?

- em que idade e data precisas?
- quais? (apurar, quanto possível, os fatores metabólicos perturbados: lipídios, glicídios, protídios, minerais, vitaminas, etc.).

Houve complicações neuro-psíquicas nessas enfermidades?

- em que data e idade precisas?
- antes, durante ou depois delas?
- imediatas ou tardias? (precisar as relações de tempo).
- natureza? neurológicas? psíquicas? ambas?
- (estabelecer, com minúcia, todas as circunstâncias *clínicas* relativas).

Sofreu convulsões (infantis)?

- crise única ou várias?
- data da primeira crise? idade precisa?
- causa certa, provável ou não apurada?
- após fato traumático, infeccioso, tóxico, metabólico ou outro?
- início e duração das crises?
- intervalos regulares ou irregulares? (precisá-los bem).
- característicos das crises?
- produziam repercussão na saúde geral? qual?
- desapareceram na infância ou persistiram além dela?
- repercussão no psiquismo? após cada crise? qual?

Sofreu sintomas espasmofílicos?

- em que data e idade precisas?
- quais? espasmo da glote? outros?
- graves ou leves, duradouros ou fugazes?
- com repercussão na saúde geral?
- modificações no psiquismo depois das crises? depois de cada crise?

Sofreu outros sintomas neurológicos?

- em que data e idade precisas?
- de que natureza?
- coreia, mioclonias, tremores, ticos, atetose, distúrbios do tônus muscular, distrofias musculares, sintomas sensoriais, sintomas vegetativos, etc.?
- (estabelecer, quanto possível, o tipo *clínico* e todas as demais circunstâncias).

Condições puberais:

- puberdade normal, precoce ou retardada?
- acidentada (especialmente neuro-psíquicas) durante a puberdade?

Segue-se a pesquisa das “condições adultas”, particularmente de distúrbios da vida sexual, hábito ao álcool, sífilis e manifestações convulsivas.

Vejamos agora dois itens do questionário 11 (antecedentes psico-patológicos do paciente):

ENFERMARIA E**Questionário 11:****Serviço do Dr. Manfredini****ANTECEDENTES PSICO-PATOLÓGICOS DO PACIENTE****Apresentou, em algum tempo, sintomas psíquicos?**

- de que natureza?
- retardamento congênito? sintomas “nervosos”? sintomas psicopáticos? sintomas psicóticos? retardamento adquirido? (depois de caracterizado o tipo do distúrbio, empregar, dos questionários abaixo, o que lhe corresponder).

a) Sintomas oligofrênicos?

- apresentou, desde a infância, sintomas de retardamento intelectual?
- discretos ou acentuados? (debilidade, imbecilidade, idiotia)?
- a partir de que época (certa ou aproximada)?
- progressivos ou estacionários?
- em que consistiam?
- de que modo se revelavam?
- (no aprendizado doméstico, nos resultados pedagógicos e escolares, etc.)
- sintomas simples ou associados a outros? (psicopáticos, neuróticos, etc.)
- fez tratamento? qual? com que resultado?

b) Sintomas neuróticos e psico-neuróticos?

- apresentou, desde a infância, sintomas “nervosos”?
- a partir de que época (certa ou aproximada)?
- os sintomas “nervosos” apareceram depois da idade infanto-juvenil?
- a partir de que época (certa ou aproximada)?
- sintomas de que natureza?
- (nervosismo simples, histeria, obsessões, fobias, angústia, hipocondria, hiper-emotividade, neurastenia, etc.)?
- sintomas simples ou associados?
- contínuos ou periódicos?
- se contínuos, persistiram durante muito tempo?
- (precisar a duração)
- persistiram sempre idênticos ou modificados?
- progressivos, estacionários ou regressivos?
- intensos ou discretos?
- se periódicos, quantas crises já teve?
- com sintomas idênticos ou modificados?
- (caracterizar bem as variações sintomáticas).
- quais os intervalos inter-crisas?
- nos intervalos, houve retorno parcial ou total à saúde psíquica?
- se surgidos na infância, desapareceram ainda na idade infanto-juvenil?
- em que época (certa ou aproximada)?
- de modo espontâneo ou mediante tratamento?
- persistiram depois dessa idade?
- desapareceram posteriormente? de modo espontâneo? ou mediante tratamento?
- ainda existiam ao iniciar-se a moléstia atual (se a moléstia atual for de outra natureza)?

Uma das novidades do plano é o questionário 17 (tendências e inclinações), destinado a apurar todas as direções psicológicas do indivíduo, para facilitar, com abundantes subsídios de pendores e conflitos ambientais, a fixação da sua exata caracterologia. Ele compreende os seguintes itens: a) habilidades e ofícios; b) artes; c) literatura; d) tendências culturais e científicas; e) religião; f) política; g) esporte; h) diversões.

Exemplifiquemos com os dois primeiros itens:

ENFERMARIA E

Questionário 17

Serviço do Dr. Manfredini

TENDENCIAS E INCLINAÇÕES

A) — Habilidades e ofícios:

Aprendeu ou estudou alguma habilidade ou ofício?
(marceneiro, pedreiro, barbeiro, sapateiro, operário pintor, operário eletricitista, etc.)
Aprendeu por si? como e onde? durante quanto tempo?
Aprendeu em cursos adequados? quais? de que duração?
Fez aprendizado completo ou incompleto?
Estudou por imposição ou escolha de parentes, por acaso ou por escolha e tendência pessoal?
Chegou a trabalhar nessa habilidade ou ofício?
Aumentou, ou tem aumentado, os seus conhecimentos e capacidade técnicos?
Continúa trabalhando na habilidade ou ofício?
Em caráter profissional ou amadorismo?
De modo contínuo ou interrompido?
Sente-se com vocação para alguma outra habilidade ou ofício?
Estuda muito os assuntos relativos à sua habilidade ou ofício?
Lê muito a respeito?
Tem escrito alguma coisa a respeito?
Criou ou modificou alguma coisa na sua habilidade ou ofício?
(aparelhagem, método, técnica, etc.)
Recebeu prêmios, referências, diplomas, etc., relativos à sua habilidade ou ofício?
Quais? quando? de que ou quem? por que motivo?
Outros informes:

B) — Artes:

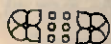
Gosta de música ou de artes plásticas?
(pintura, escultura, etc.)
Qual a arte predileta? quais os gêneros preferidos?
É apenas apreciador? ou cultiva alguma delas?
Estudou música ou artes plásticas?
Que instrumento ou que arte?
Estudou por si ou em cursos adequados?
Quais? onde? em que época? por quanto tempo?
(desenho, pintura, esculpe, etc.)
Por imposição, por curiosidade ou por escolha e tendência pessoal?
Curso completo ou não? regular ou com atraso?
Cultiva a arte estudada? é intérprete ou compositor de música?
Em caráter profissional ou amadorismo?
De modo contínuo ou interrompido?
Vai com frequência e interesse a recitais, concertos e outras exibições de música?
Vai com frequência e interesse a exposições, museus, etc?
Estuda e lê muito a respeito das artes em geral?
Estuda e lê muito a respeito da sua arte predileta?
Interpreta ou compõe música? de que gênero?

Tem participado de programa de concertos, recitais e outras exibições de música? onde? quando?
Em números coletivos ou individuais? com sucesso? muitos aplausos?
Tem feito, individualmente, concertos, recitais e outras exibições de música?
Onde? quando? com que fim? com sucesso artístico ou financeiro?
Faz trabalhos plásticos de que gênero?
(pintura, escultura, etc.)
Tem participado, com trabalhos, de exposições de arte plástica?
Tem feito, individualmente, exposições?
Onde? quando? com que fim? com sucesso artístico ou financeiro?
Tem conseguido muito resultado pecuniário com a sua arte? como?
Submeteu-se a alguma prova, concurso, etc., relativo à sua arte?
Qual? quando? para que fim? com que resultado?
Tem obtido prêmios, referências, honrarias, condecorações, etc?
Há pessoas, na família, que apreciam ou cultivam a mesma arte ou outras?
Em caráter profissional ou amadorismo?
Outros informes:

Esquemas. — Para os exames diretos, tipológicos (morfologia, sexo, endocrinismo), somático (órgãos, aparelhos), neurológico e psíquico, foram organizados esquemas diretos e de uniformização, ao todo seis. Deles, como já dissemos, houve um que adotamos, com pequenas modificações: o plano do exame neurológico da clínica da Faculdade, por nos parecer o melhor e mais lógico. Em todos os outros, houve um certo trabalho pessoal em sua confecção, quando menos em sua disposição e nomenclatura. O plano do exame psíquico, por exemplo, dividimô-lo em vários itens, em primeiro lugar as funções representativas, depois as afetivas, por último as volitivas, conservando, neste particular, a orientação clássica em semiologia mental. Talvez fosse mais indicado, em obediência à psicologia, pesquisar as funções elementares dos três planos, depois as funções intermediárias, enfim, as funções superiores. Mas esse método prejudicaria um pouco a visão de conjunto de cada plano isolado, o que é facilitado pelo exame de cada plano de per si, desde os elementos psicológicos até as funções complexas.

O presente trabalho é apenas uma notícia do que estamos procurando fazer na enfermaria E. do pavilhão neuropsiquiátrico no sentido de melhorar as condições de exame dos doentes mentais ali internados e facilitar a iniciação aos estagiários. Não basta um edificio luxuoso: é preciso que o serviço clínico se aperfeiçoe dia a dia, aumentando a sua eficiência e os seus recursos. Naturalmente, não pudemos e não podemos apresentar aqui o trabalho integral, que deixamos para outra oportunidade. Seríamos injustos conosco se declarássemos haver aí uma pura metodização. O plano desta, com seus questionários e esquemas, representou um pequeno trabalho. Mas há um pouco mais. A pesquisa das "tendências e inclinações" como contribuição à caracterologia, a in-

investigação especial dos antecedentes psico-patológicos, a investigação dos dados familiares relativos a todos os parentes e em todos os aspectos, o inquérito minucioso dos dados da curva vital, a introdução da tipologia sexológica calcada na escala de Maranon, a distinção entre os informes do paciente e os dados verídicos indiretos, a perfeita separação entre o exame das funções neurológicas do das funções psíquicas, — representam inovações e modificações de que assumimos a responsabilidade. O plano do exame psíquico, a introdução da morfologia de Barbara adaptada à nomenclatura krestchmeriana, o desdobramento dos tipos caracterológicos de Krestchmer para corresponder ao mesmo número de tipos morfológicos, são, entre outras, modificações talvez audaciosas, mas que nos pareceram lícitas e necessárias. Num e noutro caso o nosso intento exclusivo é procurar concorrer, na medida do possível, para o progresso da propedêutica psiquiátrica.



A prova da retenção de agua no diagnóstico da epilepsia

TRABALHO DO HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

Dr. Nelson Bandeira de Mello

Cap. Med., Auxiliar de Clínica Neuro-psiquiátrica do H. C. E.
Assistente militar do Instituto Nacional de Psiquiatria (Serv.
do Professor H. Roxo).

Em publicação anterior encarecemos o valor de uma prova, que nos permitisse afirmar o diagnóstico de epilepsia em pacientes suspeitos, principalmente no meio militar, onde essa síndrome é motivo de incapacidade definitiva.

Nossas experiencias de então fizeram-nos concluir que o ataque desencadeado por pequenas doses de Cardiazol é um bom meio auxiliar daquele diagnóstico.

Já nessa ocasião tencionávamos realizar pesquisas sobre a retenção de agua em epiléticos, quer por meio da simples ingestão de agua, (ZISKIND, ZISKIND AND BOLTON), quer pela ingestão de agua auxiliada pelas injeções de pitressin (CLEGG AND THORPE).

As primeiras experiências, realizadas com certas dificuldades materiais, em começo de maio do ano passado, não lograram êxito pelos motivos que adiante citaremos.

No começo deste ano, expusemos o assunto ao Sr. Cel. Dr. Acilino de Lima, dd. Diretor deste Hospital, o qual, tendo em vista as vantagens economicas decorrentes do encurtamento do tempo de observação no hospital e do tempo de permanência nas fileiras do peso morto constituído por esses incapazes, encurtamento obtido por meio do diagnóstico imediato da epilepsia no intervalo das crises espontâneas, se prontificou a remover as

nossas dificuldades, proporcionando-nos dest'arte ensejo para mais uma contribuição ao palpitante tema. Consignamos-lhe aqui os nossos agradecimentos.

Efeitos tóxicos da agua nas espécies inferiores

Os efeitos tóxicos da agua nas espécies inferiores tem sido objeto de numerosas investigações. Em 1866, PAUL BERT atribue o efeito tóxico da agua doce sobre a muge (1) à diferença de pressão osmótica entre a agua doce e a agua do mar, determinando uma excessiva absorção de agua pelos tecidos.

PLATEAU, em 1871, estudando os efeitos da agua doce em crustáceos marinhos, atribue à difusão dos sais do organismo os fenômenos tóxicos observados.

LOEB, em 1903, explica do mesmo modo os fenômenos observados em seus estudos sobre gâmaros (2) marinhos.

Em uma série de trabalhos publicados de 1883 a 1894 RINGER e PHEAR sustentam que a agua distilada é muito tóxica para o *Carassius auratus*, *Phoxinus phoxinus*, para a enguia, para os girinos das salamandras e das rãs, para o ovo da rã e para um verme da agua, o *Tubifex rivulorum*. Atribuíram essa toxidez a 1º) subtração ao organismo de sais essenciais à vida, 2º) penetração de agua nas células de acôrdo com as leis de osmose e 3º) imbebição de agua pelas substâncias intercelulares.

Entretanto NAEGELI, em publicação póstuma (1893), prova que, em suas experiências, a causa unica da morte da alga de agua doce — *Spyrogira* — são traços de cobre acarretados com a distilação. Foi verificado que, já na diluição de 1:77000, era o cobre suficiente para matar a alga.

LOCKE, em 1895, repetiu estas experiências e mostrou que a agua distilada, obtida em recipientes de vidro e aí conservada, é inocua para os girinos e para o *tubifex rivulorum*. Em 1897, o proprio RINGER confirma estes resultados. Em seguida (1900), foi demonstrada a ausência de toxidez da agua distilada para o paramécio (JENNINGS), para a truta e girino de rã (MOORE) e para o verme de agua doce — *planaria muculata* (LILLIE).

Contudo, LOEB e BULLOT provaram de maneira definitiva a toxidez da agua distilada para o gâmaro de agua doce, verificando que a adição de clorêto de sódio, em solução de 8:100.000, já era suficiente para suprimir os efeitos tóxicos.

(1) Peixe da familia dos acantopterigios.

(2) Crustáceo vulgarmente chamado "pulga d'agua".

Efeitos tóxicos da agua na espécie humana

Os efeitos tóxicos da ingestão da agua têm sido também observados, embora mais raramente, na especie humana, em diversos estados mórbidos ou em experiências fisiológicas de diurese.

MAC CALLUM e BENSON (1909) referem ter ingerido 2.500 cc. em duas horas, tendo a emissão de urina atingido a média de 20 cc. por minuto.

PRIESTLEY (1916) ingeriu 2 litros em 15 minutos. Em outra experiência bebeu 5,500 cc. em seis horas, tendo eliminado no mesmo periodo 5,400 cc. de urina.

Para medir a elasticidade da pele, AMBERG e AUSTIN beberam tres litros em 20 minutos.

Pacientes de febre tifóide têm ingerido 5, 6, 8 e até 12 litros por dia, sem que se observem quaisquer sintomas prejudiciais. MILLER e WILLIAMS (1921) administraram até 10 litros de agua por dia a portadores de nefrite crônica e hipertensão e notaram aumento da pressão sanguínea, cefaléia, tonturas, inquietação, calafrios, sensação de repleção abdominal, vômitos, dispnéia, caimbras nos membros inferiores e notavel aumento de peso. Estes resultados, porém, estão em frísante contraste com a ausência completa de sintomas em pacientes portadores de diabete insípida, que ingerem, durante meses ou anos, grande quantidade de agua diária, sem o aprecimento dos sintomas da intoxicação hídrica. No caso récorde de Trousseau, a ingestão de 40 litros, e a excreção urinária, de 43 litros. Em vista disso, supõe-se que seja a retenção de agua a responsável pelos fenômenos de intoxicação, os quais não aparecem quando a eliminação é muito rápida.

Em 1922, LARSON, ROWNTREE e WEIR chamaram a atenção para a forma particular de intoxicação, resultante da excessiva retenção de agua, após a injeção sub-cutânea de extrato pituitário. Tres pacientes portadores de diabete insípida, após uma injeção de extrato pituitário, continuaram a tomar agua na quantidade a que estavam habituados, isto é, 8 a 10 lts. por dia. Dentro de poucas horas, foram atacados de cefaléia, náuseas, astenia, incoordenação, dificuldade na marcha e, em um caso, edema sub-cutâneo leve. Num dos pacientes as manifestações foram extremamente graves. Em vista da gravidade dos sintomas no homem, os autores experimentaram em cães, introduzindo por via gástrica excessiva quantidade de agua, após a administração do extrato pituitário por via hipodérmica. A intoxicação prontamente se manifestou por astenia, inquietação, micções frequentes, diarréia, sialorréia, náuseas, vomitos, tremores, mioclonias, ataxia, convulsões, estupor, coma e, finalmente, a morte em grande proporção de animais.

Os autores afirmaram que esta intoxicação não podia ser produzida pelo extrato pituitário só, ou pela água só, mas sim pela combinação dos dois.

Posteriormente (1923), ROWNTREE retomou as experiências, empregando cães, gatos, coelhos e cobaias, chegando à conclusão de que a água era responsável pela intoxicação, favorecendo o extrato pituitário o seu desenvolvimento — diminuindo a taxa de excreção urinária e facilitando a passagem da água do sistema vascular para os tecidos. O quadro da intoxicação é o mesmo, quer se empregue a água só, ou a água e o extrato. Contudo, nos animais sob a influência do extrato, notou-se que é mais comum a irritabilidade das mucosas vesical e intestinal, evidenciada pelas solicitações frequentes para os atos de urinar e defecar; outrossim, pareceram-lhe mais profundo o coma, e mais pronunciadas as convulsões, sob a influência do extrato pituitário.

O pulso e a respiração permaneceram normais, podendo, entretanto, haver bradicardia e arritmia nas intoxicações pronunciadas.

Nos animais que conseguiu recuperar, as manifestações anormais desapareceram dentro de 12 a 18 horas, após a administração da solução de cloreto de sódio a 10 %, na quantidade de 55 cc.

Também WEIR (1923), administrando extrato pituitário em portadores de diabetes insipida, confirma os resultados já referidos. Verificou um pronunciado decréscimo na excreção urinária, aumento da densidade e da concentração molecular da urina, aumento de peso indicando retenção de água nos tecidos, e sinais leves e inconstantes de diluição do sangue, tudo coincidindo com o desaparecimento temporário dos sinais clínicos.

O mecanismo da intoxicação hídrica

O mecanismo patogênico da intoxicação hídrica ainda não está estabelecido. Vários autores têm investigado o papel etiológico de certos agentes que poderiam ser invocados como causas. Assim, foram sucessivamente estudados, entre outros, a distensão gástrica, a absorção de produtos digestivos e toxinas do trato intestinal, o papel do fígado, a diluição sanguínea, o edema cerebral, a pressão intracraniana aumentada, a perda de cloretos, a alcalose, a anoxemia e as alterações do equilíbrio osmótico entre o sangue e os tecidos.

ZISKIND, SOMERFELD-ZISKIND e BOLTON, experimentando em epiléticos e não-epiléticos, demonstraram de modo definitivo o aumento da diluição de sangue, pela ingestão de excessivas quantidades de água. Entretanto, não puderam estabelecer uma relação positiva entre a hidremia e o aparecimen-

to das crises convulsivas. Encontraram uma percentagem média de 2 % nos pacientes que tiveram convulsões e 1,7 % nos pacientes que as não tiveram. Também o aumento de água no sangue foi de 1,8% nos epiléticos e de 1,35% nos não-epiléticos. As diferenças de percentagem não são, a seu ver, suficientes para provar uma correlação entre a hidremia e os ataques.

Por outro lado, LARSON, ROWNTREE e WEIR mostraram que a intoxicação se desenvolve em certos animais, sem uma diluição evidente do sangue e sem aumento do volume do plasma. Assim, parece não ser a hidremia que se deva atribuir a intoxicação.

Para HARRY DAVIS, a administração dos líquidos produz uma anoxemia precoce, devida à diluição da hemoglobina. Além disso, o líquido se acumula nos espaços intersticiais, em torno das arteríolas e capilares, impedindo a passagem do oxigênio do sangue para os tecidos. A intoxicação pela água seria assim semelhante à intoxicação pelo óxido de carbono. Suas experiências mostraram que os sintomas anoxêmicos ocorrem mais rapidamente com a introdução de glicose isotônica, que com a solução de cloreto de sódio isotônico.

ROWNTREE acha que o edema cerebral e o aumento da pressão intracraniana sejam os principais responsáveis pelos sintomas da intoxicação. Os distúrbios cerebrais — convulsões, estupor e coma, fizeram-no suspeitar disso. O edema cerebral encontrado em animais intoxicados fortaleceu sua hipótese. Por meio da cânula de Lowenhardt mediu a pressão intracraniana em um cão intoxicado e a encontrou aumentada. Suas experiências podem ser comparadas com as de WEED e MCKIBBEN, CUSHING e FOLEY, PUTNAM, EBAUGH e STEVENSON, com as quais coincidem.

WEED e MCKIBBEN estudaram as alterações da pressão líquórica após a injeção intravenosa de soluções iso, hipo e hipertônicas. Após a injeção da solução isotônica (Sol. de Ringer), ha uma elevação passageira da pressão, que volta ao nível normal momentos depois. Após a injeção de solução hipotônica (água destilada), ha um aumento duradouro da pressão e, após a injeção de solução hipertônica, ha diminuição da pressão.

EBAUGH e STEVENSON administraram a um epilético 4 ou 5 litros de água por via oral, num período de uma hora a uma e um quarto, e verificaram um aumento de pressão líquórica correspondente a 20 mm. de água.

Enfim, a maioria dos autores atribuem os sintomas tóxicos da água a perturbações da pressão osmótica. Assim, UNDERHILL e SALLICK, examinando a urina e o sangue de cães intoxicados, verificaram:

- a) que o volume da urina era proporcional á ingestão de agua;
- b) que a excreção de cloretos, fasfatos, amônia, acidez total, creatinina estava aumentada;
- c) que havia decréscimo de concentração da hemoglobina e dos clorêtos do sangue total;
- d) que o decréscimo dos clorêtos do sangue era *muito grande* para ser atribuído simplesmente á diluição. Não se observou edema sub-cutâneo, a eliminação era muito rápida, e o aumento de peso insignificante. Acham por isso que a intoxicação hídrica deve ser explicada pelo distúrbio das relações osmóticas nos tecidos.

Esta explicação parece ser de fato a mais lógica, pois tem sido comprovada por numerosos autores (UNDERHILL e SALLICK, MISAWA, HARDING e HARRIS, e outros) a relação entre a diminuição da taxa de cloretos e a intoxicação. Nas experiências de ROWNTREE, a administração de soluto clorêto hipertônico tinha a propriedade de recuperar, em meia ou uma hora, cães em diversos estados de intoxicação. Também foi verificado que a administração prévia do soluto de cloreto de sódio a 10 % impedia o aparecimento da intoxicação experimental.

A retenção de agua e o diagnóstico da epilepsia

Já em 1920, EBAUGH e STEVENSON, administrando a um epilético 8 litros dagua em seis horas, por via oral, verificaram, além de outros sinais iniciais de intoxicação, a sensação de uma crise convulsiva iminente.

Partindo da hipótese de que a retenção de agua precipitaria um ataque em individuos predispostos, MC QUARRIE e PEELER (1931), e JACOBSEN (1934) empregam agua e Pitressin em crianças epiléticas, obtendo ataques em quasi todos os casos. Este ultimo experimentou em 40 pacientes, verificando que o ataque se produzia logo que o peso aumentava de 3 a 6 %. As falhas ocorreram nos casos em que não houve retenção de agua e nos pacientes que não puderam continuar a prova por terem ficado nauseados. Uma série de testemunhas normais submetida à mesma prova não sofreu ataques, bem assim os epiléticos que recebiam só agua, ou só Pitressin.

As experiências em adultos foram executadas por CLEGG e THORPE, que se utilizaram de 16 epiléticos e 7 não-epiléticos. Estes e mais 4 epiléticos não tiveram ataques. Destes quatro, dois tinham ataques muito raros (um tinha de dez em dez anos e outro de dois em dois), e os outros dois não puderam continuar a prova por terem ficado nauseados. Sua técnica consiste em aplicar hipodermicamente Pitressin, de 4 em 4 horas, até o total de 10 injeções, sendo a primeira de 1/4 e as de-

mais de 1/2 empola. Logo após a primeira injeção, administram-se 300 cc. de agua potavel, que se repetem de duas em duas horas. A urina deve ser medida, e o examinando pesado de 4 em 4 horas. Antes de iniciar a prova, faz-se uma lavagem intestinal. Os pacientes devem ficar em repouso, receber dieta comum e continuar com a medicação prescrita.

Em 1936, ZISKIND, SOMERFELD-ZISKIND e BOLTON iniciaram seus estudos sobre hidratação de epiléticos, tendo numa primeira série de experiencias, obtido 17 resultados positivos, num total de 61 epiléticos. Numa segunda série, obtiveram 8 resultados positivos em 16 doentes que receberam sete litros de agua, 2 resultados positivos em 6 pacientes que receberam seis litros e, em 12 doentes que receberam menos de seis litros, tiveram apenas um resultado positivo. Escolheram pacientes com a idade de 13 a 51 anos, sofrendo de ataques com a frequencia de 1 a 2 por mês. A maioria nunca tinha feito qualquer tratamento e os restantes ficaram sem tratamento durante um mês antes do inicio da prova.

Esvaziados os intestinos e a bexiga, foram os pacientes solicitados a beber um litro de agua de meia em meia hora, até o total de 7 litros. Peso, débito urinário e densidade da urina foram tirados de meia em meia hora. Foi anotada a hora exata dos vômitos e exonerações intestinais. O sangue foi colhido a 0, 2, 4, 5 e 6 horas para determinação da concentração e dosagem dos clorêtos. A prova foi feita em completo jejum desde a noite anterior, para evitar os possiveis efeitos do conteúdo salino das dietas, que têm complicado as experiencias de outros autores, entre os quais TEGLBJAERG.

Casuística

Em nossa primeira experiência fizemos uma combinação das técnicas CLEGG-THORPE e ZISKIND-BOLTON, admitindo que a administração de maiores quantidades dagua traria em resultado a economia de Pitressin, medicamento de custo elevado. Assim, administrámos Pitressin de 4 em 4 horas e 500 cc. de agua de hora em hora. Dos dois pacientes examinados, um era histérico e ao cabo de duas horas teve uma crise psicomotora característica, e o outro recusou-se terminantemente a continuar a prova.

Nas experiencias seguintes, seguimos a técnica de CLEGG e THORPE. Foram submetidos à prova 11 pacientes, todos suspeitos de epilepsia ao baixarem ao nosso serviço. No decurso da observação, verificámos que em quatro dêles não havia elementos para confirmar a suspeita e os sete restantes eram indiscutivelmente epiléticos. Em quatro destes, a prova foi positiva; em três epiléticos e em quatro não-epiléticos, a prova

foi negativa. Damos abaixo os resumos das observações e os protocolos das experiências.

Caso D. D. M., branco, brasileiro, 29 anos, lavrador, natural do Espírito Santo. *Antecedentes*: Pai com 55 anos, sofrendo de hérnia. Mãe com 54 anos, sofrendo de nevralgia e ataques desde criança; o paciente, que já tem assistido aos ataques de seus companheiros de enfermagem, identifica os de sua progenitora como legítimos ataques epilépticos. Nada de importante refere sobre os avós paternos. O avô materno faleceu de doença do estômago e a avó materna, de causa que ignora, mas segundo informa a progenitora do paciente, também sofria de ataques idênticos aos por esta apresentados. Tem quatro tios paternos saudáveis e três falecidos de causa que não pôde precisar. Teve cinco tios maternos, todos atualmente falecidos. Um deles era epiléptico e dos quatro outros, um contraiu matrimônio e teve um filho nati-morto e dois epilépticos. O paciente nasceu a termo e de parto normal. Nada de importante refere em sua vida escolar, sexual; no passado mórbido refere sarampo, coqueluche, varicela e impaludismo. *Historia da doença atual*: Teve o primeiro ataque aos dez anos de idade. Nos primeiros cinco anos, os ataques se apresentavam com o intervalo variável de uma semana a um mês. Depois, em virtude de tratamento, os intervalos aumentaram, chegando a passar cinco anos sem ataques. Baixou por ter tido um ataque às nove e meia, em plena instrução, no campo. Conta que, antes da crise, sente uma "fria-gem" no estômago e nas mãos e, logo após, perde a visão e a consciência. Emite saliva e às vezes morde a língua. Depois da crise, tem amnesia lacunar. *Exame*: Trata-se de um leptossômico com pele e mucosas visíveis coradas, em bom estado de nutrição; dentadura regularmente conservada; sistema piloso pouco desenvolvido e bem distribuído; órgãos genitais pouco desenvolvidos. Nada de particular verificamos ao exame das funções psíquicas. Prova da hiperpnéia — negativa. Prova de retenção de água:

Hora	Peso	Água	Pitressin	Urina
5,20	52,200	300	1/4 emp.	—
6,25	—	—	—	40
7,20	—	300	—	—
7,30	—	—	—	60
9,20	—	—	—	—

Caso V. F., branco, brasileiro, 22 anos, lavrador, natural do Espírito Santo. *Antecedentes*: Pai com 50 anos, opilado, calmo, não alcoolatra. Mãe com 53 anos, sempre doente e opilada, muito nervosa, explosiva. Do consórcio houve 12 filhos: João, 31 anos; Francisco, oligofrênico, julgado incapaz para o serviço militar, com 28 anos; Maria, 27 anos; Angelino, 26 anos; Josefina, 24 anos, sofrendo de crises convulsivas, desde os 7 anos; Vitório, o paciente, com 22 anos, com crises convulsivas desde os dois anos; Antonio, 18 anos; Octavio, com 17 anos, epiléptico, sofrendo de ataques desde os 12 anos; Ana, com 15 anos; Paulo, com 12; Domingos, com 11; Carmen, com 9. Domingos é muito nervoso, perverso, destruidor (*psicopata epilépticoide?*). Os avós nunca tiveram ataques. Os tios e primos do lado materno são saudáveis. Do lado paterno tem quatro tios: Angelino, falecido de

cancer, solteiro; Viola, solteira, sadia; Francisco, sofrendo de ataques epilépticos, já presenciados pelo paciente, casado, com 12 filhos, dos quais um, do sexo feminino, faleceu aos 13 anos, afogado, em um poço em que se banhava, durante um ataque epiléptico; dos restantes, dois são também epilépticos, e um é oligofrênico; primo, o mais velho dos tios é sadio e casado, com 9 filhos também saudáveis. Nos antecedentes pessoais refere nascido a termo e de parto normal, alimentado ao seio materno até um ano de idade. Andou aos dois anos e meio e falou aos três. Púbere aos 13. Escola dos seis aos dez anos, com aproveitamento quase nulo, porque sua "cabeça não dá" para estudos. Trabalha na lavoura desde os 10 anos. Vida sexual pobre. No quartel tem tido pouco aproveitamento na instrução. No passado mórbido refere doenças próprias à infância. *Historia da doença atual*: Primeiro ataque aos dois anos de idade. Antes do ataque sente friagem no estômago e tonturas, vê luzes e logo após perde os sentidos. Segundo informações dos circunstantes, apresenta as convulsões tonico-clônicas características. Emite saliva. Intervalo entre os ataques variável de 8 dias a 2 meses. No quartel teve 4 ataques, sempre após marchas prolongadas. Após a crise, amnesia lacunar, cefaléia, sono. *Exame*: Leptossoma, frote, com pele e mucosas visíveis ligeiramente descoradas. Imberbe. Peito e costas glabros. Pêlos pouco numerosos nas axilas, pube e nos membros inferiores. Dentadura bem conservada. Órgãos genitais bem desenvolvidos. No exame psíquico verifica-se uma lentidão geral de todos os processos. Prova da hiperpnéia negativa. Retenção de água:

Hora	Peso	Água	Pitressin	Urina
7	65,700	300	1/4 emp.	—
9	—	300	—	200
9,40	—	—	—	420
10,35	—	—	—	—
11	67,300	300	1/2 emp.	260
11,20	—	—	—	—
13	—	300	—	600
14,30	—	—	—	—
15	66,200	300	1/2 emp.	—
16	—	Ataque epiléptico	—	—

Caso V. P., branco, brasileiro, com 21 anos, lavrador, natural do Espírito Santo. *Antecedentes*: Progenitor com 49 anos, alcoolista moderado, sadio; mãe falecida aos 40 anos, de nefrite crônica. Nega doenças mentais e principalmente ataques de natureza epiléptica entre os avós, tios, primos e irmãos. Nascido a termo e de parto normal. Escola dos 7 aos 14 anos, com pequeno aproveitamento, porque é "um pouco rude". Trabalha na lavoura desde os 14 anos. Teve apenas duas relações sexuais normais, uma aos 18 e outras aos 21 anos. Onanismo e praticas bestiais desde os 15 anos.

No passado mórbido, as doenças próprias à infância e impaludismo. Hábito alcoólico moderado. Fuma. *Historia da doença atual*: Ataques desde os três anos de idade. Não tem aura bem caracterizada. Sente escurecer-lhe a vista e perde logo os sentidos. Apresenta as convulsões tonico-clônicas características, morde a língua, emite saliva e urina. Em dois meses de praça, teve no quartel três ataques. Neste serviço já sofreu quatro

crises, sendo uma durante a prova de retenção de agua. *Exame:* A' inspeção geral, nota-se um paciente leptossoma-atlético, com pele e mucosas coradas, em bom estado de nutrição. Pêlos escassos, mas normalmente distribuídos. Hipoplasia dos órgãos genitais. Dentadura mal conservada. No exame psíquico assinala-se certa lentidão de todos os processos. Prova da hiperpnéia negativa. Prova da retenção de agua:

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
7	61,300	300	1/4 emp.	—
9	—	300	—	—
9,50	—	—	—	270
10,30	—	—	—	330
11,	61,800	300	1/2 emp.	—
11,20	—	—	—	270
12,20	Ataque epiléptico	—	—	—

Caso A. C. L. L., branco, 20 anos, brasileiro, trabalhos rurais desde 14 anos, natural do E. do Rio. *Antecedentes:* Pai com 52 anos, sadio, mãe falecida de doença de figado e rins, ha 10 anos. Dez irmãos sadios. Ignora se os avós tiveram ataques. Cinco tios paternos, dos quais um sofre do "coração". Uma prima paterna sofre de ataques histéricos. Das tias maternas, em numero de três, duas faleceram de causa que ignora. Nos antecedentes pessoais refere ter nascido a termo e de parto normal. Escola dos 10 aos 14 anos, com bom aproveitamento. Relações sexuais normais desde os 16 anos. Na infancia praticava frequentemente atos de crueldade com crianças menores e animais domesticos. No passado morbido: sarampo, cachumba, varicela, disenteria. Nega doenças venéreas. Não tem hábito alcoólico, nem fuma. *Exame objetivo:* A' inspeção geral, atlético, com pele e mucosas coradas, em bom estado de nutrição. Dentadura bem conservada. Não apresenta dismorfias esqueléticas, nem aparentes distúrbios endócrinos. O exame dos aparelhos nada de particular revelou. *Historia da doença atual:* Sofre de ataques desde os 13 anos. No principio não chegava a perder os sentidos e, mesmo agora, nem sempre fica inconsciente. Vê tudo que se passa em volta, menos nos ataques mais fortes. Emite saliva e morde a lingua. Pouco antes do ataque os lábios movem-se contra sua vontade e a boca entorta-se para o lado esquerdo. O intervalo tem sido de 24 horas a 15 dias. Neste serviço já presenciámos alguns. Prova da hiperpnéia: sintomas tetaniformes aos 10 minutos. Prova de retenção de agua:

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
5,20	66,200	300	1/4 emp.	—
5,56	—	—	—	40
7,20	—	300	—	—
7,50	—	—	—	100
8,50	—	—	—	400
9,20	66,100	300	1/2 emp.	—
9,40	—	—	—	320
11,20	—	300	—	—
11,40	—	—	—	100
12,55	—	—	—	90
13,20	67,100	300	1/2 emp.	—

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
14,40	—	—	—	120
15,20	—	300	—	—
16,05	—	—	—	220
16,50	—	—	—	300
17,20	67,200	300	1/2 emp.	390
19,20	—	300	—	100
21,20	67,600	300	1/2 emp.	270
23,20	—	300	—	120
1,20	67,700	300	1/2 emp.	110
3,20	—	300	—	—
4	—	—	—	100
5,20	67,100	300	1/2 emp.	600
6,30	—	Ataque epiléptico	—	—

Caso A. C. P., branco, brasileiro, com 23 anos de idade, comerciante, natural do Estado do Rio. *Antecedentes:* Pai falecido aos 44 anos, atribuindo o paciente sua morte ao alcoolismo; mãe com 44 anos, sadia. Cinco irmãos, dos quais dois faleceram de gripe espanhola e um de causa que ignora, sabendo apenas que era muito fraquinho. Os dois irmãos vivos estão fortes e sadios. Nada de preciso pôde informar a respeito dos avós. Os tios que conhece são sadios. Nos antecedentes pessoais, refere ter nascido a termo e de parto normal, ignorando as condições de desenvolvimento físico e mental. Nunca frequentou regularmente a escola, tendo aprendido a ler em casa e em cursos noturnos. Começou a trabalhar desde os 8 anos em mistéres domesticos. Aos 15 anos empregou-se no comércio. Vida sexual sem particularidades. Sarampo e coqueluche na infancia. *Historia da doença atual:* Seu primeiro ataque foi ha menos de um ano. Sentiu uns estremecções no braço esquerdo e logo após perdeu os sentidos. Não emitiu saliva, fêzes ou urina, mas mordeu a lingua. No mesmo dia teve mais três ataques em casa. Três meses depois teve outro ataque; já então era soldado. A seguir teve mais tres crises, o que motivou sua baixa a este hospital, em 27.1.940. Como não tivesse apresentado nenhum ataque espontâneo, nem provocado, durante a observação, e na falta de outros elementos, demos-lhe alta a 8.3.940. A 10.4.940, baixou novamente por ter sido acometido de três crises, sendo duas em casa e outra no quartel. Ao dar entrada nesta enfermaria sofreu nova crise, assistida pelo enfermeiro de dia. Dessa fórma não pôde haver mais duvida quanto ao diagnóstico. *Exame objetivo:* Leptossoma, com pele e mucosas visíveis coradas, em bom estado de nutrição. Dentadura bem conservada. Pêlos escassos, mas normalmente distribuídos. Nada de particular foi notado ao exame das funções psíquicas. Prova da hiperpnéia negativa. Prova da retenção de agua negativa:

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
7	56,300	400	1/4 emp.	—
8,55	—	—	—	100
9,	—	400	—	—
10	—	—	—	470
10,50	—	—	—	300
11,	56,400	400	1/2 emp.	—
11,30	—	400	—	—

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
15	56,700	400	1/2 mep.	340
17	—	400	—	—
18	—	—	—	200
19	53,	400	1/2 emp.	—
21	—	400	—	—
23	58,900	400	1/2 emp.	—
23,30	—	—	—	400
1	—	400	—	—
3	57,500	400	1/2 emp.	500
5	—	400	—	—
5,30	—	—	—	240
7	57,300	400	1/2 emp.	—
8,55	—	—	—	140
9	—	400	—	—
10,20	—	—	—	400
11	58	400	1/2 emp.	—
11,05	—	—	—	120
13	—	400	—	—
14,45	—	—	—	270
15	58,100	400	1/2 emp.	—
16,40	—	—	—	100
17	—	400	—	—
18,30	—	—	—	320
18,40	—	—	—	500
18,55	—	—	—	340
19	58,100	400	1/2 emp.	—
19	— Suspensa a prova			

Caso J. C. A., branco, brasileiro, com 22 anos de idade, lavrador, natural do Espírito Santo. *Antecedentes*: Pai com 54 anos, alcoolista moderado; progenitora com 47 anos, sofrendo de afecções próprias ao sexo. Houve um aborto materno. Do casal nasceram onze filhos: Waldemar — 26 anos, Isaura — 24, José — 22 anos, *epiléptico*, Alziro — 21 anos, Abel — 18 anos, *epiléptico*, Laura — 16 anos, Paulo — 13, Maria — 11, Sebastião 8, Ana — 6 anos, *epiléptica*, Manuel — 3 anos. Não conheceu avós. Tem sete tios paternos, um dos quais casado, com quatro filhos, todos isentos de ataques. Quatro tias maternas vivas e um tio e três tias falecidos de causa que ignora. Não sabe informar se sofrem de ataques. Dois filhos de uma delas já falecida são *epilépticos*. Quasi todos os filhos de outra são *atrazados mentais*. Nos antecedentes pessoais diz ter nascido a termo e de parto normal. Escola dos 7 aos 9 anos, continuando a aprender por si proprio depois disso. Não tem dificuldade em aprender. Trabalha de lavoura desde os nove anos. Praça voluntária ha cinco meses, com bom aproveitamento na instrução e modelar comportamento. Calmo, retraído, fazendo amizades com facilidade. Está sempre desgostoso por causa de sua doença. Passado sexual sem particularidades. *Historia da doença atual*: Ataques desde os onze anos, com intervalos variáveis de algumas horas a dois meses. Aura: Visão de luz branca que passa a azulada e depois a amarela; sente um gosto de "queijo" e, logo depois, perde os sentidos. Emite saliva. Amnesia lacunar e estado crepuscular consecutivos. No quartel teve três ataques e neste serviço teve um, assistido pelo enfermeiro de dia. *Era*: Atlético, corado, em bom estado de nutrição. Manchas hiperocrômicas em ambas as nádegas. Malformação congênita

do esterno que se apresenta abaulado no terço médio. Dentadura bem conservada. Pêlos abundantes e bem distribuídos. Órgãos genitais bem desenvolvidos. Calmo e asseado, responde solicito ao interrogatorio. Mimica reduzida, atenção, memória e percepção, no intervalo das crises, normais. Associação de idéias lenta e um tanto difícil. Humor deprimido pela consciência da molestia. Atividade psico-motora e tono volitivo reduzidos, com pragmatismo deficiente. Provas de hipernéia e da retenção de agua negativas.

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
5,20	69	300	1/4 emp.	—
7,18	—	—	—	140
7,20	—	300	—	—
8,30	—	—	—	320
9,20	68,500	300	1/2 emp.	—
9,55	—	—	—	240
11,20	—	300	—	—
13,20	69,500	300	1/2 emp.	—
15,20	—	300	—	—
15,50	—	—	—	240
16,30	—	—	—	240
17,20	70	300	1/2 emp.	200
19,20	—	300	—	100
20,30	—	—	—	150
21,20	70,300	300	1/2 emp.	240
23,20	—	300	—	—
1,20	69,700	300	1/2 emp.	440
3,20	—	300	—	—
5,20	69,600	300	1/2 emp.	500
7,20	—	300	—	—
8,30	—	—	—	340
9	—	—	—	500
9,20	69,100	300	1/2 emp.	—
10,50	—	—	—	280
12,15	—	—	—	400
12,30	—	—	—	300
13,20	69,200	300	1/2 emp.	—
15,10	—	—	—	200
15,20	—	300	—	—
17	—	—	—	160
17,10	—	—	—	160
17,20	69,850	300	1/2 emp.	—
17,20	— Suspensa a prova			

Caso R. M., pardo, brasileiro, com 22 anos de idade, comerciário, natural do Distrito Federal. *Antecedentes*: Pai com 51 anos, sadio, alcoolista moderado. A progenitora faleceu de causa que ignora. Sofria de *ataques* com intervalos variáveis de algumas horas e alguns dias. Esses ataques segundo informações do paciente eram de natureza *epiléptica*. Um irmão faleceu de coqueluche e outro atualmente com 18 anos é sadio. Não conheceu avós e ignora as causas de morte dos mesmos. Tios e primos paternos sádios. Tem dois tios maternos, solteiros, e uma tia casada com dois filhos, um dos quais é *epiléptico*. Nos antecedentes pessoais refere ter nascido, a termo e de parto a fórceps, recebendo alimentação natural até quasi dois anos. Escola dos

12 aos 15 anos, tendo antes recebido instrução em casa, com aproveitamento regular. Desde os 12 anos trabalha no comércio. No passado sexual, refere ter praticado imoderadamente o onanismo dos 13 aos 16 anos. No passado mórbido, menciona sarampo, varicela, coqueluche, gripe espanhola, impaludismo. Não bebe. Fuma moderadamente. *Historia da doença atual:* Ataques desde os 15 anos, com intervalos variáveis de algumas horas a um mês. Aura: ambliopia e fotopsias. Durante as convulsões tonico-clônicas características, morde a língua e emite saliva. Após a crise, tem amnesia lacunar e cefaléia. No quartel teve dois ataques, sendo um deles assistido pelo médico da unidade. Neste serviço foi vista uma crise. *Exame:* Atlético, corado, bem nutrido. Dentadura mal conservada. Pêmorfias glandulares. Lentidão geral dos processos psíquicos. Provas da hiperpnéia e da retenção de agua negativas.

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
7	59,200	300	—	—
9	—	300	1/4 emp.	—
9,35	—	—	—	—
10,35	—	—	—	—
11	60,100	—	—	250
11,20	—	300	1/2 emp.	430
13	—	—	—	—
15	59,500	300	—	280
17	—	300	—	—
18,15	—	300	1/2 emp.	600
19	—	—	—	—
21	60,800	300	—	300
23	60,500	300	1/2 emp.	—
23,20	—	300	—	—
1	—	—	1/2 emp.	—
3	60,500	300	—	500
3,15	—	300	—	—
5	—	—	1/2 emp.	—
7	60,600	300	—	300
9	—	300	1/2 emp.	—
9,25	—	300	—	—
10,15	—	—	—	—
11	60,100	—	—	500
12,20	—	300	—	400
13	—	—	1/2 emp.	—
15	59,900	300	—	—
17	59,900	300	—	500
19	61,500	300	1/2 emp.	—
19	61,400	300	—	200
	Suspensa a prova	—	1/2 emp.	200

Caso B. B. M., pardo, brasileiro, com 21 anos de idade, serralheiro, natural do Distrito Federal. *Antecedentes:* Pai falecido do coração, figado e rins aos 48 anos de idade. Mãe com 45 anos, sofrendo do coração. Houve um aborto materno. Seis irmãos saudáveis. Uma prima filha de uma irmã da progenitora sofre de ataques epiléticos desde a infância. Ninguém mais em sua família sofre de ataques ou de outra doença nervosa ou mental qualquer. Ignora as condições de nascimento. Frequentou escola dos 12 aos 14 anos com bom aproveitamento. Aos 15 anos,

começou a trabalhar como aprendiz de serralheiro. Tem nada de frequentemente de empregos. Passado sexual sem particularidades. Nega doenças. Fuma e bebe moderadamente. *Historia da doença atual:* Ia a caminho de casa, quando foi acometido de tontura, escurecimento de vista e inconsciência. Dez minutos depois, recobrou os sentidos e só voltou a si um automóvel; perdeu novamente os sentidos e só voltou a si no Hospital Carlos Chagas, cerca de duas horas depois. Verificou que estava escarrando sangue e fazia muito esforço para falar. O sangue não provinha de mordedura da língua. Um companheiro, que a tudo assistira, disse-lhe que "havia virado os olhos, tremido e escarrando sangue". No dia seguinte baixou a este hospital. Sente dor ao nível da região precordial. Queixa-se de dispnéia de esforço. Os exames dos aparelhos nada de importante revelaram. Não houve elementos para confirmar a suspeita de epilepsia. As provas da hiperpnéia e da retenção de agua foram negativas.

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
5,20	56,600	300	1/4 emp.	—
6,50	—	—	—	40
7,20	—	300	—	—
7,40	—	—	—	60
8,50	—	—	—	320
9,20	57	300	1/2 emp.	—
9,55	—	—	—	200
12,25	—	—	—	180
13,20	57,100	300	1/2 emp.	—
14,40	—	—	—	60
15,20	—	300	—	—
17,20	57,700	300	1/2 emp.	240
19,20	—	300	—	100
21,20	57,900	300	1/2 emp.	300
23,20	—	300	—	—
1,20	58,200	300	1/2 emp.	—
1,50	—	—	—	140
3,20	—	300	—	—
5,20	58,200	300	1/2 emp.	140
6	—	—	—	60
7,20	—	300	—	—
8,45	—	—	—	260
9	—	—	—	380
9,10	—	—	—	400
9,20	58,650	300	1/2 emp.	—
12	—	—	—	260
12,20	—	—	—	400
13	—	—	—	300
13,20	57,950	300	1/2 emp.	—
13,30	—	—	—	340
17,10	—	—	—	280
17,20	58,400	300	1/2 emp.	—
17,20	Suspensa a prova	—	—	—

Caso P. V. L., pardo, brasileiro, com 21 anos de idade, comerciário, natural do Estado do Rio. *Antecedentes:* Pai, com 42 anos, alcoolista. Mãe, com 36 anos, sadia, teve um aborto e dez filhos, dos quais cinco morreram em tenra idade, de doenças pró-

prias à infância. Os vivos, menos o paciente, são sadios. Nega ataques em qualquer membro da família. Nascido a termo e de parto normal. No passado mórbido — sarampo, coqueluche, varicela. Nega doenças venéreas, meningites, encefalites, convulsões na infância. Escola dos 8 aos 14 anos, com bom aproveitamento. Trabalha no comércio desde os 17 anos. *História da doença atual:* Teve em setembro do ano passado seu primeiro ataque: andara um pouco após o almoço, sentira tonturas, vira uns clarões amarelos e perdera os sentidos. Os circunstantes informaram-lhe que ficara todo retesado, com a cabeça virada para trás. Não houve emissão de saliva, urina ou fezes, nem mordedura de língua. Cerca de 20 dias depois teve outro ataque. No quartel, no dia 12 de fevereiro, depois do almoço, fôra acometido novamente. *Exame:* Leptossoma com pele e mucosas visíveis fortemente descoradas, regularmente nutrido. Imberbe. Peito e dorso glabros. Pêlos escassos nas axilas e pube. Penugem rala nos membros inferiores. Dentadura bem conservada. O exame neurológico, psíquico e dos outros aparelhos nada de importante revelou. Exame de fezes: ovos de ascaris. Prova da hiperpnéia e de retenção de água negativas. Não houve elementos para confirmar a suspeita de epilepsia. Teve alta com destino a sua unidade, não tendo voltado ao hospital, ha cerca de dois meses.

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
5,20	53,200	300	1/4 emp.	—
7,15	—	—	—	110
7,20	—	300	—	—
8,15	—	300	—	340
9,20	53	300	1/2 emp.	380
11,20	—	300	—	—
12,25	—	300	—	300
13,20	53	300	1/2 emp.	—
15,20	—	300	—	220
16,05	—	—	—	280
16,30	—	—	—	280
17,20	53,300	300	1/2 emp.	160
19,20	—	300	—	280
20,30	—	300	—	60
21,20	53,700	300	1/2 emp.	—
23,20	—	300	—	480
1,20	53,300	300	1/2 emp.	500
3,20	—	300	—	300
5,20	53,300	300	1/2 emp.	—
5,45	—	—	—	200
7,20	—	300	—	140
8,30	—	—	—	40
9,20	52,850	300	1/2 emp.	—
13	—	—	—	—
13,20	53,600	300	1/2 emp.	—
16,10	—	—	—	—
17,15	—	—	—	—
17,20	54,300	300	1/2	—
17,20	Suspensa a prova	—	—	—

Caso O. L. L., branco, brasileiro, com 22 anos de idade, natural do Estado do Rio, ajudante de mecânico. *Antecedentes:* Pais sadios. Quatro irmãos também sadios. Nega crises epiléticas na família. Nos antecedentes pessoais, refere ter nascido a termo e de parto normal, e recebido alimentação artificial desde o

nascimento. Escola dos 5 aos 16 anos, com pouco aproveitamento, por falta de pontualidade dos professores. Aos 17 anos começou a trabalhar em olaria e, aos 19, como ajudante de mecânico. Já teve ao todo seis empregos. Aos 17 anos sentou praça como voluntário e desertou após cinco meses de incorporação, influenciado por uma namorada, que o aconselhou a deixar o quartel. Resistia por todos os meios aos conselhos da noiva, mas depois esta lhe fez uma "macumba", e o paciente foi obrigado a desertar. Ouvia vozes que lhe diziam que "o Exército não prestava", que "não seguisse a carreira militar", e todas as vezes que dava serviço de guarda caía ao chão com fusil e tudo, tendo antes sentido o choque de algo, que lhe penetrava o corpo pelo lado direito. Três anos depois foi sorteado e incorporado a outro regimento, tendo daí desertado após dois meses de instrução, influenciado por uma mulher com quem se amasiara ha um ano. Tendo de uma feita levado a amasia a Cruzeiro, onde a mesma pretendia fixar residência, não mais regressou. Ao cabo de dois meses, apresentou-se ao quartel local, tendo daí sido enviado a seu regimento nesta capital, onde foi condenado a seis meses de prisão. No passado mórbido, refere sarampo, coqueluche, varicela, meningite, na infância. Na idade adulta, a não ser as tonturas, nada mais sente. Não usa bebidas alcoólicas. E' muito retraído, preferindo a leitura de um romance ao convívio dos colegas. *História da doença atual:* Conta que baixou por ter passado dois dias fóra do quartel sem permissão, tendo dito apenas ao superior que ia sair. Já por duas vezes teve tontura no quartel. Sofre da mesma desde a meningite, e é por ela atacado de dois em dois meses. Quando vai ter a crise, sente escurecer-lhe a vista, para logo após perder os sentidos; entretanto, algumas vezes tem tempo de procurar o leito. Não há as convulsões tonico-clônicas características da epilepsia: o paciente fica completamente "mole", segundo o testemunho do pessoal de serviço e dos companheiros de enfermaria. Por ocasião da prova de retenção de água, teve uma dessas crises, após a segunda injeção de Pitressin. O cardiazol na dose de 3 cc. provocou violento ataque epilético. Entretanto, o proprio paciente informa que o ataque cardiazolico é completamente diferente de suas crises espontâneas. *Exame:* Leptossoma, com pele e mucosas visíveis ligeiramente descoradas em bom estado de nutrição. Sistema piloso escasso: imberbe, peito e dorso glabros, pêlos axilares e pubianos escassos. Órgãos genitais pouco desenvolvidos. Dentadura mal conservada. Olhar inexpressivo. Calmo, responde com solicitude, embora com imprecisões, ao interrogatório. Gesticulação e mimica reduzidas. Os distúrbios da percepção, já referidos, nos pareceram pertencer ao tipo das alucinações psíquicas (BAILLARGER). Humor indiferente; temperamento esquizotímico anestésico. Hipobulia, atividade pragmática diminuída. O exame das funções nervosas e dos grandes aparelhos nada de importante demonstrou. R. Kahn no sangue — negativa. Prova do Cardiazol — positiva com 3 cc. Prova de retenção de água — negativa. Teve alta por incapacidade física, com o diagnostico de psicopatia esquizoide.

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
7	63,500	300	1/4 emp.	—
9	—	300	—	90
9,30	—	—	—	420

Hora	Peso	Agua	Pitressin	Urina
11	64,200	300	1/2 emp.	—
11,20	—	—	—	—
13	—	300	—	330
14,30	—	—	—	—
15	63,600	300	1/2 emp.	340
15,45	—	—	—	—
17	—	300	—	200
17,15	—	—	—	—
19	63,600	300	1/2 emp.	250
21,20	—	—	—	—
21,40	—	—	—	300
23	63,100	300	1/2 emp.	40
23,20	—	—	—	—
1	—	300	—	350
3	63,200	300	—	—
3,15	—	—	1/2 emp.	—
5	—	300	—	400
7	62,800	300	—	—
8,55	—	—	1/2 emp.	300
9	—	300	—	250
9,25	—	—	—	—
10,15	—	—	—	300
11	63,100	300	1/2 emp.	350
12,20	—	—	—	—
13	63,800	300	—	200
14,35	—	—	—	—
15	63,600	300	—	250
17	64,600	300	1/2 emp.	—
16	64,400	300	—	200
19	Suspensa a prova	—	1/2 emp.	200

Conclusões

Dos 10 pacientes — 7 epiléticos e 3 não-epiléticos — experimentados, a prova foi positiva em 4 epiléticos e negativa nos demais. As tabelas mostram, porém, que nem sempre são positivos os casos em que se obtêm consideráveis aumentos de peso. Assim, nos dois epiléticos, em que aqueles aumentos foram os maiores atingidos (Caso A. C. P. com 2.600 gr. e Caso R. M. com 2.300 gr), não se produziram ataques. Outros fatores devem provavelmente ter influido no resultado negativo destes casos. Entre estes fatores achamos que deve ser levada em consideração, principalmente, a alimentação dos pacientes submetidos à prova. Vários estudos têm mostrado que a intoxicação não se produz se se administra solução salina isotônica em vez de água. Se a alimentação aumenta a concentração iônica da água ingerida, aproximando-a da isotonia ou mesmo tornando-a hipertônica, é claro que o resultado será grandemente prejudicado, senão mesmo negativo. cremos por isso que a técnica de Clegg e Thorpe deve ser modificada, não só quanto à dose de água a ingerir de cada

vez, mas também quanto à alimentação. Já no caso A. C. P., aumentámos de 300 para 400 cc. a quantidade de água a ingerir de 2 em 2 horas, sem notarmos qualquer inconveniente. nem relutância da parte do doente.

Em nossas experiências futuras, tentaremos mais uma vez combinar as técnicas de Clegg-Thorp e Ziskind-Somerfeld-Ziskind-Bolton isto é, dar mais consideráveis quantidades de água, em menor espaço de tempo, e auxiliar ao mesmo tempo a retenção, pelas injeções do extrato do lobo posterior da hipófise, estando o paciente sempre em jejum. Esperamos que dessa forma seja a prova mais econômica, e de êxito mais brilhante os resultados obtidos.

Entretanto, podemos afirmar que a retenção de água é uma prova de valor indiscutível para o diagnóstico da epilepsia, no intervalo das crises, *quando o resultado é positivo*, pois é óbvio que um resultado negativo não autoriza a afirmar a ausência do referido mal.

BIBLIOGRAFIA

Bandeira-de-Mello, Nelson — A prova do cardiazol no diagnóstico da epilepsia, Anais do Hospital Central do Exército, 4, 78, 1939.

Clegg, J. L., and Thorpe, F. T. — Induced water retention in diagnosis of idiopathic epilepsy, The Lancet, 228, 1381, 1935.

Davis, Harry H. — Anoxemia factor in water intoxication, Proc. Soc. Exp. Biol. and Medicine, 33, 245, 1935.

Ebaugh and Stevenson — The measurement of intracranial pressure changes in an epileptic and its experimental variations, Bull. of John Hopkins Hospital, 31, 440, 1920.

Fletcher, Roy T., and Peden, Olive B. — A note on the blood chemistry in epilepsy, The Lancet, 228, 1382, 1935.

Foley and Putnam, Effect of salt injection on cerebrospinal fluid pressure and brain volume, Am. J. of Physiology, 35, 464, 1920.

Larson, Rowntree and Weir — Studies in diabetes insipidus, water balance and water intoxication, Arch. of int. medicine, 29, 306, -1922.

McQuarrie, Irvine, and Peeler, D. B. — The effects of sustained pituitary antidiuresis and forced-water drinking in epileptic children. A diagnostic and etiologic study, The Journal of Clin. Investigation, X, 915, 1931.

Rowntree, Leonard G. — Water intoxication, Archives of int. medicine, 32, 157, 1923.

Underhill, Frank, and Sallick, Myron — On the mechanism of water intoxication, *Journal of Biol. Chemistry*, 63, 61, 1925.

Weed, Lewis, H., and McKibben, Paul S. — Pressure changes in the cerebro-spinal fluid following intravenous injection of solutions of various concentrations, *Am. J. of Physiology*, 48, 512, 1919.

Weed, Lewis, H., and McKibben, Paul S. — Experimental alteration of brain bulk, *Am. J. Physiology*, 48, 531, 1919.

Weir, James F. — Observations on the influence of pituitary extract on the metabolism in diabetes insipidus, *Arch. of int. medicine*, 32, 617, 1923.

Ziskind, Somerfeld-Ziskind and Bolton — Hydration studies in epilepsy, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 89, 52, 1939.

NOTA — Aos enfermeiros do pavilhão de neuro-psiquiatria do H. C. E. — sargentos Carlos Alberto Martins, Julio Alves de Oliveira Castro, Alfredo Clodoaldo Ribeiro e Celso Cerqueira — que com tão boa vontade me auxiliaram na execução das provas, fico penhoradamente agradecido.

Breves considerações em torno de dois casos de OTO-ANTRITE em lactantes

Dr. Octávio Amaral

Cap. Médico, Chefe do serviço de oto-rinolaringologia do H. C. E.

Dr. Olívio Vieira Filho

Cap. Médico, auxiliar do serviço de oto-rinolaringologia do H. C. E.

FICHA N. 12.363-6.VII.939.

L. P. B., seis meses de idade, vem à consulta porque, de ontem para hoje, surgiu, atrás da orelha esquerda, um "caroço". Está em tratamento com pediatra desde a idade dos três meses, em virtude de distúrbios gastro-intestinais. Seis a sete evacuações por dia. Inapetência. Baixa progressiva do peso. Não tem tido febre.

Exame do doente: — Emagrecimento acentuado, face escavada, onde persiste, em contraste flagrante, o coxim gorduroso da bóla de Bichat. Fartas dobras cutâneas. Dir-se-ia que o pequenino murchou. Mucosas descoradas. Temperatura de 37°.

Exame local: — Procuramos com paciência a dôr á pressão do tragus. Nenhuma dedução clínica se pôde obter com tal processo, no caso em apreço. A criança grita e chora e se contorce qualquer que seja a zona do corpinho, que se lhe palpe.

Otoscopia: — Timpano esquerdo ligeiramente róseo. Direito claro. Tumefação situada na parte superior do sulco rétro-auricular esquerdo, acima do conduto auditivo externo.

Terapêutica: — Paracentese do timpano (ausência de exsudato na caixa). Incisão de Wilde e ligeira curetagem da fistula ossea. Grande quantidade de pús. Incisão de um centímetro. Drenagem com gaze iodoformada. Ótima sequência operatória.

Dia seguinte — 7.VII.939 - - Cessou a diarreia.
14.VII.939 — Ferida operatória cicatrizada. Bom apetite. Aumentou 280 gramas. Uma dejeção por dia. Alta.

FICHA N. 13.118 — 12-II-940.

A. B. L., um ano, menina, sem antecedentes familiares ou pessoais de maior interesse.

Molestia atual — Nos primeiros dias do mês de Fevereiro deste ano, foi acometida de transtornos nutritivos, com temperatura alta e acompanhada de rápida perda de peso.

Exame do doente: — Quando a enferma foi examinada, fazia mais ou menos uma semana que estava com a temperatura de 38° e 39°, tinha o pavilhão auditivo esquerdo, reclinado para diante. A região mastoideia esquerda mostrava-se com flutuação, edemaciada e francamente dolorosa á pressão, tanto ao nível do antro como da ponta; conduto auditivo sem infiltração e tímpano róscio.

Terapêutica: — Paracentese do tímpano revela ausência de secreção da caixa. Foi feita a incisão classica com curetagem da célula antral e drenagem ampla. No dia seguinte a temperatura baixou, a nível a que não havia descido ha mais de oito dias, despertando-se a sensibilidade mastoideia sómente á prcssão. Quinze dias depois, a cura era completa.

O registo destes dois casos de oto-antrite, um no meio do ano passado e outro no inicio do corrente, fez-nos rever a patologia auricular do lactante.

Não ha quem lide na clínica oto-rino-laringologica e ignore a dificuldade, por vezes insuperavel, do diagnóstico da otite média do lactante.

As melhores autoridades não se pejam de o confessar.

Certo, muitos casos se deparam de facil dignóse, mas, como dizia Miguel Couto, quem, em clínica, contar com as facilidades, ha de estar sempre às voltas com as decepções.

Se o tímpano, na criança e no adulto, exprime eloquentemente as modificações patológicas do ouvido médio, circunstancias de ordem anatomica fazem com que o mesmo não ocorra, via de regra, no lactante.

Além de muito inclinado sobre um conduto estreito, é o tímpano espesso, embaçado, de triangulo luminoso estreito e alongado.

Junte-se a isto, a disposição anatomica particular tubo-auricular. A trompa é curta, réta e aberta, ao contrario da do adulto, que é longa, um tanto torturosa e de paredes unidas.

Da disposição anatomica tubo-auriculo-temporal, deduzem-se os corolarios principais:

- 1º) Otoscopia pouco satisfatória, difficil ou impraticavel;
- 2º) Má perspectiva da membrana do tímpano;
- 3º) Má projeção das lesões da caixa, através do tímpano;
- 4º) Frequencia menor de perfuração expontânea deste (o exsudato inflamatório que se fórma na caixa encontra o escoadouro largo da trompa de Eustaquio).

Diversa tambem é a patologia auricular do lactante.

Dominam as fórmas anômalas.

Na sintomatologia geral, predominam as alterações gastro-intestinais, contrastando com a ausencia muitas vezes de qualquer sinál oto-mastoideo. O tímpano parece normal, mas a paracentese descobre a otite.

E' comum, na pratica pediatrica, depararem-se crianças com otite média, que sofrem disturbios gastro-intestinais graves (vômitos, diarreia), determinando-lhes perda de peso e culminando, ás vezes, no estado caquético, conhecido por atrofia ou atrepsia.

Duas opiniões se encontram a explicar esta grave alteração nutritiva.

Para alguns (Goppert, Marfan, Nobecourt) a desordem nutritiva é a causa principal e determina um "locus minoris resistenciæ" no ouvido como no pulmão, propiciando o desenvolvimento da otite média e da pneumonia.

Dissentem Maurice Renaud, Girard, Hartmann, Ponfick, Prying, Kopetzky, apresentando observações de inumeros casos em que diarreias coincidem com otites e cessam aquelas quando estas desaparecem.

Admitem estes autores tambem um nexo de causalidade entre a afecção auricular e a gastro-intestinal.

Para eles, porém, a otite seria a causa primeira e o disturbio nutritivo consequencia de um processo de reabsorção de substancias toxicas, oriundas da mucosa do ouvido médio.

"O lactante faz-se caquético porque é infectado, e a infecção primordial está no ouvido e seu esqueleto", sentencia Maurice Renaud.

Allden observa a otite média em muitos casos de atrepsia e diarreia. Por isto, aconselha a antrotomia, em tais casos, quando a miringotomia fôr negativa.

Ocorrem as perturbações intestinais preliminar, concomitante ou sequentemente. Acompanham a otite como a sombra ao corpo.

Entre os dois grupos acima referidos, ha o ecletismo de poucos que admitem uma e outra causa.

O germen microbiano mais encontradão é o pneumococo, hospede habitual, mas traioeiro, do rino-faringe do lactante. E todos conhecem-lhe o requinte em imprimir sintomatologia discreta, marcha arrastada á evoluçáo clínica da molestia. Não se deve contar com grandes elevações termicas. Se, em alguns casos, a temperatura sobe á 39°-40°, em muitos mantém-se nas circunvizinhanças de 37°-37,5°.

A gravidade das lesões mede-se, em muitos casos, porém, na razão inversa do torpor de sua evoluçáo.

Tendo em vista a forma anomala da patologia auricular do lactante, anomala por ausencia dos sintômas cardiais e preponderancia do síndrome gastro-intestinal, deve-se suspeitar sempre o comprometimento oto-mastoideo na ocurencia de qualquer estado infeccioso, de etiologia mal definida. Em face da deficiencia da semiologia auricular, nos primordios da vida, ha apenas um recurso, e este compulsorio, para o diagnóstico: a paracentese do timpano. Embora negativa a miringotomia ou, se positiva, persiste o estado infeccioso, impõe-se a pratica da antrotomia.

Esta é a opinião das melhores autoridades.

Neumann preferia abrir 99 timpanos são a deixar 1 só com a caixa lesada.

Ribadeau Dumas recomenda a antrotomia em diarréas de etiologia mal definida, não só como meio terapeutico, mas também como recurso de diagnóstico.

Assim pensam também Ramadier, Bloch e Le Meé, Kopeitzky, todos com grande experiencia de tal pratica.

Eloquente atestado da excelencia desta conduta fornece Bokel Huinick, da Holanda, citado no trabalho do Dr. Francisco Hartung.

Fez Huinick a antrotomia a dez crianças moribundas, que apresentavam otite média purulenta acompanhada de diarréia e outros disturbios nutritivos. Havia púz em todos os antros. O micro-organismo mais frequente foi o pneumococo. Salvaram-se seis crianças.

Bokel Huinick também, aconselha a antrotomia sempre que não existe causa para os sintômas intestinais, embora a miringotomia seja branca.

Os nossos doentinhos vimô-los com a antrite já exteriorizada, postumo frequente e feliz.

Operados, cessaram os disturbios nutritivos e a diarréia; o apetite voltou, o peso recomeçou a progressiva ascensão. Em ambos a miringotomia foi negativa.

Dois casos de periflebite tuberculosa da retina

Dr. Paiva Gonçalves

Chefe do serviço de olhos.

Capitão médico, Docente de Oftalmologia da Universidade do Brasil e da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio, etc.

Dois casos de periflebite tuberculosa recentemente encontrados em minha Clinica motivam o presente trabalho — simples pretêxto para alguns comentários sobre as doenças dos vasos retinianos de origem tuberculosa.

Os diferentes aspectos descritos por vários autores encontram-se reproduzidos nos dois doentes, desde o leve envolvimento do contôrno venoso por formações esbranquiçadas até a exuberância de proliferação nevróglia a integrar quadro igual ao da retinite proliferante de Manz. Ainda mesmo a variedade com "estrela macular" — *sternfigur* dos alemães — e que só ocorreria quando o processo atingisse o tronco principal, encontramos num dos enfermos. Esse, com efeito, tem ao lado das infiltrações sanguíneas da retina e das alterações características das paredes vasculares uma estrela macular em nada diferente da que surge nos pacientes com retinose albuminurica. Aliás, a "sternfigur" ou a "spritzfigur" pôde ser encontrada em afeções outras da retina: edema da papila, neuro retinite, retinite arterio esclerótica, trombose parcial da veia de origem diversa, etc., em suma, sempre que houver edema de retina decorrente de perturbação da permeabilidade vascular, a qual, por sua vez, é consecutiva a accidentes espasmodicos. Até como sintôma precoce de uma retinite de Coats existe na literatura caso referido por Jess. Essas possibilidades não tiram, todavia, o interesse do achado oftalmoscópico.

O segundo paciente, possui historia clinica muito interessante para identificação do agente responsavel pelo quadro oftalmoscópico — um pleuriz em seus antecedentes e alterações graves da agudeza visual surgindo por duas vezes e regredindo ao fim de algum tempo de tratamento. O medico que o tratou em Minas de suas doenças oculares, disse lhe ter sido acometido de cório retinite. Estamos a crêr, porém, terem sido duas hemorragias na retina, ou talvez mesmo no vítreo as causas das graves perturbações funcionais historiadada pelo doente; há retinite proliferante pugnando por isso e inobservancia de alterações cicatriciais peculiares às cório retinites. Por outro lado sabemos que as afeções especificas evoluem com intermitências e agravamentos.

Voltando ao destrinçamento dos dois casos podemos assemelhá-los um ao outro por apresentarem manifestação de igual natureza, embora em estádios diversos. Em J. mais recente é a doença; em G. o mal é mais antigo, os primeiros sintomas fizeram-se notar há muitos meses, e suas lesões são talvez por isso mesmo mais sérias — proliferações de glia, degenerações retinianas e vaso venoso com parte terminal totalmente envolta em tróctos esbranquiçados, dando a impressão até de estar trômbosado.

Como sóe acontecer em casos tais, ambos são jovens e ambos mostram adenopatia tráqueo bronquica, tal como referia a esse proposito AXENFELD. Acresce ainda que todos os dois tiveram fortemente positiva a reação de MANTOUX com diluição de 1 para um milhão.

O aspecto de "retinitis stellata" de um deles afasta a hipótese de retinose albuminurica, idéia primeira que ocorre, por ser normal o exame de urina, unilaterais as lesões e por motivos outros que seria óbvio aqui enumerar. O outro com reação de Kahn no sangue fortemente positiva e com vaso de aspecto bem parecido com o da veia trombosada poderia nos inclinar pela lúes mas o reláto clinico e a contemporaneidade das proliferações constituem razões fortes em contrário.

Acreditando por todos esses motivos tratar-se de etiologia tuberculosa não será descabido indagarmos dos elementos de que dispomos para estabelecer esta especificidade causal.

A natureza tuberculosa da periflebite retiniana — afeção descrita em 91 por GUM e SCHEFFELS — foi suspeitada por AXENFELD e STOCK em 1911. FLEISCHER mostrou em tempo que as lesões encontradas revelavam uma inflamação de evolução crônica provavelmente bacilar, embora não lhe fosse possível encontrar bacilos nas lesões.

O fato da infecção se manifestar sob forma inflamatória se explicaria por não se iniciar a enfermidade primitivamente no vaso e sim constituir propagação bacilifera vinda de foco oculto em organismo total ou parcialmente imunizado em forma hipersensível contra a bacilose. Digamos, contudo, que MELLER era de opinião que um foco uveal preexistisse e que de lá viria a infecção, e que portanto, uma iridociclite discreta existiria podendo ter passado despercebida. Esse autor ficou isolado e praticamente sem apoio com a negatividade dos casos observados à lampada de fenda e com os resultados das experiencias de FINOFF e ITO que conseguiram encontrar bacilos nas bainhas venosas após introdução de germes na carotida primitiva.

MARCHESANI porém é de parecer que a periflebite é uma forma atípica de esclerose múltipla, chamada enfermidade de BUEGER. Contra essa concepção ergueu-se LOE-WESTEIN, apoiado em vallosos argumentos.

Na falta de evidencia tuberculosa pôde-se pensar em origem focal, como lembra SCHIEK em seu tratado.

Convencidos da natureza bacilar da enfermidade esmiucemos o mecanismo patogênico. A propagação tuberculosa pôde-se fazer por via uveal anterior, e foi o que conseguiram FINOFF e ITO com a experiencia já citada, ou por via vascular posterior. E' preciso que se acentue não ser necessario o transporte dos germes para a inflamação se manifestar. As toxinas tuberculosas bastam e o tipo da inflamação, tórpidade e difusa, e o caráter passageiro e regressivo das lesões e bem assim a ausência geral de necrose falam mais pela tuberculose.

Quando pouco esclarecedor é o quadro oftalmoscópico para filiação etiologica do mal convem recorrer a outros elementos.

O estudo dos antecedentes morbidos pessoais e familiares, por exemplo, a observação do paciente, com a pesquisa dos tres estigmas que caracterizam o coração do tuberculoso: taquicardia e hipotensão arterial, a ultima considerada por POTAIN e MARFAN como presunção de grande valor mesmo quando os sinais pulmonares são mudos e a segunda constituindo antes uma predisposição congenita.

De grande valor são as manifestações acusadas pelo aparelho respiratorio e mais facilmente evidenciaveis com Raios X.

"A tuberculose ocular é secundária a foco pulmonar pré existente" disse-o RIST. Procuremos pois o complexo primário de RANKE, os vestígios calcificados de uma primo infe-

ção curada, situados na base de um lóbo, no hilo, quando não na região axilar.

Além desses dados ha os que se colhem efetuando uma série de provas com a tuberculina, das quais umas estão em desfavor e outras são muito apreciadas na diagnose e até para dedução prognostica.

A simples enumeração das reações propostas comprova a pouca certeza que qualquer uma delas isoladamente nos dá é a sub-cuti-reação (verificação da temperatura de 2 em 2 horas depois de injetar tuberculina bruta de KOCH diluída ao milésimo), é a cuti reação classica ou suas variantes de LIGNIÈRES, LAUTIER e transcutanea de MORO, é a intradermo reação de MANTOUX, a homeotópica de WEISS, a de LOEWESTEIN e PICK, etc. além de outras reações que podemos levar a efeito, como a de fixação, a sérofloculação á resorcina de VERNES, etc. etc.

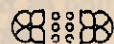
De nossa parte gostamos muito da de YOSHIDA, realizada com a tuberculina japoneza vendida no comercio com o nome de A. O. N. 1. Consiste na injeção de uma empôla desse preparado sob a péle e na contagem de leucócitos de meia em meia hora, retirado o sangue por escarificação do lóbulo auricular. Em um gráfico quadriculado traçam-se as curvas assinalando o numero de globulos brancos encontrados em cada verificação. As reações, serão declaradas negativas quando o numero de leucócitos diminúe cada vez mais, e ditas positivas em caso contrario, com os grãos de fraca, média e forte, segundo o aumento apresentado.

Contudo, devemos dizer com ARLINDO ASSIS que a prova ideal para o tuberculino diagnostico "será aquela que, apresentando especificidade e sensibilidade, seja ao mesmo tempo de aplicação facil". A de YOSHIDA positivamente é muito trabalhosa, e o que não é para desprezar, muito cára. Quando as condições economicas do enfermo permitem preferimo-la, mórmente si no exame ocular fortes razões encontrarmos para pensar em tuberculose, e isso porque a propria injeção serve tambem para o tratamento. Nos demais casos recorreremos ao indice de VÉLEZ, apesar de todas as restrições que lhe fazem alguns, e à intradermo reação de MANTOUX.

Como já o dissemos nossos doentes tiveram forte positividade da reação praticada, resultado que de acôrdo com a tabela de leitura proposta por ALVIMAR DE CARVALHO é representado por tres cruces, o que quer dizer que houve formação de pápulas, com infiltração superior a 3 centímetros

de extensão, não acompanhada de vesiculas, pois si tal se desse teriamos dito ser muito forte, com 4 cruces. Si a infiltração tivesse sido de 2 a 3 centímetros ou de 1 a 2, teriamos no primeiro 2 e no segundo uma cruz. Ha ainda o resultado duvidoso, quando a formação de pápula com infiltração nítida, mede mais de 5 e menos de 10 milímetros de diametro, e negativa quando ha ausencia completa de qualquer sinal traumático no local injetado, máculas simples de extensão variavel, ou formação máculo papulosa medindo menos de 5 milímetros. Repassamos a tabela de ALVIMAR DE CARVALHO para que se saiba dar o valor exáto das reações apresentadas pelos dois doentes: + + +

Podemos agora concluir que J. e G. são portadores de periflebite, ou como diria SCHWEINITZ de vasculite ou perivascularite de etiologia tuberculosa, acometidos ambos no segundo estádio da classificação biologica de RANKE e com lesões produtivas da variedade estudada por ASCHOFF.



MEDICINA LEGAL

Segredo médico — Revelação permitida

Dr. Aridio Martins

Major Médico do H. C. E., professor da Faculdade Fluminense de Medicina, Bacharel em Direito, etc.

Periciando um delinquente perante a terceira Auditoria da Justiça Militar, no Rio de Janeiro, para dizer da imputabilidade ou inimputabilidade do acusado, foram-me presentes os autos do processo N.º 45, do ano de 1939, onde estavam em seu bojo todos os elementos de processo, inclusive os quesitos formulados pelas partes.

Motivou a pericia medico legal, que foi a segunda, um requerimento do órgão de justiça publica, solicitando informes sobre a doença, apreciada numericamente, segundo a nosologia militar, que motivou a incapacidade do acusado em inspeção de saúde.

O magistrado contrariando os propositos do promotor de justiça compreendeu, que "os diagnosticos medicos constituem segredo profissional que não podem ser revelados", e a seguir, "si o M. P. M. entender necessario saber a molestia que determinou a exclusão do acusado, do serviço do Exército, poderia requerer exame pericial".

O exame pericial foi procedido e o processo prosseguiu os seus tramites legais.

Em face do requerimento do promotor militar e despacho do magistrado, auditor de guerra, desvenda-se uma questão medico legal sobre segredo medico.

O segredo é uma confidencia entre o doente e o medico, é um desabafo de quem sofre e que confia ao que ouve.

O medico deixa de ser o confidente escolhido para se tornar no necessario.

O doente abre a sua alma e o seu coração ao medico no confissionario da profissão.

Este o escuta porque é o sacerdote da ciencia medica e calará desde que, "nunquam etiam disciplina medica ad-mores corrumpendos, fovendave crimina utar", conforme seus compromissos assumidos em face do juramento.

O promotor de justiça militar encarou as necessidades juridicas dentro da escola ecletica do segredo e, o magistrado, compreendeu a materia inicialmente, sob os compromissos da escola absolutista para, no final de seu despacho abrir as portas da escola relativa, na fisionomia da lei.

O absolutismo, no segredo medico, obriga a guarda completa da confidencia, devendo existir sempre e em qualquer circunstancia da vida, ainda mesmo que a sua sombra seja perseguida a inocencia e protegido o crime. Por essa escola o medico é um sacerdote que escuta, no confissionario, as faltas do religioso; ouve, aconselha e guarda o mais absoluto sigilo.

Filiaram-se a escola absolutista varios legistas.

Para Hemar a revelação constitue delicto. Guerrier et Rotureau, consideram a revelação proibida, pelo dano que causa a outrem.

Mattirau acha que nem mesmo a um colega deve o medico divulgar o segredo.

Didôt, em sua aula inaugural em 1851, disse que a obrigação do segredo é dever imperioso, reveste carater sagrado e absoluto que não pertence a ninguém.

Brouardel que foi um partidario do segredo absoluto, aceitou-o com restrições.

Morache foi incondicional e, no Brasil, Francisco de Castro foi rigorosamente absolutista. No seu discurso de paraninfindo em 23 de Janeiro de 1897, aos doutorandos pela então Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, abordando a questão do segredo medico, dizia aos seus paraninfindos "observai-o em todas as emergencias; sobrepondo-o á sedução de todos interesses; dai-lhe uma voz superior ao grito de todas as paixões, ainda quando resulte do vosso sigilo a perseguição à inocencia ou a proteção ao crime. Jamais vos esqueçais que ao segredo de vossa profissão estão congenialmente associados, desde os dias de Hipocrates, a honra do vosso ministério e a dignidade do vosso nome; e que esse segredo ou ha de ser formal e absoluto ou, se o não for, não passará de um embuste grosseiro, de uma arlequinada indecorosa, de uma farça infamante de um homem de bem".

O segredo absoluto encontra na lei um amparo no art. 144 do Codigo Civil, "cap. IV, da forma dos atos juridicos e da sua prova" "ninguem pode ser obrigado a depor de fatos a cujo respeito, por estado ou profissão, deva guardar segredo".

Este artigo da lei brasileira está em franco acordo com a lei Argentina em cuja jurisprudencia penal, no art. 44 exige os padres, medicos, advogados, quando no exercicio de suas profissoes, deporem, para resguarda-los da revelação do segredo. Igualmente estão inibidos de serem admitidos como testemunhas, em razão do officio quando hajam obtidos segredo, pelo art. 75 da lei Argentina, o medico, farmaceutico, parteira e outras pessoas que em profissão sejam obrigados a guardar sigilo. A lei Paraguaia, em seu art. 440 obriga a guardar segredo, fora dos casos que a lei exige. Como a Argentina estão o Chile (art. 247), Colombia (art. 299), Guatemala (art. 251), obrigando o segredo absoluto.

Na Consolidação das Leis Penais, no Brasil, o segredo obedece a escola ecletica.

No art. 192, "revelar qualquer pessoa o segredo de que tiver noticia, ou conhecimento, em razão de officio, emprego ou profissão, penas de prisão celular por um a três meses e suspensão do officio, emprego ou profissão por seis meses a um ano". Parece ao primeiro instante que este artigo de lei obriga o segredo absoluto, entretanto na mesma Consolidação das Leis Penais, o art. 378, estabelece no quarto periodo, "Deixar o médico clínico de denunciar a existencia de doentes de molestias infecciosas à autoridade competente, afim de que esta possa providenciar oportunamente, na conformidade dos regulamentos sanitarios... pena de 50\$000 a 100\$000". Este trecho da lei se condiz com o art. 261 do Decr. 15.003, de 15 de Setembro de 1921.

E' a mesma lei que estabelece o segredo relativo como uma necessidade social, entre o doente, o medico e a sociedade.

Esta convenção é sancionada por uma ordem publica relativa, como bem acentuou André Perraud Charmantier, em *Le Secret professionnel, ses limites, ses abus. Etude Theorique et Pratique*.

Si for reprimida a revelação do segredo, continua o mesmo autor, a lei só pode proteger os interesses privados, não querendo dar por isso, ao segredo uma condição de ordem absoluta.

A obrigação legal não pode entrar em conflito com os interesses pessoais, porque acima de tudo deve estar a ordem publica como elemento absolutamente superior, sobre interesses personalissimos médicos e jurídicos, porque a sociedade impõe pela lei, a revelação nos casos necessarios.

O simples fato material da divulgação do segredo, diz Souza Lima deve ser reprimido.

Cabe sempre ao medico a lembrança do final de seu juramento, "nunca usarei da profissão medica para corromper os costumes nem para favorecer os crimes".

Os interesses da coletividade estão acima dos interesses particulares.

"A vida em comum nas sociedades, diz F. Favero, deve restringir atividades e direitos, para evitar inconvenientes para outras atividades e direitos mormente gerais".

Não podia por certo a lei incidir no absurdo de amparar interesses pessoais, tanto assim que, se pode focalizar o art. 378, quarto periodo, art. 388 que obriga a dar registro de nascimento, art. 364 que se refere a inhumação dos cadaveres em contravenção dos regulamentos sanitarios, todos da Consolidação das Leis Penais, referentes a relatividade do segredo.

No conceito legal estão discriminadas as razões acima do ecletismo do assunto, convindo lembrar que o Regulamento N. 18.542, de 24 de Dezembro de 1928, no art. 88 manda que se exhiba o atestado de obito no registro de baixa da personalidade juridica, atestado esse que, nos termos do art. 91 do citado Regulamento, entre outras formalidades, ha o do diagnostico legal da letalidade.

O segredo medico somente poderá ser guardado quando, violado sobrevenha um mal maior que a propria revelação.

O professor Nascimento Silva, estribado no art. 32, § 1º da C. das Leis Penais, considerou que quando "a guarda do segredo medico importar mal maior para terceiros, ou afetar a vida, ou lesar direitos de outrem, a sua revelação derime a criminalidade e justifica o crime". E' preciso entretanto considerar-se o art. 33 ns. 1º, 2º e 3º.

Igualmente pensaram com Nascimento Silva, Afranio Peixoto, Oscar Freire, Tanner de Abreu.

Num conceito moral, o segredo se funda no estalão de dignidade de cada profissional, convindo entretanto compreender com Bruno Lacombi, de que ninguem se põe a seguro, colocando sua consciencia acima da lei.

O fato da revelação do segredo está em fazer o medico de publico ou a uma unica pessoa, e as características do crime, se fundam na revelação intencional, que haja um fato secreto e que seja no exercicio da profissão. Com esses elementos provado o dolo, responde o profissional.

Na pratica da profissão medica é o segredo revelado sem que isso constitua crime, desde que coloque os interesses da lei acima dos seus proprios.

São modalidades de revelação, o casamento, com os fundamentos dos arts. 218 e 219, III, IV doCodigo Civil, onde o médico age pericialmente; no aborto criminoso; boletins medicos; serviços de estatistica; atestados; exames para seguros de vida; testemunho; questões forenses atinentes a cobrança de honorarios; exames de menores, amas de leite e

famulos; as funções do perito, a mais ampla, onde ha necessidade de uma explanação completa do caso periciado, conclusões emitidas depois da descrição minuciosa, com nome do paciente e todas as características da identidade e respostas dos quesitos, alem da illustração fotografica e graficos elucidativos.

O perito é um órgão auxiliar da justiça e por isso se obriga a prestar todos os esclarecimentos que ella necessita.

O perito não está pois sujeito a regra do segredo, elle quasi que se torna abolicionista, sem contudo seguir a escola defendida por Charles Valentino.

As papeletas hospitalares dos Estabelecimentos que não seguem a nomenclatura numerica da nosologia, são outros elementos da revelação do segredo medico.

No Exército ha uma nomenclatura nosologica numerica, de carater reservado, e nas papeletas dos Hospitais militares, os diagnosticos são exarados numericamente.

O interesse moral dessa nomenclatura, foi o de resguardar o mais possivel dos interesses pessoais, o sigilo legal.

Para a justiça entretanto, não ha o segredo absoluto, porque a sociedade, pelos seus órgãos legitimos, está juridicamente representada pelos guardiães da lei e o medico perito, tem obrigação de informar convenientemente, sem reboços, tudo que houver encontrado dentro do *visum et repertum*, esclarecendo assim, a justiça qualitativamente, para que esta aplique o *quantum* necessario determinado por lei.

A nomenclatura nosologica numerica resguarda o sigilo, fóra dos casos que a lei exige, tendo a virtude de evitar o abolicionismo preconizado pelos que não admitem o fato secreto como moral profissional.

Valentino em "Le Secret professionnel en Medicine, sa valeur sociale" proclama "que o segredo medico, filosoficamente, é uma deshonestidade; que esta deshonestidade é efetuada por dois cumplices, o doente e o medico, sendo em verdade singular, que a sociedade por suas leis, assegure o livre funcionamento de uma deshonestidade da qual ella é a vítima.

De qualquer lado apreciado, o segredo aparece como nefasto à sociedade... E' preciso ensinar ao povo que o verdadeiro interesse individual orienta a proteção de cada um contra outrem; que não ha individualismo inteligente fora da moral social e que a supressão do segredo medico é uma das exigencias dessa moral".

E' uma doutrina perniciosa cujos defensores se corrompem, traindo os compromissos de ordem moral e profissional assumidos por ocasião do juramento hipocratico, de que haveriam nunca usar da profissão medica para corromper os costumes e favorecer o crime.

Doutrina absurda que contraria todos os principios elevados de uma profissão que se não cura, no rigor da expressão, conforta, aconselha e sempre consola os que sofrem.

Sem estar filiado aos rigores do absolutismo ou a licenciosidade do abolicionismo, se enfilera o perito no ecletismo, porque dentro da lei, tem de ver, observar, e relatar em suas pericias, porque assim exigem os codigos.

Sem ser um denunciante, o medico perito não pode consentir que à sua sombra viceje o crime e, como tal, gozando da confiança do magistrado que dele espera a palavra official, tem de ser verdadeiro, porque a sua pericia exige que seja com verdade somente, como ensinou Saint Beuve.

Como perito, tem o medico de revelar o segredo, porque os interesses da justiça assim exigem.

A honra do perito não declina por dizer a verdade em sua pericia, esclarecendo os fatos, revelando o segredo portanto, dentro dos preceitos legais, porque, "a honra, como estatue Von Listz, é a consideração que se adquire pela conduta".

Não pode um julgador prescindir de exames periciaes, porque *Actio non datur nisi constat de corpore delicti* e que no conceito de Vanguerve, a pericia é "o esteio do processo criminal".

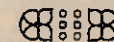
A pericia tem de ser clara e minuciosa, referenciando tudo que o periciado apresente e assim, revelando o medico perito os segredos que em razão de officio ouviu, ao julgador que vai se louvar em seu trabalho.

Compreendemos pois, que o segredo seja relativo e na pericia medico-legal possa ser revelado, porque a lei exige e reclama nos interesses da justiça.

Com relação pois "aos periciaes, determinados pela justiça, pondera Galdino de Siqueira, a revelação do segredo medico é limitada à autoridade ou magistrados que determinaram a diligencia, devendo o perito guardar sigilo quanto à estranhos enquanto não for julgada a causa... fora dos casos em que a lei abre exceção... para solucionar inumeros casos de colisão entre o dever do sigilo e o dever de salvar outros interesses juridicos".

A lei autoriza ao perito a revelar o segredo, atendendo os interesses de ordem superior, como sejam os de justiça.

Na pericia pois, a revelação é permitida, para salvaguardar os interesses da justiça.



CLÍNICA DERMATOLÓGICA

O Fogo Selvagem

Dr. Santayana de Castro

Capitão médico, Chefe de Enfermaria

A dermatose denominada Fogo Selvagem é uma variedade de Penfigo maligno, caracterizada por uma eritrodermia exfoliativa, que se inicia por uma fase bolhosa.

Etiologia — Sua etiologia é ainda desconhecida. É uma variedade penfigo foliaceo, muito frequente no interior do Brasil, principalmente nos Estados de Mato Grosso, São Paulo, Goiás e Minas Gerais.

Como outras variedades de penfigos, sua etiologia permanece no domínio das hipóteses.

Urbach e Wolfran pensam que o penfigo e doença Duh-ring são formas diferentes de uma mesma afeção resultante de um vírus filtrável. Injetando serosidade proveniente de bolhas de penfigo e da doença de Duh-ring no espaço sub-arachnoideo do coelho provocaram uma paralisia flácida ou uma cachexia rápida. A morte sobrevinha por meningoencefalite. Os autores realizaram passagens sucessivas de matéria cerebral de animais infectados para animais sãos. E afirmam que os animais inoculados apresentaram sinais comparáveis e permaneciam imunizados contra as infecções ulteriores.

Bernhard pensa diferentemente. Depois de numerosas experiências: culturas, inoculações sempre negativas, ele abandonou a hipótese da natureza infecciosa dos penfigos e da doença de Duh-ring. A classificação destas afeções entre as reações cutâneas de intolerância lhe parecia uma hipótese mais sedutora, porque estas dermatoses apresentavam caracteres comuns a todas as reações de intolerância, como o polimorfismo, evolução por surtos, conservação de um bom estado geral, etc....

Gourgerot e Brouet fizeram também inoculações em coelhos, mas sempre com resultados negativos.

Rost classifica os penfigos no capítulo das distrofias neuro-endócrinas, se bem que considere a etiologia dessas afeções ainda completamente obscura.

Pende e Fivoli acham que não existe nenhuma relação entre os penfigos e as modificações de funcionamento das glândulas de secreção interna. Em três casos de penfigos que observaram e que praticaram autópsia com exames histopatológicos, concluíram pelo estado normal de todo o sistema endócrino.

As pesquisas de Lipscheutz fazem crer numa doença provocada por protozoários.

Weindenfeld julga os penfigos resultantes de uma toxina produzida na própria pele, proveniente de algum micro-organismo desconhecido.

Max Joseph acha que a hipótese mais acertada é aquela que atribue aos penfigos uma etiologia nervosa e que o penfigo foliaceo deriva muitas vezes de um penfigo vulgar.

Autores existem que julgam os penfigos resultantes de uma intoxicação, ou derivados de doenças secundárias, como sejam o eczema e o psoríases.

Na verdade não se conhece ainda com certeza a etiologia dos penfigos malignos.

Entre nós, estudos experimentais vem sendo feitos, principalmente no Estado de São Paulo, pelo ilustre professor Dr. Lindenberg e Dr. João Paulo Vieira.

Lindenberg em face de suas experiências concluiu que o agente do Fogo Selvagem se comporta sob certos aspectos como um vírus.

Utilizou em suas experiências o sangue de doentes de Fogo Selvagem, que injectou no peritônio, nos testículos e no espaço sub-arachnoideo de coelhos e cobaias. Após um período de incubação de duas a seis semanas, constatou a presença de lesões cutâneas do tipo eritemato-escamoso. O fato das lesões obtidas se encontrarem distribuída sobre toda a superfície do corpo, sem nenhuma reação local correspondente ao ponto de inoculação, constitui no seu modo de ver uma confirmação da hipótese que orientou suas experiências, de que a doença deriva de um vírus existente no sangue.

Em todos os animais inoculados, verificou por exames histológicos que as lesões eram típicas de Penfigo Foliaceo, acusando acantose acentuada, exfoliação abundante e micro-abcesso intra-epitelial.

Chegou, por seus estudos experimentais, às seguintes conclusões:

1) — O fogo selvagem é uma molestia infectuosa, produzida por um vírus que circula no sangue e é transmissível a animais de laboratório.

2) — Também a dermatite herpetiforme de Dühring e o penfigo vulgaris são molestias infectuosas, produzidas por um vírus que circula no sangue e transmissível igualmente por via sanguínea, a animais de laboratório.

3) — Por analogia, o penfigo vegetante e o foliaceo europeu são também molestias infectuosas produzidas por um vírus que circula no sangue.

Diz, também, o professor Lindenberg que acredita ser o penfigo foliaceo europeu a mesma molestia que denominamos Fogo Selvagem, esporádica na Europa e endêmica no Brasil. Considera também o Fogo Selvagem o mais infectuoso dos penfigos.

João Paulo Vieira, Diretor do Serviço de Penfigo do Estado de São Paulo, diz que ainda não pôde tirar conclusões sobre a transmissão experimental do penfigo a animais de laboratório, visto suas experiências serem por ora em número relativamente pequeno e constituírem uma repetição de experiências já realizadas por outros pesquisadores. Como animais de experiência empregou o coelho, o macaco e o rato.

A maior parte dos animais recebeu soro sanguíneo ou sangue total de doentes de Fogo Selvagem com formas iniciais ou crônicas da doença, e líquido de bolhas depois de filtrados em velas Berkefeld V.

As vias de introdução do material foram as seguintes:

Coelhos — cisternal, cerebral, transocular, testicular, peritoneal e subcutânea; Macacos — câmara anterior de olho, testicular e sub-cutânea.

Resultados — Coelhos em observação variável de 60 dias a 11 meses.

Resultados negativos. Macacos — foram inoculados dois, simultaneamente por vias testicular e sub-cutânea e câmara anterior do olho.

Os resultados foram negativos. Ratos — resultados também negativos.

Do que se lê acima e do que nos foi possível observar, as dermatoses bolhosas denominadas penfigos, constituem manifestações cutâneas de estados morbidos os mais diversos.

O Fogo Selvagem, que nos interessa nesse momento, pensamos ser resultante quase sempre do uso da infusão de raízes de plantas consideradas depurativas, tais como a "carobinha do campo", a "douradinha", "mandiocão", etc. . .

Assim pensamos por diversos motivos, principalmente porque observamos que a infusão das raízes dessas plantas, tomadas em excesso, provocam em certas pessoas o aparecimento de bolhas, que se estendem pelo corpo inteiro. Essas bolhas em tudo semelhantes as do penfigo, surgem também primeiramente pela região do torax, e se acompanham dos mesmos

fenômenos subjetivos de sensação de calor ou frio em todo o corpo. Além disso, é fato verificado e conhecido dos habitantes do interior que tais plantas provocam uma dermatose bolhosa, que é considerada como sendo "a sujeira do sangue que sae para fóra".

Observamos também, quando trabalhamos no interior do Estado de Mato-Grosso, que os casos de Fogo Selvagem estavam sempre localizados em lugares próximos as moradias de curandeiros que receitavam as plantas depurativas já citadas. Conhecemos uma curandeira que com suas "receitas" provocou o aparecimento de uma dermatose bolhosa tipo penfigo em três praças do Regimento em que servíamos e um caso de penfigo foliaceo em outra praça que parecia ter apenas um herpes zoster na região mamária. Na clínica civil também encontramos casos de penfigo foliaceo cujo início se fizera após o uso das "receitas" da mesma curandeira que havia tratado os nossos soldados.

Se essas plantas podem provocar dermatoses bolhosas do tipo dos penfigos, mais perigosas se tornam quando tomadas durante certas manifestações cutâneas, tais como o herpes zoster, herpes gestationis, psoríases, etc. . . , que podem rapidamente se transformar em penfigo maligno.

Nas observações, encontradas mais longe, veremos que pessoas portadoras de lesões de herpes, julgando-se com manifestações cutâneas sífilíticas ou cuidadas por curandeiros, fizeram uso das diversas plantas citadas e verificaram que suas lesões cutâneas se agravaram, estendendo-se rapidamente pelo corpo inteiro. Entretanto, em vez de verem nessa agravação do mal o resultado prejudicial do remédio, consideravam que assim agindo o remédio expulsava para fóra o que de ruim existia no sangue.

Sintomatologia — O Fogo Selvagem começa insidiosamente pelo aparecimento de vesículas ou bolhas que surgem quase sempre no torax, ao nível da região mamária e em seguida pela cabeça e membros superiores e inferiores. Essas vesículas ou bolhas, tornam-se confluentes, ou se esparramam pela superfície tegumentar como uma gota de óleo sobre o papel, pelo que a dermatose se generaliza rapidamente sobre todo o tegumento.

A serosidade contida nas vesículas ou bolhas pode ser clara, turva ou purulenta. Depois desta fase bolhosa, vem a fase exulcerativa resultante do rompimento das bolhas. O doente fica com as partes profundas da derme expostas, uma ferida generalizada a todo o tegumento, de cor vermelho-violacea e úmida. Esta fase exulcerativa da doença torna todos os movimentos dolorosos em virtude de se colarem ao corpo as peças de roupa. Se a morte não sobrevém nessa

fase, o tegumento se cobre então de uma crosta com escamas úmidas, com um mau cheiro característico. Constitue-se a fase descamativa da doença ou melhor a fase de eritoderma exfoliativa. As escamas se destacam continuamente e abundantemente, sob a forma de laminas de dimensões variáveis, ou também sob a forma de pó. A pele apresenta uma coloração arroxeada, as mucosas não são absolutamente atingidas pela doença, o que constitui uma diferença entre o fogo selvagem e os penfigos descritos pelos especialistas europeus.

O estado geral pode permanecer bom durante muitos anos, se não se apresenta alguma complicação. Algumas vezes o doente apresenta um certo grau de emagrecimento, que pensamos ser o resultado da dieta a que se submete. O exame dos aparelhos circulatório, respiratório, urogenital, digestivo e nervoso, na maioria dos casos, nada apresenta de anormal. Os doentes conservam o apetite, não sofrem de constipação, urinam regularmente, somente nas mulheres desaparece às vezes a menstruação. O estado psíquico apesar do estado miserável em que se encontram os doentes permanece normal, alguns doentes apresentam-se mesmo alegres durante a visita médica. Os batimentos cardíacos são normais, mas pouco vigorosos. A temperatura ou permanece normal ou oscila entre 37, 37 $\frac{1}{2}$, e 38.

Nos doentes graves que permanecem todo o tempo na cama, notam-se atrofia muscular. As unhas e os pelos caem totalmente ou parcialmente quando atingidos pela doença, mas tornam a crescer nas fases de melhora.

Uma das características dessa doença é o aparecimento de fases alternativas de melhora e de agravação das lesões cutâneas. Formam-se durante o curso da doença grandes edemas nos membros inferiores, que persistem, mesmo quando o doente se encontra em repouso, e que nos casos de cura desaparecem pelo tratamento tônico.

O sinal de Nikolsky é sempre positivo na fase foliacea da doença, consiste em passar o dedo tangencialmente com alguma pressão sobre a pele o que provoca um deslocamento da camada superficial da epiderme.

Nunca encontramos nenhuma criança atacada deste terrível mal, e também não é de uso dar-se às crianças infusão de carobinha ou de outra planta do mesmo gênero.

Como sintomas subjetivos, existe um prurido por todo o corpo e se acentua a noite. Os doentes sentem também sensações ora de calor, ora de frio. Descobertos sob a mais leve brisa sentem frio, e também são muitos sensíveis aos raios solares. Não se queixam de nenhuma dor, a não ser as provocadas pelo contato com as roupas.

A doença pode permanecer estacionada em qualquer das suas frases descritas e também permanecer localizada em determinadas regiões do corpo, daí a formação de formas clínicas diferentes.

O Fogo Selvagem pôde, portanto, apresentar-se simplesmente sob a forma de um penfigo bolhoso, exulcerativo ou foliaceo.

Evolução — O Fogo Selvagem tem uma evolução crônica, que se pôde prolongar por toda existência. Apresentamos nas nossas observações um caso de duração de 18 annos.

As formas benignas, quando convenientemente tratadas, podem terminar pela cura.

Durante a sua evolução a doença pôde apresentar ainda que rariissimamente, uma cura espontânea, ou mais exatamente uma melhora bastante acentuada e de longa duração.

Profilaxia — Segundo as nossas observações julgamos que o Fogo Selvagem não é doença contagiosa. Os doentes vivem durante anos entre as pessoas da família, na maior promiscuidade, sem observação de princípios de higiene e apesar disso nunca vimos um caso de contágio.

Alguns casais que conhecemos mantinham relações sexuais, das quais resultaram crianças perfeitamente sãs, sem se ter verificado o contágio.

A profilaxia consiste, portanto, a nosso ver, em evitar o uso abusivo das infusões das plantas depurativas que já citamos, e que nada tem de depurativas, mas sim são plantas provocadoras de dermatoses bolhosas e capazes de provocar o aparecimento de casos de penfigos.

Se estivermos errados no nosso modo de pensar, achamos que ninguém poderá contestar, entretanto, que as plantas citadas podem produzir uma agravação rápida do mal.

Apesar de pensarmos da forma acima, aconselhamos a observância de todos os preceitos de higiene enquanto perdurar a dúvida sobre a etiologia do Fogo Selvagem.

Nas nossas observações só possuímos uma em que marido e mulher foram acometidos do mesmo mal, mas nesse caso ambos fizeram uso da carobinha do campo e de plantas depurativas.

O dr. Ulisses Paranhos em uma palestra realizada por intermedio da Radio Excelsior (10/8/1939) assim se expressou: "... decorrido algum tempo, volvi de novo a ocupar-me do penfigo brasileiro fazendo pacientes experiencias com o professor Bertarelli, no Instituto Pasteur, a respeito da sua etiologia. Todas as pesquisas realizadas em variadas orientações experimentais mostraram-se negativas, mesmo as referentes a ultra-filtrabilidade do virus. Estes trabalhos pu-

blicaram-se no "Zentralblatt für Bakteriologie". Após essa época, aproveitando a permanência de varios doentes de penfigo durante muitos anos, na segunda enfermaria de mulheres, da Santa Casa, onde sou médico, observei dois fatos, que serão objetos de um estudo futuro, e cujas conclusões agora comunico com todas as reservas que o assunto comporta:

1.º — O penfigo brasileiro, fogo selvagem, não parece ser contagioso, e, se o é, o contagio mostra-se excepcional;

2.º — Na etiologia do penfigo é provavel que colaborem dois fatores: o terreno, avitaminose do complexo D e um elemento infectante indeterminado, que faz agir após a sua ação, os germes de saída procedentes da flora da pele."

João Paulo Vieira, diretor do Serviço de Penfigo Foliaceo do Estado de São Paulo, encarando a doença como de natureza infecciosa, assim determina a sua profilaxia:

"1.º — Larga divulgação da sintomatologia e do quadro clínico do Fogo Selvagem para que se possa tentar terapêutica de inicio...

2.º — Reclusão de todos os doentes que serão tratados no hospital ou hospitais adaptados para a profilaxia do nosso Fogo Selvagem.

3.º — Isolamento domiciliar nas formas frustas.

4.º — Propaganda higienica principalmente na região afetada, que poderá ser iniciada pelas professoras rurais, educadoras sanitarias e Centro de Saude.

5.º — Vigilancia rigorosa nos Estados limitrofes em que há incidencia do Fogo Selvagem para evitar a entrada de doentes portadores da molestia."

Prognóstico — O prognóstico é grave.

A doença é conhecida como de marcha crônica e incuravel. Ela submete o doente a provocações dolorosas e termina pela morte, em consequencia de uma complicação ou por caquexia.

Tratamento. — A terapêutica do Fogo Selvagem está ainda no campo das experiencias. Os medicamentos os mais variados têm sido empregados com resultados negativos ou imprecisos. As curas completas são raras e às vezes são seguidas de recidivas. A doença parece apresentar casos de curas espontaneas ou mais precisamente de melhoras acen tuadas com duração prolongada. Nós ensaiamos as medicações internas e externas as mais variadas. De nossa experien-

cia julgamos até a data presente como sendo o melhor tratamento para o Fogo Selvagem, o emprego de injeções de Acetylarsan, alternadas com injeções de Natrol e o uso de pomada vitaminada, a base de oleo de figado de bacalhau e triplafavina, conforme fórmula existente na Farmacia do H. C. E.

USO EXTERNO

Tripaflavina	0,15
Oleo de figado de bacalhau	50,0
Lanolina	125,0
Vaselina	250,0
Para applicações locais.	

Em um doente que se encontrava num estado deploravel, com a pele completamente exulcerada, obtivemos, em 15 dias, seu restabelecimento completo, com injeções de Acetylarsan, banhos de Caporite e applicações de pomada boricada.

Depois do restabelecimento completo da pele, suspendemos esta medicação e tonificamos o paciente obtendo uma melhora rápida do estado geral e desaparecimento dos edemas existentes nos membros inferiores. Infelizmente nossa satisfação foi de curta duração, porque novas bolhas se formaram pelo corpo inteiro e nova fase de exulceração surgiu em consequencia.

Repetimos o tratamento precedente, mas sem obter o mesmo resultado. Receitámos, então, somente banhos com solução de Caporite, tendo a exulceração se transformado numa eritoderma descamativa.

Em outro caso obtivemos tambem um estado excelente da pele com injeções de Sulfarsenol, banhos com solução de permanganato de potassio seguidos da applicação de pomada boricada.

No tratamento do Fogo Selvagem empregamos todos os medicamentos indicados pelos autores nossos conhecidos e mais uma série de medicamentos, conforme se vê na relação abaixo e mais alguns que dela não constam por não termos tomado nota.

USO EXTERNO, CONFORME INDICAÇÃO

Acetylarsan, neo-salvarsan, sulfarsenol, arseinjetol, solu-salvarsan-propidon, neuro-vacina, aurocarpol, eczebrol, fu-rozil, extrato hepatico com vitamina, sôro anti-ofídico poli-

valente, padutina, natrol, micol, germanina, auto-hemoterapia, injeções de álcool contendo em maceração escamas do proprio doente, prontosil, trifenil, paludan, onadina, alogan, formiato de quinino, pepsina, atebriana, triplaflavina, venocalcio, mercetilina, etc.

Banhos — banhos com solução de permanganato, infusão de casca de barbatimão, agua iodada, agua de Alibour, caporite, azul de metileno e tambem com sabões medicinais.

Pomadas de Reclus, Helmerck, Milian, oxido de zinco, iquitiol, tanino, germanina, yatren, etc...

Não há interesse em citar toda a medicação que empregamos, uma vez que já citamos acima a que julgamos nos dar o melhor resultado.

No H. C. E., onde servimos atualmente, existe na Sétima Enfermaria um caso de penfigo maligno, que nos está permitindo continuar nossas experiencias de terapeutica.

Uso interno — extrato hepatico, urotropina, comprimidos de prontosil, extrato de hipofise, de tiroide, de ovario, testiculo, tonicos, purgativos salinos, fermento láctico, comprimidos de delbiase, etc.

ALGUMAS OBSERVAÇÕES DO NOSSO ARQUIVO COM FOTOGRAFIAS PARA MELHOR DAR UMA IDÉIA DA DOENÇA AOS QUE AINDA NÃO A CONHECEM

OBSERVAÇÃO N.º 1

Observação. — H. F. R., de cor branca, brasileira, com 53 anos, morando na Cabeceira do Dourados, Municipio de Ponta-Porã.

Antecedentes pessoais. — Diz que sempre gozou saúde, tem oito filhos vivos e fortes, teve dois abortos, um de cinco meses e outro de sete. Sempre se ocupou com animais domésticos, e nunca foi picada por uma cobra.

Historia da doença. — Diz que sentiu primeiramente um formigamento nos pés e algumas vezes um calor pelo peito, que atribuiu ao calor do clima. Aconselharam-lhe que tomasse infusão de casca de "carne de vaca" misturada com

casca de "caroba" indicadas como plantas refrescantes. Durante esse tratamento teve uma gripe com muita febre e tosse, tendo tomado, então, tambem, alguns sudoríficos. Ainda um pouco gripada, e continuando a fazer uso da infusão das plantas depurativas, foi ao rio lavar uma roupa, e na volta, devido a uma mudança rápida do tempo molhou-se numa



Fig. 1 (Observ. 1)

forte chuva. Depois de deitar-se, sentiu uma sensação de picadas de formiga por todo o corpo, principalmente pelo pescoço e torax. Levantou-se para examinar a cama, visto existirem formigas na sua casa, mas nada encontrou. Retirou as cobertas e sacudiu-as, deitando-se a seguir, novamente. No dia seguinte notou algumas vesículas atrás da orelha muito dolorosas. No dia seguinte novas bolhas surgiram pelo torax, as quais, à medida que se rompiam, deixavam uma super-

fície exulcerada. As fotografias 1 e 2 mostram o estado em que recebemos a doente.

Pelas lesões apresentadas e pelo histórico da doença, concluímos que se tratava de um caso de Fogo Selvagem na fase bolhosa. Este diagnóstico confirmou-se pelo evoluir da doença, conforme se pôde ver pela fotografia n.º 3 onde a paciente se apresenta já na fase exulcerativa da doença.



Fig. 2 (Observ. 1)

Fazia um mês que essa pobre mulher estava doente. Fizemos suspender o tratamento pelas plantas depurativas e iniciámos um tratamento de experiência com injeções Tarontal Baier, banhos de permanganato de potássio e aplicações de pomada boricada. Entretanto, a doença continuou implacavelmente a sua marcha.



Fig. 3 (Observ. v)

OBSERVAÇÃO N.º 2

D. M., cor branca, com trinta e oito anos de idade, casada, residente em Cabeceira do Apa, brasileira.

A. H. — Pai suicidou-se e a mãe ainda é viva e forte.

A. P. — Só refere ter tido sarampo, diz que sempre gozou saúde. Os filhos são todos fortes e não existe caso semelhante da doença na família. Depois de doente ainda manteve relações sexuais com o marido, tendo nascido uma criança perfeitamente sã.



Fig. 4 (Observ. 2)

Historia da doença atual: — Diz que há dezoito anos a esta data, três meses após um parto, apareceu-lhe uma bolha na região da espadua, da qual resultou uma ferida igual a uma queimadura, permanecendo sem cicatrizar durante

um mês, tendo então depois surgido novas bolhas pelas costas e pelo peito, depois pelo rosto e cabeça, alastrando-se, a seguir, pelo corpo inteiro. Logo que apareceu a primeira bolha tomou um frasco de Elixir de Nogueira, tendo piorado. Fez, então, uso da infusão de raízes de carobinha do campo durante um ano. Fez uso também, a seguir, dos seguintes preparados: Salsa Caroba e Manacá, Elixir 914, Salsaparrilha, e demais outros, dos quais não se lembra.

Apresenta a pele toda do corpo com um cascão, e em diversas partes algumas bolhas que se rompem dando lugar à formação de exulcerações que vertem agua e se cobrem de crosta.

Tem sensação de calorão por todo o corpo e muita coceira. Apesar de doente, continuou a ter menstruação regularmente todos os meses. Não tem febre, é bem nutrida e nada mais apresenta de anormal a não ser as lesões cutaneas.

Convive com o marido e os filhos sem a menor precaução e todos são fortes; não contaminou nenhum da família.

OBSERVAÇÃO N.º 3

C. V., com 28 anos, viúva, brasileira, residente em Bela-Vista.

A. H. — Mãe viva com saude, o pai morreu de doença do coração. Irmãos todos vivos e fortes. Nega caso idêntico em pessoa de sua família.

A. P. — Diz que sempre gozou saúde. Tem dois filhos perfeitamente sãos. Adoeceu por ocasião do último parto, quando também sofreu grande desgosto em virtude de ter sido assassinado o seu esposo.

Exame de aparelhos: — Respiratorio, circulatorio, urogenital, e digestivo, todos normais. Bom apetite e evacuações normais. Depois do último parto nunca mais esteve menstruada.

Mucosas perfeitas. Reflexos cutaneos e tendinosos normais. Estado psíquico normal. Apresenta bom estado geral.

História da doença atual: — Diz que há dois anos a esta data, depois do último parto, por ocasião do puerperio, apareceram-lhe umas poucas vesículas abaixo do seio esquerdo. Ao romperem-se estas vesículas transformavam-se em feridas cobertas por uma crosta, bastante pruriginosas. Tratou-se então com a infusão de raízes de carobinha do campo, não obtendo melhora, pelo contrario, a doença alastrou-se pelo corpo inteiro. As vesículas que a principio eram do tamanho da cabeça de um alfinete, surgiram pelas costas, cabeça e membros, muito maiores, verdadeiras bolhas.

Refere-se que sua doença apresenta periodos de melhoras, seguidos de recaídas. Seus dois filhos, apresentam a pele perfeitamente normal, apesar de dormirem no mesmo quarto e brincarem constantemente no chão, onde existem escamas em abundancia provenientes da paciente. Esta senhora é atendida pela sua mãe e duas irmãs solteiras, as quais não observam a mínima precaução contra a doença. No momento que examinámos a paciente, constatámos uma eritrodermia exfoliativa generalizada. Existem placas de pelada na região do couro cabeludo e um pequeno edema nos membros inferiores.



Fig. 5 (Observ. 3)

Passando-se o dedo tangencialmente sobre sua pele, provoca-se facilmente seu rompimento. Na pele nota-se também uma certa umidade e cheiro repugnante. Queixa-se mais ainda, de sensação de frio, referindo sentir algumas vezes também um calorão por todo o corpo. A paciente procurou por diversas vezes, mostrar-nos uns piolhos, que sente andar por seu corpo e penetrar na pele. Armados de lente não conseguimos, entretanto, vê-los. O que nos mostrava eram partículas finíssimas de pele.

Os doentes de Fogo Selvagem sentem sensação, cocega, como se tivessem uma multidão de piolhos pelo corpo, conforme já verificámos noutros casos.

OBSERVAÇÃO N.º 4

C. B., com 29 anos, solteiro, paraguaio, residente em Bela-Vista.

A. H. — Pais vivos, ambos gozando saúde. Irmãos todos fortes. Nega caso idêntico em pessoa de sua família.

A. P. — Diz que sempre gozou saúde, que a única doença que teve antes foi impaludismo. Nega antecedentes venereos.

Exame de aparelhos: — Respiratorio, circulatorio, urogenital, e digestivo, todos normais. Bom apetite e evacuação normal. Mucosas perfeitas. Reflexos cutaneos e tendinosos normais. Estado psiquico bom, com carater alegre. Bem nutrido.



Fig. 6 (Observ. 4)

História da doença atual: — Diz que, há seis anos, a esta data, lhe apareceram umas feridas pelas pernas, as quais não deu por muito tempo importancia. Mais tarde apareceu-lhe no peito umas poucas bolhas, que, pelo incomodo produzido lhe decidiram a tratar-se. Não procurou remedios nas farmacias, iniciando seu tratamento com a infusão de raiz da Carobinha do Campo. Seu mal, entretanto agravou-se bastante, o que o obrigou a procurar o farmaceutico. Este forneceu-lhe por algum tempo diversas pomadas, que pouco lhe

adiantaram. Fez uso depois de diversos remedios e de outras ervas sem resultado. (Quebra Pedra).

As bolhas existentes no peito, multiplicaram-se após o uso da infusão de carobinha, e surgiram então nas costas, rosto e cabeça, depois braços e pernas. Seu corpo ficou em chaga, mas com o uso das pomadas da botica e de banhos, sua pele que era uma ferida viva, vertendo agua, secou, permanecendo, entretanto, quebradiça e descamante. Diz que a sua doença, apresenta periodos de melhoras e de exarcebações. No momento que examinámos, o paciente apresenta uma eritrodermia descamativa generalizada. Existem placas de pelada na barba e no couro cabeludo.

Pela sintomatologia e pelo aspecto característico do mal, capitulámos a doença como Fogo Selvagem, variedade de penfigo foliaceo frequente nos sertões do Estado de Mato-Grosso.

O doente queixa-se ora de sensação de calor, ora de frio e muito prurido generalizado.

OBSERVAÇÃO N.º 5

T. C., com 30 anos, casada, paraguaia, cor morena, residente em Pedro Juan Caballero.

Antecedentes Hereditarios — Mãe viva e forte, nada mais informa sobre outros parentes.

Antecedentes pessoais — Diz que sempre gozou boa saúde.

Historia da doença. — Diz que está doente há um ano e meio, e que sua doença se iniciou após um parto. Em virtude de não perder quasi sangue, tomou xaropadas dadas por uma india, afim de provocar a volta do sangue. Então, apareceram-lhe algumas bolhas pelo torax. Estas bolhas se multiplicaram pela cabeça, tronco e membros deixando seu corpo em ferida.

Que então se fez tratar por um médico de Campanario, não tendo obtido nenhuma melhora, e que somente depois é que tomou carobinha do campo.

Foi abandonada pelo marido em consequencia da sua doença, e tem uma filha de doze anos que é seu único sustento. Esta criança vive no mesmo quarto, em contato íntimo com a mãe e não se contagiou.

A paciente apresentava uma eritrodermia descamativa generalizada, úmida e fétida, com queda dos cabelos. Mucosas em perfeito estado, urina bem, relativamente bem nutrida, apetite conservado, sem menstruação. Fizemos o diagnóstico de Fogo Selvagem, baseado nas lesões cutaneas que apresentava e na sua historia.



Fig. 7 (Observ. 5)

OBSERVAÇÃO N.º 6

J. F., brasileiro, com 29 anos de idade, cor morena, casado, residente na fazenda S. Vicente, no Santa Maria.

A. P. — Teve sarampo em criança, e cancro em 1931, sendo sempre forte.

Historia da doença: — Díz que estava trabalhando junto a um fogo muito forte, e que ao sair dali ainda com o corpo quente apanhou uma chuva que o molhou bastante. No dia seguinte apareceram-lhe umas bolhas no peito e nas costas. Que então começou a curar-se com infusão de Douradinha, mas ao invés de melhorar piorou bastante, pelo que veio procurar conselho médico. Apresentou-se conforme se verifica na fotografia numeros 1 e 2. Nada mais apresentava de anormal a não ser as lesões cutaneas. Temperatura: 37,5, pulso, 84.

Fazia um mês que estava doente quando nos procurou. Este caso foi tratado com injeções acetilarsan, banhos de caporite e pomada boricada.



Fig. 8 (Observ. 6)



Fig. 9 (Observ. 6)

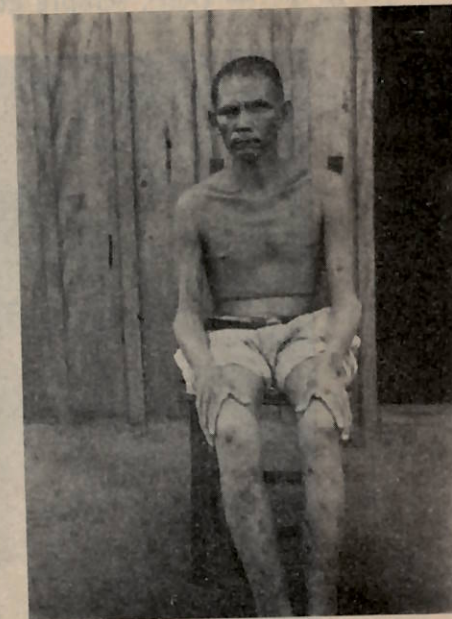


Fig. 10 (Observ. 6)



Fig. 11 (Observ. 6)

OBSERVAÇÃO N.º 7

M. M., casada, com 25 anos de idade, cor branca, brasileira, residente em Ponta-Porã.

A. H. — Pais vivos e fortes e irmãos todos fortes.

A. P. — Bons, sempre gozou saúde.



Fig. 12 (Observ. 7)

Historia da doença: — Diz que está doente há 5 anos. Que depois de um parto apareceram umas bolhas por baixo do seio, tendo usado uma pomada que lhe deu um farma-
ceutico, mas sem resultado uma vez que surgiram novas bolhas. Então fez uso da planta carobinha do campo sob a forma de infusão e de pilulas, não tendo, entretanto, melho-
rado e como tivesse piorado muito foi para a cidade de Cam-
po Grande, onde se submeteu a diversos tratamentos sem re-

sultado. Das injeções que usou, a que lhe deu melhor resul-
tado foi a germanina que lhe deu por algum tempo melhora
boa, tendo, entretanto, voltado novamente a doença. Apre-
senta a pele sob a forma de uma eritrodermia generalizada
e forte descamação. Nada mais apresenta de anormal a não
ser as lesões cutaneas.



Fig. 13 (Observ. 8)

Não possui caso idêntico na família, não contaminou os
filhos nem o marido apesar da falta de precaução que mantém.

OBSERVAÇÃO N.º 8

F. S., com vinte anos, cor parda, solteira, brasileira, re-
sidente em Bela-Vista.

A. H. — Pais e irmãos vivos, todos fortes.

A. P. — Refere nunca ter adoecido e ter sido sempre uma moça sadia.

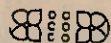
Historia da doença atual: — Diz que ao voltar de um engenho para sua residencia, quando atravessava um riacho, caiu, tendo se molhado completamente, e que na ocasião estando menstruada, teve uma suspensão. Tratou-se, obtendo novamente o reaparecimento das regras, mas que pouco tempo depois lhe appareceu uma impingem no seio e outra no rosto. Para curar essas impingens, fez uso da infusão de raizes da carobinha do campo e tambem de banhos da referida infusão. Seu mal, entretanto, não melhorou, tendo lhe apparecido bolhas pelo corpo inteiro, primeiramente pelo torax e cabeça, e depois pelos membros superiores e inferiores, ficando com o corpo completamente em ferida. Diz que fez uso então de diversos remedios depurativos, dos quais cita apenas o Elixir 914, por não se lembrar do nome dos damais.

Com os tratamentos feitos posteriormente, sua pele que vertia agua, secara permanecendo, entretanto, em continua descamação. Diz que está doente há 4 anos, e que durante 2 anos sempre apresentava menstruação nas épocas certas. Soubemos pela mãe da paciente, que a mesma na ocasião em que adoecera sofrera grande descontentamento, que a tinha tornado muito nervosa, mas cujo motivo não nos foi relatado.

Apresenta uma intensa eritrodermia exfoliativa generalizada que diagnosticamos ser o Fogo Selvagem.

A pele, além da descamação, nota-se um certo grau de úmidade e mau cheiro característico.

Exame dos aparelhos — Nada encontramos de importante a não ser a ausencia de menstruação. Tem bom apetite, dorme bem e é bem nutrida. Sente forte coceira pelo corpo e sensação de frio, outras vezes de calor. As mucosas nada apresentam de anormal. Há queda dos pelos das sobrancelhas e placas de pelada na região do couro cabeludo.



SERVIÇO QUÍMICO-FARMACÊUTICO

Sobre o preparo de injetáveis de Glicose

Dr. João Clemente do Rêgo Barros

Capitão Farmacêutico, (Da Associação Brasileira de Farmacêuticos ex-Chefe da Secção de Hipodermia e atual Chefe da Secção de Manipulação, etc.).

Inegavel e inconteste a grande evolução por que passou a Secção de Hipodermia do nosso Hospital, quando chefe do Serviço Farmacêutico o Sr. Coronel Dr. Antônio Joaquim Damazio e da mencionada Secção o 1.º Tenente Farmacêutico Gerardo Majéla Bijos, a quem substituímos, desejosos de prosseguir os trabalhos por si iniciados.

Assim animados, escrevemos, eu e êle, algumas páginas, no último número dos Anais, procurando sistematizar a instalação e as técnicas das secções de Hipodermia dos Hospitais de 1.ª, 2.ª e 3.ª classes, cônscios de que prestámos colaboração eficiente ao nosso Exército, sem quebra da hegemonia de produção e distribuição de que é detentor o Laboratório Químico-Farmacêutico Militar.

Tivemos, apesar dos pezares, o conforto de vêr tais sugestões esposadas pela Delegação Militar, constituida dos brilhantes colegas — Coronel Damazio e Tenentes Olyntho Pillar e Majéla Bijos — no III Congresso Brasileiro de Farmácia, reunido em Belo-Horizonte, em 1939, e transcritas no Boletim Internacional do Serviço de Saúde da Bélgica.

Não se conseguiu, até hoje, organizar, em definitivo, a Secção de Hipodermia, mas o plano aí ficou para patentear a visão altamente técnica almejada, até mesmo nos mais simples detalhes, como seja a ficha de produção, aquisição, controle e custo.

Muitos são os problemas em aberto numa secção como esta, cuja finalidade é produzir bem, sem preocupações comerciais.

Dentre elas, cuidaremos, aqui, dos solutos de glicose.

Os nossos injetáveis de glicose, os simples e de associação (hemoseptina), já transpuseram os humbrais do nosso Estabelecimento, pelos excelentes resultados produzidos.

Antes de efetuado o rodízio a que somos obrigados, escrevemos as anotações constantes do presente artigo.

Todas as manifestações obtidas com o emprego do soluto de glicose, injetável, só podem ser possíveis, ou pela técnica da preparação ou pela escolha da matéria prima.

Os solutos de glicose, por si só ótimos medicamentos, constituem-se magníficos solventes.

A glicose por nós utilizada, de procedência digna de confiança, faz desaparecer as causas de insucesso, porventura passíveis.

Contudo, apesar deste cuidado, tivemos, a princípio, algumas reclamações, o que nos levou ao estudo deste assunto.

Verificámos, de início, que os solutos causadores das manifestações secundárias não eram recentes.

Trabalhos de Wechsellmann, Muller, Bauru, Janet, Seibert e outros, que consultámos, atribuem a causa à água empregada.

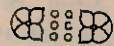
Já o Tenente Bijos havia introduzido um aparelho e uma técnica de lavagem de bicos de empólas, evitando, dessarte, outra causa dessas manifestações, a formação de caramelos.

Da série de experiências procedida, concluímos que:

1.º) As empólas, estereis, de solutos glicosados do nosso Serviço, de consumo rápido, não trazem, em qualquer concentração, manifestações secundárias.

Empregamos água bídilada, em balões de vidro, glicose puríssima, empólas de vidro neutro e esterilização em autoclave a 120º, por 30 minutos.

2.º) Todo e qualquer soluto de glicose para consumo em praso superior a 30 dias deve ser adicionado de 0,1 gr. por mil de derivados do ácido benzóico.



O preparo de certas tinturas

Leobaldo Rodrigues de Carvalho

1.º Ten. Fco. Ex-Chefe da Secção de Produtos Oficiais, auxiliar da Sala de Manipulações, etc.

A moderna terapêutica vem abandonando certas fórmulas e formas farmacêuticas oficiais, para dar lugar a novos medicamentos, reputados mais enérgicos e de fabricação com contróle mais eficiente.

Somos ainda partidários da fitoterapia, pelo emprego de extratos fluídos e tinturas, os quais devem ter, devidamente, controlados seus processos de obtenção e produto obtido, não se esquecendo o exame farmacognóstico prévio.

Tivemos oportunidade de preparar, quando na chefia da Secção de Produtos Oficiais, tinturas heróicas, por lixiviação, durante 24 horas, tempo julgado suficiente para o esgotamento total, desde que se faça o umedecimento prévio da droga, por duas horas, com o líquido extrator e, conseqüente, junção de mais solvente, pouco a pouco, obtendo-se duas gôtas por minuto. As tinturas que obtivemos (ipeca, acônito, beladonna e quina), pequenas quantidades, conservam-se bem, mas o teor alcaloídico obtido, em comparação com o processo de maceração, por 10 dias, empregando-se as mesmas drogas, foi menor, o que nos levou a prosseguir na observação.

Recomeçando novo fabrico, com outras drogas, experimentámos os dois métodos, lixiviação e maceração, conseguindo, no fim de 10 dias, as tinturas de ipeca, nós-vômica, quina e beladonna, as quais, comparadas, segundo os métodos de doseamento inscritos na Farmacopéia, se revelaram mais ricas de princípios alcaloídicos, além de melhor apresentação as preparadas por maceração, em vaso fechado, por 10 dias, conforme preceitua a Farmacopéia Alemã.

Não há dúvida alguma sobre a eficiência da maceração. O que necessário, é estarem presentes a escolha do veículo e o tempo de contacto entre este e a droga.

Pela maceração prolongada, a nosso vêr, devem ser preparadas todas as tinturas, o que as farão de ótimo aspecto, princípios ativos estabilizados e de conservação bastante longa.

SERVIÇO FARMACÊUTICO DO H. C. E.

Digno de registo realçado o movimento das atividades profissionais do Serviço Farmacêutico dêste Nosocômio no transcurso do ano findo.

Posto que deficiente o número dos que labutam neste Serviço, o aumento sempre crescente de sua produção revela o esforço e o devotamento não só dos oficiais que aí servem, mas também dos funcionários civis, seus auxiliares.

Dotado de um pugilo de oficiais farmacêuticos, estudiosos e competentes, intrincados problemas científicos hão sido resolvidos, aprimorando-se a técnica de muitas preparações, e introduzindo-se novas no formulário hospitalar.

A organização de uma secção de análises químicas veio suprir lacuna que, há muito, se fazia sentida.

Enfadonho seria alinhar cifras para uma demonstração da produtividade dêste excelente Serviço, que tão reais auxílios presta ao Hospital, todavia, um rápido balanço entre receita e despesa dirá, expressivamente, do seu valor incontestante:

Matéria prima adquirida	125:500\$000
Produção total	434:870\$000
Lucro	<u>309:370\$000</u>

Todo o Hospital, por suas clínicas, logrou ser abastecido de empôlas, de toda sorte, confeccionadas na secção de hipodermia.

E, para que se aquilate da veracidade desta afirmativa, basta a simples enunciação do número de empôlas consumidas, em o ano transato: 120.000!

A secção de Manipulação teve, também, seus serviços assás aumentados.

Assim é que aviou 61.000 prescrições, 80 pedidos e 420 fórmulas indenizáveis, estas no valor de 7:800\$000.

A economia com o aviamento do receituário das diversas enfermarias e serviços clínicos ascendeu à elevada quantia de 500:000\$000.

O ano próximo passado foi deveras animador para o Serviço Farmacêutico do H. C. E., já pelo lucro que proporcionou, já pelas valiosas conquistas obtidas no terreno científico.



Conjunto de radiodiagnóse, vendo-se o Cap. Juarez Pereira Gomes, auxiliar do Serviço de Radiologia

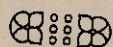
Serviço Odontológico

Este serviço, que funcionou durante o ano próximo passado, com a máxima regularidade, atendeu não só ao pessoal baixado, mas também aos oficiais, sargentos, praças e funcionários civis e suas respectivas famílias.

Destarte, o movimento foi apreciável, o que bem o patenteia a estatística abaixo:

Consultas	8.346
Curativos	12.731
Extrações	2.056
Limpeza da boca	2.344
Matriculas novas	1.293
Obturações	1.723
Pequenas intervenções	21
Receitas	2

Trabalhos protéticos também foram executados, tais como pontes, pivots, dentaduras de vulcanite, etc., o que vem atestar o ano de labor que, para este Serviço, foi o de 1939.



Estatística Médica do Hospital Central do Exército, referente ao ano de 1939

Dr. Nelson Bandeira de Mello

Cap. Médico, encarregado do Serviço de Estatística e Demografia Sanitária

O Serviço de Estatística apresenta 14 quadros demonstrativos do movimento geral de doentes, no Hospital Central do Exército, relativos ao ano de 1939, assim organizados:

I — O Quadro 1 — indica, em números absolutos, o movimento geral de doentes, por grupos nosológicos.

II — O Quadro 2 — indica, em números proporcionais, o movimento geral de doentes saídos e que continuaram existindo, por grupos nosológicos, em cada 100 homens hospitalizados.

III — O Quadro 3 — indica o movimento geral de doentes, por mês, especificando os locais para onde foram transferidos e, também, o movimento da S. M. O.

IV — O Quadro 4 — é um gráfico comparativo dos doentes hospitalizados em 1938 e 1939, por grupos nosológicos.

V — O Quadro 5 — representa um gráfico da mortalidade, por grupos nosológicos, verificando-se que a sua percentagem sobre os 12.174 doentes hospitalizados, em 1939, é inferior a 1 %, ou seja 0,87 %.

VI — O Quadro 6 — é um gráfico da morbidade, por grupos nosológicos, detalhando as doenças infectuosas e parasitárias que contribuíram com maiores percentagens.

VII — O Quadro 7 — compara os índices mórbidos de sífilis e doenças venéreas verificados em 1938 e 1939, sobre os números de hospitalizados, em cada ano. No índice da sífilis nota-se um aumento de 0,999 %, do ano de 1938 para o de 1939, enquanto que, no de doenças venéreas, houve um decréscimo de 2,92 %.

VIII — O Quadro 8 — indica o número de óbitos por mês e por moléstia, notando-se que a tuberculose pulmonar foi a maior causadora, isto é, houve 27 mortes ou seja 25,4 % do total obituário, enquanto o segundo lugar, que está ocupado pela insuficiência cardíaca, conta com 7, ou cerca de 6,6 % dos 106 falecidos. Em terceiro lugar estão a pneumonia e a artério-esclerose, com 6 óbitos cada uma.

IX — Os Quadros 9, 10 e 11 — indicam, em número pro-

porcionais e por grupos nosológicos, o movimento de doentes, no H. C. E., nos anos de 1937, 1938 e 1939, respectivamente, por 1.000 homens do efetivo da Primeira Região Militar, supondo-se que, esse efetivo, seja, aproximadamente, de 15.000 homens.

X — O Quadro 12 — é um confronto dos números de doentes em 1937, 1938 e 1939, especificando os totais de cada grupo nosológico.

XI — O Quadro 13 — indica os coeficientes de morbidade e letalidade, no H. C. E., por 1.000 homens do efetivo da Primeira Região Militar, nos anos de 1937, 1938 e 1939. Os coeficientes da letalidade, nesse confronto, ainda estão representados sobre 100 doentes hospitalizados.

XII — O Quadro A — representa um gráfico da morbidade e letalidade, calculado por 100 doentes do total de hospitalizados (31.555), nos anos de 1937, 1938 e 1939.

Verifica-se, nesse quadro, o aumento progressivo da morbidade, contrastando com o decréscimo da letalidade. Os dados seguintes exprimem claramente essa visão:

Em 1937 foram hospitalizados	8.655	e faleceram	130;
Em 1938 " "	10.726	" "	120;
Em 1939 " "	12.174	" "	106.

Essa baixa de letalidade pode ser atribuída a fatores vários, salientando-se, provavelmente, dentre eles, os seguintes:

- o melhoramento sanitário do H. C. E.;
- a propagação da educação física;
- os cuidados profiláticos de que se vêm cercando os corpos de tropa;
- o maior rigor na inspeção de saúde dos conscritos.

As exigências cada vez maiores da instrução militar, as inspeções sanitárias mais frequentes nos corpos parecem ser os principais fatores da elevação da morbidade, pelo descobrimento de casos que em outras circunstâncias passariam despercebidos. Também os melhoramentos introduzidos no hospital, no sentido de proporcionar aos enfermos uma assistência cada vez mais eficiente, elevando assim o conceito em que era tido o estabelecimento, têm contribuído, sem dúvida, para esse aumento virtual da morbidade pelo número sempre crescente de baixas espontâneas ou solicitadas de militares e assemelhados.

Abstermo-nos de comentários mais minuciosos por desnecessários. Os mapas falarão por si.

Ao nosso auxiliar, o escriturário Aloysio Castro de Freitas Costa, os nossos agradecimentos pela boa vontade e competência com que coligiu os dados e confeccionou as presentes estatísticas.

HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO

SERVIÇO DE ESTATÍSTICA

Quadro demonstrativo do número de doentes, por grupos nosológicos, relativo ao ano de 1939

Número do Grupo	Existiam	Entrados	Curados	Transferidos	Incapazes	Mortos	Por outras causas	Ficam existindo	Observações
Grupo I	495	5.450	5.322	106	88	48	15	366	
Grupo II	1	8	2	—	1	3	—	3	
Grupo III	3	15	8	1	5	1	1	2	
Grupo IV	58	433	385	19	17	16	5	49	
Grupo V	67	1.046	1.035	7	8	12	2	49	
Grupo VI	30	497	440	38	20	3	3	23	
Grupo VII	17	313	316	—	1	—	—	13	
Grupo VIII	25	281	271	1	21	—	2	11	
Grupo IX	8	84	78	—	10	1	1	2	
Grupo X	46	747	722	3	17	1	—	50	
Grupo XI	18	275	263	2	3	3	1	21	
Grupo XII	57	315	157	12	121	7	26	49	
Grupo XIII	14	182	180	—	2	—	4	10	
Grupo XIV	1	18	7	—	7	1	2	2	
Grupo XV	74	1.251	1.219	3	22	7	9	65	
Grupo XVI	7	45	44	—	2	—	1	5	
Grupo XVII	32	257	190	—	9	2	4	84	
Grupo XVIII	—	4	2	—	—	1	—	1	
Soma	953	11.221	10.641	192	354	106	76	805	

QUADRO N.º 3

Movimento geral de doentes entrados e saídos, por mês, durante o ano de 1939

Meses	Existiam	Entraram	Curados	Transferidos	Incapazes	Licenciados	Alta por evasão	Alta por ordem superior	Mortos	Ficam existindo	Cadáveres	Dos transferidos						Soma
												Itatiaia	Campo Belo	Secção Pinel	M. Judiciário	L. Curupaiti		
Janeiro	953	1.194	1.320	7	47	3	2	—	8	—	5	—	5	1	1	—	7	
Fevereiro	—	744	755	25	40	1	5	—	5	—	1	15	10	—	—	—	25	
Março	—	1.019	976	16	44	4	4	1	8	—	1	—	15	1	—	—	16	
Abril	—	739	634	14	18	1	1	—	7	—	1	3	10	1	—	—	14	
Maio	—	788	653	8	23	2	3	10	7	—	2	3	4	—	—	1	8	
Junho	—	975	1.010	22	24	4	—	1	7	—	1	10	12	—	—	—	22	
Julho	—	908	760	31	29	7	3	—	7	—	2	8	23	—	—	—	31	
Agosto	—	1.002	883	17	22	3	2	—	9	—	2	14	3	—	—	—	17	
Setembro	—	815	854	9	24	3	3	—	19	—	2	4	5	—	—	—	9	
Outubro	—	891	999	7	19	2	1	1	6	—	—	—	4	2	—	1	7	
Novembro	—	1.007	727	16	21	2	4	—	10	—	2	11	5	—	—	—	16	
Dezembro	—	1.139	1.070	20	43	2	1	—	13	805	2	9	8	3	—	—	20	
S O M A	953	11.221	10.641	192	354	34	29	13	106	805	21	77	104	8	1	2	192	

NOTA: — O número referente a cadáveres não entra em movimento.

MOVIMENTO DA S. M. O.

O presente movimento é apenas um esclarecimento da referida Secção, pois, os algarismos seguintes já constaram do mapa acima:

Existiam em 1.º de Janeiro	38	doentes
Tiveram alta curados	9	"
Tiveram alta por evasão	4	"
Teve alta licenciado	1	doente
Julgado incapaz	1	"
Faleceram	15	doentes
Ficam existindo	35	"

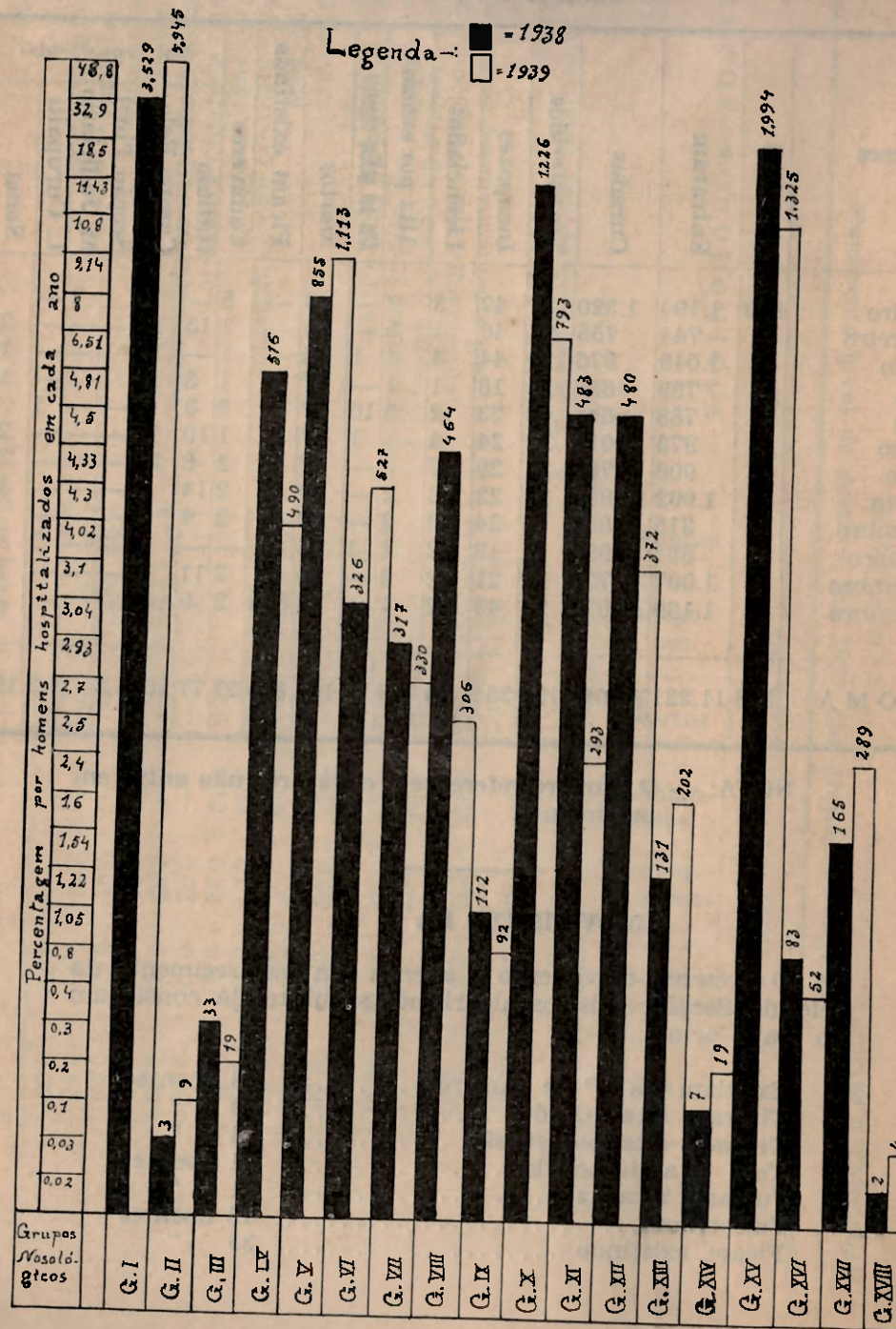
QUADRO N.º 2
Movimento geral de doentes, em 1939, por grupos nosológicos

Números proporcionais

GRUPOS NOSOLÓGICOS	Por 100 doentes hospitalizados							Obs.
	Curados	Incapazes	Mortos	Transferidos	Por outras causas	Ficam existindo	SOMA	
Doenças infectuosas, tóxi-infectuosas e parasitárias	43,70	0,72	0,39	0,87	0,12	3	48,80	
Tumores	0,02	0,01	0,024	—	—	0,046	0,10	
Perturbações do desenvolvimento geral	0,10	0,05	0,01	0,01	0,01	0,02	0,20	
Doenças e afecções do aparelho circulatório	3,16	0,13	0,13	0,16	0,04	0,40	4,02	
Doenças e afecções do aparelho digestivo	8,50	0,07	0,09	0,06	0,02	0,40	9,14	
Doenças e afecções dos órgãos respiratórios	3,61	0,16	0,024	0,31	0,02	0,176	4,30	
Doenças e afecções do rino-faringe	2,59	0,01	—	—	—	0,10	2,70	
Doenças dos olhos	2,22	0,17	—	—	—	0,08	2,50	
Doenças da pele	0,68	0,08	0,01	—	—	0,02	0,80	
Doenças do aparelho génito-urinário	5,93	0,14	0,01	—	—	0,41	6,51	
Doenças do sistema nervoso	2,16	0,018	0,024	0,02	0,01	0,168	2,40	
Doenças do aparelho locomotor	1,30	1	0,06	0,10	0,24	0,40	3,10	
Deformações congénitas ou adquiridas	1,47	0,02	—	—	0,03	0,08	1,60	
Lesões traumáticas	0,07	0,07	—	—	0,03	0,02	0,20	
Acidentes diversos	10	0,17	0,01	0,02	0,05	0,50	10,30	
Doenças especiais	0,35	0,01	—	—	0,01	0,03	0,40	
Suicídios e homicídios	1,56	0,082	0,018	—	0,03	0,71	2,40	
S O M A	87,43	2,91	0,87	1,58	0,64	6,57	100	

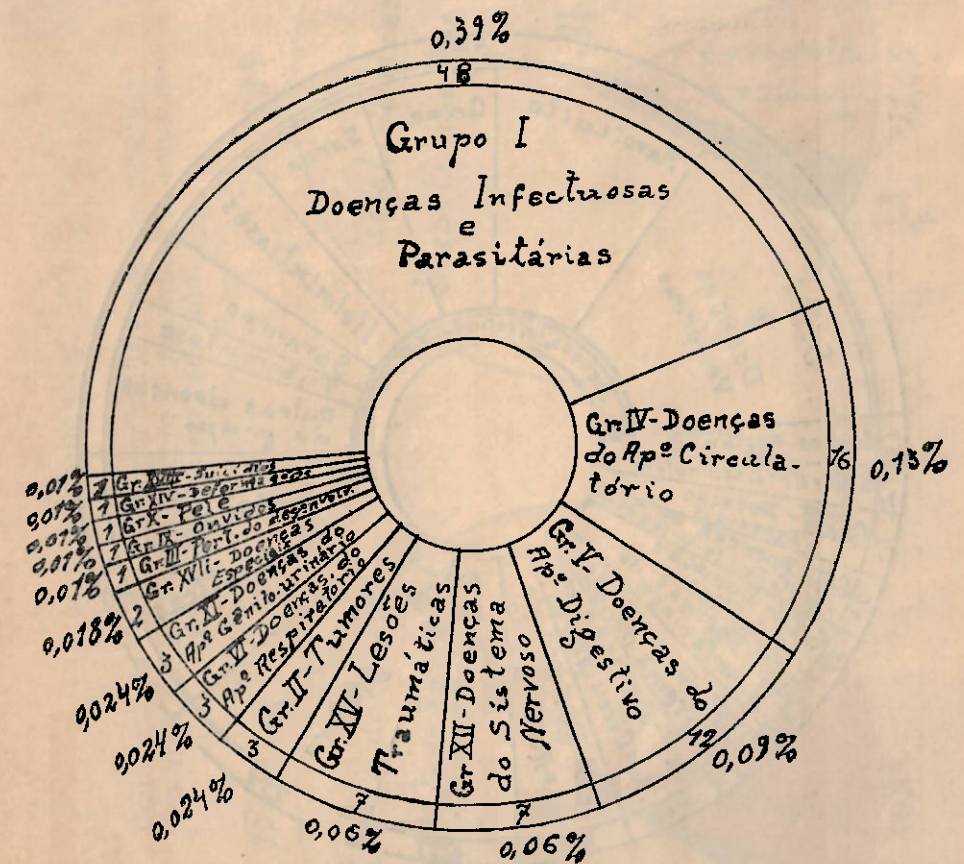
QUADRO N.º 4

Gráfico dos doentes hospitalizados em 1938 e 1939, por grupos nosológicos



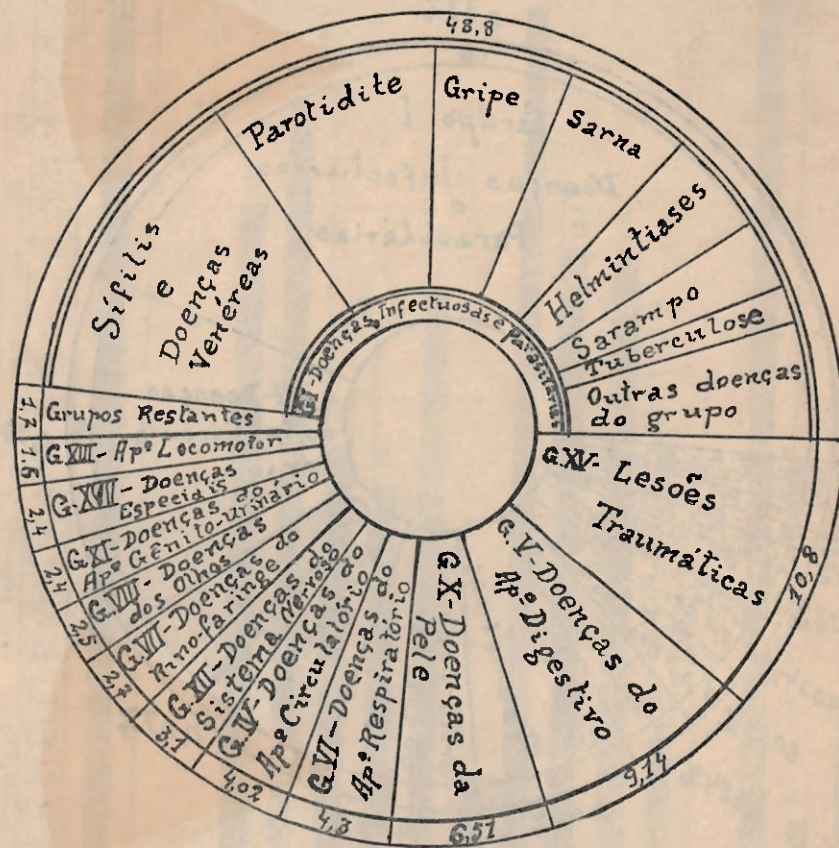
QUADRO N.º 5

Mortalidade por grupos nosológicos, sendo a percentagem por doentes hospitalizados = 0,87 % e números absolutos = 106.



QUADRO N.º 6

Gráfico da morbilidade, por grupos nosológicos, classificado por ordem decrescente das baixas ocorridas em 1939, com detalhe para o grupo de doenças infectuosas e parasitárias.

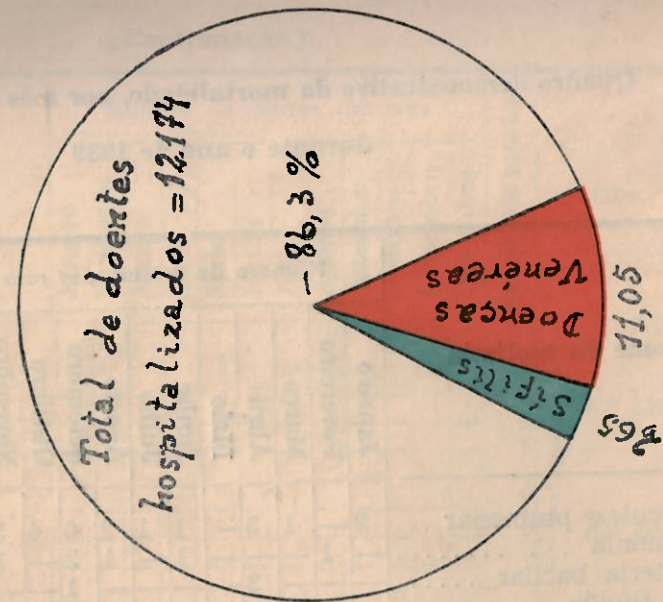


Nota: — No círculo externo estão as percentagens sobre o total de hospitalizados.

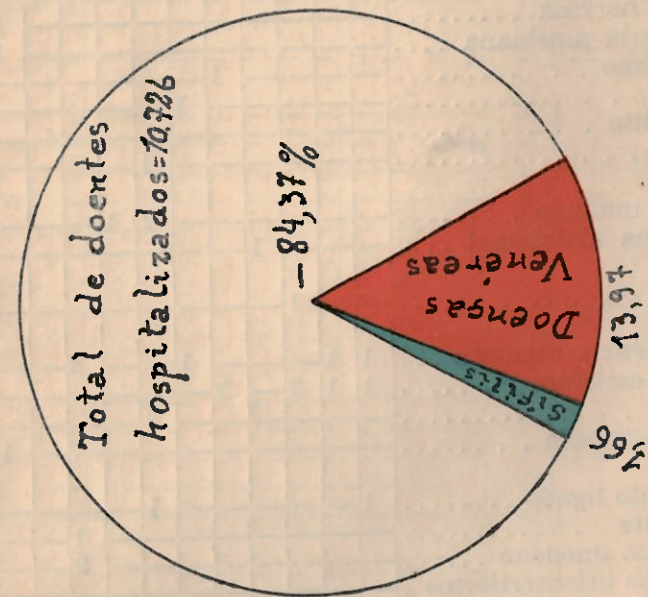
QUADRO N.º 7

Confronto da morbilidade, por sífilis e doenças venéreas, nos anos de 1938 e 1939, com a percentagem sobre os hospitalizados em cada ano.

1939



1938



Quadro demonstrativo da mortalidade, por mês e por moléstia,
durante o ano de 1939

Nome da moléstia	Número de mortos por mês												Soma dos mortos	Obs.
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro		
Tuberculose pulmonar . . .	2		1	3		1	1	2	6	4	3	4	27	1.º Grupo
Pneumonia		1				1		1	2		1		6	
Disenteria bacilar				3					1				4	
Febre tifoide									1				2	
Meningite									1				1	
Córtico pleurite			1							1			1	
Sífilis terciária			1										1	
" nervosa											1		1	
Disenteria amebiana											1		1	
Paludismo					1						1		1	
Lepra						1							1	
Encefalite							1						1	
Tétano							1						1	
Tumor maligno							1	1					2	2.º Grupo
Blastoma abdominal				1									1	
Uremia			1										1	3.º Grupo
Insuficiência cardíaca . . .	1	1				1			3			1	7	
Artério-esclerose	1	1	2		2								6	5.º Grupo
Anemia				2			1					1	2	
Esplenomegalia										1			1	
Cirrose do fígado	1					1							2	4.º Grupo
Peritonite									1				1	
Úlcera do duodeno								2					2	
Síndrome disenteriforme . .											2		2	

(Continuação)

Nome da moléstia	Número de mortos por mês												Soma dos mortos	Obs.
	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro		
Apendicite					1								1	5.º Grupo
Neoplasma do fígado						1							1	
Icterícia								1					1	
Câncer do esôfago								1					1	
Congestão pulmonar							1						1	6.º Grupo
Câncer pulmonar										1			1	
Edema pulmonar								1					1	
Mastoidite					1								1	9.º Grupo
Furunculose (Trombo fleb.) (seio cavern.)	1												1	
Nefrite crônica									1		1	1	3	11.º Grupo
Paralisia geral	1	1			1								3	
Arterio-esclerose cerebral.			1										1	12.º Grupo
Bócio (tireoidechomia) . .	1												1	
Psicose man. depressiva.			1										1	
Confusão mental											1		1	
Outras doenças e síndromes psíquicas														14.º Grupo
Fistulas da perna														
Fratura do crânio					1	1							2	15.º Grupo
Ferida do abdomen						1			1				2	
Traumatismo do crânio . .		1											1	
Contusão abdominal											1		1	
Esmagamento do pé											1		1	
Suicídio								1					1	18.º Grupo
S O M A	8	5	8	7	7	7	7	9	19	6	10	13	106	

QUADRO N.º 9

Movimento de doentes no H. C. E., no ano de 1937, por grupos da nomenclatura nosológica

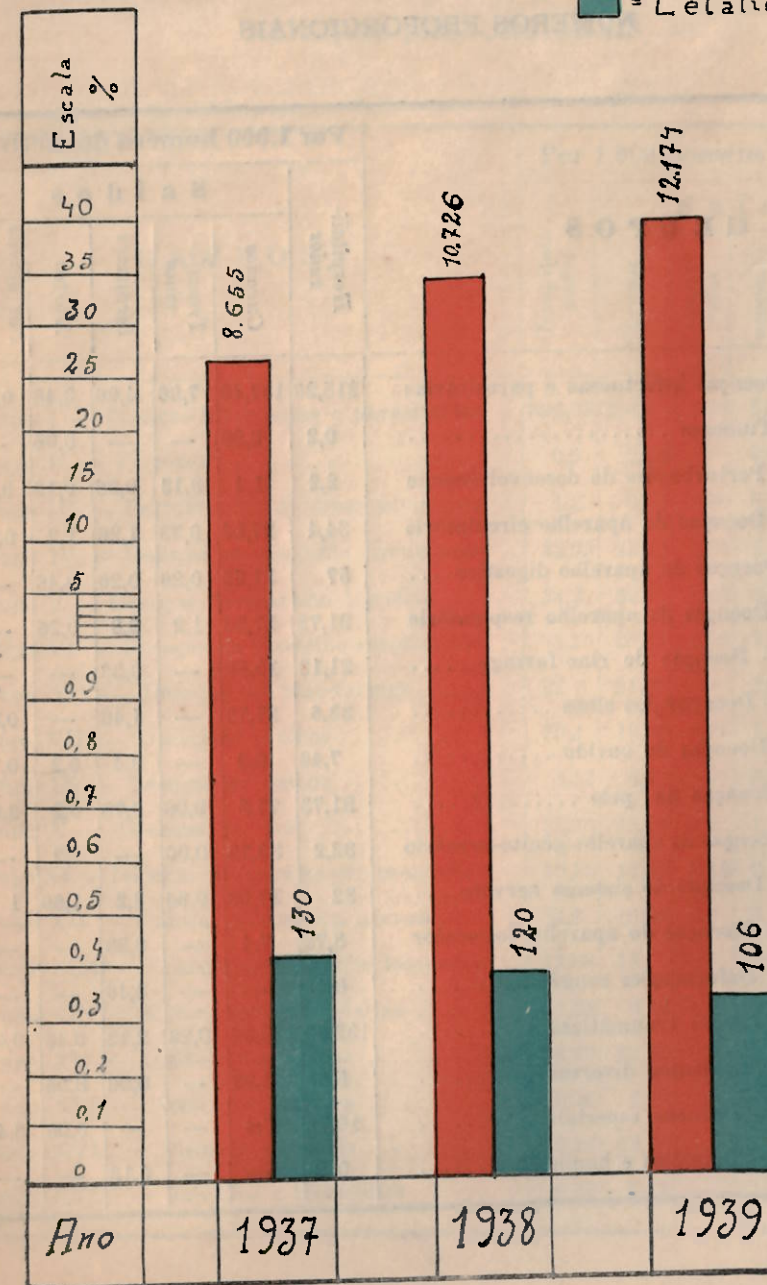
NÚMEROS PROPORCIONAIS

GRUPOS	Por 1.000 homens do efetivo					
	Hospitali- zados	Sa í d o s				
		Curados	Transfe- ridos	Incapazes	Mortos	Por outra causas
Grupo I — Doenças infectuosas e parasitárias	291,13	247,86	3,86	3,8	5,53	9,46
Grupo II — Tumores	0,33	0,2	—	—	0,06	0,06
Grupo III — Perturbações do desenvolvimento	2,2	0,8	0,4	0,26	—	0,33
Grupo IV — Doenças do aparelho circulatório	29,13	22,6	0,33	0,66	1	2,2
Grupo V — Doenças do aparelho digestivo....	37,4	31,4	0,4	0,53	0,4	2,66
Grupo VI — Doenças do aparelho respiratório	7,93	5,8	0,66	0,33	0,26	0,33
Grupo VII — Doenças do rino-faringe.....	16,93	15,4	0,06	0,86	—	0,13
Grupo VIII — Doenças dos olhos	15,66	13,26	—	0,53	—	1
Grupo IX — Doenças do ouvido	5,66	4,6	—	0,33	—	0,66
Grupo X — Doenças da pele	33,53	29,8	0,13	0,33	—	0,8
Grupo XI — Doenças do aparelho gênito-urinário	20,13	16,86	—	—	0,4	1,46
Grupo XII — Doenças do sistema nervoso....	20	2,53	0,93	8,66	0,33	4,6
Grupo XIII — Doenças do aparelho locomotor	7	5,8	—	0,2	—	0,73
Grupo XIV — Deformações congêntas	0,4	0,2	—	0,06	—	0,13
Grupo XV — Lesões traumáticas	57,86	47,6	0,2	1,13	0,53	4,8
Grupo XVI — Acidentes diversos	3,66	2,53	0,06	—	0,13	0,13
Grupo XVII — Doenças especiais	28,53	—	0,13	—	—	11,13
Grupo XVIII — Suicídios e homicídios	0,06	—	—	0,06	—	—

QUADRO A

Gráfico de morbilidade e letalidade, por 100 doentes do total de hospitalizados nos anos de 1937, 1938 e 1939

Legenda: ■ = Morbilidade
■ = Letalidade



Movimento de doentes no H. C. E., no ano de 1938, por grupos
da nomenclatura nosológica

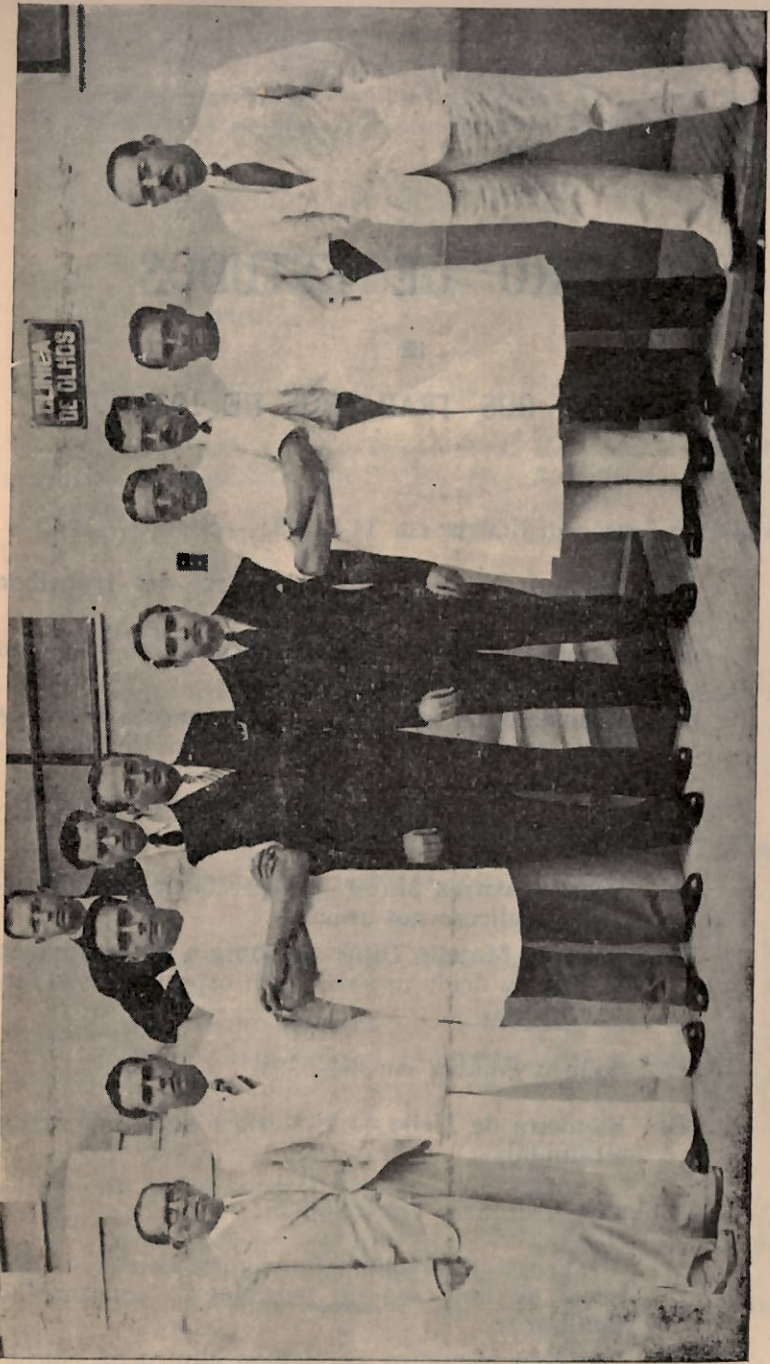
NÚMEROS PROPORCIONAIS

GRUPOS	Por 1.000 homens do efetivo					
	Hospitali- zados	Saídos				
		Curados	Transfe- ridos	Incapazes	Mortos	Por outras causas
Grupo 1 — Doenças infectuosas e parasitárias	215,26	187,46	7,06	4,06	3,46	0,2
Grupo II — Tumores	0,2	0,06	—	—	0,06	—
Grupo III — Perturbações do desenvolvimento	2,2	1,4	0,13	0,26	0,13	0,06
Grupo IV — Doenças do aparelho circulatório	34,4	27,66	0,33	1,26	1,2	0,06
Grupo V — Doenças do aparelho digestivo....	57	51,53	0,26	0,26	0,46	—
Grupo VI — Doenças do aparelho respiratório	21,72	17,26	1,2	0,8	0,26	—
Grupo VII — Doenças do rino-faringe.....	21,13	19,86	—	0,33	—	—
Grupo VIII — Doenças dos olhos	33,6	27,73	—	1,46	—	0,06
Grupo IX — Doenças do ouvido	7,46	6,2	—	0,4	0,2	0,13
Grupo X — Doenças da pele	81,73	77,6	0,06	0,73	0,2	0,06
Grupo XI — Doenças do aparelho gênito-urinário	32,2	30,73	0,06	—	0,2	—
Grupo XII — Doenças do sistema nervoso....	32	17,66	0,86	8,2	1,66	1
Grupo XIII — Doenças do aparelho locomotor	8,73	7,4	—	0,33	—	—
Grupo XIV — Deformações congênicas	0,46	—	—	0,46	—	—
Grupo XV — Lesões traumáticas	132,93	125,66	0,26	2,13	0,46	0,06
Grupo XVI — Acidentes diversos	5,53	4,93	—	0,06	0,06	—
Grupo XVII — Doenças especiais	10,73	5,4	—	—	0,06	3,4
Grupo XVIII — Suicídios e homicídios	0,13	—	—	0,13	—	—

Movimento de doentes no H. C. E., no ano de 1939, por grupos
da nomenclatura nosológica

NÚMEROS PROPORCIONAIS

GRUPOS	Por 1.000 homens do efetivo					
	Hospitali- zados	Saídos				
		Curados	Transfe- ridos	Incapazes	Mortos	Por outras causas
Grupo 1 — Doenças infectuosas e parasitárias	396,33	354,8	7,06	5,86	3,2	1
Grupo II — Tumores	0,6	0,13	—	0,06	0,2	—
Grupo III — Perturbações do desenvolvimento	1,2	0,53	0,06	0,33	0,06	0,06
Grupo IV — Doenças do aparelho circulatório	32,73	25,33	1,26	1,13	1,06	0,66
Grupo V — Doenças do aparelho digestivo....	74,2	69	0,46	0,54	0,8	0,13
Grupo VI — Doenças do aparelho respiratório	35,16	29,33	2,53	1,33	0,2	0,2
Grupo VII — Doenças do rino-faringe.....	22	21,66	—	0,06	—	—
Grupo VIII — Doenças dos olhos	20,4	18,06	0,06	1,4	—	0,13
Grupo IX — Doenças do ouvido	6,13	5,2	—	0,66	0,06	0,06
Grupo X — Doenças da pele	52,86	48,13	0,2	1,13	0,06	—
Grupo XI — Doenças do aparelho gênito-urinário	19,53	17,53	0,13	0,2	0,2	0,06
Grupo XII — Doenças do sistema nervoso....	24,8	10,46	0,8	8,06	0,46	1,73
Grupo XIII — Doenças do aparelho locomotor	13,66	12	—	0,13	—	0,26
Grupo XIV — Deformações congênicas	1,26	0,46	—	0,46	0,06	0,13
Grupo XV — Lesões traumáticas	88,33	81,26	0,2	1,46	0,46	0,6
Grupo XVI — Acidentes diversos	3,46	2,93	—	0,13	—	0,06
Grupo XVII — Doenças especiais	19,26	12,66	—	0,6	0,13	0,26
Grupo XVIII — Suicídios e homicídios	0,26	0,13	—	—	0,06	—



Visita do Dr. Castro Viejo à Clínica de olhos, chefiada pelo Cap. Dr. Paiva Gonçalves

Q U A D R O N.º 12

Confronto dos números de doentes entrados em 1937, 1938 e 1939

A N O	Total Entrados	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V	Grupo VI	Grupo VII	Grupo VIII	Grupo IX	Grupo X	Grupo XI	Grupo XII	Grupo XIII	Grupo XIV	Grupo XV	Grupo XVI	Grupo XVII	Grupo XVIII
1937 . . .	7.780	4.059	5	28	400	520	104	227	188	73	476	285	215	97	4	785	44	269	1
1938 . . .	10.005	3.221	3	27	486	825	318	310	451	111	1.188	462	441	127	7	1.940	80	6	2
1939 . . .	11.221	5.450	8	16	432	1.046	497	313	281	84	747	275	315	182	18	1.251	45	257	4

Q U A D R O N.º 13

Coefficientes de morbilidade e letalidade, por 1.000 homens do efectivo da 1.ª R. M., em 1937, 1938 e 1939

A N O	Número de hospitalizado	Número de mortos	Índice mórbido por 1.000 homens do efectivo	Índice letal por 1.000 homens do efectivo	Índice letal por 100 homens hospitalizados
1 9 3 7	8.655	130	577 ‰	8,6 ‰	1,5 ‰
1 9 3 8	10.726	120	715,06 ‰	8 ‰	1,11 ‰
1 9 3 9	12.174	106	811,6 ‰	7,06 ‰	0,87 ‰

CENTRO DE ESTUDOS



RESUMO DOS TRABALHOS DE 1939

— 1.^a Sessão ordinária em 11-5-939:

Dr. Acylino de Lima — Abertura dos trabalhos de 1939.

Drs. Gabriel Duarte e Paiva Gonçalves — Um caso de amaurose psico-neurótica.

Dr. Ernestino de Oliveira — Observações sobre os meios médicos civis e militares do Chile e Argentina.

— 2.^a Sessão ordinária em 25-5-939:

Dr. Ismar Tavares Mutel — Apreciação sobre o estado da glicose nos animais.

Dr. Gerardo Majella Bijos — Sobre a determinação do teor de ácido ascórbico em especialidades farmacêuticas.

— 3.^a Sessão ordinária em 8-6-939:

Dr. Bandeira de Mello — Histeria e síndrome extra-piramidais.

— 4.^a Sessão ordinária em 22-6-939:

Dr. Francisco de Paula Rodrigues Leivas — Em torno de um caso de paraplegia espasmódica familiar.

Dr. Oswaldo Monteiro — Estudo clínico da concussão cerebral.

— 5.^a Sessão ordinária em 6-7-939:

Drs. Abelardo Calmon e Gabriel Duarte — Síndrome polineurítica consecutiva a blenorragia.

— 6.^a Sessão ordinária em 20-7-939:

Dr. Marques Porto — Relatório de uma visita médico-militar aos Estados Unidos da América do Norte.

Sessão extraordinária em 27 de julho de 1939:

Presidida pelo Exmo. Sr. General Dr. Alvaro Tourinho, a convite do Presidente do C. E., Dr. Acylino de Lima:

Prof. Artur Ramos — Conferência sobre a psicotécnica no Exército.

— 7.^a Sessão ordinária em 3-8-939:

Dr. Alfredo Gomes Sapucaia — Estudo de um plano sanitário para a Vila Militar.

— 8.^a Sessão ordinária em 24-8-929:

Dr. Manoel Vieira da Fonseca Júnior — Aspectos médico-farmacêuticos da bismutoterapia.

— 9.^a Sessão ordinária em 14-9-1939:

Dr. Arídio Martins — Óbito sem cadaver.

Dr. Octávio Salema — Importância da projeção parietal do epiplo no diagnóstico da apendicite aguda.

— 10.^a Sessão ordinária em 28-9-1939:

Dr. Gerardo Majejlla Bijos — Vitaminização dos alimentos; dietas hospitalares.

Dr. J. Manfredini — a) Síndrome de puerilismo mental; b) epilepsia e esquizofrenia.

Dr. Oswaldo Monteiro — Mal de engasgo.

Dr. Ismar Tavares Mutel — Importância clínica dos tempos de coagulação e sangria.

— 11ª. Sessão ordinária em 26-10-1939:

Dr. Paiva Gonçalves — Dois casos de exoftalmia traumática, com apresentação dos pacientes.

Dr. Souto Maior — Aspectos farmacêuticos das preparações bismúticas.

— 13ª. Sessão ordinária em 16-11-1939:

Dr. Ernestino de Oliveira — Considerações sobre a transfusão de sangue em campanha.

— 14ª. Sessão ordinária em 30-11-1939:

Drs. Generoso Ponce e Oswaldo Monteiro: Mal de Banti, com apresentação do paciente.

Sessão extraordinária em 7-12-1939:

Dr. Humberto de Mello — Conferência sobre o plano de construção de um bloco cirúrgico no H. C. E.

— 15ª. Sessão ordinária em 14-12-1939:

Dr. Octávio José do Amaral — Paralisia periférica simultânea do 7º e 8º pares cranianos.

Dr. Francisco Rodrigues de Oliveira — Radioterapia nos traumáticos.

— 16ª Sessão ordinária em 28-12-1939:

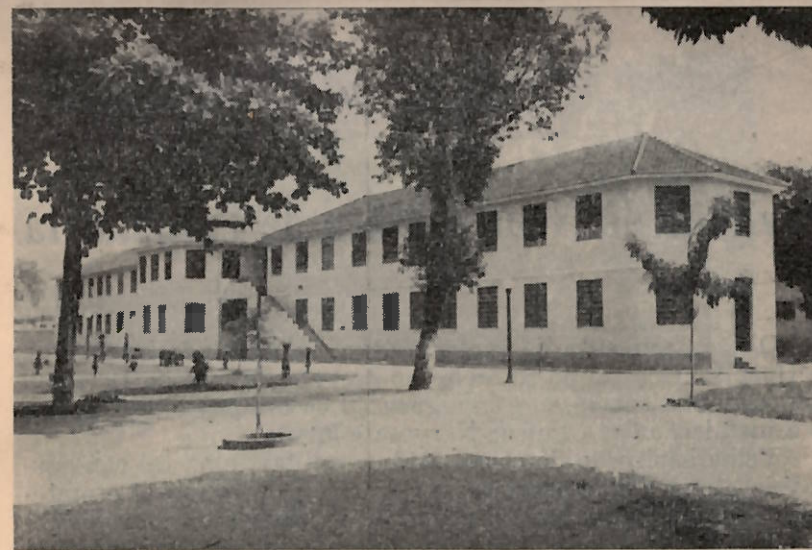
Sessão de encerramento dos trabalhos do ano corrente.

Dr. Goulart Bueno — Abscesso hepático.

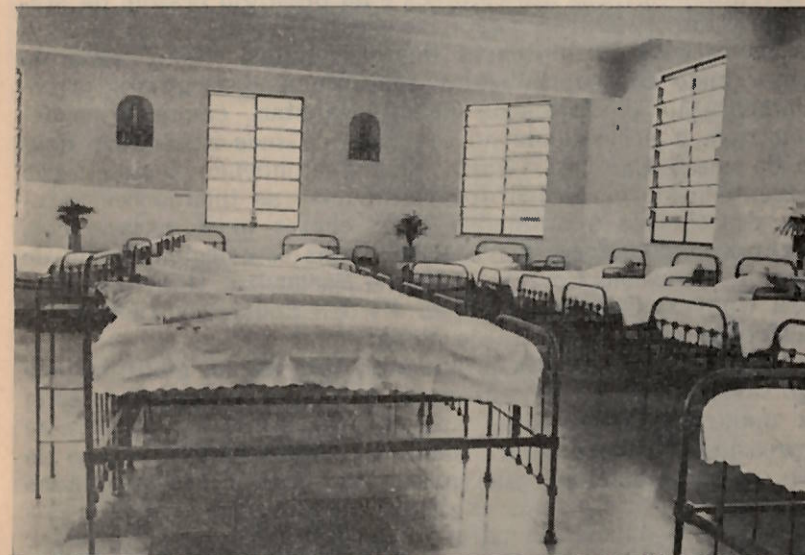
Dr. Majella Bijos — Dosagem do cálcio e fósforo no sangue e no líquido céfalo-raquidiano.

Dr. Gabriel Duarte Ribeiro — Relatório das atividades do Centro de Estudos.

Dr. Acylino de Lima — Encerramento dos trabalhos anuais.



Pavilhão de Clínicas Especializadas



Enfermaria da Clínica oftalmológica

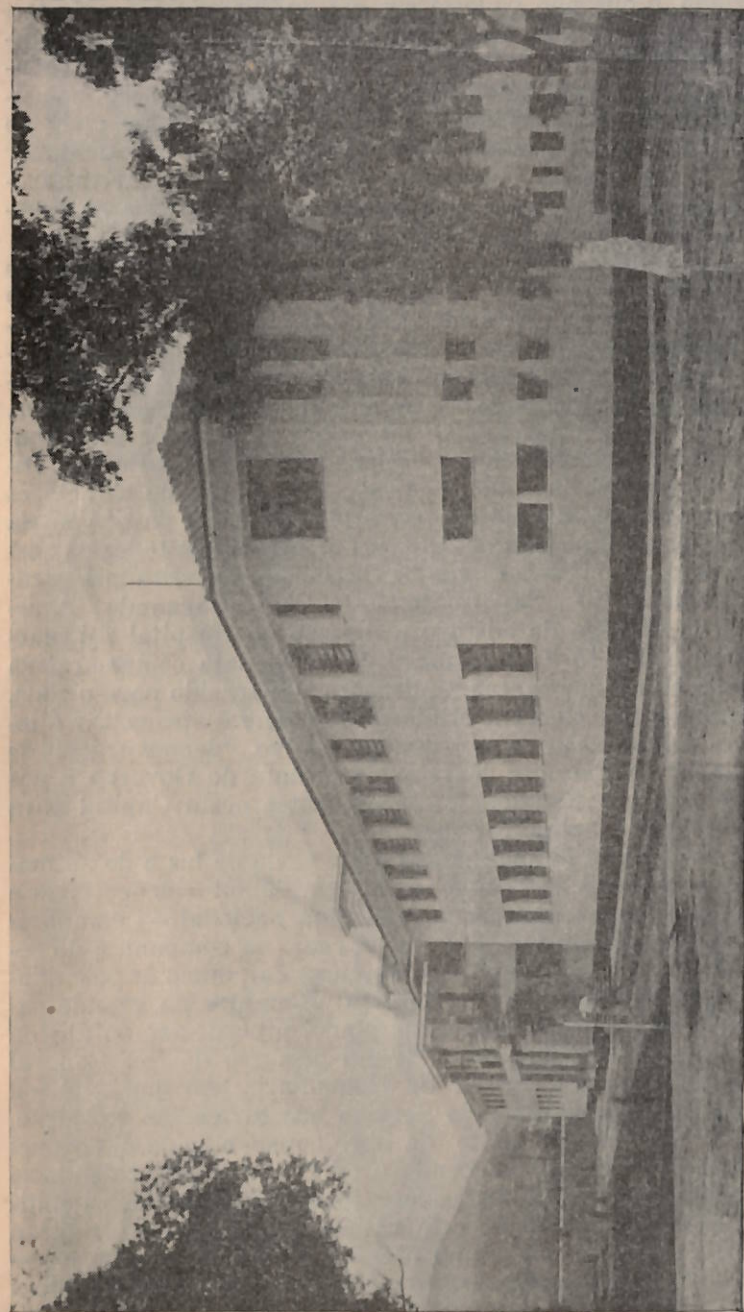
Pavilhão dê Neurologia e de Psiquiatria

O acontecimento de maior relêvo na vida administrativa do Hospital Central do Exército no decorrer do ano de 1939 foi, sem dúvida, a conclusão e inauguração de um pavilhão destinado à instalação das Clínicas Nervosa e Mental.

Velha aspiração do corpo médico militar, uma tal conquista veio atender a imperativos de ordem técnica, moral e material, resultados de uma campanha tenaz, ha muito mantida pelos que têm trabalhado na especialidade dentro do Exército, nem sempre favorecidos pelo prestígio dos chefes, muito menos apoiados pelos poderes públicos.

A Neuriatria e a Psiquiatria sempre encontraram cultôres dedicados no seio do nosso Corpo de Saude. Contudo, o período mais saliente na formação histórica destas especialidades, dentro da nossa Corporação, pode, sem dúvida, ser fixado entre os anos de 1922 a 1939, com o funcionamento da Seção Militar de Observação junto ao Hospício Nacional, criada e rapidamente acreditada, graças aos esforços e ao prestígio pessoal de Murilo de Campos. Durante esta fase, não somente foram realizados os estudos preliminares dos psicopatas, assim como do melhor meio de hospitalizá-los, mas ainda, conseguiu-se a regulamentação da formação de especialistas, enquanto se demonstrava a necessidade do exercício de suas atividades dentro do nosso Exército. Deste modo, atendendo á solicitação crescente deste serviço e aproveitando-se as inclinações naturais, descobertas e animadas pelos chefes mais esclarecidos, chegaram a firmar-se como especialistas os colegas Murilo de Campos, Serzedelo Correia, Arnaldo Serqueira, Henrique Ferreira Chaves, Gabriel Duarte, F. P. Rodrigues Leivas, J. Manfredini e N. Bandeira de Mello.

Fiel ao ritmo de sua progressão, bem assim, mantida pelo fogo sagrado deixado pelo exemplo de Murilo de Campos e, cada vez mais acreditada junto aos poderes militares, tornava-se imprescindível fôsse dada maior expansão ao seu campo de ação, ao mesmo tempo que conseguidas instalações adequadas aos seus fins, muito mais exigentes do que a generalidade dos serviços civis da mesma natureza, pois que havia que atender a contingência de submeter os militares, muitos de postos elevados, a uma observação rigorosa e prolongada em ambiente

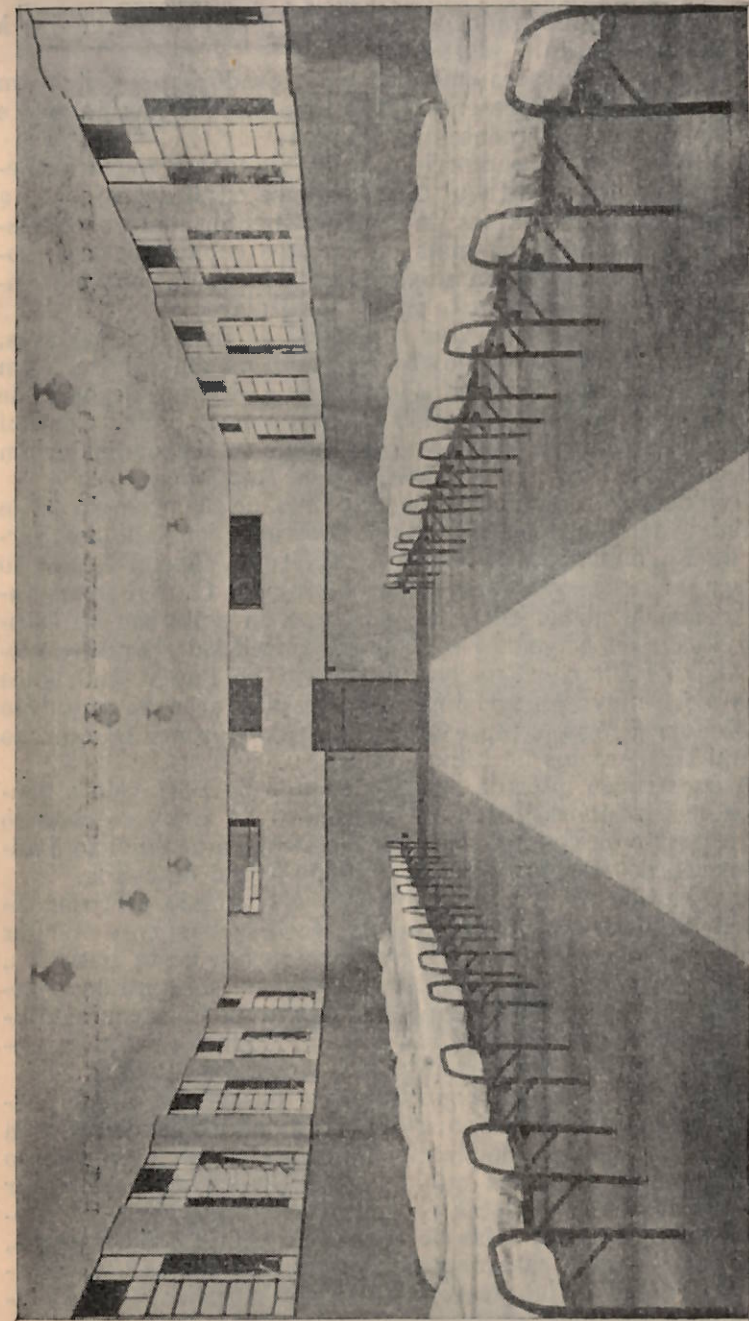


Aspecto frontal do Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria

apropriado, o que não poderia ser obtido dentro da S. M. O., simples dependência de uma antiga edificação, já sem os requisitos exigidos para a categoria do trabalho a realizar. Todavia, ha que ressaltar, desde logo, a excelente cooperação, encontrada durante este período, dispensada pelos colegas civis do hospital da Praia Vermelha, incansáveis em facilitar qualquer diligência que nos interessassem, além de ministrarem, frequentemente, instruções e conselhos sobre os segredos da especialidade, tão árdua e esquivada para os que se iniciam.

Certamente, perduraria, por longos anos, uma tal situação de desconforto e de pouco recato militar, não fossem o espírito de decisão aliado á esclarecida desenvoltura do nosso atual Ministro da Guerra, General Eurico Gaspar Dutra, que foi ao encontro da elevada compreensão dos interesses do Corpo de Saude, tão galhardamente defendidos pelo seu Diretor, General Dr. Alvaro Tourinho e ao carinho administrativo, amor ao trabalho e dedicação ao Hospital Central, dispensados pelo seu Diretor, Coronel Dr. Acylyno de Lima, conjugação de caracteres e de competências verdadeiramente providenciais para a nossa Corporação, por isso mesmo, capazes de afastarem todos os obstáculos para elevarem o Corpo de Saude e o Exército aos páramos grandiosos que, tão rapidamente, vem alcançando. A cerimônia da entrega do edifício a direção do Hospital foi marcada para o dia 10 de Novembro de 1939, data comemorativa do Estado Novo, que tantas realizações tem trazido para o País, deliberando o Sr. General Ministro da Guerra, aproveitar o local para a realização de um almôço festivo, demonstração de homenagem do Exército Nacional ao Chefe do Governo e aos interventores nos Estados, então presentes nesta Capital para um Congresso Administrativo.

As onze horas da manhã deste dia cheio de luz e de animação dos numerosos visitantes — militares, autoridades civis e dos maiores representantes da medicina nacional — compareceu o Sr. Presidente Dr. Getulio Vargas, na companhia do senhor General Eurico Gaspar Dutra, para dar início às solenidades da inauguração do novo Serviço. Reunidos no grande salão da ala esquerda do primeiro plano, procedeu-se ao ato da entrega do edifício, constante de um discurso do Sr. General Raymundo Sampaio, Diretor da Engenharia, em que explicou a missão desempenhada pelo Serviço que dirige, na execução, fiscalização e financiamento da obra, respondendo o Coronel Dr. Acylyno de Lima, recebendo o edifício e congratulando-se com os representantes dos poderes públicos, autoridades militares e o Corpo de Saude, pela valiosa aquisição conferida ao Hospital Central, o que vinha atender a uma premente necessidade, qual a de manter no mesmo âmbito das demais clínicas militares, os nervosos e mentais, agora contemplados com instalações condignas, confortáveis, seguras e discretas que a Di-



Vista da enfermaria de Neurologia (praças)

retoria do Hospital agradecia penhorada e saberia mantê-las à altura de sua missão.

Todas as expressões emitidas pelos oradores encontraram vivo eco em todos os presentes, logo manifestado nas palmas e cumprimentos profusamente distribuídos.

A seguir, foram percorridos pelos visitantes todas as dependências do novo edifício, fornecendo-se explicações sobre a sua organização e detalhes de funcionamento, sempre correspondidos pelos pareceres mais encomiosos e entusiásticos, sobretudo daqueles que traziam experiência formada sobre grandes construções e sobre instalações hospitalares.

As doze horas teve lugar o almoço de duzentos talheres, servido no grande salão do plano baixo da ala direita, num magnífico ambiente de satisfação cordial e evidente regosijo de tão destacados convivas, orando ao champagne o Sr. General Ministro da Guerra, ofertante do ágape e respondendo, em agradecimento, o Sr. Dr. Presidente da República.

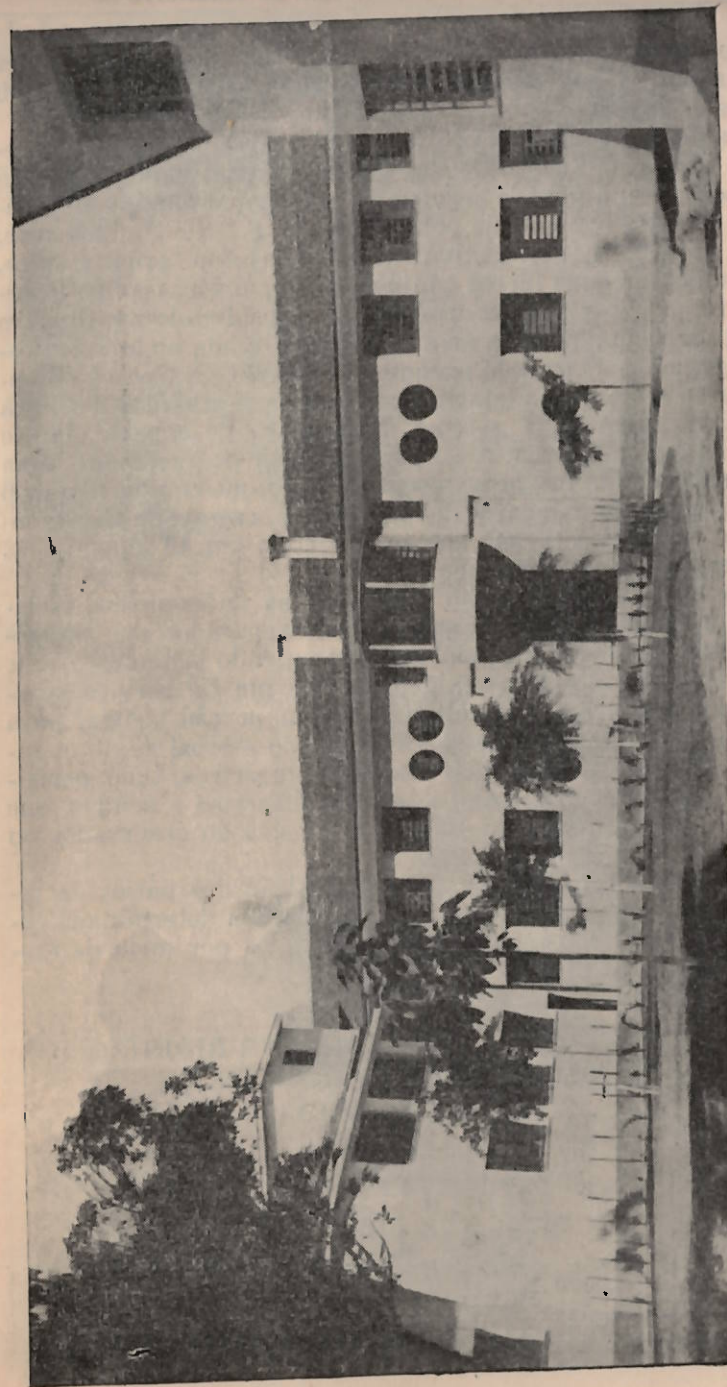
O plano de construção do Pavilhão de Neurologia e de Psiquiatria resultou de um meticoloso estudo, confiado aos Serviços de Engenharia e de Saúde do Exército. Assim é, que no decorrer de várias reuniões, realizadas no H. C. E., procedia-se a trocas de idéias entre os membros da comissão de estudos, o Major de Engenharia Raul Miranda Leal, Capitães médicos Gabriel Duarte Ribeiro, Francisco de Paula Rodrigues Leivas e Jurandyr Manfredini, com a colaboração do arquiteto civil Moacyr Fraga, sempre assistidos pelo Coronel Diretor do Hospital Dr. Acylino de Lima.

A construção iniciada em fins do ano de 1937 veio a concluir-se nos primeiros dias de novembro de 1939, resolvendo o Sr. Ministro da Guerra solenizar a passagem do edifício à administração do Hospital na data e modo acima descritos.

A execução do trabalho proposto á comissão oferecia dificuldade de toda a sorte, por isso que seria contingente atender não só as exigências peculiares as construções desta natureza, dentro dos rigores arquitetônicos modernos, mas ainda, relevava a preocupação de satisfazer o recato da hierarquia militar, de modo a que viesse a ser evitado toda e qualquer promiscuidade entre os doentes de postos e círculos diversos.

Esta parte pôde ser rigorosamente observada, a tal ponto que a praça internada nunca chega a avistar o sargento, nem este ao oficial, embora longamente hospitalizados num mesmo estabelecimento, uma vez que houve a preocupação de isolar dentro de seções completas — contendo enfermarias, refeitórios, salões de recreio, salas de curativos, bálneo e fisioterapia, pátios, etc. — cada categoria de militar, por sua vez, subdividida em categorias clínicas: — neuropatas, psicopatas agitados, calmos, sórdidos, contagiosos, delinquentes, etc.

Tudo isto veio a ser completamente obtido em moldes do



Visão lateral do Pavilhão de Neurologia e Psiquiatria

mais perfeito conforto e solidez, além das amplas proporções dispensadas, o que permite hospitalizar no Pavilhão até 300 doentes.

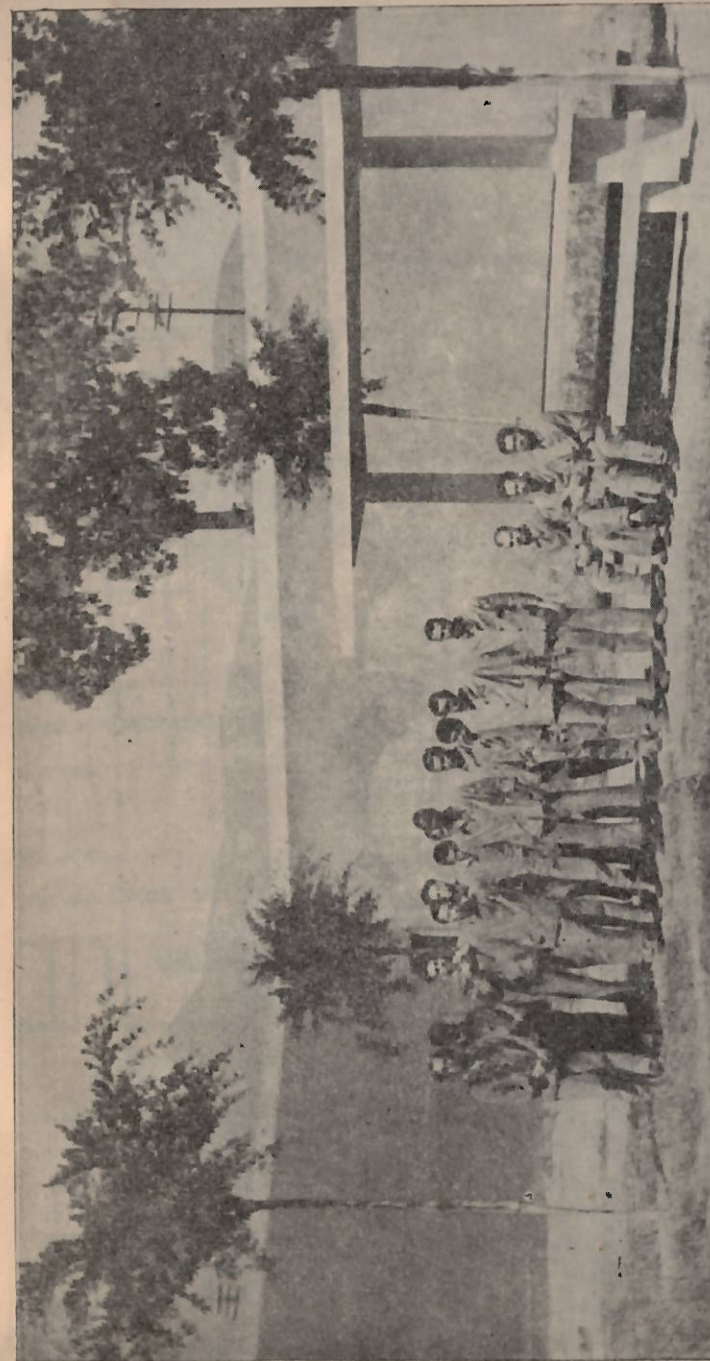
Na porção intermediária foram dispostos no primeiro e segundo planos uma série de dez gabinetes, destinados a futura instalação de um grande serviço de antropopsicologia. Rapidamente descrito o plano de construção do P. N. P., podemos, agora, apreciar a perspectiva de seu conjunto arquitetônico, constituído por dous blocos conjugados por um passadiço intermediário, que, por sua vez, poderia ser considerado um terceiro bloco, tudo ocupando uma área de 820m² situada no ângulo posterior esquerdo do grande parque do Hospital. Na porção dianteira estão situadas as quatro enfermarias destinadas à clínica neurológica, com duas secções tipo salão, de capacidade até trinta leitos, cada uma, a serem ocupadas por soldados, uma outra, subdividida em pequenas subsecções que comportam 4, 6 e oito doentes da categoria dos graduados, escreventes, sargentos, etc. estando a ultima secção repartida em 16 quartos e 2 apartamentos reservados aos oficiais.

No bloco trazeiro estão situadas as enfermarias, isolamentos e casas-fortes para psicopatas, separados por categoria militar e clínica, segundo um bem cuidado sistema em que foram atendidas todas as exigências que um tal serviço acarreta, enquanto eram aproveitadas toda a porção central para dispor os corredores de acesso e transito do pessoal auxiliar, salões de bálneo e fisioterapia, salas de curativos, tudo perfeitamente protegido por meio de grades discretas e sólidas, que garantem a segurança sem chocar a atenção do observador ou do enfermo.

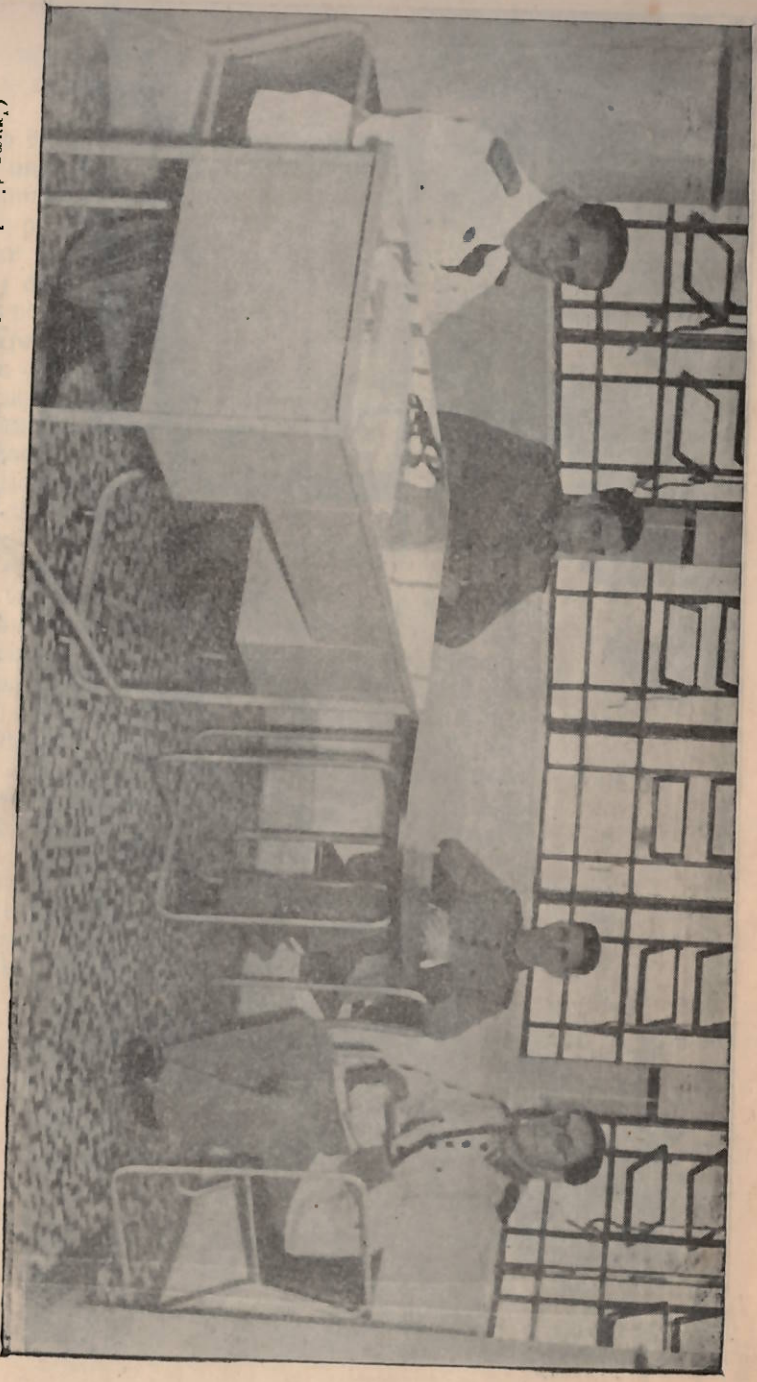
Merece anotar, finalmente, a disposição dos pátios de recreio, em numero de seis, cada um destinado a determinada categoria de doentes, perfeitamente protegidos por meio de muros e gradil de tela.

G. DUARTE RIBEIRO

F. P. R. LEIVAS



Uma vista do pátio da enfermaria dos grandes doentes mentais



*Grupo tirado na sala da chefia do Serviço de Neurologia e Psiquiatria, vendo-se o Major Dr. Henriques
Chaves e seus auxiliares*