No· 3-4 PORTO ALEGRE, JULHO-AGOSTO de 1921 Anno II

Archivos Rio-Grandenses de Medicina

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

REDACTORES:

PROFS. ANNES DIAS, RAYMUNDO VIANNA e LUIS GUEDES

SECRETARIO: DR. RICARDO A. WEBER

HEMOPHILIA

Sua theoria endocrinica

Pr. Annes Dias.

O doentinho, que se acha no leito n.º 15 da 3.ª enfermaria, vae nos proporcionar ensejo para vos fallar de uma das molestias mais mysteriosas que vêm, de ha muito, exgottando os esforços dos pesquizadores.

C. F., 11 annos, deste Estado, branco. Entrou para o serviço a 21/7/21.

Historia pessoal. Nasceu muito gordo. Sua mãe diz ter notado que os filhos que nascem magros são fortes, ao passo que os dous outros hemophilicos nasceram muito gordos. 1.ª dentição começou aos 8 mezes.

Quando pequeno teve manchas escuras pelo corpo.

Aos 3 annos teve crup, varicella e sarampo.

Aos 6 annos teve os joelhos e os cotovellos muito inchados, febre.

Tambem aos 6 annos teve hematuria, que nunca mais se repetiu. Desde 1 anno que qualquer ferimento dá muito sangue, tendo já estado varias vezes aqui, no Hospital, para tratar-se de hemorrhagias.

Historia de familia

Irmãos: perdeu dous, de hemorrhagias, um com quatro dias, o outro com 2 annos (gingivorrhagia). Tem 2 vivos, um com 10 e outro com 17 annos.

Tios. Teve 8 tios maternos, que morreram todos em consequencia de hemorrhagias.

Um primo morreu hemophilico.

Tios avós. Sua avó materna perdeu 6 irmãos, de hemorrhagias, sendo que só um ultrapassou a edade adulta, procreando filhos normaes. (v. quadro).

Ha pois nesta familia 18 casos do mesmo mal hemorrhagico.

Molestia actual

A 6 de Junho o paciente procurou o Ambulatorio de Cirurgia Infantil, pois apresentava forte e permanente hemorrhagia buccal, consecutiva a um ferimento do labio inferior. Tinha, então, febre e o joelho direito muito augmentado de volume, assim como o cotovello do mesmo lado.

O prof. Nogueira Flores e o Dr. Lannes Brunnet, a quem agradecemos as informações que forneceram, fizeram injecções de sôro gelatinado e puncção articular, com sahida de sangue.

O doentinho apresentou alguma melhora, para voltar, a 24 de Junho, com aggravação da hemorrhagia, tendo-lhe sido administrado sero gelatinado e adrenalina, assim como um clystér de 0,60 cent. de 914.

No dia 30 de Junho teve evacuações sanguineas, foram feitas injecções de sôro gelatinoso e sôro de cavallo.

Esta ultima provocou, *in situ*, forte hemorrhagia; foi-lhe feito um clystér de sôro de cavallo a 15 de Julho.

Usou tambem chlorureto de calcio.

Continuando as hemorrhagias, apezar de

No· 3-4 PORTO ALEGRE, JULHO-AGOSTO de 1921 Anno II

Archivos Rio-Grandenses de Medicina

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

REDACTORES:

PROFS. ANNES DIAS, RAYMUNDO VIANNA e LUIS GUEDES

SECRETARIO: DR. RICARDO A. WEBER

HEMOPHILIA

Sua theoria endocrinica

Pr. Annes Dias.

O doentinho, que se acha no leito n.º 15 da 3.ª enfermaria, vae nos proporcionar ensejo para vos fallar de uma das molestias mais mysteriosas que vêm, de ha muito, exgottando os esforços dos pesquizadores.

C. F., 11 annos, deste Estado, branco. Entrou para o serviço a 21/7/21.

Historia pessoal. Nasceu muito gordo. Sua mãe diz ter notado que os filhos que nascem magros são fortes, ao passo que os dous outros hemophilicos nasceram muito gordos. 1.ª dentição começou aos 8 mezes.

Quando pequeno teve manchas escuras pelo corpo.

Aos 3 annos teve crup, varicella e sarampo.

Aos 6 annos teve os joelhos e os cotovellos muito inchados, febre.

Tambem aos 6 annos teve hematuria, que nunca mais se repetiu. Desde 1 anno que qualquer ferimento dá muito sangue, tendo já estado varias vezes aqui, no Hospital, para tratar-se de hemorrhagias.

Historia de familia

Irmãos: perdeu dous, de hemorrhagias, um com quatro dias, o outro com 2 annos (gingivorrhagia). Tem 2 vivos, um com 10 e outro com 17 annos.

Tios. Teve 8 tios maternos, que morreram todos em consequencia de hemorrhagias.

Um primo morreu hemophilico.

Tios avós. Sua avó materna perdeu 6 irmãos, de hemorrhagias, sendo que só um ultrapassou a edade adulta, procreando filhos normaes. (v. quadro).

Ha pois nesta familia 18 casos do mesmo mal hemorrhagico.

Molestia actual

A 6 de Junho o paciente procurou o Ambulatorio de Cirurgia Infantil, pois apresentava forte e permanente hemorrhagia buccal, consecutiva a um ferimento do labio inferior. Tinha, então, febre e o joelho direito muito augmentado de volume, assim como o cotovello do mesmo lado.

O prof. Nogueira Flores e o Dr. Lannes Brunnet, a quem agradecemos as informações que forneceram, fizeram injecções de sôro gelatinado e puncção articular, com sahida de sangue.

O doentinho apresentou alguma melhora, para voltar, a 24 de Junho, com aggravação da hemorrhagia, tendo-lhe sido administrado sero gelatinado e adrenalina, assim como um clystér de 0,60 cent. de 914.

No dia 30 de Junho teve evacuações sanguineas, foram feitas injecções de sôro gelatinoso e sôro de cavallo.

Esta ultima provocou, *in situ*, forte hemorrhagia; foi-lhe feito um clystér de sôro de cavallo a 15 de Julho.

Usou tambem chlorureto de calcio.

Continuando as hemorrhagias, apezar de

todo o tratamento feito, veiu occupar o leito n.º 15 do nosso serviço, onde pela primeira vez o vimos no dia 22 de Julho.

Excessivamente pallido, sangrava abundantemente da gengiva, ao nivel dos incisivos inferiores.

O exame de sangue, feito, em 25 de Julho mostra:

Hematias	2.275.000 mm3
Leucocytos	10.500 "
Hemoglobina	10 %
Hematoblastas	150.000

— Obscura é a causa da hemophilia, caprichosa sua marcha, ignorada sua pathogenia, mysterioso sobretudo o caracter tão particular da sua transmissão hereditaria. Ella é, na phrase de Grandidier, a mais hereditaria de todas as molestias hereditarias; é de uma hereditariedade matriarchal que ahi se trata: só o homem é hemophilico, mas não transmitte a molestia; só a mulher a transmitte, mas não na soffre. A mulher é o elemento activo, n'essa transmissão é o homem o passivo.

Já Otto, em 1803, havia observado essa particularidade de só existir a molestia no homem e de só ser transmittida pela mulher; a continuação de taes observações permittiu a Nasse, em 1820, formular a lei, que tem o seu nome: "essa affecção hereditaria se transmitte pelas mulheres, que, ellas, não são atacadas."

Trabalhos ulteriores, de Grandidier e outros, citando casos femininos, de hemophilia, vieram empanar a bella rigidez da *lei de Nasse*, mas Bulloch e Fildes, em 1911, no mais completo estudo, que se tem feito sobre hemophilia, reaffirmam que esta não occorre nas mulheres e que muitos, dos casos citados, são de purpura hemorrhagica e teriam sido bem interpretados sj tivesse sido feita a contagem de hematoblastas que, como veremos, é decisiva n'essa differenciação.

A hemophilia verdadeira é uma molestia que se caracterisa pela tendencia hemorrhagica, ao mais insignificante traumatismo, na qual o unico disturbio sanguineo é um retardamento da coagulação, e que se transmitte, por hereditariedade matriarchal.

Ella é, na opinião de Bauer, o mais alto grão de *deficit* constitucional de uma funcção parcial do organismo, que, dependendo de uma deficiencia fermentativa do protoplasma, não deixa a coagulação do sangue se fazer, de uma deficiencia constitucional chimica, fermentativa, do protoplasma.

Fonio, que acceita taes idéas, acha que se deve attribuir essa deficiencia aos hematoblastas.

A proposito da pathogenia, veremos o que se deve pensar d'essa explicação.

As linhas acima mostram que não é de clareza a situação actual da questão; só dois factos são incontestes na hemophilia: a tendencia hemorrhagica por disturbio da coagulação e a sua hereditariedade. Todos os outros pontos são obscuros, o individuo, cuja vida está em tão sério perigo, é normal sob todos os pontos de vista, o seu sangue nada apresenta de anormal além do disturbio da coagulação.

E, no emtanto, é de longa data que se vêm procurando estudar esse mal. A familia Mampel, de Kirchheim, vêm sendo analysada desde 1827, n'esse tempo por Chelius, em 1841 por Mutzembach e ultimamente por Lossen, e n'ella, a lei de Nasse foi observada rigorosamente. Hoessly, diz que, na Suissa, se poude demonstrar a hemophilia, n'uma familia, durante 3 seculos.

Em geral, porém, na 3.ª geração o mal se attenua, pelos successivos casamentos com pessôas sãs, para se intensificar no caso de casamentos consanguineos. A hemophilia parece mais frequente nos climas frios; é na Allemanha e na Suissa Allemã (Apert), que a maior proporção de casos têm sido observada.

Pseudo hemophilia. E' preciso excluir do quadro da hemophilia certos estados hemorrhagiparos, que lhe são semelhantes, mas cujos fundamentos em muito, dos seus, dissentem. Guillain já estabelecia a differença entre a hemophilia, molestia hereditaria, e os estados hemophilicos symptomaticos de infecções ou intoxicações transitorias.

Esses estados hemophilicos engiobam quasi todos os chamados casos atypicos ou esporadicos de hemophilia e o seu prognostico é mais benigno.

Elles explicam alguns dos casos de hemophilia feminina, tanto mais que Weil mostrou que é na mulher, principalmente, que se observa uma tendencia hemorrhagica.

São casos de pseudo hemophilia aquelles em que ha hemorrhagias consecutivas á throm-

bopenia e a anomalias de estructura dos capillares de certas regiões, como nos angiomas, na telangiectasia. Deve-se notar que, na opinião de Apert, esta telangiectasia, póde ter o caracter familiar, havendo hemorrhagias profusas nasaes e buccaes, ao nivel de pequenos tumores.

SYMPTOMAS. O symptoma essencial é a *hemorrhagia*, persistente, consecutiva, geralmente, a um traumatismo tão insignificante que, no individuo são, não causaria perda de sangue.

O segundo dado de valor nos é dado pelo interrogatorio: é que essa hemorrhagia se observa em outros membros da familia, que se tracta em summa de um phenomeno familiar.

Embora se possa observar hemorrhagia expontanea, quasi sempre será possivel attribuil-a a um pequeno chóque ou attricto; nos casos duvidosos é a uma compressão que se recorre para provocar a pequena hemorrhagia nos tecidos do braço ou da perna, — é o signal do torniquete. A hemorrhagia, além de ser *desproporcionada* á causa que a produziu, é *persistente* e tem tendencia a *reincidir;* o sangue *tarda em coagular-se.*

Esses phenomenos hemorrhagicos, si bem que possam se manifestar preferentemente, n'uma mesma região, em épocas diversas pódem variar de séde e de intensidade, e muito differem de um individuo para outro.

O mesmo individuo em certas épocas sangra mais facilmente do que em outras (Minot), sem que haja correspondentes alterações no processo de coagulação em taes periodos, o que nos vém mostrar que, ainda não se poude penetrar sufficientemente a parte mais conhecida do processo hemophilico, isto é, o disturbio da coagulação.

Sob o ponto de vista das perdas sanguineas, Addis estuda tres variedades de casos:

1) os individuos que só raramente estão livres de hemorrhagias;

2) os casos em que accidentes insignificantes provocam phenomenos hemorrhagicos;

3) aquelles em que taes phenomenos só succedem a traumatismos de certo vulto.

Quanto á séde da hemorrhagia, é o traumatismo que a condicciona; a perda de sangue é sempre mais séria numa mucosa, que na pelle; todos conhecem a gravidade de uma avulsão dentaria, nos hemophilicos, que póde ser mortal.

Nas serosas ha tambem pouca tendencia á coagulação, superior, talvez, á que se observa nas mucosas, muito inferior, no emtanto, á que se vê na pelle.

E' que no processo de coagulação os tecidos têm o seu contingente, de que os extractos de tecidos nos dão *in vitro* a prova, a este factor importante na superficie cutanea, é de menos valia nas mucosas e nas articulações. E' por isso que picadas na pelle não dão, geralmente, logar a hemorrhagias, não devendo o clinico ter receio de fazer as picadas necessarias para os exames hematologicos. O nosso doentinho, no emtanto, apresentou hemorrhagia consecutiva a uma injecção de soro de cavallo.

Os hematomas são o resultado de derrames hematicos subcutaneos ou musculares e pódem ser extensos, acompanhados de febre e dôr, chegando a simular phlegmões. As hemorrhagias duram, ahi, ás vezes, 24 horas e mais.

As hemorrhagias internas são raras; ora são hematurias, como no nosso doente, ora ha derrame na baínha do psoas, principalmente á direita, simulando a appendicite; esta ultima hemorrhagia é relativamente frequente e se comprehende toda a gravidade de um erro de diagnostico em tal caso, pois poderia arrastar a uma operação desnecessaria e, talvez, fatal. O hematoma do psoas se faz bruscamente e é acompanhado de dôr, a perna fica flectida em rotação externa e em abducção. Si o nervo crural é comprimido, apparecem paralysia do quadriceps, perturbações sensitivas e tumefacção do triangulo de Scarpa.

Os symptomas articulares fazem parte do quadro clinico da hemophilia e, em certos casos, destacam-se pela sua intensidade. Esta varía desde as dôres pseudorheumaticas, que certos doentes apresentam, durante o inverno ou tempo humido, até o derrame brusco, verdadeira inundação articular.

A hemorrhagia póde simular o rheumatismo quando, como é commum, existe febre e a articulação se apresenta distendida, dolorosa ás vezes, com fluctuação e em semiflexão.

A puncção dará sangue; os raios X nada revelarão.

Pódem desorientar o diagnostico no sentido do tumor branco, quando o doente é examinado no 2.º periodo do derrame e erros

têm sido commettidos, cujas consequencias, bem sabeis quaes deviam ter sido.

Quando a lesão não terminou, no 1.º periodo, ao fim de 8-10 dias, os aspectos de arthrite subaguda e o de arthrite chronica são successivamente encontrados e não é raro observar, então, atrophia muscular.

Outras vezes tudo desapparece sem deformação.

As articulações mais frequentemente atacadas são o joelho e o cotovello e o nosso doentinho ainda a este respeito, seguiu a regra; mas tambem as pequenas articulações das mãos e dos pés pódem apresentar o derrame.

Essas localisações vem, a nosso vêr, demonstrar que a hemorrhagia se passa nas articulações mais expostas a traumatismos, ás vezes despercebidos, não devendo taes derrames ser sempre considerados como expontaneos.

DIAGNOSTICO

O diagnostico é facil nos casos typicos, em que ha hemorrhagia após traumatismos leves, hemorrhagias persistentes e que reincidem desde a infancia.

E' de elevado valor o historico do caso e da familia, sob o ponto de vista da dyscrasia.

E' assim que o diagnostico de hemophilia se impõe quando ao lado da verificação da demora de coagulação e dos antecedentes hemorrhagicos hereditarios, encontrarmos um sangue com elementos normaes.

Os casos leves exigem, para se desmascararem, um traumatismo sério. A hemorrhagia costuma ser diffusa, porejante. Tem-se citado casos em que a dyscrasia clara na infancia, foi arrefecendo com a edade para se deter na puberdade, ora taes casos têm sido citados em mulheres.

Admittindo ainda que tenham falseado a lei de Nasse, elles só servem para mostrar que o organismo feminino, que se deixára dominar por algum tempo, conseguiu, por fim, eliminar o mal que lhe não pertence.

O diagnostico differencial deve ser feito com os outros estados hemorrhagicos, entre os quaes avultam o escorbuto e a purpura hemorrhagica, sendo de distincção mais facil, as *ictericias, a telangiectasia*, com as suas manchas permanentes, a *peliose rheumatica* com os seus edemas, a sua urticaria frequente e o prurido.

O *escorbuto* é, em geral, endemico ou epidemico, raramente esporadico. E' acompanhado de perturbações nutritivas e precedido de faltas alimentares.

Nelle as hemorrhagias são pequenas, as gengivas são esponjosas. Os alimentos crús pódem fazel-o desapparecer. Quanto ás perturbações do sangue, n'elle observadas, descreve Vetter a anemia secundaria com anisocytose, a frequencia das hematias nucleadas, cujo numero está em desproporção com o gráo de anemia e cujas variedades mais commumente encontradas são os normoblastas, existindo tambem alguns micro e macroblastas.

Ha geralmente leucocytose com alta taxa de lymphocytos, denunciadores de lesões das paredes capillares.

O sangue, que é aquoso, tem um tempo de coagulação normal, sendo o coagulo firme e denso.

Ha augmento de fibrina, de albumina e de saes inorganicos. O escorbuto é em geral, uma avitaminose, em que é frequente observar alterações thymolymphaticas.

E' curiosa a frequente coincidencia d'esse estado hemophilico com a *hemeralopia (Vedder)*; esta tambem considerada, em grande numero de casos, como uma manifestação avitaminosa, existe muitas vezes na pellagra.

D'estas questões, diremos a proposito de pathogenia.

A purpura hemorrhagica é um mal adquirido, embora Hess cite 2 familias em que os homens eram hemophilicos e as mulheres tinham purpura hemorrhagica, aventando d'est' arte a questão do parentesco morbido entre os dous males.

Uma differença capital os separa decisivamente: a cifra de hematoblastas, muito diminuida na purpura, não o é na hemophilia.

Na purpura o tempo de coagulação é normal ou pouco demorado; o coalho é molle e não retractil.

As lesões cutaneas são frequentes e ella se manifesta tanto nos homens como nas mulheres.

— Descobrir, caracterisar a hemophilia, é facil, comprehendel-a, eis a difficuldade.

Theorias varias vêm, de ha muito, procurando explical-a, mas umas, após outras, sossobram depois de se manterem, mais ou menos tempo, á tona da discussão, amparadas

apenas ou por factos isolados ou pela auctoridade de seus patronos.

E' que a *etiopathogenia* d'essa molestia revolve questões de hereditariedade, de sexo, é que toca de perto a constituição organica, dá vista para o largo campo dos temperamentos, das tendencias morbidas.

A semelhança da sua transmissão hereditaria com a da hemeralopia e do daltonismo vinha ainda complicar o problema, que agora começa a esclarecer-se desde que foi provado que a hemeralopia e, em grande numero, si não na maioria dos casos, uma manifestação de avitaminose.

Entre as mais venturosas, a *theoria vascular* dominou muito tempo, explicando as hemorrhagias por uma tendencia á ruptura dos vasos, que seriam hypoplasticos, á fé de muitas necropsias; mas foi facil mostrar que não é frequente tal hypoplasia e que esta, por si só, não explicaria as hemorrhagias expontaneas, pois é conhecida a frequencia de tal dystrophia na chlorose que, no emtanto, não apresenta tendencia hemorrhagica.

Lembraram, partidarios da theoria vascular, que a lesão seria uma degeneração graxa da intima dos vasos, mas a inconstancia de tal verificação mostrou a insufficiencia d'essa explicação.

Foi, ainda, a proposito d'essas idéas, que se procurou chamar a attenção para a frequente coincidencia do estado thymico lymphatico, na dyscrasia hemophilica. Essa questão, ao envez de reduzir a etiopathogenia a uma pura asthenia vascular, ergue a questão ás alturas da endocrinologia.

Menos feliz foi a *theoria neuropathica* de von Recklinghausen; quanto á *theoria toxi infecciosa*, de Koch, elle deteve, por muito tempo, a attenção dos pesquizadores. A *theoria cholemica* foi sustentada por Gilbert e Lereboullet, que viam na hemophilia a fórma hemorrhagica da cholemia.

A *theoria dyscrasica*, ou sanguinea, que vê o substracto de hemophilia n'uma perturbação da crase sanguinea, foi a mais fertil em estudos de toda a ordem, que aprofundaram o estudo da coagulação sanguinea, procurando surprehender a falha d'esta, responsavel pela demora do processo de coagulação, tão caracteristica da hemophilia.

Ella contribuiu em muito, para corrigir a orientação que levava a hematologia que, no que respeita á formação do sangue, se referia sómente aos orgãos productores dos elementos figurados, esquecendo, quasi sempre, de mencionar a parte que, na constituição da massa total do sangue, tem os seus fermentos, os seus elementos chimicos e, portanto, os orgãos em que estes têm origem.

Assim, além do baço, da medulla ossea, dos ganglios lymphaticos etc., veiu o estudo do papel do figado e se esboça o das glandulas de secreção interna, affirmado para as suprarenaes por Sajous e entrevisto para a thyroide e o ovario por Boyé.

Não vamos n'esta palestra, esmiuçar os escaninhos do processo de *coagulação*, mas devemos apontar as condições especiaes em que ella se realisa na hemophilia e diremos alguma cousa sobre as relações que com a coagulação e as hemorrhagias, pódem ter as glandulas endocrinicas.

O sangue do hemophilico é normal quanto ao numero de hematias, de leucocytos e de hematoblastas (Morawitz); o fibrinogeneo e os saes de calcio estão nos limites normaes e a thrombina do serum é normal. A formula leucocytaria varia muito.

Assim, pois, não é no estudo dos globulos, nem n'um deficit de saes de calcio ou de fibrinogeneo que se vae encontrar a explicação para a grande demora da *coagulação* na hemophilia.

Essa demora é maior si o sangue é retirado directamente da veia, é assim que, ás vezes, o tempo de coagulação póde ser normal no sangue retirado da ponta do dedo, ao passo que será de 1 ou mais horas si colhido por puncção venosa.

Esse facto é devido á presença, na puncção transcutanea, de extractos, de succo, de tecidos que coagulam o plasma, fornecendo-lhe thrombozymo e substancias thromboplasticas. Na hemophilia, antes do plasma começar a solidificar-se, se faz a sedimentação das hematias.

A demora da coagulação corre parallelamente á gravidade do caso.

Sabe-se ao certo que ha uma demora do tempo da coagulação, mas ainda se ignora a causa d'este disturbio.

Alguns acham que ha augmento de antithrombina, mas, não só Howel nega esse facto, como é sabido que os extractos de tecidos addicionados ao sangue hemophilico, lhe

acceleram a coagulação, talqualmente como se dá com o sangue normal.

Na hemophilia a coagulação tarda muito mas, quando o coalho se fórma, é tão firme como o normal e, como este é perfeitamente retractil.

E' por isso que Minot e Lee pensam que a causa da relativa incoagulabilidade deve ser procurada em alguma preturbação da formação da thrombina, mas dizem que se ignora si a deficiencia d'esta é quantitativa ou qualitativa, em todo o caso como ella, quando se fórma, é normal em quantidade, parece que a deficiencia seja qualitativa.

Minot, Fonio e outros, fallando da influencia, que a este respeito, devem ter os hematoblastas, (que no emtanto, estão em numero normal), pensam que a uma alteração d'estes se deve referir o deficit de prothrombina.

Por outro lado, Howel vae adiante e affirma que, na hemophilia, ha grande quantidade de heparina, a substancia anti-prothrombina, recentemente descoberta.

Para Nolf e Herry a alteração do thrombozymo, que é a unica anomalia observada, seria devida a uma insufficiencia dos orgãos que lhe são formadores. (endothelios, leucocytos).

Muitos têm sido os trabalhos que visam attribuir aos hematoblastas, como dissemos, um papel de destaque na questão (Rabe e Salomon, Minot). Kirch acha que os hematoblastas pódem ter a funcção de tornar mais densas as paredes vasculares, decorrendo da sua falta, uma maior permeabilidade do vaso; Rabe e Salomon, tendo observado, n'um caso em que a cifra de hematoblastas era normal, a grande resistencia d'estes, acham que, "este facto podia, talvez, ter impedido a libertação da thrombokinase." Como se vê, as hypotheses não faltam, o que bem mostra quanto a questão está obscura.

Aynaud, revisando alguns dos trabalhos referentes á acção dos hematoblastas, affirma "que os factos invocados em favor do papel coagulante dos hematoblastas repousam sobre observações inexactas ou incompletas".

Bulger, em estudo recente (1920), teve occasião de verificar phases da molestia em que o tempo de coagulação se fazia demorado, por occasião de um derrame articular por ex., sem que fosse notada qualquer alteração coincidente do sangue.

Von Behring e Lee observaram, no choque anaphylactico, desapparecimento dos hematoblastas na circulação peripherica e recalque para os orgãos profundos, com demora de coagulação.

Este facto não deve fazer esquecer que Widal mostrou, no choque anaphylatico, uma primeira phase, passageira, de hypocoagulabilidade e uma tardia de hypercoagulabilidade.

Por fim, Minot e Lee admittem uma deficiencia hematoblastica por depressão da "medula ossea ou algumas vezes, talvez, dependente de alguma secreção interna liberada por algum orgão tal como o baço."

Ao lado das incertezas, da alluvião de conjecturas, das affirmações dubias, esta ultima declaração dos notaveis tratadistas americanos vem mostrar quanto é delicado o processo da coagulação, especialmente na hemophilia e já esboça uma possivel *coparticipação das secreções internas.*

Aliás, Bauer já affirmára ter a thyroide uma indiscutivel influencia no processo da coagulação; Cannon mostrára que, n'este, póde collaborar a suprarenal, dizendo que a injecção de adrenalina, a irritação do sympathico, uma dôr violenta ou uma emoção forte, pódem activar a coagulação quando a suprarenal está integra.

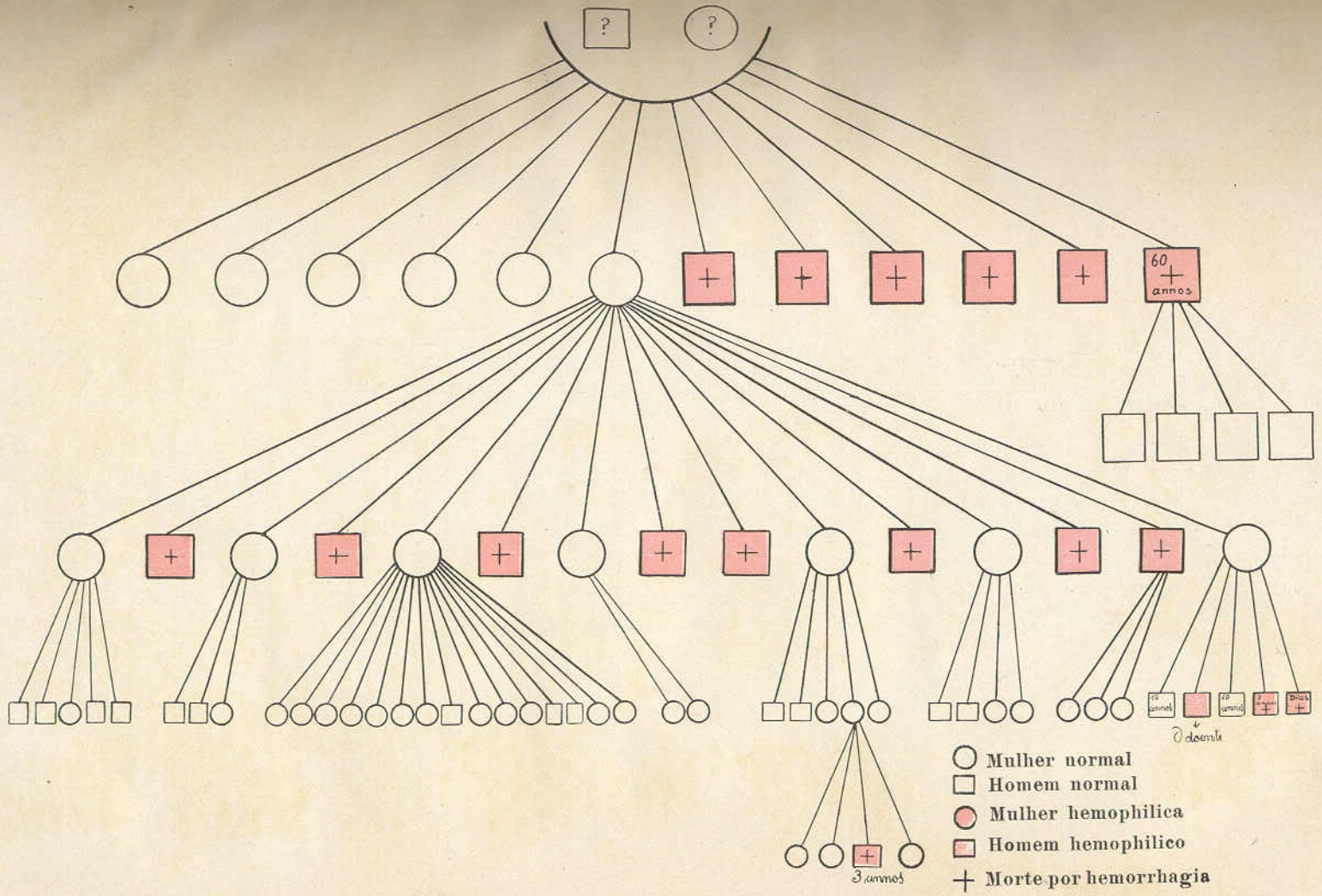
Por outro lado, ha diminuição de coagulabilidade no estado thymico-lymphatico, em que, como se sabe, ha hypoplasia suprarenal simultanea.

Vejamos agora si as glandulas sexuaes tambem intervêm na coagulação e si mantem outras relações com o sangue. Wallart acha que secreção interna testicular tem relação com a hemopoiese.

Pankow diz que, a respeito das relações das glandulas genitaes com o sangue, estamos ainda atrazados, pouco sabemos e, admittindo a hemophilia feminina, affirma que, no emtanto, nunca o fluxo menstrual foi citado como causa de hemorrhagia hemophilica.

Biedl insiste nas relações de uma outra desordem sanguinea, a chlorose, com o ovario, relações já entrevistas por Hyppocrates e refere que, após a castração, ha grandes modificações, embora passageiras, das hematias e da hemoglobina.

Schickle allude á falta de coagulação do sangue menstrual, para a qual muitas explicações têm sido dadas e crê que no corpo


?
?
60 annos
3 annos
Mulher normal
Homem normal
Mulher hemophilica
Homem hemophilico
Morte por hemorrhagia

amarello e tambem nos folliculos que crescem no ovario e no utero, são formadas substancias diminuidoras da coagulação e da pressão, que a explicam.

Sabemos que não só as menorrhagias, mas metrorrhagias, têm sido attribuidas aos ovarios e, em casos de fibromas, por exemplo, as hemorrhagias pódem ceder á radiographia ou á castração ovarianas.

O que é mais interessante é que as metrorrhagias são principalmente frequentes na puberdade ou na menopausa, exactamente nos dous periodos de desequilibrio da funcção ovariana, no primeiro caso desapparecendo, via de regra, quando a funcção menstrual se regularisa.

Ludwig Adler, poude observar, pela experimentação, uma certa diminuição da coagulação na menopausa, na castração e na amenorrhéa, facto este que reputamos de summa importancia e que elle considera como dependente da falta de capacidade ovariana.

E' Ludwig Adler, ainda, quem affirma existirem estreitas relações da funcção ovariana com a coagulação e o metabolismo calcico.

Estes dados dizem bem com um interessante caso, que nos foi gentilmente mostrado pelo Dr. Jannuario Bittencourt e no qual se tractava de uma menina de 15 annos, tendo apresentado hemorrhagias multiplas: epistaxis, hematemeses etc., e cujos ovarios foram extirpados por apresentarem lesões esclerokysticas notaveis.

Sajous diz que as injecções de extracto ovariano augmentam o numero de globulos vermelhos e a hemoglobina. Ainda ha pontos de contacto, a referir, entre o ovario e o sangue mas, por agora, mais interessante será lançar uma vista d'olhos sobre algumas particularidades da hemophilia, que dizem de perto, com as considerações ha pouco exaradas.

Sabe-se que a hemophilia não costuma se manifestar ao nascer ou logo após, mas que explóde nos primeiros mezes ou nos primeiros annos, por occasião de um accidente banal.

Porque não se desmascara no momento da secção do cordão umbelical? Si é um estado constitucional, congenito, porque não se manifesta no momento d'esse grande traumatismo para vir, talvez, um ou dous mezes depois, bruscamente se affirmar?

Qual a differença que, a esse respeito, póde haver entre o sangue do recémnado e o do lactente de poucos mezes? Será porque, logo após o nascimento, o sangue da criança está ainda com as qualidades do sangue materno, de que vivia? E nós sabemos que as mulheres não têm tendencia hemophilica.

Si assim é, deve haver no sangue materno uma substancia, que, tendo passado ao sangue fetal, tornou este refractario ao apparecimento da hemophilia e, á medida que a impregnação n'este ultimo sangue, vae arrefecendo, a molestia vae tendendo a se manifestar, si a criança é do sexo masculino.

Alguns autores, como Ribierre, que accei tam a possibilidade da hemophilia feminina, acham que, si a paciente escapa ás consequencias graves dos traumatismos, na infancia, o mal se attenúa na puberdade, isto é, no momento em que o ovario passa a prevalecer no organismo.

De todo o exposto, resalta que a hemophilia é uma molestia do homem, hereditaria pela mulher e cuja physiologia pathologica está ainda bastante obscura, sabendo-se apenas, existir uma demora da coagulação, com integridade apparente do sangue.

Dous factos, sobretudo, devem fixar a nossa attenção, pois, por elles, vamos tentar uma explicação que nos parece plausivel.

1.º) A hemophilia é transmittida pela mulher e não pelo homem.

2.º) A hemophilia só se manifesta no homem.

As poucas excepções apresentadas a estas leis, foram consideradas insubsistentes por Bulloch e Fildes, mas ainda que sejam acceitas, ellas, tão raras são, que não destróem aquellas regras.

Assim, pois, tanto o homem como a mulher, soffrem o acommettimento hemophilico hereditario, mas a dyscrasia, victoriosa no homem, não se desenvolve na mulher que, no emtanto, é capaz e só ella, de a transmittir aos descendentes.

Que conclusões tirar d'esses factos?

1) Si ambos os sexos estão sujeitos á mesma contaminação e só n'um d'elles o mal se desenvolve, é *necessario convir que ha em jogo uma questão de sexo.*

2) Si é uma questão de sexo, que impede na mulher, a eclosão da molestia, somos irresistivelmente levados a encarar de frente a participação das glandulas sexuaes.

3) Si só a mulher transmitte o mal, é pro-

vavel que a transmissão se faça, não no momento da concepção, mas durante a gravidez e, portanto, se deve pensar em uma questão de trocas humoraes entre mãe e filho.

Essa immunidade da mulher é tanto mais extranha quanto se sabe que ella é, incontestavelmente, muito mais exposta a accidentes hemorrhagicos que o homem; a plena vida da mulher se affirma na primeira hemorrhagia menstrual e continúa entrecortada de periodos hemorrhagicos, para se deslustrar quando o marco da menopausa é alcançado.

E' no organismo da mulher, que se apresenta a unica hemorrhagia physiologica, que existe, e esta é funcção do seu apparelho luteovariano.

Porque não aproveitar, em face de estados hemorrhagicos, pathologicos, as informações da physiologia?

Aliás já se sabe, de longa data, que essa hemorrhagia physiologica póde, mercê de disturbios endocrinicos, degenerar em hemorrhagias pathologicas, curaveis pela opotherapia adequada, mas não é aqui occasião de entrar em detalhes sobre as relações do ovario, com a glandula mammaria e a mucosa uterina.

Sabe-se com que frequencia aquelle phenomeno physiologico se exalta ou desapparece em varias condições endocrinicas.

São, pois, incontestaveis, as relações das glandulas genitaes femininas com certos phenomenos hemorrhagicos; de outro lado se sabe que, na eclosão da hemophilia, ha uma questão de sexo e, na sua transmissão, além da questão de sexo, ha séria presumpção de haver... uma transmissão hormonica, por via placentar.

Porque, pois, não se desenvolve a hemophilia na mulher?

Em que consistirá essa defesa tão poderosa, pois é victoriosa na quasi totalidade dos casos, e tão banal, que todas as mulheres, quasi sem excepção, a apresentam?

Em que differem sob o ponto de vista de sua defesa organica, o homem e a mulher?

Estas questões a endocrinologia se propõe resolver do modo mais simples, quando affirma que a differença capital, sob o ponto de vista physiopathologico, entre o homem e mulher, é a differença endocrinica genital.

Parece-nos pois razoavel procurar, n'esse terreno o porque da superioridade da defesa na mulher.

Si procurarmos a differença do sangue nos dous sexos, veremos existirem certas particularidades, bem estudadas por Bucura, que acha que o sangue masculino utilisa mais oxygeneo que o feminino e tem maior densidade, mais hematias e maior porcentagem de hemoglobina.

Blair Bell faz observar que taes differenças são grosseiras, mas que as mais finas e, provavelmente, as mais importantes, não foram ainda sufficientemente trabalhadas e pensa que ha differenças da mais alta importancia, dependentes das secreções internas.

"Algum dia, talvez, diz Bell, seremos capazes de basear nossos conhecimenots d'estas dissemelhanças do sangue, physiologicas e morphologicas, sobre variações qualitativas e quantitativas, que forem estudadas, nos caracteristicos sexuaes primarios dos orgãos endocriticos."

Por todas essas razões, é bastante acceitavel a influencia endocrinica no desencadear da hemophilia. A objecção decorrente da citação de casos hemophilicos femininos, excepcionaes si existem, em nada prejudica aquelle modo de vêr, pois, para afastal-a, bastará considerar a possibilidade da perturbação ovariana em taes casos. E' uma questão interessante que d'ora avante, precisa ser esmiuçada.

Prognostico. E' sempre grave. Quasi nunca é fatal o primeiro surto hemorrhagico.

A molestia, que costuma se manifestar geralmente depois do 1.º anno, póde, em casos raros, se apresentar nos primeiros dias. A sua gravidade é muito grande até a puberdade, então decresce.

Será, talvez, isso devido a ultrapassarem a puberdade os casos menos graves, os outros baqueando na infancia; o facto é que, na maioria dos casos, o individuo não chega á edade adulta.

Deve-se procurar saber si os casos de hemophilia, na familia, têm sido pouco ou muito graves.

As hemorrhagias das mucosas são mais graves que as das articulações e da pelle.

A avulsão de um dente póde occasionar uma hemorrhagia fatal.

O prognostico da hemophilia tem melhorado nos ultimos tempos, desde que meios energicos, como o sôro de cavallo, transfusão etc., têm sido empregados regularmente.

Segundo Gulland e Goodall, as probabilidades de viver são de 50 %, para um hemophilico.

Prophylaxia. Poder-se-á evitar a propagação da hemophilia?

Sabemos que a transmissão é feita pela mulher, em cuja descendencia, pódem apparecer, em certas familias, 50 % de hemophilicos.

A conclusão a tirar é que o medico deve contraindicar o casamento das mulheres pertencentes a familias hemophilicas; os homens hemophilicos raramente chegam a casar, e quando o fazem, não transmittem o mal.

Devem ser formalmente prohibidos, ahi, os casamentos consanguineos.

— Quanto á prophylaxia individual, devem ser evitados com o maximo cuidado os traumatismos, mesmo os operatorios, a não ser que, n'este ultimo caso, haja extrema urgencia. E' então indicada a transfusão, immediatamente, antes da operação.

Tratamento. Antes de apontar o tratamento por nós feito, no doentinho aqui presente, diremos qual a medicação classica.

Em primeiro lugar devemos dizer que certos meios de que lançamos mão em outros estados hemorrhagicos, como saes de calcio, ergotina, gelatina, thyroidina, são aqui inuteis.

O tratamento deve ser local e geral. O local consiste, conforme o caso, ou em sutura do fermiento, ou em applicações de substancias activadoras da coagulação, como sôro sanguineo fresco, carne fresca, solução de antipyrina, adrenalina etc., (Weil).

As hemarthroses devem ser tratadas como arthrites.

Quanto ao tratamento geral, mister é entrar em certos detalhes.

Caillé aconselha o uso de extracto esplenico e thyroidiano. Deneke prefere uma solução de fibrinogeneo de Hammarsten, mas vimos que o fibrinogeneo não está em déficit.

Weill e outros propuzeram o uso do sôro, em injecções de 20 c^3, de 2 em 2 mezes, sôro humano ou de animal.

Essas injecções, de facto, constituem um bom meio therapeutico.

Nolf propoz as injecções de peptone, a exemplo do que faz em outros estados hemorrhagicos, mas Lereboullet e Vaucher, mostram os perigos da medicação peptonica, e citam um caso em que, a medicação, a principio tolerada, deu logar a accidentes de intolerancia grave, complicados com hemorrhagias abundantes e repetidas, ás quaes o paciente succumbiu.

A transfusão é um excellente meio.

Funck, diz que a hemophilia não é curada pela transfusão, mas esta é, sob o ponto de vista pratico, um especifico para o accidente hemorrhagico; vence quando tudo falha.

Acha que se não deve perder tempo com outros meios, pois elle não só detem a hemorrhagia, como restitúe o sangue perdido.

Minot attribúe o effeito á presença dos hematoblastas, mas é preciso saber que o sangue desfibrinado, o serum, o plasma, tambem dão certo resultado.

O effeito da transfusão dura alguns dias; ella deve ser repetida com intervallos de 2, 3 dias.

Quanto á escolha do DONNOR, acham auctores que se deve ter, sempre, um, preparado de antemão; nós achamos, de accôrdo com a theoria que, ha pouco defendemos, que se deve dar preferencia, para a transfusão, ao sangue de uma mulher da familia hemophilica, a mãe ou irmã do doente, pois nos parece razoavel que o seu sangue, que resistiu á hemophilia, seja o mais propicio a combater-lhe os accidentes. Minot cita o maravilhoso resultado obtido com a transfusão do sangue materno n'um caso, sem lhe dar a verdadeira significação e acha este indicado, tão só porque dispensa, nos casos urgentes, as provas reciprocas do sangue de mãe e filho; parece-nos, como acima dissemos, que muito mais importante é o motivo d'essa preferencia.

Quanto ao tratamento no nosso caso, devemos dizer que os distinctos collegas, que o viram antes de ser recolhido á 3.ª enfermaria, empregaram, contra as hemorrhagias, que vinham se fazendo desde o dia 6 de Junho, os meios classicos, sem que as perdas sanguineas se detivessem.

Foi assim que chegou ao nosso serviço o doentinho, muito anemiado e com as gengivas a sangrarem dia e noite.

Foi então que, diante das considerações, a que ha pouco alludimos, resolvemos empregar ovario luteina, em injecção, com exclusão de outra qualquer medicação, pois todas haviam falhado, e mesmo o logar de uma inje-

cção de serum de cavallo havia sangrado durante 24 horas.

Desde o 2.º dia, as melhoras se fizeram sentir e, ao 3.º dia, a hemorrhagia cedeu de todo até o dia de hoje.

Percorrendo, depois, a litteratura médica, vimos que já a idéa d'essa medicação occorrera a Lachlan Grand, com bom resultado, embóra Carnot não acredite nos seus effeitos.

A' primeira vista, póde parecer extranha e inefficaz a incorporação de hormonio ovarianos, no organismo masculino.

Não fôra o temer alongar muito esta palestra e abordariamos mais esta questão; que nos baste citar experiencias de Steinach. Este auctor fez em cobaios e ratos castrados, enxerto de ovario e, em alguns casos, o enxerto vingou, mostrando tecidos, em estado de funccionamento, embora menos accentuado, que nas femeas.

Que outros tirem d'esses factos as illações que comportam. Nós empregamos a medicação hormonica com o só intuito de modificar um estado humoral.

— O nosso caso, que foi observado por distinctos medicos, desde o 1.º anno de vida e que pertence á familia hemophilica, cujo quadro aqui tendes, continuará em observação.

A medicação foi efficaz; a theoria que lhe serve de pedestal é ousada, o futuro dirá si ambas são a expressão da verdade scientifica, que, forçosamente, cedo ou tarde, dissipará o mysterio da hemophilia.

BIBLIOGRAPHIA

Biedl — Innère Sekretion — 1913.

Ribierre — in Gilbert & Fournier — Pathologie Interne.

Blair Bell — The Sex Complex — 1916.

Bauer — Konstit. Disposition Innerer Krankheiten.

Minot e Lee — Nelson Loose Leaf. Medicine (IV) — 1920.

Harvier — Sympathique et glandes endocrines — 1921.

Sajous — Analyt. Cyclopedia of Pract. Medecine (V) — 1920.

Pankow — in Mohr e Stakelin — Handbuch der Inneren Medizin (VI) — 1920.

Apert — L'hérédité morbide — 1919.

Rabe e Salomon — Deutsches Arch. f. Klinische Medizini — Bd. 132.

Tice — Pratice of Medicine (vol. VIII) — 1921.

Tice — Practice of Medicine (vol. IX) — 1920.

Osler e Mackae — Principles and Pract. Medicine — 1920.

Cabot — Modern Clinie Medicine — 1911.

Greene — Medical Diagnosis — 1917.

Deneke — Deutsches Arch. f. Klin. Medizin — Bd. 134.

Aynaud — Traité du Sang de Gilbert e Weinberg — 1913.

Nolf — Traité du Sang de Gilbert e Weinberg.

Hewlett — Monographic Medizin — 1917.

Grasset — Therapeutique Générale—1914.

O Coma nas Auto-Intoxicações[1)]

(Semiologia, prognostico, tractamento)

Prof. Sarmento Leite Filho

Exordio

Não tenho em mira, ao discretear comvosco, fazer propriamente uma conferencia; a tanto só auctorizariam o tirocinio e a experiencia hauridos em trabalhos e estudos mais profundos.

Sem me poder eximir, entretanto, ao gentil convite de meu distincto e illustrado collega professor Annes Dias, quiz apenas trazer minha modesta e desvaliosa collaboração a estas palestras de quinta-feira, em bôa hora iniciadas, pois são prova exuberante da operosidade e afan da classe medica patricia que, embalada em risonhas esperanças, se congrega em intercambio intellectual, tão nobre e tão grato. E assim continuem, são os meus votos.

Propuz-me fallar sobre um assumpto tão velho quanto a propria medicina: o **coma.**

E não obstante o ser velho, banal e corriqueiro, é de ver como a cada passo nos defronta, a desafiar a argucia e perspicacia do clinico, que nem sempre lhe descobre a verdadeira origem.

Certo, são mais bem acceitos os assumptos essencialmente clinicos, com illustrações e demonstrações practicas, bem o percebo.

Tenho para mim, porém, que, em consciencia, ninguem poderá negar algo de interesse ao estudo do coma, thema de pura semiologia, porquanto é a propedeutica, como todos tão bem sabeis, a pedra angular sobre que se ergue o alteroso edificio da sciencia medica, a base fundamental da medicina applicada, isto é, a clinica.

Penso assim justificada a preferencia, traçando ligeiros commentarios em derredor do **"coma nas auto-intoxicações"**, á guisa de licção clinica aos senhores estudantes.

Haverá, porventura, na practica diaria, syndrome mais trivial, mais encontrada que o coma? Amiúde e a cada passo, o clinico o depara. E, no emtanto, que de controvertidas interpretações suscita elle, que de difficuldades sem conto apresenta o investigar-lhe a origem? Diagnosticar o coma é, via de regra, facil; a syndrome clinica como que resalta patente, á primeira olhada; embaraços maiores offerece, ao revés, a indagação do factor causal. Esta face do problema é a mais importante, pois della dependem a prognose e a therapeutica. A familia não se preoccupa com subtilezas de diagnostico, com termos technicos tantas vezes incomprehendidos do leigo; interroga tão só a respeito da doença, sua indole e terminação. E sob esta responsabilidade tremenda ha de agir o medico que, consciencioso, tudo empenhará por encontrar a chave do problema.

O diagnostico do coma constitue, a meu ver, questão de relevante importancia, na practica diaria. Qual o clinico que se não encontrará muita vez em apuros, ao defrontar um comatoso, á mingua de commemorativos precisos, na carencia de informes seguros sobre o modo de inicio e o evolver do mal, na ignorancia dos antecedentes morbidos do paciente? Sobe de ponto o embaraço, se ao clinico fallecem conhecimentos solidos de semiologia. Só a semiotica, não ha negar, permitte construir, com proficiencia, todas as peças do

---

1) Licção clinica proferida no Hospital de Misericordia.

repertorio clinico, architectando diagnose precisa e exacta; e de um diagnostico seguro são corollarios a prognose e a therapeutica adequada. Será, assim, de necessidade inilludivel o estudo meticuloso e diuturno da propedeutica, que, no dizer de Sahli, "é o pão quotidiano do clinico."

Dito isso, a modo de proemio, toquemos no vivo da materia.

Symptomatologia geral do coma

Antes de proseguir, convem salientar ser o coma um disturbio psychico, caracterizado pela abolição mais ou menos completa da consciencia, da motilidade voluntaria e da sensibilidade, contrastando com a persistencia das funcções da vida vegetativa.

Dos mais variaveis é o modo de inicio. Ora o coma irrompe tumultuariamente, desacompanhado de signaes pregoeiros, ora, ao revés, é a pouco e pouco, ás surdas, que se constitue inteiro o quadro clinico. Exemplo da primeira modalidade é o icto apoplectico; illustra a segunda o coma das infecções agudas.

Desde que se installe, a syndrome se destaca por physionomia especial.

Caracteristico é o aspecto do comatoso. Apresenta-se o paciente em decubito dorsal, em inercia mais ou menos profunda, insensivel e apathico.

A resolução muscular é ou não de todo completa; os membros, flaccidos, de tono diminuido, obedecem á acção da gravidade e tombam como massa bruta, mal se os larguem.

Malgrado a hypotonia, é frequente, ás vezes, observar a paralysia de um dimidio, valendo-se do seguinte ensinamento: os membros affectados caem, pesadamente, como massa inerte, quando abandonados ao proprio peso; os illesos, ao contrario, gradualmente volvem á primitiva posição.

Denotam-se, não raro, convulsões e contracturas, cujo valor semiotico é de monta.

No vulto, inexpressivo, de traços como que delidos e apagados, ora se estampa a calma, o repouso, ora, ao envés, a hebetude, o estupor.

De palpebras semicerradas, o sujeito como que dorme profundamente. As pupillas, preguiçosas, dilatadas ou contrahidas, mal reagem ás alternativas de luz e de obscuridade.

A **facies**, pelas alterações nella impressas, fará objecto de detido estudo, pois revela, ás vezes, como que o sello do mal. Assim é que a face rubida do apoplectico e do insolado contrasta, sobremaneira, com a macilenta e tumida do uremico; o rosto pallido do diabetico com o carminado e roseo do intoxicado pelo oxydo de carbono.

Os desvios, as asymetrias faciaes, representam indicios de valor que se hão de levar em conta, ao deslindar o diagnostico do coma.

A circulação e a respiração, embora conservadas, apresentam, no emtanto, leves modificações. O pulso é, habitualmente, lento, regular, a menos que se não altere á conta da affecção causal.

A respiração revela certo retardamento, é cava, profunda. Cadencia-se por um ronquido sonoro, ora ligado á inercia do véo palatino que vibra á passagem do ar, ora dependente do conflicto do ar com as mucosidades que obstróem os bronchios. E' a **respiração estertorosa.**

Noções preciosas se logram com o exame da respiração; já o odor do halito, já o typo do rhythmo respiratorio, nos indica, não raro, o caminho da diagnose.

E' caracteristico e quiçá pathognomonico o cheiro alcoolico no beberrão; o odor ammoniacal no uremico; o chloroformico no coma diabetico e no da acidose; o alliaceo na intoxicação phosphorada.

A respiração estertorosa do apoplectico, o typo de Cheyne-Stokes na uremia, o typo de Kussmaul no diabetes, são exemplos frisantes.

Os reflexos, superficiaes e profundos, são, usualmente, abolidos no coma; ha ou não signal de Babinski.

Os esphincteres se compromettem; ha retenção das materias ou, ao contrario, incontinencia.

Pelo que diz á temperatura, algumas vezes será normal (alcoolismo, saturnismo); vezes outras, ao reverso, verificar-se-ha hyperthermia (insolação, derradeiro periodo da apoplexia cerebral) ou hypothermia (uremia, coma diabetico).

Varios gráos se observam no estado co-

matoso; desde a mera somnolencia, da qual o paciente desperta como estremunhado, a insistentes appellos, até a lethargia, todas as modalidades são susceptiveis de se mostrar.

Ora simples hebetação, o doente reagindo ainda ás fortes excitações por um movimento intempestivo ou ligeiro gemido; ora sopôr intenso; ora estupor profundo, culminando na inconsciencia completa; o coma nos apresenta, assim, tres variedades: o **coma ligeiro**, o **profundo** e o **carotico.**

Caracteriza-se o primeiro por um simples torpor, o gráo mais leve da depressão psychica; delata-se o segundo pelas linhas geraes salientadas passos atrás; a insensibilidade completa e a inconsciencia absoluta dão, ao revés, physionomia ao **carus.** O **carus** é, quasi sempre, o prenuncio da agonia.

Ha ainda o **coma vigil**, mescla paradoxal de depressão e excitação, de abatimento e loquacidade, de somno e vigilia; o coma é entrecortado, de quando em quando, de ligeiro delirio (Dejerine).

Tal é, em rapido bosquejo, a feição clinica do coma, nos seus variegados matizes.

A duração vae de algumas horas a varios dias. O evolver é irremissivelmente funesto ou, ao contrario, o sopôr se desvanece com o inteiro recobro dos sentidos.

Do coma se hão de distinguir os varios estados de somnolencia; taes: o somno normal, o somno hysterico, a lethargia homonyma, a hypnose, a narcolepsia, etc., pois o coma, por seus attributos, é um somno pathologico mais ou menos profundo e duradouro.

Não cabe aqui passal-os separadamente em revista, porque assim me desviaria da rota traçada; seja apenas lembrada, de passagem, a importancia do discrime.

Estados morbidos em que o coma se entremostra

Multifarios são os estados pathologicos em que o coma é phenomeno saliente. Já occorrendo em affecções traumaticas do craneo; já sobrevindo em numerosas cerebropathias, em que constitue, por assim dizer, toda a scena clinica; aqui irrompendo sob influencias thermicas; alli epiphenomeno do fastigio de innumeras infecções agudas; ora denunciando grave intoxicação do organismo; não raro o coma, em multiplas affecções geraes, é apenas o preludio da morte.

Discriminar, com acêrto, neste mundo de entidades nosologicas, qual dellas mais variavel e pluriforme, a responsavel por um dado caso, é, por vezes, mera obra de argucia e paciencia. Dentre todas as affecções, atrás averbadas, avultam na primeira plana, pela sua importancia clinica, frequencia e gravidade, as **auto-intoxicações: uremia, diabetes, acidose.**

E' o que fará objecto das considerações a seguir.

Coma uremico

O coma uremico é o entreposto commum das multiplas formas de insufficiencia renal. Quer a uremia se manifeste por convulsões e delirio, quer se patenteie por phenomenos cardio-pulmonares, quer se exteriorize por disturbios gastro-intestinaes, o coma é, em grande numero de casos, o termino habitual.

E' variavel a maneira porque se estabelece. Casos ha em que deflagra, de inopino, em pacientes, sãos em apparencia, cuja lesão renal passara despercebida. E' o que os antigos chamavam a "**apoplexia serosa**" ("forma fulminante" de Fournier, "forma apoplectica de Raymond").

Mais vezes, no emtanto, symptomas valiosos prefaciam o instaurar do mal. São os **pequenos signaes do brightismo,** tão bem descriptos por Dieulafoy.

Supponde, por exemplo, que, já desde algum tempo, vindes tractando de um paciente, rotulado de nephritico, não só pelos dados clinicos, como pelos exames de laboratorio.

E' um adulto de media edade, beirando pelos quarenta, de passado morbido um tanto onerado. De alguns meses, se vem queixando de cephalalgia, tonteiras, zoadas, caimbras, sobretudo nocturnas, ligeira dyspnéa, perturbações visuaes, dôres va-

rias, sob a forma neuralgica ou rheumatóide, pollakiuria, prurido, etc.

De quando em quando sobrevêm epistaxis, nauseas, vomitos, diarrhéa.

O exame clinico demonstra hypertensão arterial, hyperphonése do tom aortico e rhythmo de galope de Potain, á escuta do coração, ligeiro augmento da macissez precordial, corollario da hypertrophia do ventriculo esquerdo, etc.

O exame funccional do rim, pelas provas costumeiras, denota impermeabilidade ao azoto (hypoazoturia, augmento da uréa sanguinea, da creatinina, etc.). Em summa, estaes em presença de um caso de **nephrite chronica**, da **variedade intersticial, uremigenica** ou **azotemica.**

Pois bem; um bello dia, por uma causa occasional (desvio de regimen, affecção intercorrente, frio, fadiga), ou, fortuitamente, aggravam-se os padecimentos de vosso doente. Certo torpor intellectual, algo de preguiça physica, somnolencia, vomitos, attraem a attenção da familia; o entorpecimento engravesce e culmina no coma.

Ou então, symptomas espalhafatosos, taes delirio (diffuso ou systematizado), convulsões (generalizadas ou do typo jacksoneano), antecedem o completo obumbramento dos sentidos.

O uremico comatoso se acha estirado no leito, em resolução muscular, de todo inconsciente. Os membros, abandonados ao proprio peso, tombam como massa bruta; não é raro observar monoplegia brachial ou hemiplegia, fugazes e transitorias. Registam-se, por vezes, convulsões epileptiformes, cuja presença é indicio de máo prognostico.

A face, pallida e ás vezes tumida, exprime inteira calma ou, ao contrario, hebetude. As pupillas, myoticas, com frequencia punctiformes, se mostram insensiveis á luz.

O pulso é regular, tardo, hypertenso.

A respiração, calma, lenta, modifica-se, via de regra, no rhythmo costumario. A uma pausa de apnéa succedem respirações, a principio superficiaes, que se vão tornando mais profundas, mais amplas, para em seguida decrescerem, a pouco e pouco, até nova pausa de apnéa. E' a **respiração do typo de Cheyne-Stokes,** a qual, sem que seja pathognomonica da uremia, é, no emtanto, mais vezes encontrada em similar condição, imprimindo-lhe, assim, cunho caracteristico.

O halito exhala odor ammoniacal intenso.

No que tange á temperatura, ha, usualmente, hypothermia, o thermometro marcando 35°, 34°, 33°.

Desde que se denunciem convulsões, não é raro observar pequena elevação thermica e mesmo hyperpyrexia.

Vomitos incoerciveis e diarrhéa não são infrequentes.

Está-se a ver que, ao topar a syndrome morbida assim constituida, e conhecido o paciente de longa data, facil se torna a diagnose, porquanto salta aos olhos.

Mas não é sempre esse o caso. Figuremos a hypothese de serdes chamados, com urgencia, á cabeceira de um sujeito que, de improviso, entrou em coma.

Como decidir? Como achar a pista nesse emmaranhado de conjecturas que, ás dezenas, vos acodem ao espirito?

Começa então toda uma obra de investigação e analyse. Será uma syncope? Tractar-se-ha de apoplexia cerebral? De coma alcoolico? Da forma comatosa do accesso pernicioso do impaludismo? De intoxicação alimentar? De intoxicação pelo opio, belladona? De insolação? De envenenamento plumbico? Estareis em presença do coma diabetico, do coma por acidose?

Em taes aperturas, de muito servirá a anamnese. Assim, em inicio, se ha de interrogar rapidamente a cercania do doente, sobre alguns commemorativos importantes: profissão, estado de saude anterior, passado morbido, signaes precursores do coma, possibilidade de algum envenenamento accidental ou proposital; indagar ainda se ha vomitos, diarrhéa, etc.

Em seguida, como todo clinico consciencioso, effectuar um exame profundo e minudente, quer se utilizando dos innumeros processos semioticos, quer se valendo do auxilio sem par das provas de laboratorio.

Cumpre agora summariamente encarar cada uma das hypotheses atrás referidas.

Muito embora no coma, a circulação e a respiração sejam alteradas, jámais se interrompem; o contrario é a regra na **syncope,** em que se supprimem as sobredictas funcções. Depois, usualmente, o coma ure-

mico se não installa assim tão de chofre, a menos que se não tracte da forma apoplectica ou fulminante ("apoplexia serosa" dos antigos).

A **apoplexia cerebral** irrompe, no commum dos casos, de inopino; á instantaneidade com que se toldam os sentidos no icto apoplectico, contrapõe-se a morosidade no estabelecer-se do coma uremico.

A physionomia clinica do insulto cerebral de todo se não harmoniza com a da uremia comatosa.

Caracteristico é o aspecto do apoplectico. A face é colorida, vultuosa, inexpressiva, as palpebras occlusas, as pupillas dilatadas e insensiveis á luz.

Da bocca entreaberta escoa-se pela commissura labial, um filete de saliva. A bochecha de uma banda é flaccida, pendente, inflando-se á cada expiração. O doente "fuma cachimbo", segundo a expressão consagrada.

A respiração é retardada, ruidosa, profunda, **estertorosa**; o pulso, lento, forte, vibrante.

A temperatura, baixa a principio, eleva-se gradativamente, alcançando então a 38°, 39°, 40°.

A resolução muscular é completa; não obstante, é possivel verificar paralysia unilateral (pelos meios atrás apontados), e indicadora de lesão cerebral em fóco.

Ha desvio conjugado da cabeça e dos olhos para o lado são.

A reflectividade tendinosa é abolida, assim como a cutanea. Inverte-se o reflexo plantar e, indicio de irritação pyramidal, resalta positivo o signal de Babinski.

Os esphincteres são compromettidos; á retenção inicial succede, após, a incontinencia da urina e das fezes.

Reconhecer-se-ha o **coma alcoolico**, sobretudo pelos dados anamnesicos, e pelo cheiro particular do halito e dos vomitos.

A proveniencia de uma zona paludosa, a certeza de accessos febris anteriores, o apparecimento subito, imprevisto, de accidentes comatosos em um febricitante, a hyperthermia contemporanea, a côr melanemica da pelle, a esplenomegalia, e, principalmente, a verificação do "hematozoario de Laveran" pelo exame de sangue, serão as bases em que se firmará a diagnose do **coma palustre.**

A **intoxicação alimentar**, maximé a por cogumelos não comestiveis, venenosos, determina symptomas brutaes e dramaticos, tendo no coma sua mais alta exteriorização. O diagnostico é, geralmente, facil, mercê dos commemorativos.

Na **intoxicação pelo opio**, ha egualmente myose e pallidez da face; inexistem, entretanto, a anuria e a respiração de Cheyne-Stokes; além disso, o exame dos vomitos fornecerá indicios valiosos. Na **intoxicação pela belladona**, a consideravel mydriase será de muito prestimo, na diagnose differencial.

São de grande valia os commemorativos para fixar o diagnostico de **coma calorico**: bem disposto e gosando saude, o paciente nada sentia até a superveniencia do accidente, causado pela exposição directa e prolongada ao sol, ao calor intenso. Egualmente não se ha de esquecer de indagar a profissão; pois os foguistas, os machinistas, os caldeireiros, são particularmente propensos áquella eventualidade.

Denunciar-se-ha a **encephalopathia saturnina**, além de outros signaes, pela orla gengival de Burton, a côr de cera velha dos tegumentos, a profissão do paciente, expondo-o a colicas de chumbo, etc.

Pelo que toca aos **comas diabetico** e **acidosico**, delles se fará menção no lugar em que cabem.

Postas, assim, á margem as principaes variedades de coma, de verdadeira se ha de averbar a **uremia comatosa.** E para maior segurança, de muito servirão as provas de laboratorio, cujo valor diagnostico e prognostico não se faz mister encarecer (hypoazoturia, albuminúria, cylindruria, augmento da uréa sanguinea, da cifra da creatinina no sangue, etc.).

O exame ophtalmoscopico não se ha de olvidar, pois revelará, muita vez, retinite azotemica.

O **prognostico** do coma uremico é sempre grave. Quando o sopôr é ligeiro e entrecortado de periodos de lucidez, ha esperanças maiores de provavel restabelecimento. Se o coma fôr profundo, lentamente progressivo, e succeder a outras variedades de uremia nervosa (convulsiva, delirante), o

prognostico será irremediavelmente infausto; em curto prazo sobrevirá o exito lethal.

Qual o **tractamento** da uremia comatosa? Em uma formula geral se poderá synthetizar a therapeutica da uremia aguda: desintoxicar o organismo, pela eliminação dos productos excrementicios, nelle retidos, appellando para emunctorios vicariantes. Cinco indicações preenchem tal requisito:

1) Derivação intestinal energica, quer por um drastico (a classica "tinctura de jalapa composta", 20,0 a 30,0), quer por enteroclyses purgativas.

2) Sangria geral, immediata, abundante, repetida. Extraem-se 300, o a 500, o de sangue, e mesmo mais, em casos de extrema gravidade. A phlebotomia é, muita vez, um meio heroico; não é raro ver, instantes após a operação, pacientes despertar do profundo sopôr em que estavam engolfados. E' de tamanha importancia a venesecção que justifica, á evidencia, o aphorismo de Castaigne: "O clinico se poderá arrepender de não sangrar um uremico; jámais de havel-o feito".

3) A puncção lombar é tão util quanto a sangria e sempre deve ser practicada (Castaigne). As convulsões, o torpor, o coma com irregularidades respiratorias, melhoram sensivelmente com evacuações repetidas de liquido cephalo-racheano (10, 15 a 30 c. c.). "A rachecentése é indicada, em practica, em todos os casos de uremia nervosa, não só como meio diagnostico, mas tambem therapeutico" (Castaigne).

4) A dieta hydrica será auxiliar valioso.

5) Excitar a diurése, emfim, quer ensaiando os varios diureticos (theobromina e succedaneos, 2,0 por dia), quer empregando, nos casos urgentes, as injecções endovenosas de soro glycosado hypertonico (250,0 $^0/_{00}$), na dose diaria de 400 a 500 c. c., e nos outros, injecções hypodermicas da solução isotonica de glycose (45,0 $^0/_{00}$), em egual dose, quer por injecções sub-cutaneas de soro da veia renal (10 c. c.).

Lemoine preconiza as injecções de ether, em alta dose.

Contra a asthenia cardiaca, será de muito prestimo a digitalina, dada com prudencia e sob vigilancia. O mesmo se diga da estrophantina.

Eis, de um modo succinto, a therapeutica do coma uremico em suas linhas geraes; o tractamento symptomatico, já se deixa ver, variará, consoante o caso clinico.

Coma diabetico

Dentre todos os episodios que accidentam o curso do **diabetes mellitus**, é, sem duvida, o **coma** o mais frequente, o mais grave, o mais sombrio.

Foreiro directo da toxhemia diabetica, o coma é, em extremo, frequente.

Occorre em qualquer edade, porém com predilecção no adulto, entre trinta e cincoenta annos.

Nos diabeticos, em estado de intoxicação acida, a crise comatosa se pode precipitar, sob a influencia de numerosas causas occasionaes. Assim é que, entre ellas, se citam a fadiga nervosa e muscular, as commoções vivas, os traumas, as intervenções cirurgicas, as infecções agudas, as affecções intercorrentes, o regimen carneo exclusivo, as medicações inopportunas pelo opio e derivados, e muitas outras.

Se o coma diabetico, no commum dos casos, é o epilogo do periodo ultimo da affecção, e bastas vezes deflagra, de subito, em meio o evolver do mal, só excepcionalmente se patenteia como symptoma revelador ou precoce.

Via de regra, prodromos antecedem, de muito, o estabelecer-se do coma.

E ha todo o interesse em bem conhecer esses signaes premonitorios, porque, agoureiros de perigos maiores, permittem prever os accidentes nervosos graves e atalhal-os a tempo. E' só nesta phase, com effeito, que a therapeutica alcalina intensiva dá os mais bellos resultados, protelando o desfecho fatal.

Dentre os symptomas prodromicos, resaltam, na primeira plana, as modificações que se processam para o lado das urinas; a quantidade dellas diminue, decresce a glycosuria, e ligeira albuminuria apparece.

Grande valor possue a presença de elementos estranhos, pregoeiros que são do coma imminente.

A verificação da acetona, isoladamente, pela reacção de Legal, é de somenos importancia, pois que, contrariamente ás idéas

de annos atrás, a acetonemia se não responsabiliza pela genese dos accidentes nervosos graves.

De maior valia é a pesquisa dos "acidos betaoxybutyrico e diacetico" (pela reacção de Gerhardt); é noção vulgada hoje ser a **intoxicação acida** a fautora, por excellencia, do coma diabetico.

Tambem não se ha de perder de vista a importancia capital do estudo da "ammoniuria" e, principalmente, do da "relação ammoniurica" ou "coefficiente de acidose", no que tange á verificação da lucta defensiva do organismo contra a "intoxicação acida", não só no ponto de vista diagnostico, como prognostico.

A excreção exaggerada do ammoniaco urinario e a elevação anormal do coefficiente ammoniurico se mostram nos periodos de precoma e de coma. São, dest'arte, o preludio de disturbios maiores que hão de vir, se o medico não intervem prestemente.

Dos signaes clinicos, corollarios da acidose diabetica, e que prenunciam a imminencia do coma, attraem, para logo, a attenção as perturbações nervosas. Cephalalgia intensa e persistente, vertigens, atordoamento, salientam-se de prompto. Modifica-se, egualmente, o caracter do diabetico.

O humor varia; ora ha tristeza indomita, ora, ao revés, alegria insolita que se transmuda, com frequencia, em delirio um tanto ruidoso, acompanhado, usualmente, de allucinações visuaes e auditivas. A pouco e pouco se accentuam as perturbações psychicas; á excitação inicial succedem, após, phenomenos depressivos, expressos em somnolencia, torpor, narcolepsia que, por fim, acarretam o **coma.**

Do cortejo symptomatico são sequazes habituaes as perturbações respiratorias. A respiração é penosa, anciosa, ligeiramente accelerada. Salienta-se o typo da dyspnéa toxica, **sine materia.**

O halito exhala odor especial, acre, analogo ao das maçãs sazonadas ou ao do chloroformio. O cheiro acetonico do halito precede, ás vezes, de longa data, o apparecimento dos phenomenos nervosos.

São frequentes, no periodo de precoma, as desordens gastro-intestinaes: lingua saburrosa, inappetencia, nauseas, vomitos, alimentares ou porraceos, diarrhéa, etc.

Insidiosamente, os symptomas supracitados engravescem; e o paciente, a largos passos, franqueia o limiar do coma declarado.

Estendido no leito, em decubito dorsal, apresenta-se o diabetico comatoso, em absoluta inconsciencia e completa resolução muscular; os membros são de todo immotos, mas inexistem contracturas e paralysias: ainda conservam certa tonicidade, e quando abandonados ao proprio peso, gradativamente retornam á primeira postura.

Um facto que, desde logo, merece referido é a relativa conservação da sensibilidade, não obstante a inconsciencia profunda e a inercia absoluta.

A face apresenta pallor intenso; as pupillas, dilatadas, mal reagem á luz.

O exame da respiração, sobre revelar o odor peculiar, atrás mencionado, denota alterações no rhythmo. Resalta patente a "respiração do typo Kussmaul"; caracteriza-se esse rhythmo por uma inspiração profunda, á qual succede uma expiração rapida acabando num suspiro ou gemido. O paciente tem verdadeira "sêde de ar" ("air — hunger").

A pelle é pallida, fria, livida, ás vezes cyanotica. Ha pronunciada hypothermia, não só peripherica, como central. A temperatura rectal desce progressivamente a 35°, 34°, 33° e mesmo a 32°. O pulso é rapido, filiforme.

Accentua-se o collapso algido e, sem incidente novo, a morte sobrevem em vinte e quatro a quarenta e oito horas.

Ahi está, em linhas geraes, a feição do coma diabetico, na forma costumeira.

Varias modalidades se hão descripto, consoante a predominancia de um ou mais symptomas. Assim é que se registam a "forma dyspneica"; a "gastro-intestinal"; a "peritonitica"; "formas attenuadas"; "intermittentes"; a "alcoolica" (Drechfeld), em que phenomenos de excitação, delirio, tremura, simulando o **delirium tremens,** alternam com o sopôr.

Conhecida a affecção, de longa data, facil se torna atinar com a verdadeira fonte, de onde flue o repertorio clinico.

Pelo que toca á diagnose differencial

com as outras variedades de coma, passos atrás bastante me alonguei, não cabendo aqui repetir o que já se disse.

Lembrarei apenas, muito ao de leve, que os seguintes são os attributos maiores do "coma diabetico": "pallor da cutis, resolução muscular completa, persistencia da sensibilidade, odor chloroformico do halito, respiração profunda e suspirosa do typo Kussmaul, hypothermia, ausencia de convulsões e contracturas".

A glycosuria, a hyperglycorhachia, as reacções da acidose verificadas pelo exame das urinas e do liquido cephalo — racheano, virão ratificar o diagnostico de coma diabetico.

O **prognostico**, como resae das considerações exaradas, é extremamente grave, para não dizer fatal.

Está-se a ver que o **tractamento** será o corollario das noções que possuimos sobre a pathogenia do coma diabetico. Pois que resulta de uma "intoxicação acida", os alcalinos impõem-se, formalmente, afim de neutralizar, quanto possivel, os nefastos effeitos da acidose.

Prescrever-se-ha o bicarbonato de sodio, em altas doses diarias (30,0, 40,0 a 50,0), por via oral, por enteroclyses, em injecções subcutaneas (soluções hypertonicas a 3 a 5 %), ou ainda, nos casos de urgencia, por injecções endovenosas (2 litros da solução isotonica a 10 $^0/_{00}$).

A melhoria que se opera, sob a influencia desta therapeutica intensiva, é tão só fugaz e enganosa, porque o paciente, desperto por algum tempo, immerge de novo em coma, succubindo em poucas horas.

Para que a medicação alcalina dê surprehendentes resultados, é mister empregal-a no periodo precomatoso, logo que o exame de urina delate a presença do acido diacetico.

A therapeutica do coma constituido é fallivel e fallaz; será a lucta do desespero contra a morte inevitavel.

Coma por acidose

A **acidose** é outra das tantas condições em que se observa o coma.

A "acidose", seja dicto de passagem, é a syndrome clinica que resulta de uma "intoxicação acida", causada não só pela hyperproducção de acidos, como tambem pelo retardamento da eliminação delles (Slyke).

Que existem "acidoses", além da diabetica, é facto presumido de longa data. Tal eventualidade attrahira, de muito, a attenção dos practicos.

Villempere, pela vez primeira, verificara vestigios de intoxicação acida em cancerosos gastricos, affectados do "coma dyspeptico", descripto por Littré; e não muito longe de nós, M. Labbé relatava "as acidoses graves, fóra do diabetes", sobrevindo em pacientes accommettidos de cancer do estomago, de estenose pylorica com estase, de insufficiencia hepatica, inanição, etc. As pesquisas chimicas de A. Robin e Bith confirmaram a existencia da "acidemia não diabetica".

Duvidosa e vaga perdurava, no emtanto, a pathogenia dos factos observados.

Só com as investigações modernas, os progressos crescentes da chimica biologica, os surtos da endocrinologia, é que novas idéas vieram aclarar a interpretação do problema, deslindando, não de todo (verdade se diga), o determinismo physio-pathologico da syndrome.

E aos americanos do norte se devem os melhores trabalhos sobre o momentoso assumpto, collocando em alto relevo, na pathologia, a interessante questão da acidose.

Slyke, Crile, Parke, Sajous, Haldane, dentre muitos, avultam na primeira plana.

Dia a dia, mais se avoluma e enriquece a litteratura sobre o moderno thema.

Os disturbios do metabolismo que caracterizam a acidose (Parke), se encontram em multiplas condições: mal de Graves, fadiga dos athletas, commoções, febre, vomitos cyclicos, diarrhéas infantis, mal de Bright, choque cirurgico, anesthesia pelo ether, chloroformio, protoxydo de azoto, toxhemia ligada á estase intestinal, asphyxia, toxhemia gravidica, inanição, diabetes, etc. (Crile).

Taes desordens activam o metabolismo, pelo estimulo das adrenaes e consequente hypersecreção de adrenina; d'ahi exaggero das oxydações e superproducção de acidos.

Nem todas as formas de acidose se podem amoldar a esta rubrica, assevera Sajous;

pois estados morbidos, taes o choque, a inanição, os vomitos cyclicos, cerceiam as combustões organicas. Em casos taes, rompe-se o equilibrio que ha, normalmente, no plasma sanguineo, entre os acidos e as bases; os primeiros accumulam-se passivamente no sangue (acidemia), á conta de deficiente catabolismo e insufficiente eliminação de seus productos finaes (Sajous's Analytic cyclopedia of practical medicine).

Resaltando a primacial importancia da participação das "glandulas de secreção interna" na genese da acidose, Sajous discrimina, no ponto de vista therapeutico, os tres grandes typos seguintes:

1) **Acidose passiva,** ligada á deficiencia de saes basicos, principalmente o bicarbonato de sodio, como nos vomitos cyclicos, diarrhéas infantis, inanição, ulcera gastrica, diabetes, choque operatorio, lesões cardio-vasculares adeantadas, etc.;

2) **Acidose activa,** devida á "hyperproducção de acidos" oriundos de excessivo metabolismo, como, por exemplo, no decurso de exercicios violentos, jogos athleticos, excitação ou labor mental intensos, prenhez, etc.; ou como resultante de "anormal actividade auto-defensiva", assim nas infecções agudas, mal de Graves de origem toxica, cancer, desordens hepaticas e gastro-intestinaes de forma adynamica, auto-infecções de fonte tonsillar, gengival, nasal, etc.; em summula, casos todos em que ha superactividade das glandulas endocrinas, maximé as suprarenaes e thyreoides;

3) **Acidose obstructiva,** causada por disturbios renaes, intestinaes e cutaneos, em que a eliminação dos acidos é imperfeita, como no mal de Bright e outras nephropathias organicas, nephrectomia, entero-colite, extensas queimaduras, etc. Em taes condições ha não só retenção de acidos, mas tambem hyperproducção delles á conta da superactividade das glandulas de secreção interna, reguladoras que são do mechanismo defensivo (Sajous, loc. cit.).

Os **symptomas** salientes da acidose, a par os da affecção causal, são: "hyperpnéa, i. é., augmento da frequencia da respiração, a dicta "sêde de ar" **(air-hunger),** cujo fito é apressar a eliminação dos acidos; respiração profunda e suspirosa (typo Kussmaul); odor chloroformico do halito; nauseas; vomitos; e nos casos severos, estupor, estado semi-comatoso e mesmo **coma,** com todas as caracteristicas".

A analyse da urina revela hyperaciduria, com a presença de acetona, acidos diacetico e betaoxybutyrico; assim como positivas se mostram, no liquido cephalo-racheano, as reacções da acidose.

No que tange á **diagnose,** os signaes clinicos supracitados são virtualmente concludentes, na mór parte dos casos (Sajous).

E' infiel, no ponto de mira diagnostico, a pesquisa da "acetonuria", porque pode existir acidose, sem que haja acetona na urina. A negatividade da acetonuria não infirma, pois, o diagnostico da acidose (Sajous).

De maior valia é a presença do acido betaoxybutyrico, porquanto nunca occorre no estado normal; bastas vezes se associa á acetonuria e á diaceturia, maximé no diabetes e, algumas feitas, nas pyrexias.

Processo chimico, simples e expedito, para verificar a acidose, é o seguinte: em certa quantidade de urina faz-se cahir uma gotta da solução diluida de phenolphtaleina; se a urina fôr alcalina, a mistura dos dois liquidos apresentará uma cor rosea ou carmezim, consoante a intensidade da reacção; se acida, nenhuma mudança de coloração.

Dentre as multiplas experiencias apregoadas para o diagnostico e prognostico da acidose, destaca-se, pela simplicidade, "a prova do ar alveolar de Marriott".

Baseia-se no facto de ser, na acidose, diminuida a tensão do acido carbonico contido nos alveolos pulmonares. O gráo da tensão correspondendo ao da acidose, podemos, dest'arte, avaliar a gravidade della. Consiste a experiencia no seguinte: o ar (cerca de 600 c. c.) é expirado pelo paciente em um balão de borracha, da capacidade de 1.500 c. c. O ar assim collectado, é então expellido para uma solução a 1% de alcali normal e phenolphtaleina. A côr resultante da mistura é, após, comparada á de soluções analogas contidas em tubos graduados que servem de estalões, e cujas graduações correspondem, exactamente, a quantidades conhecidas de acido carbonico

no ar. A tensão normal do acido carbonico, em um adulto, é de 40 a 45 mm.; na acidose pode descer a 30, 25 ou 20, alcançando no "coma" a 10 mm. (Sajous's Analytic cyclopedia of practical medicine — 1920). —

O **prognostico** do coma acidosico depende, já se deixa ver, do da affecção causal.

O **tractamento**, ao lado do da causa primaria, implica, em linhas geraes, a prescripção da "dieta hydrica; estimulantes; liquidos em abundancia; alcalinos em altas doses (20, 40, 50 grs.), **per os**, por via hypodermica, rectal ou endovenosa; soluções glycosadas (Sajous).

Ahi tendes, muito ao de leve e pela rama, o que de maior monta julguei opportuno dizer-vos, na palestra de hoje, ao bordar ligeiros commentarios em derredor do "coma nas auto-intoxicações".

Nota prévia

O Dr. Raul Totta endereçou á Sociedade de Medicina uma nota prévia, na qual aquelle collega resume nas seguintes conclusões um interessante e minucioso estudo que vem fazendo a proposito dos typos de febre nas molestias parazitarias e bacterianas:

I — Na raça humana, as molestias infecciosas de origem parazitaria quando não são apyreticas têm sempre uma marcha febril que as differencia vizivelmente da curva thermica das molestias bacterianas.

Nas molestias parazitarias a febre é sempre descontinua: intermitente, remittente, recurrente ou irregular. Com excepção da Trichiose.

Nas molestias bacterianas a febre é geralmente contínua. Com excepção da Febre de Malta.

II — Esta lei é formulada considerando todas as infecções febris na sua evolução normal, isto é, sem complicações, as quaes modificam o aspecto clinico e a curva thermica de cada entidade morbida.

III — Como corollario desta lei é facil verificar pela curva thermica de uma infecção cujo agente pathogeno fôr desconhecido si se trata de um parazito ou de uma bacteria.

Na feitura do seu trabalho o Dr. Raul Totta quando fala em parazitos faz notar que se refere sómente aos cogumellos, protozoarios, vermes e arthropodes, afim de melhor os distinguir das bacterias.

O PESO DA CRIANÇA (*)

Prof. Raul Moreira

Meus senhores:

E'-nos indispensavel, no terreno da clinica, o conhecimento do physiologico, para interpretação exacta do pathologico. Sem isso, tentar-se-ia construir edificio sem alicerce, por conseguinte, impossivel. Não poderiamos tirar conclusões, senão empiricamente.

Si affeitos formos aos processos normaes, concluiremos, facilmente, anomalias de um caso determinado.

E' por isso que o anatomo-pathologista esteia-se na anatomia normal, e o psychiatra não pode avaliar alterações mentaes, sem as noções basicas da psychologia.

E é assim tambem, meus senhores, que não podereis julgar o progresso de uma criança á alimentação, desconhecido vos ficaria seu crescimento preciso, não serieis capazes, emfim, de considerar, conscientemente, um disturbio de nutrição, sem saberdes do seu peso e de sua estatura, factores indispensaveis ao manejo do pediatra.

Tratando da estatura em outra prelecção, vamo-nos deter, tão sómente, hoje, no estudo do peso.

Iniciado com a fecundação do ovulo, o crescimento termina, ao alcançar o individuo a idade adulta.

Começando com a definição de Schloss que explica o crescimento dos organismos vivos, como "o desenvolver chimico e morphologico proprio da especie, no sentido de sua fórma terminal", remato com a de Schweizer, para quem "o crescimento é o processo proprio de cada individuo, que se inicia na fecundação, percorre varios periodos até á idade adulta, com augmento em conjunto e de cada parte do organismo, realizando modificações chimicas e morphologicas."

E' incontestavel o valor da pesagem methodica e periodica da criança, pois, por ella, pode-selhe apreciar o gráo de nutrição, verificando-se o que ganha e o que perde, por dia, o pequenino, e mesmo a quantidade de leite que absorveu.

Sem embargo, não vai nisso um valor absoluto, pois embora o augmento do peso faça-nos acreditar ser a alimentação realmente efficaz, é necessario, entretanto, pensar nos casos de adiposidade do infante e ainda que "não existe meio immediato de avaliar o crescimento de *elementos uteis* á criança", como affirma Selensky.

Por isso, digamos, com Fernandes Figueira, que "sem negar a importancia incontestavel dos elementos fornecidos pela avaliação do peso, é preciso, comtudo, na occasião, rectificar seu valor, cada vez que taes elementos se acham em desaccordo com os signaes clinicos e o desenvolvimento do corpo". Citando Budin, Figueira diz ter esse autor constatado crianças syphiliticas, progredindo em perfeito estado, terem morrido rapidamente e de modo inesperado.

Afóra essas ponderações, podemos dizer com Winckel que "a pesagem regularmente repetida da criança é o melhor thermometro de sua saúde; indica facilmente por algarismos o que o lactente não póde exprimir por palavras."

Eliminando certas condições physiologicas, o peso do recemnascido, em estado normal, é, em média, de 3.400 grammas para o do sexo masculino e 3.200 grammas para o do feminino. Digamos mesmo que os pe-

---

* Aula de Hygiene infantil, em Abril deste anno, no Consultorio de Crianças do Hospital de Misericordia.

sos a oscilarem entre 2.500 grammas e 5.000 grammas não se enquadram nos limites da anormalidade. Convenhamos, em média, — 3.250 grammas.

O Dr. Sutils publicou, em 1897, interessante monographia sobre a applicação das pesagens regulares das crianças, na Maternidade de Paris, e, sobre 20.000 individuos recemnados, encontrou a média de 3 kilos e 20 grammas.

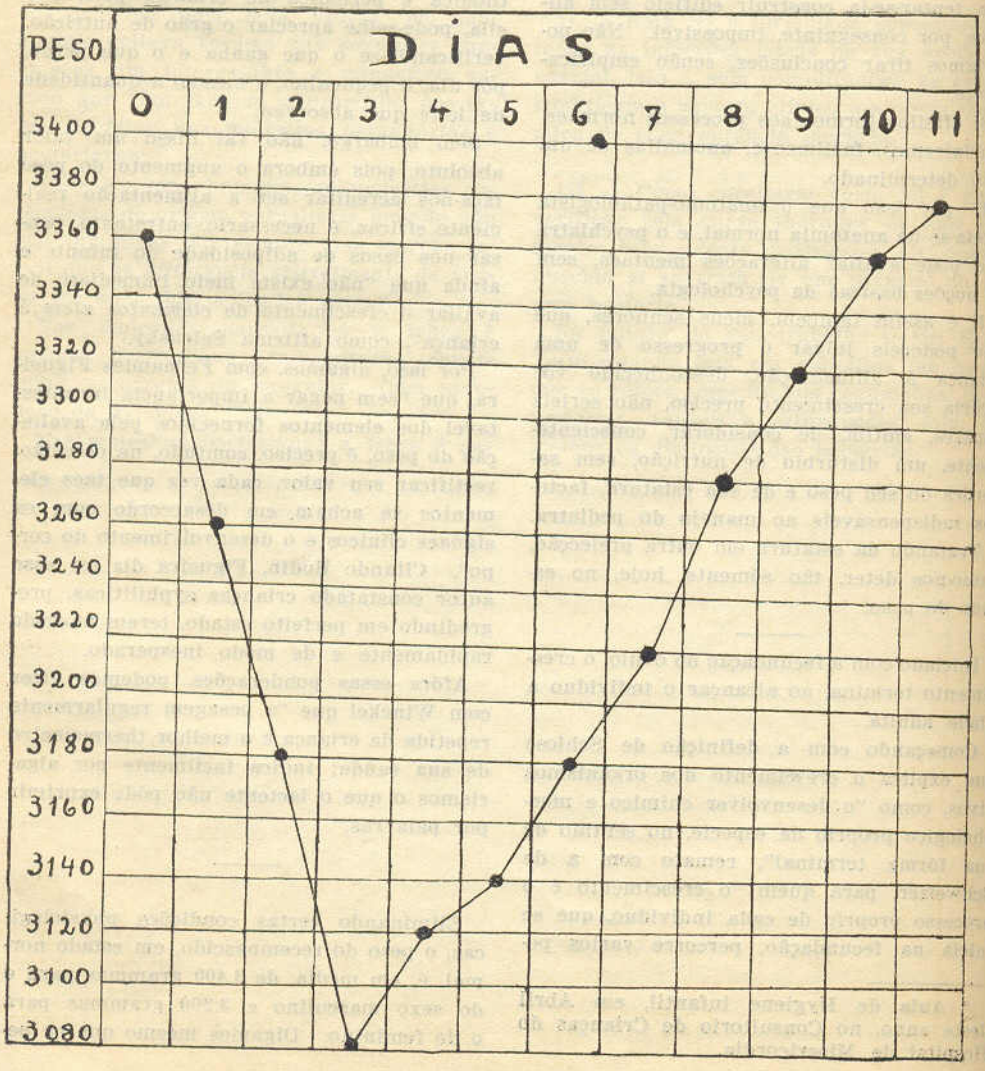
E' preciso que vos cite o caso raro de Krantz que viu um recemnascido, trazendo o peso de 11 kilos e 500 grammas, e os de Riembault e Caseaux, por terem observado outros com 9 kilos!

No 3.º ou 4.º dia, começa o recemnascido *diminuição physiologica* do peso, o que sóe acontecer em todas as especies animaes e cuja causa é varia.

Oscilla tal perda entre 200 e 300 grammas, segundo o peso inicial da criança.

No 3.º ou 4.º dia, começa o recemnascido a recuperar o que perdeu, de maneira que, ao cabo de 10 dias, mais ou menos, volve ao numero primitivo, isto quando em condicções de bôa hygiene e quando nutridos ao leite materno, tal se deprehende de observações de autores, como Bouchaud, Odier, Budin, Czerny e outros.

A Dr.ª Angiola Borrino, docente da Cli-



nica pediatrica, de Turim, conclue o seguinte, a esse respeito:

1) A diminuição physiologica do peso gira, commumente, entre 100 e 300 grammas, attingindo o maximo pelo 2.º e 3.º dia da vida; tal perda não se relaciona, nem com o methodo de alimentação nem com o gráo de desenvlovimento, mas tão sómente com o peso da criança. Diminuição de 500 ou mais grammas e que dura além do 4.º dia deve fazer suspeitar condições anormaes.

2) A diminuição physiologica está sobretudo ligada á grande eliminação de vapor d'agua pela pelle e pulmões, momentaneamente não compensada, e tambem com um desequilibrio passageiro na thermogenése ou na thermoregulação.

3) No maior numero de crianças, aleitadas ao seio materno, o peso se restabelece rapidamente após o 3.º ou 4.º dia; na metade dos casos, o nivel do nascimento é alcançado no 8.º dia, mais ou menos. As condições physiologicas para o bom exito, nesse sentido, são as que permittem o rapido crescimento e a reaquisição do peso primitivo na primeira ou, ao menos, nas 2 primeiras semanas.

4) O facto de prolongar-se a diminuição do peso ou o restabelecimento lento e irregular delle devem reclamar a attenção do medico, afim de impedir um estado de hyponutrição do lactente.

Vejamos, para isso, o quadro que aqui imaginei, de uma criança que, nascendo com 3 kilos 360 grammas, tinha, no 3.º dia, 3 kilos e 80 grammas, para, no fim do 10.º, ter attigido o peso do nascimento. (Fig. I)

Util é tambem conhecer as variações normaes do peso, nas 24 horas. Camerer nos ensina que o menor peso é determinado pela menhã, em jejum, e o ultimo á noite, após a ultima refeição.

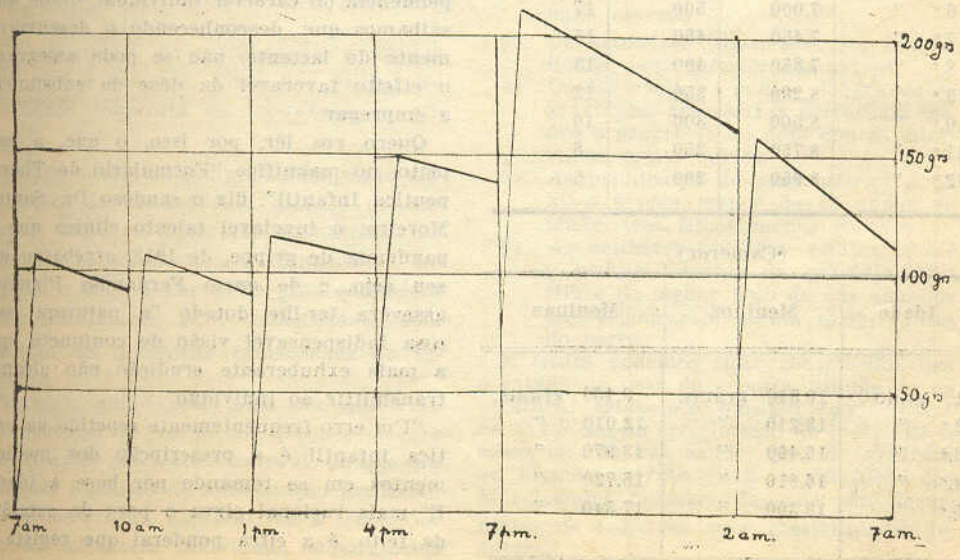
Estabelecer-se-á, para o adulto, a differença quotidiana de 1.000 grammas ou mais; para um menino de 10 annos — 700 grammas, e para um lactente de 4 mezes — 200 grammas.

Pelo predominio do que se ingére ao que se elimina, durante o dia, facil é explicar-se tal variação, pois occorre justamente o contrario, á noite, onde vem supperar a eliminação pela urina, respiração, perspiração e outros factores.

Aqui vos mostro o graphico de Camerer, evidenciando as oscillações do peso de um pequenino de 4 mezes, dentro das 24 horas, infante este com 5 kilos e 200 grammas e alimentado com leite de mulher. (Fig. II)

Em sua these inaugural, onde se vêm 10.000 observações, procedidas na Policlinica de Crianças do Rio de Janeiro, o Dr. Aymbire de Siqueira encontrou a média de 3 k. e 265 gr. para o nascimento e 9 kilos para os lactentes de 1 anno.

Em nosso meio, tenho constatado pesos superiores, não só em crianças normaes,



como em estado de doença, tendo verificado pequenos com 4 kilos ou mais, ao nascer, e com 10 e 11 kilos, com 1 anno de idade.

O Prof. Mello Leitão fez estudo detalhado sobre o "Desenvolvimento normal de criança no Rio de Janeiro, durante o primeiro anno de vida", concluindo que até o 4.º mez ha identidade com os quadros estrangeiros, decrescendo os nossos, dahi em diante, facto provavelmente ligado a varias circumstancias que se expõem os pequeninos levados a polyclinicas: desvios da alimentação, infecções intercurrentes etc..

Aqui vos trago, a titulo de curiosidade e de comparação, as médias de Bouchaud e de Camerer, o primeiro em referencia ao peso total, do nascimento aos 12 mezes, elucidando-nos sobre o augmento mensal e quotidiano da curva ponderal, e o segundo que traz o parallelismo entre meninos e meninas, de 1 a 5 annos.

Bouchaud

Idade	Peso total	Augmento	
		Mensal	Quotidiano
Ao nascimento	3.250		
1.º mez	4.000	750	25
2.º "	4.700	700	23
3.º "	5.350	650	22
4.º "	5.950	600	20
5.º "	6.500	550	18
6.º "	7.000	500	17
7.º "	7.450	450	15
8.º "	7.850	400	13
9.º "	8.200	350	12
10.º "	8.500	300	10
11.º "	8.750	250	8
12.º "	8.950	200	6

(Camerer)

Idade	Meninos	Meninas
1.º anno	10.310 grams.	9.460 grams.
2.º "	13.210 "	12.010 "
3.º "	15.460 "	13.970 "
4.º "	16.810 "	15.720 "
5.º "	19.300 "	17.540 "

Por esses quadros vê-se que, no lactente normal, *o peso duplica no fim do quinto mez, triplica no primeiro anno e quadruplica no fim do segundo.*

Por outro lado, calcula-se um augmento diario de 15 a 20 grammas.

Podereis reter o seguinte calculo que vos ha de ser muito util na vida clinica, quando em certas contingencias, a resolver sobre a nutrição de um dado doentinho, como indicio, ás vezes, de affecção grave, precisardes de processo pratico e rapido para conhecer o peso correspondente a um mez determinado do lactente.

Multiplica-se o numero de mezes da criança por 600, no primeiro semestre, e por 500, no segundo, a isso se ajuntando o peso do nascimento.

Assim, si quizerdes saber o peso exacto de uma criança de 7 mezes que, ao nascer, pesava 4 kilos, bastará que multipliqueis o algarismo 7 (os mezes da criança) por 500, e o resultado, 3.500, sommado a 4.000 (peso do nascimento) vos dará o peso procurado ou seja 7.500 grammas.

Pois $7 \times 500 = 3.500$

$3.500 + 4.000 = 7.500$

No que tange á therapeutica infantil, importancia consideravel assume a questão do peso, maneira muito mais racional, na prescripção, do que em confronto com a idade da criança, pois se evidencia, logo, a dependencia do caracter individual, desde que saibamos que, desconhecendo o desenvolvimento do lactente, não se pode assegurar o effeito favoravel da dóse da substancia a empregar.

Quero vos lêr, por isso, o que, a respeito, no magnifico "Formulario de Therapeutica Infantil", diz o saudoso Dr. Santos Moreira, o invejavel talento clinico que a pandemia de grippe, de 1918, arrebatou em seu seio, e de quem Fernandes Figueira assevéra ter-lhe dotado "a natureza com essa indispensavel visão de conjuncto, que a mais exhuberante erudição não alcança transmittir ao individuo":

"Um erro frequentemente repetido na pratica infantil é a prescripção dos medicamentos em se tomando por base a idade. E' mais racional sirva o peso de estalão; de feito, é a cifra ponderal que regista o

desenvolvimento desde o berço, indicando-nos, logo ao nascer, si esta ou aquella criança veio ao mundo bem ou mal desenvolvida; pelo peso tambem avaliamos, nas multiplas phases da vida infantil, os progressos do crescimento ou os atrazos, possivelmente existentes.

A criança de 1 anno pesa, em media, 8.750 grams. e a de 10 annos 24.500 grams; ora, aquella representa, relativamente a esta, o terço, apenas, e não o decimo, como deveria de ser, si houvessemos por bem confrontal-as pela idade".

Naturalmente, com pequenas excepções, maximé no que se refere aos epiaceos, para os quaes a criança é muito sensivel, devemos, meus senhores, preferir esse modo de administração dos medicamentos.

Ha um grupo de crianças que crescem mal, lentamente, difficultosamente, nascidas com o peso escasso, as quaes denominou a sciencia — *os hypoplasticos*. Alliam-se a elles os chamados — *hypotrophicos de Variot*, susceptiveis de chegar ao estado dos primeiros, como resultado de inferioridade funccional e material. Ambos podem-se incorporar ao numero das anomalias constitucionaes ou *diatheses*, factos que se ligam intimamente ao factor alimenticio, por administração maior ou menor, com erronea ou insufficiente nutrição, e ainda intervindo nelles, com certeza, alteração no equilibrio das glandulas de secreção interna.

Os retardados do crescimento, avaliados pelo peso e estatura, fazem-nos pensar na debilidade congenita da tolerancia ao alimento.

Melhor haveis de comprehender essas modificações do metabolismo, quando conversarmos sobre os disturbios de nutrição na infancia, ao estudarmos a alimentação artificial, e onde a curva do peso estabelece valor inestimavel, para conhecermos, com precisão, as desordens funccionaes do individuo.

Veremos, então, mais uma vez, que a cifra ponderal se vê menos frequentemente interrompida no regime natural, do que em qualquer methodo de alimentação artificial.

Taes desordens, consecutivas á transgressão da tolreancia individual, mostram-nos as fórmas leves que são: o *disturbio do intercambio* e a *dyspepsia*, onde ha uma curva oscillante do peso, e as formas graves, taes a *decomposição alimentar* e a *intoxicação* (colera infantum).

Na primeira, a *diminuição do peso* constitue o primacial symptoma que, ao inicio, bastante lenta, torna-se rapida no final da doença.

Na segunda, verifica-se uma *diminuição precipitada do peso:* em poucos dias, e, ás vezes, em poucas horas, perde o individuo mais de 1 kilo.

A' medida que a criança avança em idade, tende o peso a diminuir. Pois o infante que, ao nascer, pesava 3.500 grams., attinge 9.500 grams. no final do 1° anno, e sómente 11.500 grms. quando alcança o segundo.

O peso dos meninos, como vimos no quadro de Camerer, é superior ao das meninas, na razão de 100 a 200 grams., pesando mais, até á idade de doze annos os do sexo masculino, e de doze a quatorze, o inverso, justamente.

Ha varias causas susceptiveis de variar o peso do recemnascido. Apontar-vos-ei, mais ou menos, as que Fernandes Figueira cita, nos seus magnificos 'E'lements de séméiologie infantile', isto é, que:

1) A gravidez gemellar é productora de pequeninhos com peso abaixo do normal.
2) As mães de 25 a 30 annos dão quasi sempre nascimento a crianças de peso mais elevado.
3) Os primeiros filhos têm, na generalidade, peso inferior aos outros.
4) Os intervallos muito longos entre gravidezes successivas perturbam menos o progresso do peso que os intervallos muito curtos.
5) As primiparas de peso inferior a 55 kilos e com menos de 20 annos de idade, têm filhos menos pesados.
6) As mulheres cansadas, esfalfadas até o ultimo instante de gravidez, têm filhos de menor peso do que aquellas que repousaram algum tempo, antes do parto.

E assim podemos ficar convencidos que o estudo do peso da criança, alliado ao da estatura, estabelece questão fundamental na avaliação do crescimento do individuo e, como tal, de sua saude, que, na synthese de Afranio Peixoto, "é a manifestação das propriedades normaes de cada sêr, decurrentes de todas as suas possibilidades regulares'.

Fibroma intersticial do Utero e prenhez de dois mezes

Dr. Mario Totta
Prof. de pathologia geral.

Arrola-se entre os phenomenos de pouca frequencia, nos dominios da gynecologia e da obstetricia, a coexistencia de uma gravidez e de um fibroma uterino.

Tão escassa é, com effeito, a parceria desses dois estados, o physiologico e o morbido, que a penna de Louis chegou a sentenciar um dia, em memoria á Academia de Cirurgia de Paris, que "a existencia de um tumor fibroso excluia a possibilidade da prenhez".

Destroe esse conceito, evidentemente extremado, a estatistica de todos os gynecologos e parteiros, a começar nos contemporaneos do cirurgião francez até os de hoje; mas dos proprios algarismos dessas estatisticas emerge, inconteste, a raridade da hospedagem dada á gravidez pelo utero fibromatoso.

D'ahi, e porque não tenhamos sabido de outra observação entre nós, o relato do caso que segue, occorrido com uma senhora de mais ou menos trinta annos, branca, casada, nullipara e sem antecedentes hereditarios ou pessoaes dignos de menção.

Menstruada pela primeira vez aos treze annos, S. B. teve sempre as suas regras normaes, embora um pouco dolorosas; vinham em epochas fixas e duravam de quatro a cinco dias. Não teve jámais hemorrhagias.

No intervallo dos catamenios, appareciam, quando a quando, algumas perdas brancas, insignificantes, manchando de leve as roupas e desapparecendo rapidamente.

Casada ha dois annos, S. B... continuou a ser menstruada com a mesma pontualidade, excepção feita dos dois ultimos mezes, em que as regras faltaram.

Quando fui chamado, queixava-se a doente de dôres que desde alguns dias a atormentavam e que ella attribuia a um longo passeio de carro que fizera, na campanha, por estradas de terreno accidentado. Essas dôres, que a cruciavam, principalmente á noite, se localisavam na região lombar e no baixo ventre, irradiando d'ahi para as côxas.

E era essa toda a sua historia.

Temperatura normal; pulso regular e cheio. Nenhuma anormalidade para o lado dos apparelhos respiratorio e criculatorio.

Examinando o ventre, percebi, pela palpação, a existencia de um tumor redondo, liso, de consistencia fibrosa, projectado da symphise pubiana para a fossa illiaca direita, onde se tornava facil limitar-lhe o contorno superior, distante mais ou menos quatro dedos transversos do ramo horisontal do pubis. Em baixo, o tumor immergia na excavação.

Pelo palpar combinado, verifiquei que o tumor fazia corpo com o utero, guardando de cima a baixo a mesma consistencia dura, excepção feita com relação ao collo, que era molle, curto e notavelmente desviado para a esquerda. Fundos de sacco inteiramente tomados e um tanto dolorosos ao tocar. Logo acima da symphise pubiana, no ponto em que o tumor começava a sua obliquidade, percebia-se nelle um ligeiro sulco.

A' ausculta nada mais que um leve ruido de sôpro. A pesquiza das contracções pelo methodo de Pinard foi negativa. Não havia movimentos fetaes. A doente não accusava symptomas de compressão para o lado da bexiga. S. B... era uma constipada chronica. A urina tinha bom aspecto.

Firmei desde logo o diagnostico de um fibroma intersticial do utero, com a possibilidade de uma gravidez de dois mezes.

A affirmação de um tumôr sorprehendeu a doente, que jamais se apercebera da existencia delle.

Oito dias depois desse meu primeiro

exame e como se tornassem cada vez mais intensas as dores soffridas pela paciente, que, então, só se sentia alliviada com repetidas injecções de morphina, fui convidado a vel-a de novo e indiquei uma intervenção.

E' de notar, de passagem, que entre aquelle meu primeiro exame e esse outro, já se avolumára de muito o tumôr, cujo limite superior crescêra, no curto espaço de oito dias, cerca de uns seis centimetros. Da mesma sorte se lhe modificára notavelmente a consistencia, que era agora molle, depressivel, quasi kystica.

Aqui, em face das alterações relatadas acima, a possibilidade de uma gravidez incluida num utero fibromatoso, grangeava fóros de quasi certeza. Eu não hesitei em affirmal-a.

Saltam á perspicacia dos gynecologos as razões em que se escudava a diagnose.

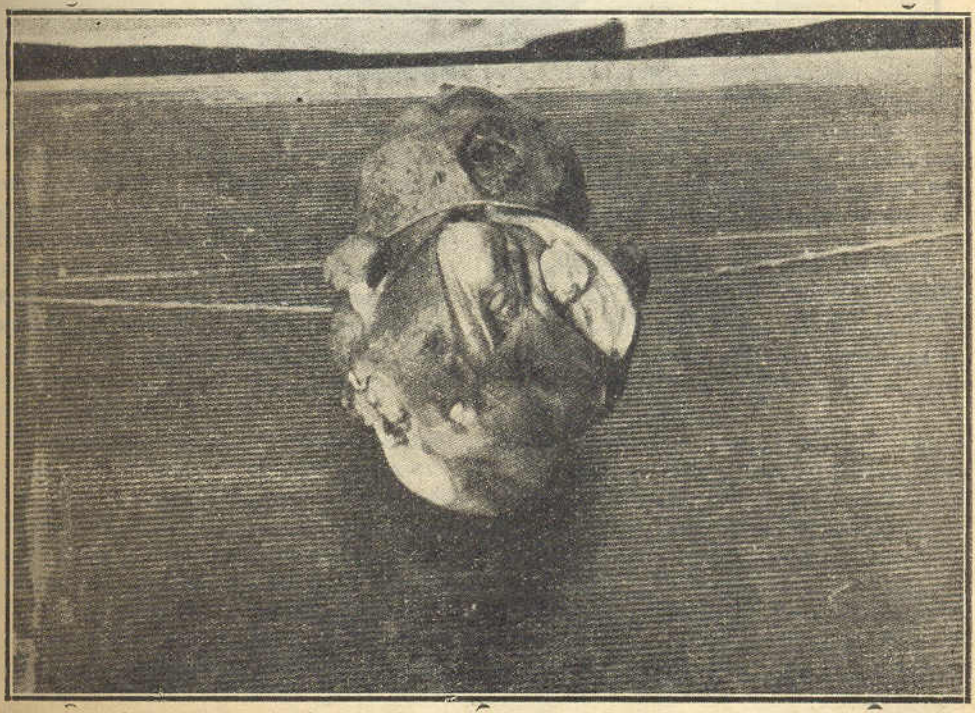
Com effeito, é lição por demais sabida que os fibromas são neoplasmas benignos, de marcha lenta e de consistencia rija. Sob a influencia da prenhez, entretanto, soffrem elles modificações importantes, das quaes justamente se destacam, um accrescimo rapido e notavel do tumor, ao mesmo tempo que um certo amollecimento da sua massa, em virtude de uma infiltração edematosa. E essas modificações, como ensina Pozzi, "são tanto mais accentuadas quanto mais directa é a relação do fibroma com a matriz e quanto mais a estructura delle se approxima da do musculo uterino. Estão nesse caso os fibromas intersticiaes.

Quatro dias depois, foi a doente operada por mim na Beneficencia Portugueza, com a assistencia dos professores Mariante e Moysés e do dr. Aquino, que a anesthesiou.

Aberto o ventre, na linha mediana e afastadas as alças intestinaes, saltou á vista o fibroma.

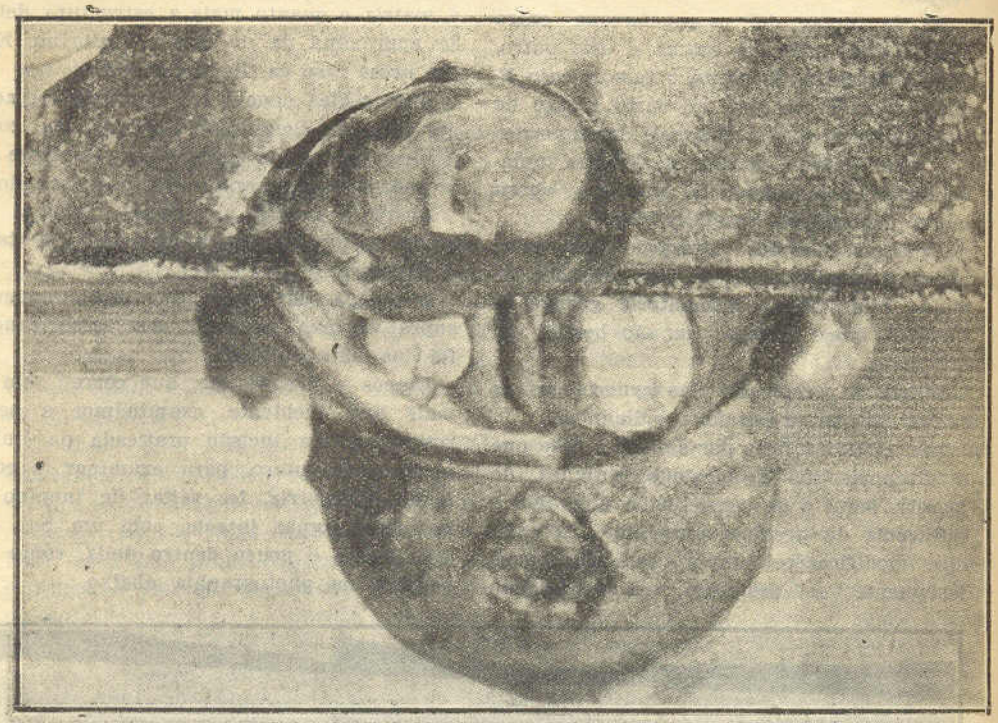
A ablação do tumor, por hysterectomia supra vaginal, methodo dos americanos, foi das mais simples.

Empós a intervenção, que correu sem o mais leve incidente, examinámos a peça retirada. Uma incisão praticada na linha mediana do utero, para examinar o conteúdo da matriz, fez saltar de inopino a bolsa das aguas intacta, com um feto de dois mezes e pouco dentro della, como se verifica na photographia abaixo.



Não sabemos bemdizer a rara e casual felicidade desse córte que não scindiu as membranas ovulares, emmoldurando assim essa peça de incontestavel belleza.

Melhor se aquilata da elegancia della examinando a figura que segue e onde, mercê de uma excellente photographia gentilmente tirada pelo meu collega professor Pereira Filho, nitidamente se percebe, nos seus menores detalhes, a bolsa das aguas emergindo do utero e trazendo, no seu bojo, o feto.



As sequencias operatorias não foram ensombradas por nenhum accidente. Retirei no setimo dia os fios da parede abdominal e a ferida cicatrizou por primeira intenção.

Superfluo se torna justificar aqui a operação praticada: das linhas acima resalta, clara e precisa, a sua indicação formal.

Si é certo que, por via de regra, o utero fibromatoso dá boa hospedagem á prenhez, que nelle á maravilha se desenvolve até o termo, menos verdade não é que causas varias, compromettendo o estado geral da paciente, reclamam o soccorro da cirurgia. Alistavam-se no rol de taes causas as dores violentas que, já desde o inicio da gestação, cruciavam a minha doente e lhe embargavam por completo o repouso.

Das injecções endovenosas

A proposito de dois casos com accidentos produzidos pelas injecções de electrargol

Dr. A. Galvão

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

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

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

Ha mais de dois seculos, Gaspar Schott, fizera menção deste methodo, que não tardou a ser aproveitado para os estudos experimentaes. Todavia sob o ponto de vista therapeutico teve suas applicações, pois foram injectados por via endovenosa saes amoniacaes em casos de mordeduras de serpentes, soluções salinas physiologicas nas anemias, etc. etc..

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

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

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

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

1°) Para reparar o "deficit" após um desperdicio consideravel, seja de sangue em totalidade (após grandes hemorrhagias) , seja duma notavel proporção de sua parte serosa (como no cholera, por exemplo).'

2°) Para favorecer a eliminação de certos principios toxicos, fazendo passar pelas vias circulatorias e consecutivamente pelos rins, uma grande quantidade de liquido que arrastará estes principios após os ter dissolvido.'

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

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

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

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

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

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

No methodo das injecções endovenosas a differença frisante com o methodo hypodermico, é que no primeiro a absorpção total coincide com a administração, tudo o que foi injectado entra em mistura intima immediatamente com o sangue, emquanto que no segundo a absorpção das substancias soluveis não se opera rapidamente e de maneira precisa para toda a quantidade injectavel. Justamente este caracter distinctivo entre a absorpção num e noutro caso, faz com que a injecção endovenosa dos medicamentos seja encarada sob multiplos pontos de vista, entre estes a natureza da substancia que vae ser introduzida, o tempo de sua permanencia no sangue, o que sobremodo é importante, no que se prende a persistencia duma determinada dóse no organismo.

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

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

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

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

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

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

No primeiro caso como foram leves os signaes reveladores da infecção, com o fim de favorecer as defesas do organismo lancei mão das injecções de electrargal, abstendo-me, até segunda ordem, da intervenção pela curetagem, tendo comtudo feito tratamento local.

Quando praticava a primeira injecção no momento em que ia terminal-a e respondia a uma pergunta da paciente, esta começa em franca agitação, apresenta uma crise de anciedade extrema, forte dypnea, as mucosas da bocca ficam cyanosadas, o pulso se mostra filiforme e as pupilas, sem reflexo, ficam enormemente dilatadas. O quadro era dramatico, e a primeira idéa que me assaltou o espirito foi a de uma possivel embolia pulmonar. Procurando rehaver a calmar necessaria, immediatamente fiz algumas injecções de oleo camphorado e de ether. O pulso apresentou em seguida leve melhora, a dyspnéa porem permaneceu. Sustentada a funcção do myocardio, os demais phenomenos foram lentamente se dissipando, sendo porem de

accentuar ter sido a dyspnéa o ultimo a ceder.

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

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

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

Tendo feito um prognostico fatal, em face não só das condições do doente, como tambem da nenhuma reacção que apresentára ao tratamento feito (injecções massiças de ether e oleo camphorado que seu medico fizera) retirei-me após o haver attendido no que me estivera ao alcance. Alguns dias após soube que o paciente vencera na lucta entre a vida e a morte, e tendo de, na ausencia de seu medico assistente, fazer-lhe um curativo, me foi dado o ensejo de constatar, ao nivel dos grandes peitoraes, duas grandes zonas circulares, de necrose, produzidos pelas injecções de ether.

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

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

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

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

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

Assim como a doença em cada caso particular apresenta uma feição especial, o que nos faz dizer que — não ha doenças, ha doentes — assim como cada individuo no seu jogo cellular reage distinctamente e em épocas diversas, aos differentes excitantes, tambem ao agente medicamentoso a sua reacção se faz de maneira diversa; e como o cerebro do homem fosse impotente para explicar o intrincado phenomeno biologico, eis por que a palavra idiosyncrasia, dada a sua elasticidade, muitos phenomenos pretende explicar.

Quando Richet atirou o advento da anaphyloxia logo uma grande corrente quiz explicar a idiosyncrasia com aquella nova

concepção; porém em bem analysando os dois phenomenos comprehende-se perfeitamente a distancia em que o raciocinio scientifico os separa.

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

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

Creio, porém, que qualquer uma das interpellações que aos referidos casos emprestassemos, mesmo que discutissemos as demais hypotheses admittidas, não escapariamos á critica daquelles que bem esmiussacem o assumpto.

Actualmente, porém, no campo das pesquizas biologicas, entre os notaveis trabalhos surgidos na França, vêm os recentes de Widal e seus alumnos, publicados sob o nome de *Hemoclasias.*

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

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

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

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

Esta maneira geral de encarar principalmente a rapidez com a qual se eliminam as quantidades totaes eliminadas dos agentes pharmacotherapicos, colloca no primeiro grupo os medicamentos que ficam retidos no organismo, e no segundo aquelles que são rapida e facilmente eliminados.

Trata-se, na realidade, duma questão de classificação, em que predomina o espirito de systematisação. Como tal podemos della nos servir de uma maneira geral, mas devemos desde logo comprehender a difficuldade em citar um medicamento exclusivamente pertencente a um determinado grupo, podendo-se mesmo dizer que todos os medicamentos apresentam a dupla feição de organodepositores e organodecurso-

res. Poderá haver, incontestavelmente, sensiveis factos tirados á observação de que um dado medicamento apresenta particular feitio para ser collocado em um determinado grupo, porém ainda com a observação e o raciocinio chegaremos á conclusão que em certos casos pouca será a influencia da via endovenosa na ordem de factos a observar após a administração do agente medicamentoso.

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

Devemos ainda levar em consideração que em determinadas circumstancias as condições anatomo-physiologicas do orgão central da circulação poderão trahir o seu funccionamento, trazendo ao paciente uma morte subita, por parada rapida do myocardio, o que, por vezes, não é senão a expressão clinica de uma verdadeira irritação levada ao endocardio.

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

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

15-7-921.

ANALYSES

PEDIATRIA

Os vomitos periodicos com acetonemia

(A. B. Marfan—*Archives de Médecine des enfants*, ns. 1 e 2, de 1921.)

O Prof. Marfan, em dois extensos artigos, publicados, successivamente, nos *Archives de Médecine des enfants*, de Janeiro e Fevereiro deste anno, estuda, com minucia, este importante problema.

"Sob o nome de *vomitos periodicos com acetonemia*, diz elle, descreveremos uma affecção da infancia, caracterisada por accessos de vomitos, acompanhados de eliminação de acetona e de corpos cetonicos pela urina e ar expirado, sobrevindo, em geral, em individuos sãos, durando de algumas horas a alguns dias, e cessando bruscamente, para dar logar a um estado de tolerancia perfeita para os alimentos."

Adopta a expressão de *vomitos periodicos com acetonemia*, por indicar os caracteres principaes da modalidade clinica em questão, lembrando as outras denominações: *vomitos periodicos*, *cyclicos*, *recurrentes*, *persistentes*, *vomitos com acetonemia*.

Depois de estudar o historico, entra na parte clinica propriamente dita.

Possam, embora surgir desde os primeiros mezes, os vomitos periodicos têm seu surto, em geral, entre um e seis annos da vida.

Antes de irromper o quadro morbido, a criança sente, algumas horas e, ás vezes, um dia antes, lassidão geral, cephaléa; diminue-se-lhe o apetite; é triste ou de máo humor.

Em geral é constipada e, antes do primeiro vomito, sente-se-lhe o halito com cheiro de acetona.

Entretanto, podem faltar taes prodromos e o accesso sobrevem de caracter brusco.

Tudo o que ingere o paciente, mesmo a agua pura, é rejeitado de modo violento por vomitos que, frequentemente são acompanhados de esforços impetuosos, embora, ao principio, sejam faceis, repentinos, como na meningite.

Ao principio, as materias vomitadas são alimentares, depois formadas de liquido claro, ordinariamente incolor, de reacção francamente acida, formado maximé de succo gastrico.

O autor poude, em um caso, contar vinte e sete vomitos, durante o primeiro dia do accesso, e quinze, durante a noite seguinte.

Emquanto duram os symptomas, o halito exhala *cheiro caracteristico de acetona*, o que se póde comparar ao do chloroformio misturado com acido acetico.

Tal cheiro é devido á eliminação, pelas vias aereas, de acetona, contida em demasia no sangue.

A acetonemia desvenda-se ainda pela *presença em excesso de acetona na urina*.

O estomago não é distendido nem dilatado. O figado, na generalidade, augmenta de volume.

Quasi sempre a temperatura rectal ascende pouco, e oscilla entre 37°,5 e 38°,5, sabendo-se que, no decurso do accesso, póde attingir 39° C.

O pulso varia na média de 100 a 120 pulsações por minuto.

Si o mal se prolonga por mais de tres ou quatro dia, revela-se disturbio profundo da nutrição.

Não diminuindo a frequencia dos vomitos, o paciente expelle, pela bocca e nariz, muco manchado de sangue ennegrecido.

Alcancem, embora, os vomitos seu gráo mais elevado, pareça o doente um moribundo, a cura é a regra, a morte excepcional.

Desapparecem, após, os symptomas, melhora o estado geral dos pequenos, e o cheiro acetonico do halito desapparece, em simultaneidade com os vomitos.

Depois de proceder a um estudo detalhado das sequencias do mal, depois de fazer

a descripção dos resultados colhidos com a analyse das urinas, do sangue, do liquido cephalo-rachidiano, Marfan entra em vastas considerações em torno da physiologia pathologica. esmiuçando a resposta a dar á pergunta:

"Quaes são as relações dos vomitos com a acetonemia?"

Estabelece, finalmente, que a acetonemia não é consequencia do jejum determinado pelos vomitos, e que estes não são o fim da intoxicação pela acetona ou productos cetonicos. Portanto, os vomitos e a acetonemia não são ligados por uma relação de causa e effeito, mas sim resultado concomitante da mesma causa.

Tocando vastamente os problemas da etiologia e pathogenia, faz o autor ver o papel da herança arthritica, da hyperalimentação, com corpos gordurosos, falando ainda da probabilidade da appendicite, da intoxicação alimentar, da syphilis hereditaria, causas que ainda rastejam no terreno litigioso.

Acredita que a modalidade clinica que estúda é manifestação, talvez, de um estado anaphylactico, lembrando comtudo as theorias digestiva, adrenalica e nervosa.

Cahe, emfim, nas cogitações do diagnostico differencial, resaltando os vomitos iniciaes das pyrexias, os da occlusão intestinal, da indigestão aguda e os que seguem as fórmas multiplas de diarrhéa.

Não deixa ao olvido os caracteres que distinguem as meningites, a appendicite, a peritonite aguda e a hemicrania.

O Prof. Marfan fecha o magnifico estudo, dando, em linhas geraes, a ordem do tratamento, insistindo no regime alimentar, quando faz ver que, sendo os productos cetonicos derivados sobretudo dos corpos gordurosos, mister se faz se diminua a quantidade delles na alimentação da criança.

'Si bem que o papel da medicação alcalina não esteja inteiramente elucidado, convem admittamos, diz elle, que os alcalinos, *tomados em jejum e em fracas dóses* estimulam as trocas e activam as combustões organicas."

Preconiza, por isso, a um lactente, com vomitos periodicos, tomar por dez dias, em cada mez, duas vezes por dia, em pouco de agua assucarada, minutos antes da refeição, 0,10 a 0,15 de bicarbonato de sodio.

Visto os hydratos de carbono fazerem diminuir a acetonemia, o autor faz o individuo ingerir, em pequenas porções, repetidas muitas vezes, agua fortemente assucarada, fria ou mesmo gelada, com o fim de calmar o accesso de vomitos.

Neste sentido, ainda receita, todas as meias horas, o bicarbonato de sodio na dóse de 0,20 a 050 em agua assucarada, assim como as lavagens intestinaes de agua fervida muito quente, na temperatura de 40° a 45°, duas vezes ao dia.

Desde que haja modificação profunda do estado geral, impõe-se, formalmente, a injecção de sôro, melhor o sôro glycosado, em virtude da acção anticetogenica dos hydratos de carbono.

Aconselha ainda, á guiza do que se faz no coma diabetico, de injectar, endovenosa ou hypodermicamente, uma solução a 2 % de bicarbonato de sodio (de 50 a 400 c. c.), em casos, felizmente, excepcionaes, de caracter grave, com tendencia ao exito lethal.

R. M.

REVISTA DAS REVISTAS

Clap (Paris). Luxação de Montegia (Bull. et mémoires de la Soc. Anat. 1920) A. Laquerriére — Journal de Radiologie et d'Électrologie — 1921. Janeiro.

Um individuo de 55 annos é apanhado por um automovel. Membro inferior D. em extensão com rotação externa bem notavel e com encurtamento de 2 centimetros.

A radiographia revela uma luxação: cabeça do femur faz projecção sob a imagem do grande trochanter, perdeu quasi toda a relação com a cavidade cotyloide e repousa no apice do supercilio cotyloideo pela porção media, de seu bordo posterior.

Esta luxação parece ter sido produzida pela passagem da roda na porção superior do femur.

O quadro clinico lembra o de fractura do collo. O diagnostico foi feito pela radiographia.

N. Flores

Sorrel et Parin (Berck). Fractura por esmagamento da parte anterior da IX vertebra. (Bull, et mémoires de la Soc. Anat. — 1920). A. Laquerriére — Journ. de Radiologie et d'Électrologie — 1921 — Janeiro.

Creança de 13 annos que levara uma quéda, queixa-se de dores, porém não interrompe as occupações.

A radiographia mostra esmagamento da parte anterior do corpo vertebral, produzindo uma especie de entalhe nos bordos inferior e superior. Os discos intervertebraes ficam intactos.

Com applicação de collete gessado, desapparece a deformidade, que é revelada nas novas radiographias.

As fracturas isoladas do corpo da vertebra não são raras, porém é excepcional a sede, isto é, em vertebra tão superior.

N. Flores

Ronneaux (Paris). Volumoso neoplasma do do estomago com ausencia de symptoma clinico, diagnosticado pela radioscopia e verificado na intervenção cirurgica (Bull. de la Soc. Française de Électrothérapie et de Radiologie — 1920). A. Laquerriére Journ. de Radiologie — 1921 — Janeiro.

Homem de 46 annos, emagrecido, com symptomatologia e exame clinico negativos.

Em um primeiro exame radiologico deficiente, fez concluir em estenose pylorica, diagnostico este inaceitavel pela ausencia de vomitos. Em um novo exame R. encontrou extensa imagem lacunar do baixo fundo do estomago ao pyloro, figura não deformada e persistente na posição do doente deitado; a evacuação se fazia, no entretanto, normalmente ao cabo de 3 annos: estomago vasio, pequena quantidade de barita no intestino grosso e na primeira parte da porção transversa estão cheias — ao fim de 9 horas: intestino grosso repleto, do caecum á primeira porção do descendente.

Porém a parte média do colon transverso estava vasia na região correspondente á lacuna estomacal.

Em summa, o diagnostico radiologico era: neoplasmo volumoso da região prepylorica e do baixo fundo com possibilidade de adherencias ao intestino grosso, sem disturbios no esvasiamento gastrico e intestinal.

A operação consistiu na resecção de todo baixo fundo, occupado pela massa ovoide, do volume de um pequeno punho de mulher e na resecção de parte do colon transverso, que estava adherente e infiltrado.

A peça anatomica mostra uma massa intragastrica com prolongamento de forma conica, penetrando no pyloro, sem no entretanto, obliteral-o completamente.

Os drs. Ronneaux e Delherm insistem na necessidade de se proceder a exames completos, comprehendendo todo o trajecto do apparelho digestivo, sem se contentar de lançar um olhar no painel fluorescente.

N. Flores

Ad. d'Espine (Genève). Caso de myelite transversa aguda na creança Presse Médicale — 1920 — Setembro.

Creança de 8 annos, atacada de paraplegia flaccida dos musculos inferiores. Sensibilidade tactil e dolorosa abolidas até a parte superior da coxa e diminuida a 2 dedos transversos, acima do umbigo, sobrevinda no curso de sarampo de apparencia beuigno. A temperatura oscillou em uma semana de 38°5 a 39°. Reflexos tendineos, completamente ausentes, isto é, o patellar e o aquileo. Sem Babinski. Esphynteres paralysados.

Não se verifica atrophia muscular; os musculos são delgados e molles ao tocar. Contrahem-se todos pela electrisação faradica, não só pela exploração do nervo como pela do musculo. A contractilidade faradica é diminuida. Não ha reacção de degeneração.

Fóra dos symptomas paraplegicos, o doentinho apresenta integridade absoluta dos musculos do tronco, membros superiores e cabeça.

Estamos, pois, deante de um caso de myelite aguda, porção lombar, tendo interessado todo o segmento medullar e abolido as funcções dos esphynteres, assim como a motricidade e a sensibilidade dos membros inferiores. A conservação da contractilidade faradica em todos os musculos paralysados, faz eliminar a diagnostico de molestia de Heine-Medin. A paralysia dos espyncteres e a ausencia completa, afastam o diagnostico de polyneurite.

A hematomyelia que, em rigor, poderia produzir symptomas analogos, tem um começo brusco e não é acompanhada de febre.

Esta myelite transversa aguda, doença rarissima na creança, inspira serios cuidados.

Como tratamento instituido, foi urotropina e sessões diarias de electrisação faradica localisada praticadas por E. As melhoras não se fizeram esperar, pois, com poucas applicações começou a dar alguns passos.

E' assim que E. attribue á faradisação a cura rapida da paraplegia.

N. Flores

Th. Reh — Caso de tetano curado em 22 dias pelo chloral e persulfato de sodio. (Rev. méd. de la Suisse romande — 1919) Archives de Médicine des Enfants — 1921 — Janeiro.

Menino de 12 annos, entra a 3 de Maio de 1919 para a clinica de Genebra (D'Espine), por tetano, após a picada produzida por ancinho no IV dedo do pé esquerdo. A picada datava de 22 de Abril e os primeiros symptomas, dores e dysphagia, apparecem em 1.° de Maio. Não se fez injecção prophylactica de soro antitetanico. Cicatriz pouco dolorosa. Trismos, riso sardonico, rigidez da nuca. Clonus de Kernig e Babinski.

A marcha é como a do "Soldat de bois"; temperatura de 37°,8.

Injecção intravenosa de 20 c.c. de soro anti-tetanico e 10 c.c. de solução aquosa (5%) de persulfato de sodio.

Nos dias 3 e 4 de Maio, opisthotonos, crises tono-clonicas da coxa direita e dyspnéa. Prescreve-se 1 grammo de chloral e faz-se injecção de 20 c.c. de sôro anti-tetanico intra raqueano, após a retirada do liquor que era normal.

A 5 de Maio, banhos quentes prolongados, 10 c.c. de soro na veia e 20 c.c. no canal raqueano; 2 grammos de chloral pela via venosa.

A 6 de Maio, toma 4 grammas de chloral. Prescreveu-se ao todo 400 c.c. de soro antitetanico (190 intravenoso, 160 intramuscular e 50 intra-raqueano). O persulfato de sodio foi feito em injecções intra-venosas de 10 c.c. a 20 c.c. total 360 c.c., representando 18 grammas do sal).

O auctor conclue:

I O persulfato de sodio administrado segundo a technica de Bérard et Lumière, parece diminuir a excitabilidade reflexa; permitte um abaixamento de dose de chloral.

II O abaixamento desta dose tem importancia, visto a acção nociva do chloral para o coração.

III O soro anti-tetanico não tem acção spasmolytica, mesmo em injecções intraraqueanas, as quaes provocam irritação das meninges e muitas vezes dolorosas.

N. Flores

F. Conce et F. Poyales — Caso de gigantismo acromegalico. (La pediatria Española — 1919). Archives de Médicine des Enfants — 1921 — Janeiro.

Menina de 8 annos, muito desenvolvida com atrophia optica á esquerda; peso de 41.800 grammas; altura 1 m. 410 que, de accordo com a tabella de Quételet corresponde á uma menina de 15 annos. O diagnostico é: gigantismo acromegalico pelo hyperfnccionamento do lobo anterior da glandula hypophysaria.

Avó paterna falleceu de pneumonia e avô paterno de paralysia; avó materna morreu de erysipela e avô ainda vive. Pae de boa saude e mãe arthritica. Falleceu um tio a treze annos e era de grande talhe. Dous irmãos mais velhos normaes. A paciente nasceu muito crescida e esbelta; amamentação foi mixta; teve 2 dentes aos 5 mezes, caminha e falla com um anno.

Adenite cervical suppurada, coqueluche aos 3 annos, sarampo aos 3 e meio e escarlatina aos 7 annos.

Crescimento excessivo, desde o nascimento, mais rapido a partir dos 5 annos. Em novembro ultimo perturbações visuaes e accentuada á esquerda. Aspecto infantil.

Diametros da cabeça: do vertice ao mento 0^{m},24, fronto-occiptal 0^{m},19, bimastoideo 0^{m},12, occipito-menoniano 0^{m},21. Temperatura, pulso e systema muscular normaes.

A face é deformada, hypertrophiada, alongada verticalmente, os traços salientes, palpebras espessas, orbitas, narinas, labios e principalmente maxillar inferior augmentado, (faceis achomegalico), macroglossia, pelle negra, mão hypertrophiada, dedos cylindricos e em salchichas; grandes pés. Leve cyphose cervico-dorsal, lordose lombar, de compensação. Saliencia do externo, das claviculas e falsas costellas. A caixa thoracica tem o diametro antero-posterior augmentado a custa do transverso (thorax de pollichinello). Cabellos abundantes, sem pellos nas axillas, pellos pubianos desde a idade de seis annos; sem menstruação e sem atrophia genital e ausencia de adiposidade.

Nada a auscultação, reflexos normaes; sem zonas de anesthesia, nem de hyperesthesia; sensibilidade tactil, dolorosa e thermica normaes.

Signaes radiographicos: sem augmento da sella turca, nem sombra produzida por tumor; sem osteophitos; enorme hypertrophia do maxillar inferior com 2 fileiras de dentes (1.ª e 2.ª dentição). Wassermann e reacção Pirquet — negativos. Não tem albumina, assucar e elementos biliares nas urinas.

Quantidade de urina em 24 horas, 650,0. Nada de particular ao exame do sangue (5 % de eosinophilos e formas de transição mais numerosas). Tensão arterial augmentada.

N. Flores

Cavazzeni e Nivelli — Resumo da autopse do radiolo ista do hospital Bergamo, victimado pelos raios X — (Rev. Brasileira de Physiotherapia — Junho de 1915. Toledo Dodsworth).

D. E. Tiraboschi, de 49 annos e italiano. Radiodermite leve com pigmentação da mão esquerda e do lado esquerdo da face. Baço endurecido e pequeno, medindo 0,05 de comp. × 0,04 de largura × 0,02 de espessura; cellulas pigmentadas em profusão, forte destruição de globulos, folliculos de Malpighi tambem destruidos na sua maior parte e abundante tecido conjunctivo. Testiculos atrophiados e de côr amarella, cellulas epitheliaes dos tubos seminiferos atrophiadas; espermatogonios e espermazoides impossivel distinguir-se, apenas vestigios indeleveis de kariokinesis e falta da extremidade cephalica dos espermatozoides, membrana basal dos canaliculos espessada pelo tecido conjunctivo que comprimia o tecido glandular. Epidymo totalmente invadido por tecido conjunctivo. Medulla das costellas normoblastos em grande quantidade, nenhum megaloblastos, pequeno numero de globulos vermelhos, mais ou menos deformados, abundantes myelocytos, raros megalocytos, polynucleares menos numerosos e eosinophilos muito raros.

Trata-se de um radiologista de 14 annos de profissão que, em vida qeixava-se de fraqueza geral, tres annos antes de fallecer, soffreu forte abalo nervoso que o obri-

gou ao repouso. Estado geral era relativamente bom, mas a pallidez e a anemia se accentuava.

A anemia progressiva e perniciosa a que succumbiu, resultou directamente do **envenenamento gradual pela radiolympha dos proprios tecidos, sobretudo dos mais sensiveis aos raios X, taes como os testiculos, a medulla ossea e o baço.**

Conclue o Dr. Aubertin em seu artigo no "Paris Medical" de 25 de Julho, a respeito da autopse celebre e instructiva: Trata-se pois, de uma **anemia perniciosa**, mas de uma anemia perniciosa, cujas lesões esplenicas tem qualquer cousa de especial que lembra o estado do baço dos animaes submettidos ás irradiações macissas e repetidas.

Assim em vista do que sabemos sobre as modificações do sangue dos radiologos profissionaes, devemos perguntar, se não estamos deante de uma **anemia perniciosa rœntgeniana?**

N. Flores

Conceito e cura moderna da constipação cronica. — (Dr. Prof. Filippo Pistolese. — Livre docente de Pathologia cirurgica na R. Universidade de Napoles. — Studium 20-7-921.)

A constipação chronica é um assumpto de actualidade e ao alcance de qualquer observador, pois todos os clinicos são frequentemente consultados sobre este mal.

O A. propõe-se a expôr o que ha de moderno sobre o assumpto pelo menos em suas linhas geraes.

Conceito e typos da estase intestinal. O conceito da estase fecal ainda está longe de ser uniforme. Ella é variavel sob o ponto de vista de seus limites, da duração e dos symptomas que a acompanham.

Para os radiologistas ha constipação quando, administrada a pasta bismuthada, esta ainda não foi evacuada 48 horas depois.

O criterio radiologico não está porém de accordo com o criterio clinico, por isso que ha ás vezes coprostase durante tres, quatro ou mais dias sem produzirem graves ou mesmo leves perturbações locaes ou geraes.

Por outro lado uma estase fecal diminuta póde acarretar em certos individuos perturbações nervosas ou psycoasthenicas. Hoje paira a duvida sobre a distincção entre os dois typos clinicos da constipação, até então considerados como indiscutiveis: fórma *atonica* e fórma *espasmodica*. Com effeito, póde haver espasmo em um segmento do tractus intestinal e atonia em outro.

Outras classificações clinicas têm apparecido.

Hertz reconhece a constipação colica, em que ha retardamento da progressão do bolo fecal no colo e a constipação rectal por estagnação deste no recto.

Schwartz distingue a constipação hypocinetica, por enfraquecimento peristaltico, da constipação discinetica, caracterisada por desordens nos movimentos peristalticos do colo.

Bensaude e Guenaux, baseados nos resultados fornecidos pelo exame radioscopico, descrevem: uma estase *coeco-ascendente* que corresponde ao typo ascendente de Stierlin; uma estase *transverso-descendente*, que corresponderia á fórma hypocinetica de Schwartz; uma estase pelvi-rectal correspondente á discinetica de Hertz; ainda uma estase *total* e finalmente a estase *coeco-rectal* ou bipolar.

Mas, diz o autor, se procurarmos analysar estas varias fórmas, notamos não terem ellas a importancia que lhe querem emprestar.

Symptomatologia da coprostase no colo ascendente:

Tres ordens de manifestações, combinadas de modo variado, formam as linhas caracteristicas do quadro clinico:

a) *Dôres na fossa illiaca e no hypocondrio direitos.*

b) *Retenção alternada com descarga diarrheica.*

c) *O conjuncto de manifestações toxicas e infecciosas.*

Em seguida o A. passa a estudar a symptomatologia da constipação no colo ascendente, analysando detidamente cada uma das manifestações que, combinadas de modo variado, formam as linhas caracteristicas do quadro clinico. Residuos digestivos podem dar origem a productos toxicos, tanto mais nocivos quanto a mucosa é mais per-

meavel e absorvente. Quando a intoxicação se prolonga, aos poucos, se vae estabelecendo a anemia, que póde não ser notavel pela reducção do numero de globulos, mas o é pela diminuição da hemoglobina.

A cholemia é habitual em taes enfermos: a pelle é de coloração escura, devido á intoxicação cerebral, a astenia é habitual. Tambem é habitual o estado saburral da lingua, maxime nas porções posteriores. Si a isso juntarmos que o esvasiamento gastrico é, em parte, difficultado pela retenção cœcal, comprehende-se que o paciente tenha menos appetite e reduza instinctivamente a quantidade de alimento, creando assim uma relativa inanição e perturbações desta dependentes.

Não faltam complicações inficciosas de gráo variavel quando a affecção se prolonga muito.

Ha pacientes nos quaes a hypertermia persiste, constituindo assim uma verdadeira *fórma febril da constipação coecal.*

TRATAMENTO MEDICO

Antes de tudo, a attenção deve ser voltada para o regimen alimentar. Restringir o mais possivel as albuminas soluveis, supprimir os ovos, diminuir a carne e as leguminosas ricas em azoto, ás vezes tambem o leite. E' preciso combater o desenvolvimento da flora bacterica de putrefacção, favorecendo o desenvolvimento de fermentos acidos, administrando-se a lactose. Usa-se tambem os purgativos em dóses pequenas e frequentes: oleo de ricino, oleo de parafina, oleo de oliva, etc.

O A. tentou o tratamento com os extractos de baço. Em 7 casos sobre 10 de constipação chronica, a experimentação foi favoravel.

O emprego do extracto esplenico justifica-se pelas relações existentes entre a funcção hepatica e a daquella glandula, que parece ser colesterinogenica.

Todavia, não se comprehenderia a indicação therapeutica dos extractos de baço si esquecessemos que os movimentos peristalticos são actos reflexos coordenados, provocados por estimulos mecanicos e chimicos.

A excitação do systema nervoso autonomo (vago-pelvico) exerce uma acção estimulante sobre o peristaltismo e sobre as secreções, provocando uma vaso-dilatação. A excitação do sympathico (nervos esplanchnicos) exerce a acção inhibitoria sobre os phenomenos motores e secretores, d'ahi uma vaso-contricção consecutiva. O intestino é então um orgão de funcção autonoma, accionado por ganglios nervosos contidos em suas paredes.

O antagonismo funccional entre estes systemas de inervação e as relações funccionaes entre o systema sympatico e o systema glandular endocrinico, nos fazem comprehender como, nas molestias deste ultimo systema, podem apparecer tambem syndromes de enteronevrose motora.

E' sobre este complexo mecanismo que se deve assentar a therapeutica, com o intuito de provocar um estado de hypertonia ou de hypotonia de um ou de outro systema.

TRATAMENTO CIRURGICO

Arbuthnot-Lane preconisou com enthusiasmo a cura cirurgica e fez proselitos, especialmente na França.

A appendicetomia, si o cœco é movel, segundo Duval e Roux, não póde ser considerada como sufficiente, na estase colica. E' preciso, com um fim prophylatico, associar qualquer operação curativa: a fixação do colo, com ou sem destruição da pericolite.

Na estáse do colo ascendente a ablação desta porção do intestino, a colectomia total, hoje insistentemente proposta por alguns cirurgiões, poderia ser praticada sómente nas fórmas muito graves.

Si fôr possivel assegurar a regular evacuação deste segmento colico, a colectomia torna-se um sacrificio superfluo, a colectomia deveria ser reservada aos casos em que a parede colica está definitivamente alterada ou em que ha pericolite segmentaria chronica.

A *colifixação* é digna de consideração.

A *ablação da membrana pericolica, operação plastica complementar*, se póde dizer ainda sub-judice, até que se descubra um modo seguro de evitar a reproducção das

adherencias. Quando o colo ascendente é pouco movel, emquanto que a pericolite é intensa, será melhor não tentar a extirpação.

Na *colite mucosa*, nem a fixação colica, nem a suppressão da pericolite bastariam para a cura. E' preciso recorrer á drenagem permanente do colo dilatado e infectado. A operação a preferir será a cœcosigmoidestomia.

Na *colite parietal chronica*, incuravel pelo tratamento medico, é preciso fazer a resecção ileo-colica e a anastomose termino-terminal.

J. B.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE

Inauguração dos novos consultorios

O dia 6 de Agosto do corrente anno assignalou um marco de progresso no nosso meio medico e mais ainda mostrou que, embora sob tropeços e mil difficuldades, a nossa capital vae, lentamente é verdade, apresentando o seu **unico estabelecimento hospitalar para a pobreza desvalida,** na altura dos seus creditos de cidade civilisada e na de seu numeroso e operoso corpo medico.

Embora sempre administrado aquelle pio estabelecimento por homens abnegados, desprendidos, operosos, por muito tempo o velho casarão da praça D. Feliciano fazia notar ao lado de suas poucas condições hygienicas, a sua deficiente organisação sanitaria.

Quem recordar o que era a Santa Casa de Misericordia de Porto Alegre até bem pouco tempo, não poderá deixar de reconhecer as transformações por que tem ella passado.

Ao lado de obras de pequeno vulto estão outras, em que considerando o factor economico daquelle estabelecimento, — maximé no momento actual, — assumem valor extraordinario.

E' o que se verifica com a inauguração dos novos consultorios, para as clinicas medica, cirurgica e de vias urinarias de mulheres, para as clinicas medica e cirurgica de crianças e para a clinica oto-rino-laryngologica.

Os novos consultorios acham-se localisados no antigo predio n.º 2 da rua da Misericordia e que soffreu radical transformação.

Apresenta este duas espaçosas salas com frente para a rua da Misericordia, salas estas onde se acham installados os consultorios de oto-rino-laryngologia e clinicas cirurgicas e de vias urinarias de mulheres. Esta ultima clinica dispõe ainda de mais tres salas, convenientemente installadas para os fins a que se destinam, recebendo como as primeiras farta luz directa pelas aberturas que têm na face que corresponde ao terreno que separa estes consultorios, do corpo do hospital.

No fundo do edificio acham-se installados egualmente com boa luz e espaço os consultorios para as clinicas de molestias de crianças.

Uma sala central drena os consulentes em differentes direcções para os diversos consultorios, inclusive o de clinica medica.

Vestiarios, agua canalizada, boas installações em geral, existem em cada dependencia do novo departamento do hospital.

A impressão que deixam estes novos consultorios, modestamente montados porém commodamente installados, permitte unicamente lastimar que tão valioso melhoramento não tenha ainda podido ser realizado em toda a extensão, abrangendo os demais consultorios, que hoje ao lado dos novos sómente servem para evidenciar o valor da obra realisada pela actual Provedoria.

A inauguração simples na realidade, porém solemne em seu fundo, teve a collaboração do Sr. arcebispo metropolitano D. João Becker, que lançou a benção áquelle novo departamento da Santa Casa. Este acto em que se fizeram presentes os directores da Faculdade de Medicina, da Escola de Engenharia, os directores e adjuntos das differentes enfermarias do hospital, a mesa administrativa da Santa Casa, o capellão do Hospital, os alumnos da Faculdade de Medicina, terminou com uma breve allocução do Provedor, o illustrado professor Dr. Victor de Britto, que, em palavras cheias de sinceridade, agradeceu ao povo de Porto Alegre, ao commercio em geral, o apoio e o auxilio que vinham prestando á santa causa dos pobres doentes e que naquelle estabelecimento procuravam alliviar as suas dores.

Extendeu suas palavras aos seus collegas de labor hospitalar, os quaes com o seu proprio testemunho de trinta annos de serviço, sem outro interesse sinão o de soccorrer os pobres, vinham com tão nobre desprendimento fazendo o serviço clinico do hospital. Por ultimo fez sentir que ini-

ciára sua administração realisando melhoramentos e que havia de terminar o triennio realisando-as.

Declarou que a sua obra não estava completa, muito ainda faltava e em face das condições economicas do hospital appellava ainda para o povo, para o commercio, afim de continuarem a favorecer a pobreza, auxiliando o hospital com os seus donativos, pois assim seria mais facil a Provedoria realisar o seu programma de melhoramentos. Tal appello sem duvida encontrará echo não só na nossa capital, mas tambem em todo o interior do Estado, pois uma verdade disse o Sr. Provedor — a Santa Casa de Misericordia de Porto Alegre, talvez unico exemplo no Brasil, não recebe só os doentes pobres de Porto Alegre, mas sim de todo o Estado do Rio Grande do Sul—.

Após as cerimonias da inauguração o Sr. Provedor foi muito felicitado pelos presentes. Os "Archivos Rio-Grandenses de Medicina", sentem-se tambem felizes em emprestar sua solidariedade a taes manifestações.

Em face do que presenciamos podemos guardar a esperança — de que formando ao lado da actividade da Provedoria, o generosidade do povo gaucho — poderemos num praso relativamente curto ver Porto Alegre dotado de um hospital digno da sua actual cultura scientifica.

A organisação do serviço medico nos novos consultorios é a seguinte:

Consultorio de oto-rino-laryngologia

Director — Dr. Alberto de Souza.
Assistente — Dr. Djalma Jobim.

Consultorio de molestias cirurgicas e genito-urinarias de mulheres

Director — Dr. Octacilio Rosa.
Assistentes: Dr. Ricardo Weber
Dr. Felisberto Soares Rath
Dr. Oscar Seixas
Dr. Januario Bittencourt.

Clinica medica de mulheres

Director — Dr. Oscar Schneider.
Assistente — Dr. Armando Barcellos.

Clinica medica de crianças

Director — Dr. Raul Moreira.
Assistente — Dr. Angelo Perrone.

Clinica cirurgica de crianças

Director — Dr. Nogueira Flores.
Assistente — Dr. Lannes Brunnet.

A. G.

Porto Alegre, 7-8-921.

ESTATISTICA COMPARADA DO GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO

Estatistica sobre o movimento geral comparada no quatriennio de 1917 — 1920 do serviço sanitario da CASA DE CORRECÇÃO DE PORTO ALEGRE

POPULAÇÃO	1917	1918	1919	1920
Homens	608	625	578	597
Mulheres	13	12	12	10
SERVIÇO CLINICO				
Exames do laboratorio (chimico, microscopico, parasitologico, bacteriologico, histologia pathologica, radiologico, reacção Pirket, serologico, Wassermann, Widal)	10	43	81	179
Vacinações (contra febre typhoide, paratyphicas e dysenteria. (1)	10	8	274	181
Vaccinações e revaccinações	334	680	50	36
Intervenções de alta cirurgia	—	—	2	3
Intervenções de pequena cirurgia	15	20	48	130
Simples curativos (2)	915	3036	2104	1733
Secções de electrotherapia (electricidade, galvanica, faradica e modalidades	25	—	6	10
Banhos	840	607	966	992
ENFERMARIA				
Existiam	9	15	15	9
Baixaram	152	(3) 488	106	143
Tiveram alta curados e melhorados	127	433	82	115
Tiveram alta por outros motivos (4)	13	2	10	15
Mortos	16	(5) 46	13	14
CONSULTORIO				
Consultas	1060	1071	1296	2404
PHARMACIA				
Receitas	1011	1018	1512	2404
Formulas aviadas	1234	1018	1515	~~2201~~ 2410
Simples analyses de urina	19	22	35	2231

(1) Com esta prophylaxia é mistér dar alguns informes: iniciamos a vaccinação primeiramente com a anti-typhica — typo Vincent, em Janeiro de 1916, para, em principios do anno de 1919 começarmos o emprego da vaccina, preparada no Instituto Bacteriologico do Estado de São Paulo. Assim, convinha a deste Instituto que era feita pelo Dr. Theodoro Bayma, segundo o methodo de Roussel, da America do Norte, concebida por este scientista sobre os moldes de uma pentavaccina. Fez este bacteoriologista a addição dos bacillos paratyphicos A e B e dos da dysenteria de Flexner e Shiga, cujos resultados, como vaccina preventiva, são bem conhecidos no Brasil, e recentemente, por occasião da memoravel epidemia de Curityba (Paraná) em Outubro de 1917.

Completando algumas informações, consignaremos que a Casa de Correcção de Porto Alegre, passou neste ultimo decennio, pelos melhoramentos seguintes: em o anno de 1909, foi inaugurado o serviço de exgottos, em 1912 a installação de alguns filtros para o uso da agua de bebida, em 1913 o augmento do numero destes filtros, em 1915 a generalisação da distribuição de agua filtrada para todo o Estabelecimento correcional.

Em o empenho constante que fazemos em salvaguardar a saúde dos reclusos, não deixamos de observar a existencia de alguns presos, mais ignorantes e analphabetos que, a

despeito de toda a vigilancia e dos reiterados conselhos hygienicos sobre os perigos do uso de agua não filtrada, elles a bebem.

Assim impunha-se a adopção da vaccinação contra as febres typhica, paratyphicas A e B e dysenteria. Os dados estatisticos foram colhidos no registo do Serviço sanitario existente, cujos diagnosticos eram firmados naquella época, sem o precioso auxilio do Laboratorio. Provavelmente alguns delles seriam modificados e outros entrariam na rubrica dessas molestias infectuosas.

O valor da vaccinação antityphica fica aqui registado nos resultados obtidos, a contar de 1916 a 1920. Esta medida altamente prophylactica é denunciada na estatistica de 34 annos abaixo especificada:

FEBRE TYPHOIDE

1887	0	1888	2	1889	4	1890	2	1891	11
1892	0	1893	4	1894	2	1895	3	1896	1
1897	3	1898	6	1899	3	1900	10	1901	15
1902	17	1903	15	1904	5	1905	30	1906	3
1907	4	1908	4	1909	3	1910	11	1911	3
1912	8	1913	1	1914	7	1915	2	1916	16
1917	4	1918	0	1919	1	1920	2		

DYSENTERIA

1887	0	1888	1	1889	1	1890	1	1891	1
1892	0	1893	1	1894	1	1895	1	1896	1
1897	1	1898	7	1899	5	1900	0	1901	0
1902	11	1903	8	1904	6	1905	8	1906	1
1907	1	1908	0	1909	6	1910	0	1911	0
1912	0	1913	0	1914	0	1915	0	1916	0
1917	0	1918	0	1918	0	1920	0		

Releva accentuar que, entre os doentes tyminuelhe o appetite; é triste ou de máo phosos aqui verificados, notam-se alguns, em pequeno numero muito embora, entrados para o Estabelecimento, já enfermados, isto é, com a doença em incubação, nos quaes não se procede a vaccinação. Adoptamos este criterio em não empregar esta medida prophylactica, sem uma previa observação do estado de saúde do preso, a fim de não incorrer assim, no uso da vaccina nos casos de contra indicação formal.

Concluindo estas notas, devemos dizer que encontramos, felizmente, da parte dos reclusos, boa aceitação neste excellente meio preventivo, pelo facto de serem elles testemunhas oculares do numero reduzido de casos destas infecções, com a vaccinação anti-typhica, a ponto de se poder constatar a sua raridade.

(2) Curativos de operados, de feridos, de ulceras, de doenças da pelle, injecções hypodermicas e applicações de ventosas.

(3) O numero de casos de doentes baixados a enfermaria, foi assim elevado, devido a grippe pandemica.

(4) Transferidos para o hospicio, postos em liberdade por conclusão de sentença, por insubordinação e sem molestia.

(5) A mortalidade da grippe foi de 3,5 % por occasião da grande epidemia de 1918.

OTTO HESS & Cia

667 — FLORIDA — 667

ENDEREÇO TELEGRAPHICO: HOSSICO

BUENOS AIRES

OPTICA, INSTRUMENTOS DE CIRURGIA E MOVEIS
ASEPTICOS EM GERAL
APPARELHOS ELECTRO-MEDICAES, RAIOS ROENTGEN,
ESTERILISAÇÕES E INSTALLAÇÕES COMPLETAS DE
CONSULTORIOS, CASAS DE SAÚDE E HOSPITAES

AGENTE NESTE ESTADO:

JOÃO A. DEMARCHI

(URUGUAYANA)

CASA DE SAUDE DR. DIAS FERNANDES

TELEPHONE CENTRAL

SECÇÃO DE SENHORAS, 878 — SECÇÃO DE HOMENS, 593

184 — RUA RIACHUELO — 184

PORTO ALEGRE

RIO GRANDE DO SUL — BRASIL

FILIAL PARA DOENÇAS NERVOSAS E MENTAES

CRYSTAL — Telephone, 44 — (TRISTEZA)

Esta Secção está a cargo do Professor Dr. LUIZ GUEDES

O Dr. DIAS FERNANDES tem seu consultorio na Casa de Saúde

Depositario nesta cidade dos productos do INSTITUTO OSWALDO CRUZ (Manguinhos) Rio de Janeiro e do INSTITUTO BORGES DE MEDEIROS — Vendas pelos preços officiaes

ATOPHAN — Gotta, rheumatismo articular, nevralgias, sciatica, pyorrhéa alveolodentaria, etc. **O maior expellidor do acido urico.** Em sal e tubos de 20 comprimidos a 0,50 originaes "Schering".

UROTROPINA — "Schering", a unica original em tubos de 20 comprimidos. Em TODAS AS AFFECÇÕES DAS VIAS URINARIAS.

HEGONON — Novo preparado organico de prata, de acção energica, facilmente soluvel, nada irritante. Em sal e em tubos de 20 comprimidos a 0,25.

ARTHIGON — Vaccina gonococcica altamente polyvalente, para tratamento especifico das complicações gonorrheicas.

HORMONAL — Hormon peristaltico segundo o dr. Zuelzer. Constipações de forma chronica dos intestinos, atonia, paralysias intestinaes.
Intramuscular e intravenoso.

MEDINAL — Hypnotico e sedativo, facilmente soluvel, absorpção rapida, innocuo. Neurasthenia, insomnia, hysteria, depressão, demencia, melancholia, delirium tremens, morphinomania, etc.

MULTANIN — Tannino e alluminio. — Novo preparado ANTI-DIARRHEICO, de acção real e inoffensiva.
Cholera e dysenteria infantis e em todos os casos de diarrhéas das crianças. — Sal e comprimidos a 0,5.

Amostras e litteraturas gratis aos Snrs. Medicos com o agente e depositario no Brasil, da

Chemische Fabrik auf Actien

(vorm. E. SCHERING) Berlin

RUA DA ALFANDEGA, 171 — RIO DE JANEIRO

Productos „ASTER"

SUCURSAL
BUENOS AIRES
G. DE IBARRETA
MONTES DE OCA, 1702

PRODUCTOS
„DIASTER"

DO

Laboratorio Biológico

de los profesores Coppetti & Curci

CALLE 25 DE MAYO, 224

SUCURSAL
SANTIAGO DE CHILE
A. B. PEREIRA & CIA.
AHUMADA, 332

PRODUCTOS
„ASTER"

DIRECCION TELEGRAFICA „DIASTER" MONTEVIDEO TELEF. LA URUGUAYA, 498 - CENTRA

Productos em drageas

Ovocitina "ASTER" (corpo amarello do ovario)
Glandotirina "ASTER" (thyroidina)
Prostatina "ASTER"
Suprarrenalina "ASTER"
Gastrozimógeno "ASTER"
Extracto biliar "ASTER"

Productos em comprimidos

Hepaticina "ASTER" (pó de figado)
Glándula mamaria "ASTER"
Quimosina "ASTER" (Lab-fermentos)
Pancreas "ASTER"
Nefrina "ASTER" (extracto renal)
Cerebrina "ASTER" (sustancia cerebral)
Orquitina "ASTER"
Placenta "ASTER" (sustancia placentaria)
Extracto de Bazo "ASTER"
Hipofisina "ASTER" (Hipóphise cerebral)
Médula osea "ASTER"
Ovarina "ASTER" (ovario completo 0.25)
Glandotirina "ASTER"
Levadura de cerveza "ASTER"
Glándula pineal "ASTER"
Paratiroides "ASTER"
Poliglandulares "ASTER"

Liquidos em ampollas de 3 c. c.

Ovocitina "ASTER" (corpo amarello do ovario)
Glandotirina "ASTER" (Thyroidina)
Suprarrenalina "ASTER" (capsulas suprarrenal)
Cerebrina "ASTER" (substancia cerebral)
Orquitina "ASTER"
Hepaticina "ASTER"
Nefrina "ASTER"
Glándula mamaria "ASTER"

Liquidos em ampollas de 5 c. c.

Extracto de Bazo "ASTER"
Suero de Trunececk "ASTER"
Suero Orgánico Homopoyético "ASTER"

Liquidos em ampollas de 1 c. c.

Ovocitina "ASTER" (corpo amarello do ovario)
Asmaleno "ASTER" (Adrenalina e Hipophisina)
Hipofisina "ASTER" (PITUITRINA)
Glicógéno "ASTER"
Nuclearsol "ASTER"
Lecitina ex-Cerebrum "ASTER"
Textilisina-Fibrolisina (criança)
Textilisina-Fibrolisina (adulto)
Bio-Lecitina "ASTER" (simple)
Bio-Lecitina "ASTER" (cacodilica)
Bio-Lecitina "ASTER" (yodada)
Suero de la vena renal de cabra

Productos diversos

Solución de ADRENALINA "ASTER" 1|00
Suero de la vena renal de cabra
Suero antitiroides (Moebius) por g.
Hemato etiroidina, en elixir.

Vendem-se em todas as Pharmacias