

Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO SCIENTIFICO
DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO

Director: Mario Degni
Redactores: Mario Lepolard Antunes e Euclides Frugoli

VOLUME XXIX

1.º SEMESTRE DE 1937

NUM. 02

Summario:

	Pgs.
UM CASO DE PERITONITE ENCYSTADA POR UL- CERA DUODENAL PERFURADA — Cyro de Lau- ro Junior	7
AMPUTAÇÕES: CONSIDERAÇÕES GERAES; PHY- SIOPATHOLOGIA DA DÔR NO CÔTO DE AMPUTAÇÃO — Mario Degni e Americo Nasser ..	17
CONSIDERAÇÕES EM TORNO DE UM CASO DE MAL DE ROGER — Fuad Chammas e Luis Kencis	29
CONCEITO ANATOMICO, CLINICO E THERA- PEUTICO DAS AMYGDALAS — João Amorim ..	37
DEPARTAMENTO SCIENTIFICO — Noticiario	45



Ao Prof. Dr. ALFONSO BOVERO
e
Dr. JOSÉ DE ALMEIDA CAMARGO

Homenagem
da
Revista de Medicina



Serviço de Clinica Cirurgica do Prof. Alipio Corrêa Netto

Um caso de peritonite encystada por ulcera
duodenal perfurada (1)

Cyro de Lauro Junior
Quintoannista

Vou apresentar aos collegas a observação de um doente da 3.^a C. H., caso esse que acompanhei graças á orientação expontânea e generosa do nosso grande mestre e amigo dr. Eduardo Etzel.

O interesse do caso reside não na affecção em si mas principalmente nas circumstancias caprichosas que o rodearam e que acarretaram a impossibilidade da applicação de um tratamento cirurgico de urgencia, tratamento esse que o caso requeria.

Apresentou-se-nos a exame um doente sem febre portador, no baixo ventre, de um tumor volumoso, arredondado, duro, liso, doloroso.

Quinze dias antes, por occasião da ecclosão da sua molestia, o paciente chama um medico; este não chega a firmar um diagnostico mas não titubeia em receitar um opiaceo, lançando deste modo o seu doente aos azares da sorte ou, melhor dizendo, aos braços da morte.

Depois, as características phisicas do tumor levaram-nos ás mais variadas hypotheses.

E só então, depois de uma anamnese cuidadosa, brilhou a restea de luz que veio esclarecer o caso e dictar as providencias que o mesmo exigia.

(1) Trabalho apresentado no Departamento Scientifico em 16-3-37.

A. D., branco, brasileiro, 36 annos, casado, pintor, residente na Capital.

QUEIXA — Quinze dias antes de sua entrada na Santa Casa sentiu uma dôr violenta no lado esquerdo apparecendo immediatamente no epigastro uma bolla dura do tamanho de um ovo. No mesmo dia a bolla desapareceu sendo substituida por inchaço e endurecimento de todo o ventre.

HISTORIA PREGRESSA DA MOLESTIA ACTUAL — Ha 5 annos bebeu cerveja, vinho e canninha; sentiu dôres fortes no epigastro e vomitou abundantemente. Durante varios dias vomitou todas as vezes que ingeriu alimentos. As dôres reappareciam após as refeições e se localisavam no epigastro e região umbellical; a sua intensidade augmentava progressivamente obrigando o paciente a ingerir chás caseiros com que melhorava. Desde então as dôres nunca mais o abandonaram: appareciam 3 a 4 horas depois do almoço, passando depois de algumas horas, ou permanecendo até o jantar e se prolongando, frequentemente, até de madrugada. Sentia azias frequentes e tinha regurgitações acidas. Fazia uso constante do bicarbonato. Vomitava com frequencia e os vomitos produziam acalmia. Muitas vezes accordou durante a noite sentindo azia; outras vezes levantou pela manhã com dôres discretas. Reparou que as refeições copiosas exacerbavam os seus padecimentos os quaes não eram influenciados pela especie do alimento, excepção feita ao alcool, de que foi obrigado a abster-se apezar de ser contumaz ethylista exagerado. Muita vez, quando os seus padecimentos attingiam ao paroxysmo, mitigava-os provocando o vomito introduzindo um dedo na garganta ou fazendo pressão forte sobre o epigastro. Tinha peridos de acalmia, de vinte dias a um mez, durante os quaes passava perfeitamente.

Seu dia gastrico era o seguinte: tomava café simples com pão ás 7 horas; raramente appareciam a dôr e a azia que passavam logo ou se prolongavam com moderada intensidade até o almoço. Almoçava ás 11 horas: quando já tinha dôr e azia, estas se attenuavam para reapparecerem, exarcebadas, algumas horas depois. Quando não, appareciam 3 a 4 horas depois, persistindo geralmente até o jantar. Jantava ás 18 horas, hora que aguardava com impaciencia afim de poder largar o seu serviço de pintor e jantar para acalmar a azia que queimava o estomago. As dôres reappareciam de noite, prolongando-se, as vezes, até de madrugada quando desapareciam.

Um anno depois consultou um medico que diagnosticou doença do figado (sic) e receitou elixir paregorico com que o

doente melhorou relativamente. De então para cá teve alternativas de melhoras e de aggravação. Como as suas dôres se exacerbassem, agora, de maneira insolita, durante a noite, deixou muitas vezes de jantar; caso contrario, as dôres o accordavam durante a noite sujeitando-o a vigílias innervantes.

Quando não tinha vomitos expontaneos, provocava-os como meio palliativo. Reparou, entretanto, que ultimamente os vomitos expontaneos eram menos frequentes porem mais abundantes: eram amarellados e continham grande quantidade de muco e restos alimentares que o paciente reconhecia como pertencendo a alimentos ingeridos até 3 dias antes. O apetite estava diminuindo e arrotava constantemente com cheiro de ovos podres. Era portador de prisão de ventre habitual ficando no maximo 3 dias sem evacuar. Nêga ictericia. Durante o tempo da sua molestia sentiu-se enfraquecer cada vez mais tendo emmagrecido 20 kilos.

No principio do anno passado consultou novamente o mesmo medico o qual reafirmou o diagnôstico de doença do fígado receitando novamente elixir paregorico e pillulas laxativas. Com isto melhorou relativamente até que, ha 15 dias atraz, pela manhã, ainda deitado, sentiu repentinamente uma pontada violenta no epigastro, apparecendo na região uma bolla dura cheia de cordõesinhos (sic) do tamanho de um ovo. Comprimiu institivamente o tumor com ambas as mãos e sentiu que a dôr se irradiou para todo o abdomen e que o ventre ficou endurecido e meteorico. Desmaiou logo em seguida, cobrindo-se o corpo de suores frios, razão pela qual a familia assustada chamou um facultativo da visinhança o qual disse não poder examinar o abdomen por este estar muito duro e que receitou gôttas calmantes para tomar de 2 em 2 horas e uma formula em pó para tomar 10 minutos antes e 10 minutos depois das refeições. Ao tomar a primeira dôse de gôttas vomitou pequena quantidade de liquido contendo borra de café (sic). No mesmo dia o tumor do epigastro desapareceu sendo substituido por um endurecimento de todo o ventre. Teve febre muito alta, que não mediu, e que permaneceu no mesmo nivel nos dias subsequentes. Os vomitos de borra de café se repetiram durante 6 dias, diversas vezes ao dia. Durante esse tempo, para alimentar-se ingeriu apenas algumas colheradas de caldo. Ficou sem evacuar até o 6.º dia fazendo então um clister e tomando um purgante que ficaram retidos. No 8.º dia evacuou expontaneamente grande quantidade de fezes duras e pretas. Nunca ficou sem urinar, urinando sempre pouco de cada vez.

Como os seus males não desaparecem, resolveu procurar a Santa Casa dando entrada na enfermaria 15 dias depois da eclosão da sua molestia. Apresentava-se, então, com um tumor volumoso, arredondado, duro, doloroso, occupando todo o baixo ventre. Tinha dôres discretas que se irradiavam para o dorso e para os testiculos. Não tinha febre.

Como antecedentes pessoas conta que sempre gozou de boa saúde até 5 annos atrás e que até o inicio da sua molestia foi ethylista inveterado. Néga molestias da infancia e antecedentes venereo-syphiliticos.

EXAME DO ABDOMEN

Inspecção — Abdomen asymetrico, tenso, apresentando na parte baixa um grande abahulamento devido á presença de um tumor do tamanho de uma cabeça de creança, occupando todo o hypogastro, região umbellical até a cicatriz e parte das fossas illiacas internas. Á inspecção o tumor mostra-se arredondado, liso, de contornos bem delineados. Ha desaparecimento da respiração abdominal.

Papação — A palpação mostra um tumor volumoso, arredondado, liso, duro, dando ao tacto a sensação de uma bolsa cheia de liquido em grande tensão. O tumor é fixo, doloroso á palpação; a sua forma não se modifica pelas mudanças de posição. O abdomen é doloroso á palpação em toda a sua extensão. Não se palpa elemento algum da cavidade.

Percussão — A percussão demonstra uma area de massicez hydrica, em forma de circulo, abrangendo todo o hypogastro, região umbellical até a cicatriz, e fossas illiacas internas. Não se percutem alças intestinaes sobre ella. Signal do piparóte presente. As mudanças de decubito não modificam a area de massicez.

TO'QUE RECTAL

Pelo tóque verificou-se a obstrucção quasi total da ampolla rectal por um tumor fazendo saliencia n asua parede anterior. O tumor era doloroso á palpação e dava a impressão nitida de ser extra-rectal porque a mucosa era perceptivel ao tacto integra em toda a extensão.

A prostata era molle, de volume normal, não dolorosa.

Outros symptomas e signaes de algum interesse para o caso eram: posição indifferente no leito; excitação nervosa intensa e insomnia rebelde; respiração rapida e superficial; ausencia de phenomeno de Litten; pulso filiforme batendo 108 vezes por minuto.

A historia do doente e o seu exame physico levaram-nos ao diagnostico de peritonite localisada por ulcera duodenal perforada.

Necessario se fazia, entretanto, a confirmação deste diagnostico.

Tratar-se-hia, mesmo, de uma peritonite localisada?

Logo de inicio um facto importante chamou a nossa attenção: era o da localisação do tumor. O tumor era mediano e enchia symetricamente todo o baixo ventre; a sua fórma era a de uma bolsa de contornos bem delineados contendo liquido sob tensão; dava, desse modo, a impressão nitida de uma bexiga distendida e cheia de urina.

Resolvemos, em vista disso, praticar o catheterismo da bexiga; introduzimos pela urethra, com relativa facilidade, uma sonda molle; houve sahida de 40 cc. de urina amarellada e limpada. Depois disso injectamos pela sonda, com seringa de vidro, 50 cc. de uma solução de permanganato de potassio; pouco depois aspiramos havendo a retirada dos mesmos 50 cc. Alem disso, não houve redução do permanganato.

Pareceu-nos, então, de utilidade, praticar uma radioscopia da bexiga.

Debaixo do controle do écran radiologico, fôï injectada, por sonda urethral, para contraste, uma solução de iodeto de potassio a 20 %. A bexiga encheu-se facilmente e a sua imagem se projectou apresentando, no polo superior, uma deformação em meia lua. Isto indicou uma compressão por um tumor externo ás paredes da bexiga.

Todos estes factos, alliados á posição habitual e estado normal da prostata, bem como a ausencia de antecedentes urina-rios, comprovaram a não participação da bexiga.

Como o tóque rectal tivesse mostrado o compromettimento do recto, achamos conveniente pesquisar o possivel gráu de compromettimento de outras porções do intestino grosso. Fizemos, para isso, uma radioscopia. Injectamos um clyster de baryo e levamos o doente ao écran: não obtivemos imagem. Collocando o doente em decubito dorsal, depois em decubito ventral, todas as manobras destinadas a fazer transitar o enteroclysmo foram insufficientes para dar uma imagem do intestino. A passagem do baryo era impedida por uma obstrucção por compressão situada ao nivel da alça sygmoide.

Isto levou-nos a concluir pela existencia de um grande tumor extra-rectal.

Assim, pois, o tóque rectal primeiro, depois a radioscopia do intestino, demonstraram que o recto e porção do collon estavam rebatidos pelo tumor a ponto de impedir a passagem do clyster de baryo.

Em vista disso, impunha-se uma radiographia da bexiga e do recto afim de verificar as relações destes órgãos com o tumor.

A radiographia foi praticada pelo dr. Paulo Toledo que nos forneceu o seguinte relatório:

“Grande formação tumoral do hypogastro, de contornos arredondados visíveis directamente, comprimindo a bexiga em arco para baixo e o collon sygmoide para traz e desviando as alças delgadas”.

“Não existem signaes de compromettimento da bexiga, dos collons e do esqueleto da região”.

Depois disto não nos restava senão punccionar o tumor, o que foi feito na sala de operações estando o doente apto a ser operado si necessario.

A punção foi feita na linha mediana, a 7 cms. acima da symphise publica, havendo retirada de uma amostra de um liquido puriforme de cheiro fétido.

Este facto commandou a intervenção immediata.

Com anesthesia local foi praticada a abertura da parede abdominal e do peritonio havendo sahida de quasi 2 litros de um liquido fétido, no inicio pouco turvo e depois francamente purulento. Em seguida collocou-se um dreno e fechou-se a cavidade.

Tratava-se, por conseguinte, mesmo, de um abcesso peritonal.

Restava-nos agora diagnosticar a affecção que havia produzido a peritonite.

A dôr inicial, repentina, aguda, intensa, localisada; a de-feza muscular localisada; o meteorismo; a febre subita; o estado syncopal, fallavam com eloquencia em favor de uma perfuração intestinal. Alem disto, corroborava esta hypothese a fetidez do puz escoado apoz abertura do abcesso.

Ora: a historia do doente, com um passado de ulcera do duodeno, e agora o quadro clinico, symptomatico, typico, da perfuração intestinal, levaram-nos a firmar o diagnostico de ulcera duodenal perfurada.

Entretanto, poderia tratar-se de uma perfuração localisada em outro segmento do tracto intestinal e que reconhecesse uma outra origem; por exemplo, perfuração por febre typhoide.

De facto, existe uma fôrma clinica de febre typhoide que é uma fôrma attenuada: é o "typhus levissimus" ou typho ambulatorio. Nesta fôrma não existe o estado typhico: não ha febre e não ha symptomas intestinaes. Apenas mal estar, cephaléa, insonia, abatimento. Mas ésta forma ambulatoria, desconhecida do doente e mesmo do medico em virtude da sua benignidade, pôde revelar-se subitamente manifestando-se pelo quadro dramatico da perfuração do intestino.

No nosso caso, o passado gastrico do paciente não nos permettia a acceitação da hypothese de uma perfuração typhica; entretanto, o pronunciado estado de depauperamento do doente e o desejo de melhor esclarecer o caso, levou-nos a pedir uma Reação de Widal que foi negativa para T.A.B.

Cogitamos então do appendice, dada a grande frequencia da appendicite e das suas complicações peritoniaes.

As perfurações do appendice dão, geralmente, peritonites encystadas. Si o appendice é interno o abcesso peritonal pôde ser mediano e o puz se collectar no hypogastro, por tabicamento das alças intestinaes, formando-se as vezes bolsas que chegam a occupar até mais de 1/3 da cavidade abdominal.

Quando o appendice se perfura apparece tambem o quadro symptomatico do abdomen agudo: alteração do pulso e da respiração, paralysisa intestinal, meteorismo, vomitos, facies abdominal.

Mas o interrogatorio do doente, nas perfurações, revela sempre, antes da formação do fóco purulento, a dôr e a defeza muscular localizadas ao nivel da viscera affectada. Assim, si fosse peritonite appendicular, o doente revelaria, de inicio, dôr e defeza muscular no quadrante inferior direito do abdomen. Além de que, na peritonite appendicular, a dôr cresce gradualmente, e mesmo quando se estende a todo o abdomen é sempre o quadrante inferior direito que é a região mais sensivel.

Poderia tratar-se de uma peritonite por ruptura das vias biliares.

Poderia ser uma cholecystite, suppurada ou não, que se tivesse aberto no peritonio. A cholecystite manifesta-se quasi sempre por pequenas crises paroxysticas — crises de 3 dias — com intervallos de bôa saúde de mezes.

O quadro symptomatico da cholecystite não tem o character nitido dos periodos da ulcera do duodeno. Ambas as affecções apresentam dôres de evolução nitidamente periodica no decurso do anno. Na ulcera do duodeno os doentes soffrem por periodos de 3 semanas aproximadamente, com sedações longas e perfeitas.

Para Gutmann, este é o mais importante, o mais constante e o mais evidente característico da ulcera, do duodeno. Nas cholecystites, calculosas ou não, os doentes soffrem por períodos curtos de 3 dias separados por intervallos de semanas ou mezes.

Si fizermos uma representação eschematica das crises vesiculares e crises da ulcera, teremos:



Quer dizer, a vesicula apresenta o quadro da dyspepsia reflexa, caracterisada por crises pequenas de 3 dias, de menor amplitude e separadas por intervallos de varios mezes; ao passo que a ulcera do duodeno apresenta o quadro da dyspepsia organica, caracterisada por crises de maior amplitude e maior duração separadas por intervallos de 15 dias a 1 mez.

Outro caracter de certa importancia reside no papel desempenhado pelos vomitos; na ulcera do duodeno, quando a dôr attinge o acmé, si sobrevem o vomito, a acalmia é rapida; na cholecystite o vomito não tem influencia alguma sobre a intensidade da dôr: o vomito não minóra, não acalmã.

Além disso, geralmente, a dôr da cholecystite apparece bruscamente, não é post-prandial, não tem habitualmente relação com a alimentação, nem hora fixa e é dôr constante que não se modifica pela ingestão de bicarbonato ou de alimento. O appetite fica diminuido e ha estado nauseoso em jejum. A dôr termina tambem bruscamente.

As vezes, entretanto, a cholecystite apresenta uma symptomatologia gastrica simulando a ulcera do duodeno. Porém as crises são sempre de 3 dias com intervallos de varios mezes de boa saude. São, alem disso, sensibillissimas ás mudanças de regimen alimentar, sendo despertadas, geralmente, por algum alimento que o doente sabe qual é — gordura, ovos, chocolate, carne de porco.

Finalmente, poderia tratar-se de uma peritonite consequente a uma occlusão intestinal.

O intestino estrangula-se mettendo-se num anel, passando por baixo de uma brida fibrosa tensa ou prendendo-se num diverticulo de Meckel: é o estrangulamento interno ou occlusão intestinal, que pode produzir a ulceração por necrose.

A constricção aguda do intestino produz dôr violenta, meteorismo, retenção completa de fézes e gazes e signaes de

septicemia peritõnial. Os vomitos são incoercíveis e fecaloides. A dôr é continua com exacerbações provocadas pelas contracções peristálticas.

Havendo perfuração da alça accentuam-se os signaes de septicemia peritõnial.

O nosso doente teve vomitos de borra de café — que são hematemeses — mas não teve vomitos fecaloides e as suas dôres não apresentavam exarcebações.

Assim, pois, excluidas éstas diversas hypotheses, subsistiu o primeiro conceito de perfuração do duodeno.

O doente foi, então, novamente levado para a meza de operações sendo operado pelo prof. Alipio cuja intensão era a de suturar a ulcera. O professor praticou a laparotomia mediana supra umbellical e uma vez aberto o peritoneo verificou a presença de numerosas adherencias entre a face anterior e inferior do figado, face anterior do estomago, e o peritonio parietal anterior; desfeita em parte éstas adherencias, nada conseguiu verificar nas paredes anterior e posterior do estomago. Em seguida procedeu á exploração do duodeno, com extremo cuidado agora afim de evitar a ruptura das adherencias; por esse motivo não conseguiu verificar a presença de ulcera perfurada; deu, então, por finda a exploração e fechou a cavidade. Em seguida retirou o curativo da 1.^a operação, desinfectou a parede e infiltrou os planos; prolongou a incisão mediana supra publica e procedeu a uma exploração rapida da cavidade; como esta tivesse resultado improficuo para o esclarecimento do caso, drenou a cavidade e fechou a parede abdominal.

Convem accentuar que durante toda a permanencia do doente na enfermaria foi instituido um rigoroso e intenso tratamento geral tendente a sustentar as suas forças e melhorar as suas condicções de resistencia que eram assaz precarias.

Dois dias depois o doente veio a fallecer e o seu cadaver foi enviado ao laboratorio de Anatomia Pathologica da nossa Faculdade, tendo sido necropsiado pelo dr. Amorim cujo laudo foi o seguinte:

“Molestia principal:

Ulcera duodenal perfurada”.

“Encontrava-se no duodeno uma ulcera peptica, do tamanho de uma moeda de 100 rs., de bordos escalonados, perfurada sobre a face inferior do figado. Um trajecto obliquo para traz

e para a esquerda encontrava-se sahindo da ulcera e dirigindo-se para um abcesso situado na face inferior do diaphragma”.

“No fundo do sacco vesico-rectal havia outro grande abcesso contendo puz de aspecto leitoso”.

Evidentemente, o nosso doente foi portador de uma peritonite encystada por ulcera duodenal perfurada.

Serviço de Clinica Cirurgica do Prof. Benedicto Montenegro

**Amputações ; considerações geraes ; physiopathologia
da dôr no côto de amputação (1)**

Mario Degni e Americo Nasser
Doutorandos

CONSIDERAÇÕES GERAES

1) **Definição e Divisão:** Chama-se amputação a separação total ou parcial de um membro do resto do corpo. Si a operação é feita na continuidade dos ossos pratica-se uma **amputação propriamente dita**; quando é feita na contiguidade dos ossos, effectua-se uma **desarticulação**. Esta divisão, aparentemente sem importancia do ponto de vista anatomico, o é muito do ponto de vista clinico, porquanto a gravidade das desarticulações é muito maior pela maior possibilidade de infecção.

2) **Historico:** As amputações são operações conhecidas desde a mais remota antiguidade; até o XVI seculo usava-se o **cauterio** para a hemostasia, a qual foi aperfeiçoada mais tarde por Ambroise Paré, que introduziu a ligadura, reduzindo assim a mortalidade; mais tarde a anestesia (Wells e Morton) e a asepsia (Lister) completaram o progresso.

3) **Indicações:** A amputação é um processo mutilante e que deixa o individuo definitivamente aleijado. Quando bem indicada é a operação que mais salva vidas na cirurgia. Os resultados dependem de varios factores como nivel de amputação, qualidades proteticas do côto, não existencia de dôr, habilidade no uso de aparelho satisfactorio e estado physico e mental do paciente. Para se obter um bom resultado, deve-se encarar a amputação sempre do ponto de vista funcional.

(1) Trabalho apresentado no Departamento Scientifico em 30-4-1937.

A amputação é feita sempre sob critério conservador, devendo o cirurgião meditar sobre tres problemas, que são: a) salvar a vida; b) salvar o membro; c) salvar a função. No primeiro caso, a vida do paciente está em perigo, devendo portanto ser o primeiro critério a se ter; assim, num caso de lesões infecciosas ou neoplasias malignas que tendem a se difundir pelo organismo, deve-se sacrificar a parte ao todo. A segunda questão é a de salvar o membro, sempre que possível, sendo um dever tentá-lo. A terceira questão é salvar a função, que deve ser o ideal do cirurgião; elle deve pensar funcionalmente, como mostraram as falhas da Grande Guerra; ha necessidade de um contacto estreito entre o medico e o protetico; o cirurgião não deve considerar findo o seu serviço com a cicatrização da ferida operatoria; elle deve acompanhar o paciente até a collocação do seu aparelho.

A indicação mais commum para as amputações são os traumatismo, vindo em seguida as gangrenas, osteomyelites e tumores. Assim, numa estatística feita na 4.^a C. H., Serviço do Prof. Benedicto Montenegro, comprehendendo um periodo de dois annos (1935-1937), num total de 23 amputações as indicações foram estas:

Traumatismo	5	ou	21,7%
Osteomyelite	5	"	21,7%
Gangrena	5	"	21,7%
Sarcoma	3	"	13,0%
Ulcera chronica	2	"	8,7%
Outras causas	3	"	13,0%

Comparando-se estes numeros a uma estatística do Massachusetts General Hospital, publicada por Wilson e correspondente a um periodo de 10 annos (420 casos), as indicações correspondem perfeitamente.

Temos varios estadios a considerar no tratamento de um amputado e que são:

I) **Operação:** Antigamente a pressa é que dominava; esta tradição persiste, mas á custa do sacrificio de importantes detalhes de technica e, excepto em raros casos, ella não é justificada. A maior mortalidade é nas amputações consequentes a traumatismos e a gangrena, devendo-se agir com certas normas que differem um pouco nestes dois casos. Essa mortalidade depende do estado geral e da technica empregada. No traumatismo, deve-se levar em conta o "shock", como o principal causador da morte

do individuo; este "schock", cujo principal mecanismo é o nervoso, é agravado em muito pela hemorragia e pela dôr. Portanto, precisamos evitar este estado, impedindo a hemorragia e supprimindo a dôr do nervo a amputar. René Leriche recommenda com muita insistencia a necessidade de uma hemostasia perfeita, ligando arterias e veias, mesmo as de pequeno calibre (arterias do nervo sciatico) e ainda mais o uso da banda de Esmarch e não de uma simples ligadura. Elle ainda insiste na necessidade de uma transfusão de sangue antes do acto operatorio, achando que esta dilatação da operação por mais meia hora por exemplo é amplamente compensada pelos beneficios que traz essa transfusão para o estado geral do paciente. Nas amputações por **gangrena**, as precauções para o lado da hemostasia já não são tão importantes, porquanto os vasos já se acham um tanto obliterados pelo processo gangrenoso. Mas aqui avulta um outro factor, que é o factor infecção—um individuo com uma gangrena apresenta uma lymphangite, que se estende até um ponto distante do fóco. Assim, numa amputação o cirurgião pensa estar cortando em tecido são e um ou dois dias depois apparece na ferida operatoria uma placa de gangrena que tende a se estender. No tratamento das gangrenas Leriche recommenda alguns dias antes o uso de injeccões intra-musculares ou endo-venosas de mercurio chromo a 1% ou de violeta de genciana. Ainda nestes casos o methodo a ser usado deve ser o da amputação aberta. O mesmo recommenda Wilson e outros mestres.

II) Em segundo lugar, temos a considerar o **tratamento post-operatorio**, que comprehende um periodo de hospitalização sufficiente, o cuidado das complicações das quaes as suppurações são as mais communs, usando-se o methodo de Carrel-Dakin, a extensão continua da pelle do côto no methodo aberto, etc.

III) A seguir, o **tratamento do côto**: quando se obtem a cicatrização, devem ser adoptadas medidas para adaptar o côto á sua função protetica; assim, a restauração da flexibilidade normal da articulação, da força muscular e restabelecimento da circulação. As massagens e exercicios activos têm grande vantagem. Neste periodo, nas amputações do membro inferior, é conveniente o uso de uma protese temporaria.

IV) Num outro estadio vamos proceder á **collocação da protese permanente**: quando o côto perdeu a sua grande sensibilidade e attingiu o seu maximo de retracção e quando as suas condições de movimentação, força e cicatrização são consideradas satisfactorias, é o momento da collocação do aparelho. O cirurgião

deve indicar ao paciente um prothetico de confiança e só deve aprovar o aparelho após verificá-lo pessoalmente.

V) Finalmente, o ultimo estadio é o que corresponde á **reeducação** funcional e vocacional do paciente; esta reeducação é necessaria para que o individuo possa desenvolver a força das partes restantes do corpo ao maximo. O membro artificial quando bem usado traz eficiente ajuda na substituição do membro amputado, especialmente nos aparelhos do membro superior em que o cirurgião deve indicar quaes os movimentos que o paciente deve e pode tentar e quaes os que elle não deve fazer. Além disso, deve encorajal-o, tornando-o optimista com relação ao uso do aparelho.

4) **Estudo dos côtos:** Côtó é a porção de um membro amputado, comprehendida entre a superficie de secção e a articulação mais proxima, destinada a receber a prothese que pretende substituir um membro perdido. Costuma-se classificar os côtos em bom côto e máu côto. O máu côto é tambem denominado côto conico, denominação esta que não se refere á fórmula como a principio se julgava, isto é, que todos os côtos de fórmula conica, indicando uma exuberancia de osso em relação ás partes moles, fossem máus côtos, mas sim ao côto que se apresenta doloroso, inapto para ser utilizado posteriormente. O bom côto é aquelle que apresenta uns tantos caracteres e que são: não é doloroso, sem deformidade, permite a collocação de uma prothese, extremidade bem cicatrizada e não adherente ao osso. Para que se obtenham estes caracteres em um côto, devemos conhecer as propriedades dos elementos que intervêm em sua formação. Assim, a **Pelle** deve ser elastica e bem nutrida, isto é, com seus vasos conservados, com tecido cellulo-gorduroso abundante para facilitar o seu deslize e para evitar adherencias da pelle á aponevrose e osso. Prefere-se sempre que possivel, tomar pelle de regiões acostumadas a traumatismos repetidos (como a que recobre a olecrano, p. ex.). A posição da cicatriz em relação á extremidade do côto deve variar com a localização da amputação, mas em regra deve ser terminal no membro superior e posterior no membro inferior. Os musculos devem ser cuidados, porquanto depois de seccionados se retraem e esta retracção não é igual para todos: os mais carnosos com menos tecido conjunctivo são os que mais se retraem. A função dos musculos no côto será a mesma que normalmente porquanto dá-se uma neoinserção pela sutura dos antagonistas na frente da extremidade do eixo osseo. Quanto aos **Vasos e Nervos**, deve-se evitar que fiquem proximos á extremidade, principalmente os nervos. Ainda antes da secção

do nervo, devemos injectar novocaina no perinervio, afim de evitar a dôr no momento da secção e ainda alcool a 90° e em seguida acido phenico, como recommenda Leriche, afim de evitar a regeneração das fibras, produzindo o neuroma de amputação, cuja compressão ou simples traumatismo é causa de vivas dôres, prejudicando portanto o valor funccional do coto, como veremos mais adiante. Ainda devemos traumatizar o menos possivel o tronco nervoso. O periosteo ao nivel de uma secção ossea forma novo tecido osseo — primeiro em pequenos fragmentos, os osteophytos e que ás vezes são dolorosos. Deve-se usar o processo aperiostal de Bunge. O osso conserva no coto a sua funcção de esqueleto; a sua extremidade deve não ser muito fina, sem arestas e ter o canal medullar obliterado — Kirschener preconisa essa obliteração com um retalho osseo, como preventivo dos côtos dolorosos, que seriam em alguns casos devidos a uma variação de pressão intra-medullar.

O máu coto é em geral resultante de uma má technica e significa um coto inutil funcionalmente, devendo ser modificado para que possa ser usado. Os factores determinantes de um máu coto são varios: assim, cicatrizes extensas ou adherentes ao osso, extremidade nervosa muito sensivel (neuromas), pontas osseas salientes ou com infecções chronicas de varias especies (osteite, osteomyelite, periostite), musculos muito tensos, favorecendo a ulceração ou então muito frouxos, dificultando a collocação da prothese, adhesão de musculos ao osso.

PHYSIOPATHOLOGIA DA DÔR NO CÔTO DE AMPUTAÇÃO

No intrincado problema da physiopathologia da dôr no coto de amputação muitas observações se fizeram e foram invocadas no sentido de alinhá-las no caminho pathogenico para a construcção de uma doutrina. De todas essas tentativas de explicação baseadas por vezes em observações unilateraes, só restaram duas theorias que ganharam corpo e independencia e que são: 1) a theoria do neuroma de amputação, hoje predominante e 2) a theoria da nevrite ascendente, de Weir Matchell, incapaz de abranger todos os phenomenos clinicos observados. Queremos citar as observações de Robert Proust, professor em Paris e os de Molotkoff, cirurgião-chefe do serviço de neuro-cirurgia do Hospital Petrogrado. O primeiro autor cita o caso de neuroma em placas, tendo a oportunidade de observar um do mediano com relações de comunicação com o radial. Isolou-os numa extensão de 6 cms., cortou-os e separou-os em lojas musculares

de maneira a não se poderem unir novamente. Houve cura. Pensa o autor que o nervo se organizava como um enorme corpusculo do tacto que se unindo a outro nervo daria um curto-circuito. Noutra parte fala da invasão dos plexos (plexites) consequentes a neurites ascendentes, que dariam radiculites e aracnoidites com repercussão do outro lado. Recommenda a palpação dos plexos cujas indicações darão a orientação therapeutica. No caso de haver só neuvrite ascendente com espasmo e contratura em plexite aponta a sympatectomia periarterial. Na plexite indica a ramiseccção ou sympatectomia ganglionar. Na aracnoidite dá preferencia á radicotomia ou cordotomia. Deixaremos para o fim os commentarios criticos que dêem uma visão panoramica do assumpto.

Vejamos agora as idéas de Molotkoff. Partiu elle da seguinte experimentação: irritando mechanica ou electricamente differentes nervos na mesa operatoria, diz ter comprovado tal pratica a existencia em "alguns" nervos periphericos de fibras conductoras especializadas da dôr. Além disso affirma que essas fibras conductoras eram mais frequentemente encontradas nos nervos cutaneos com territorios definidos e suppridos por outros ramos separados. Desta observação passa á seguinte affirmação: a dôr de amputação não tem relação causal com o neuroma de grossos troncos nervosos ou com algum anormal estado do tecido osseo, muscular, subcutaneo ou vascular, mas sim com o envolvimento das terminações dos nervos cutaneos (com as fibras dolorificas) na cicatriz da pelle. Observa 11 casos bem como as cicatrizes. Termina do seguinte modo o seu arrazoado comprovante da dôr segundo o mecanismo supracitado: 1) pela technica moderna o neuroma situa-se longe da cicatriz da pelle e não mantem adhesão ao plano de secção do osso; 2) pela irritação em pontos determinados da cicatriz determina-se dôres isoladas e definidas de pontos differentes do "membro phantasma"; 3) por ser a dôr causada pela cicatriz da pelle mais intensa e não corresponder á dôr do neuroma de amputação.

Estabelece dois typos clinicos de dôr: A) dôr projectada no membro ausente; B) dôr puramente local, cuja origem é a cicatriz. Esta não existiria associada á primeira. Cita casos de dôr projectada no maleolo interno e borda medial do pé com sensibilidade da parte medial da cicatriz de um côto da coxa ou da perna, nos quaes a experiencia mostrou efficacia pela secção do obturador nas proximidades do buraco obturado. Nos casos de dôr no lado opposto ao agora citado a secção do cutaneo femural lateral atraz da espinha iliaca antero-superior mais a secção adicional do nervo lombo-inguinal para traz do ligamento de Pou-

part beneficiou um caso de dôr que se irradiava para a parte anterior da coxa e joelho e com sensibilidade da cicatriz do mesmo lado. Falla dos poucos resultados das operações nos casos de amputações altas do membro superior ou inferior. Cita Pirogoff como já demonstrando o valor dos nervos cutaneos em 1856. Foerster e Kuttner isoladamente recommendam o bloqueio alto dos nervos periphericos pelo alcool e formol.

Exporemos agora as idéas de René Leriche. Este autor começa por emprestar grande intensidade á dôr do côto de amputação que diz ser menosprezada pelos medicos, assumindo estes uma attitude anti-scientifica attestado de sua ignorancia quanto ao problema pathogenico da dôr. A seguir analysa o phenomeno da illusão do membro ausente, a illusão dolorosa do membro ausente, á dôr sympatica e a hyperalgesia dolorosa do côto. Vejamos os mecanismos segundo aquelle autor explicativos desses factos de observação clinica.

1) **Illusão do membro ausente:** Si analysarmos os differentes componentes anatomicos do côto concluiremos que todos involuem na superficie de secção com excepção dos nervos, que se comportam de modo totalmente diverso. De facto, estes emittem o estojo neurologico dentro do qual crescem os cylindros-eixos. Como a região carece de espaço que possa offerecer ao crescimento em linha recta do nervo, este se empelota, se enovela formando o neuro-glyoma, impropriamente denominado de neuroma. Este neuroma recebendo excitações continuas quer por parte das contracções musculares, quer das variações circulatorias e levando-os para os mesmos centros, a que eram levadas as excitações vindas da parte ausente do membro, comprehende-se a illusão da presença deste. Não se trata de psychismo ou exaggero do paciente mas este facto obedece simplesmente a um phenomeno physiologico de excitação latente dos cylindros-eixos centripetos, que anteriormente iam á periphéria. Como contra prova é sufficiente uma injectção de novocaina no neuroma para que a illusão desapareça emquanto dure o effeito anesthesico.

2) **Illusão dolorosa do membro ausente:** Partindo da noção innegavel de que todo o individuo tem uma personalidade humoral, vaso-motora e conjunctiva inconfundivel, comprehende-se que sua reacção tambem seja individual. E' assim que se explica o facto de alguns individuos reagirem a um traumatismo craneano com uma proliferação neuroglica anomala explicativa das epilepsias jacksonianas posteriores. Pois bem, na amputação a mesma explicação é valida e vem esclarecer porque certos amputados formam neuromas mais ou menos monstruosos (caso de Le-

riche 8 x 4 cms.). Ora tal neuroma só á custa de pressões dolorosas pode-se manter entre os musculos. Nem se pense que seu potencial de crescimento esteja exgottado. Extirpemol-o e elle se refará. Um neuroma de dimensões grandes não só soffre pressões maiores consequencias de seu volume, como tem maior capacidade de recepção decorrente da multiplicação de suas terminações. As sensações dolorosas são de topographia fixa, radicular, e variavel na intensidade com crises de hyperalgias. A dôr manifesta-se após a cicatrização das partes moles ou 2-3 annos após a amputação e de modo brusco. Esta dôr é temporariamente eliminada por uma injeccão de novocaina intra-neuromatosa. Além disso extirpando-se o neuroma extingue-se a dôr, que reaparece após semanas.

3) **Dôr sympathica do côto:** Aqui já não se trata de excitação intraneuromatosa mas extraneuromatosa decorrente das relações que o neuroma mantém com as terminações nervosas anonyms dos tecidos vizinhos. Estas excitações podem ganhar a cortex, porém, em geral, chegadas aos ganglios espinhaes ahi se reflectem ganhando os filetes sympathicos com producção de phenomenos vaso-motores e trophicos. Como desde já se percebe isso tudo não passa de um banal reflexo sensitivo motor. As dores não são violentas, mas incommodativas e o côto apresenta disturbios vaso-motores, fica cyanotico e se ulcera. A injeccão de novocaina, ao redor do neuroma, faz desaparecer temporariamente tal dôr. Como explicar a cyanose e a ulceração? Falla eloquentemente neste particular a experiencia de Fontaine e Orban, que, excitando electricamente um neuroma, presenciaram uma vaso-dilatação peripherica no inicio e que depois de certo tempo de excitação, se convertia em vaso-constricção, cyanose e resfriamento. Este typo de dôr ao contrario da dôr radicular não tem topographia fixa e além disso é ao nivel do côto e não do membro ausente. A topographia movediça da dôr indica que a excitação pode ganhar varios nervos. A neurotomia neste typo pathologico falha, dando resultados apreciaveis a injeccão de novocaina peri-arterial, a sympatectomia peri-arterial e a rami-secção. Estas intervenções não extinguem a illusão do membro ausente que obedece a outro mecanismo. Este typo de côto doloroso pode vir de forma pura ou acompanhado pela dôr radicular no membro ausente.

4) **Grande hyperestesia dolorosa do côto:** Leriche conta o caso de um official do exercito francez que era obrigado a vestir a manga da camisa de um só golpe, porque si o fizesse delicadamente a dôr era insupportavel. O côto era bem conformado e po-

diamos empunhal-o com energia em causar dôr. Em 1916 operando Leriche um caso no qual resolveu fazer uma radicotomia encontrou as meninges e a medula hyperemiadas no cone terminal e na cauda de cavallo. Nos annos de 1920-24, observou tres casos e concluiu que se tratava de uma arachnoidite hyperemica. Esta em individuos sem passado medular, devia explicar a hyperestesia dolorosa do côto. A arachnoide é susceptivel da seguinte legitima explicação: a excitação ganhando os ganglios espinhaes vae pelo nervo sinuvertebral determinando a dôr pelas reacções vaso-motoras e trophicas. Ainda aqui o psychismo do paciente é susceptivel de uma explicação si nos lembrarmos de que as excitações podem demandar os cornos opticos. Isso vem permittir a conclusão, diz Leriche, de que todas essas dores seguem-se á formação do neuroma.

Condições ethiologicas: Para Leriche não existe factor ethiologico extrinseco que determine a dôr do côto, porque os côtos dolorosos verificam-se tanto numa amputação asseptica como numa supurada, nos que cicatrizam por primeira ou por segunda intenção; na syphilis e demais infecções ás vezes um traumatismo parece o responsavel, mas não passa de uma actuação deflagadora.

Clinica: Deduz-se então que na clinica tres são os typos de dores, não porque Leriche deu tres mecanismos, mas porque elle ajustou esses mecanismos aos tres typos de dores observados. Os tres typos de dores são: dôr topographica fixa no membro ausente; dôr sympathica do côto; e grande hyperestesia dolorosa do côto. Esses tres typos tanto podem se apresentar isoladamente como simultaneamente. A importancia do diagnostico do typo da dôr é da maior valia, si attentarmos a que obedecem a mecanismos differentes e consequentemente os meios therapeuticos serão diversos.

Tratamento: Em relação á therapeutica deve primeiro o medico saber o que se não deve fazer como: 1) desconsiderar as queixas do paciente; 2) não fazer um exame cuidadoso do mecanismo e typo da dôr; 3) dar tempo a que o paciente se converta a um morphinomano; 4) reamputar — a dôr não se deve ao revestimento do côto, nem á falta de cobertura, nem á forma do osso. Ella nasce ao nivel da cicatriz nervosa onde se origina o neuroma de amputação. De facto, affirma Leriche, sem a menor duvida de contestação o seguinte: não amputar, não fazer radiotherapia nem diathermia, não resecar o neuroma, sem estudar antes o typo de dôr e concluir que tal intervenção possa ser util.

Assim para a determinação do typo de dôr recommenda o autor o uso de injeções anestésiantes intraneuromatosas. Si usando tal pratica houver desaparecimento durante uma hora da dôr radicular então indica-se a neurotomia supra-neuromatosa com injeção de 1 a 2 cc. de acido phenico puro ou acido chromico. Si as dores do typo radicular forem de pequena intensidade pode-se usar anestésicos, evitando assim a imperiosidade de uma intervenção. Porém, pode-se dar que a injeção de anestésico não faça desaparecer a dôr comquanto tenha sido tentada em varios nervos; nessa circumstancia ensaiar o effeito dos anestésicos levados em torno da arteria ou dos rami-communicanti, em se tratando do membro inferior, do ganglio estrellado para o membro superior. Acalmando-se a dôr estão indicadas as intervenções sobre o sympathico com bons resultados. Fracassando estas tentativas recorrer a cordotomia ou radicotomia com extirpação dos ganglios espinaes. Um facto para o qual o autor chama a attenção e que pode explicar muitos fracassos é sobre a questão de só se procurarem os neuromas nos grossos troncos nervosos. Assim na coxa exclusivamente no sciatico. Ora, essa conducta é incompleta porque até no sapheno interno Leriche encontrou um neuroma, que era responsavel pela dôr. Portanto, deve-se tratar o neuroma de todos os nervos que o apresentem e consequentemente deve-se pesquisal-o em todos os nervos de uma região.

ESTUDO CRITICO GERAL: Expostas assim as varias observações que adoptam prismas differentes, resta agora adóptarmos uma posição segura neste terreno. Parece não haver duvida que as idéas de Leriche são as mais completas, porque attendem mais á clinica estudando muito bem os varios typos de dôr procurando ajustar-lhes mecanismos diversos. Estes não podem ser tidos como producto de imaginação, mas encontram base na experimentação, na physiologia e na therapeutica. Como vimos põe Leriche a dôr em relação como neuroma, seja ella de que typo fôr. O que deve existir primariamente é o neuroma.

Molotkoff toma sentido diverso e assesta suas idéas nos nervos cutaneos e nega a acção do neuroma dos grossos troncos nervosos. Porém mantem attitude dubia porque ao mesmo tempo que nega ao neuroma a origem causal da dôr, compara a dôr do neuroma com aquella determinada pelos nervos cutaneos. Parece-nos um contracenso. Embora, as idéas do autor russo tenham base experimental é forçoso convir que elle mesmo falla serem as fibras de conducção especializada da dôr encontradas em "alguns" nervos cutaneos. O estudo clinico da dôr não é comparavel á minunciosidade e á descripção precisa com que se houve o cirur-

gião gaulez. Além disso falla-nos Molotkoff que os dois typos de dôr por elle descriptos não se associam, mas apresentam-se em estado de pureza. O mesmo não affirma Leriche que verificou no trafego de sua clinica aquella mesma associação.

Os tres principios admittidos por Molotkoff e comprovantes de sua interpretação são como vimos: 1) o facto do neuroma não ter relação com a cicatriz; 2) o facto da cicatriz irritada num ponto dar uma dôr definida; 3) a dôr causada pela cicatriz ser mais intensa do que a produzida pelo neuroma. A primeira argumentação cahe por terra admittindo-se o principio da excitação intra-neuromatosa de Leriche determinada pelas contracções musculares e variações circulatorias. A segunda observação não carece de maior importancia, porque qualquer cicatriz irritada determina dôr e a prova é que a propria technica methodisa a posição da cicatriz. Pode-se admittir que ahi a via seguida seja mesmo a dos nervos cutaneos; nesse caso então seria insupportavel um aparelho protetico que irritasse a cicatriz. A terceira observação trata-se apenas de uma comparação entre a dôr do neuroma e a do nervo cutaneo. Nesta affirmação implicitamente o autor admitte a dôr neuromatosa, que alhures havia sido por elle proprio negada.

Até aqui criticamos as bases apresentadas por Molotkoff, porém ainda podemos apresentar nova argumentação baseados nas idéas de Leriche, contrariando a dôr produzida pelos nervos cutaneos. Assim vejamos: 1) a sensação do membro ausente bem como as varias posições por elle assumida não póde ser explicada pelos nervos cutaneos; 2) si a dôr no membro ausente obedecesse ao mecanismo admittido por Molotkoff, como explicar que a injecção de novocaina intraneuromatosa faz cessar aquella? 3) Como explicar, segundo as idéas do autor russo, o apparecimento da dôr muitos annos após a amputação, estando a cicatriz presente e os nervos cutaneos com as suas terminações nella englobadas? 4) Como explicar que essa dôr apparecendo muitos annos mais tarde bruscamente e seguida muitas vezes a um traumatismo? 5) Porque não admittir que neuromas se formem tambem nos nervos cutaneos? 6) Como explicar a grande hyperalgesia dolorosa do côto e a possibilidade de associação com os outros typos dolorosos, seguindo as idéas de Molotkoff? 7) Porque existindo a dôr de typo radicular no membro ausente associada á dôr sympathica do côto, eliminamos á vontade uma ou outra pela simples injecção de novocaina intra ou peri-neuromatosa? 8) O tempo em que foi observado um determinado caso tem muita importancia. Mesmo porque um determinado doente após uma amputação passa annos sem dôr, e um bello dia esta o accomette

Assim fazendo intervenções sobre os nervos cutaneos é possível que mudemos a situação do neuroma ficando este em posição adequada de modo a não ser comprimido. A cura será attribuida á secção do nervo cutaneo e na verdade não o foi. Reconhecemos que esta argumentação é uma hypothese sem grande valor, mas pode dar conta desses casos.

Os onze casos clinicos observados por Molotkoff não podem ser desprezados, por isso queremos admittir, e neste ponto abandonamos Leriche, que os nervos cutaneos possam determinar dôr e não devam ser menosprezados. Porém, e aqui ficamos com Leriche, a base fundamental está no neuroma que explica commodamente os mecanismos dos tres typos fundamentaes da dôr nos amputados.

Resta-nos agora analysar as observações de Proust, no referente ao neuroma em placa ligando dois nervos como o mediano e o radial e dão uma especie de curto circuito. Esse modo de encarar parece-nos extravagante. Com os principios de Leriche explica-se perfeitamente esse facto e é indifferente que o neuroma reuna dois ou mais nervos. Como explicaria por outro lado Proust a dôr quando o neuroma está isolado num unico nervo? O curto circuito não é possível mas a dôr está presente, isso não ha a negar.

Na parte que se refere á nevrite ascendente parece que não nos deve muito preoccupar. O ponto de vista aqui é o mesmo que para a acção dos nervos cutaneos. Isto é, a nevrite ascendente pode explicar os casos em que ella existe e quando ella prima pela ausencia e a dôr pela sua presença?

Serviço de Clinica de Doenças Tropicæes e Infectuosas do
Prof. Celestino Bourroul

Considerações em torno de um caso de "Mal de Roger"

Fuad Chammas e Luiz Kencis
Terceiroannistas

Entende-se sob a denominação de MAL DE ROGER, uma mal-formação cardíaca, que consiste em verificar-se comunicação interventricular determinada por um orificio situado em geral, na parte antero-superior do septo inter-ventricular, na "pars membranacea" deste mesmo septo, mal-formação esta descripta pela vez primeira em 1879 por Roger, á qual emprestou o nome. Por via de regra, perturbação alguma outra enquadrada nas mal-formações congénitas do coração, acompanha o MAL DE ROGER, havendo sempre todavia neste caso passagem de sangue arterial do Ventrículo esquerdo, onde é maior a pressão para o direito onde é ella menor, razão pela qual esta malformação é desacompanhada de cyanose.

Com effeito, podemos dividir as malformações cardíacas de um modo eschematico em dois grandes grupos baseados neste ultimo facto que salientamos: umas produzindo cyanose e as outras não, sendo as do primeiro grupo menos frequentes do que as do segundo; com particular referencia a deste grupo, isto é, mal-formações sem cyanose que mais nos interessam no momento, uma estatística temos nos casos observados pelo professor Paul Giraud (professor dos Hospitales Francezes) que verificou a presença da comunicação intraventricular.

Podemos salientar ainda as observações de Leon que teve a oportunidade de examinar sob o ponto de vista clinico e radiológico 19 crianças portadoras de malformação cardíaca sem cyanose, as quaes foram consideradas como portadoras de MAL DE ROGER. Ainda 63 casos observados por Costa Alvarenga

dos quaes porém só dois podiam ser considerados com portadores do MAL DE ROGER puro. Vê-se assim que é bastante raro apresentar-se puro o MAL DE ROGER.

Entre nós não tem sido grande o numero de casos observados a este respeito, mesmo porque o MAL DE ROGER, é uma das malformações cardiacas mais toleradas, citando-se mesmo muitos casos em que os doentes supportaram muito bem molestias as mais variadas, não demonstrando durante a existencia soffrerem qualquer incomodo por tal malformação como aliás acontece, com o caso por nós observado em que o paciente sentte-se bem, tendo apparecido na enfermaria por estar fortemente acomettido por lesões produzidas pelo "sarcopsila penetrans" vulgarmente chamado "bicho de pé", e assim dados os poucos casos descriptos entre nós, resolvemos proceder á divulgação deste, por nós verificado. Trata-se, de facto, de um caso por nós observado na 6.^a Medicina no serviço do Prof. Celestino Bourroul, tendo sido chamada a nossa attenção para o mesmo pelo medico interno dessa enfermaria Dr. Paulo Minervini.

Relatemos em resumo o caso:

P. M. — Solteiro — 16 annos — Lavrador.

QUEIXA E DURAÇÃO: Lesões innumeradas produzidas pelo "Sarcopsila penetrans" ha 3 mezes.

(Apresentaremos nesta observação apenas os factos que julgamos, de certo modo, interessar ao caso).

Assim no exame objectivo geral, vimos tratar-se de um individuo longilineo, pesando 43 kilos, tendo 1,55 de altura, não apresentando os dedos em vaquetas de tambor. Apresenta 98 pulsações por minuto, 20 movimentos respiratorios, sendo do typo thoraco-abdominal.

Estado geral bom, não havendo cyanose, nem edemas nem circulação collateral visivel. O paciente apresentava uma alteração psychica não respondendo normalmente ás perguntas feitas.

EXAME ESPECIAL: Á inspecção o "ictus cordis" apresenta-se para fóra da linha hemiclavicular esquerda no 5.^o espaço intercostal. A' apalpação o choque apexiano no mesmo ponto acima referido, deslocando-se mais para fóra no DLE (Bulhas palpaveis na ponta), fremito catareo intenso e mtoda região precordial principalmente na meso cardiaca. A percursão, a area cardiaca apresentando as seguintes dimensões a partir da linha mediana:

3.5 D	3E	2.º intercosto
3.5 D	4,5 E	3.º ”
3.5 D	6,5 E	4.º ”
3.5 D	8,5 E	5.º ”

Podemos observar, por estes dados, que a area cardiaca apresenta-se augmentada, como mais tarde comprovou a radiographia.

À auscultação: fóco mitral: — somente é audível a primeira bulha, apresentando-se abafada, sopro holosistólico intenso, rude, em jacto de vapor, propagando-se transversalmente.

Fóco tricuspide: — o mesmo que o mitral, com a diferença que o sopro é mais intenso. Fóco Pulmonar: Nenhuma bulha é audível, apenas o sopro holosistólico persiste, porém, com menor intensidade. Fóco Aortico: como o pulmonar, não apresenta bulhas audíveis, mas somente se ouve o sopro acima citado com menor intensidade.

É na região meso cardiaca onde se ouve o sopro sistólico rude com a sua maxima intensidade propagando-se transversalmente mais para o lado esquerdo do que para o direito. Além disso, ouve-se ainda o sopro, com pouca intensidade no espaço escapulo-vertebral esquerdo.

PRESSÃO ARTERIAL membros superiores: Maxima 12 e minima 6.5.

Pressão na arteria femural: Maxima 13 e minima 7.

EXAMES COMPLEMENTARES E DE LABORATORIO: — Reacção de Wassermann, negativa.

ELECTROCARDIOGRAMA: — Infelizmente, não nos foi possível obtel-o, por encontrar-se em concerto o aparelho da Santa Casa nesta ocasião; entretanto não apresenta o electrocardiograma nenhum signal característico, patognomónico da doença de que se trata, sendo que em uns casos observados, assignalou uma dissociação auriculo-ventricular, em outros, modificações da onda P. O electrocardiograma não tem assim grande interesse nesta questão.

RADIOGRAPHIA: — Leve augmento da area cardiaca.

Eis em synthese, a observação do caso que tratamos.

Como fomos levados ao diagnostico do MAL DE ROGER?

A auscultação, particularmente, serviu-nos de guia poderosa. De facto vinha ella nos revelar um sopro sistólico rude, em jacto de vapor, intenso; tanto o era, a ponto de propagar-se a todos

os fócios, mascarando por vezes as bulhas, ainda, fremito catareo na região meso cardíaca onde era mais intenso e de propagação transversal.

Ora, levando em conta esses factos e tendo em vista o estado geral bom do paciente sem indicio de cyanose, sem queixar-se por completo com referencia ao coração, fomos levados a umas tantas hypotheses que sufficientemente examinadas, nos conduziram áquella conclusão.

Na realidade, esse sopro sistolico, poderia ser occasionado por uma estenose da aorta na sua origem. Caracterisa-se com effeito, esse estado morbido, tambem por um sopro sistolico, com fremito catareo, sendo aquelle localizado na parte interna do 2.º espaço intercostal direito, ou mais acima, propagando-se para os vasos do pescoço, o que em absoluto não era o nosso caso, onde salientamos antes uma propagação transversal, e ainda mais, como fizemos notar, a maior intensidade do dito sopro era no nosso caso na região meso-cardíaca.

De mais, esse typo de malformação é raro, acompanhando-se de uma hypertrophia do ventriculo esquerdo, dada á estase que sobreviria então, ou residuo post-sistolico devido a não ser sufficiente a força ventricular para vencer a resistencia sobrevivendo então a super distensão diastolica que viria a ser o excitante da musculatura ventricular procurando assim augmentar a potencia da contracção, instalando-se então a dilatação e a ulterior hypertrophia. Alem disso, não devemos esquecer que é essa uma mal-formação grave, sendo muito frequente a morte precoce nesse caso. Por tudo isso foi essa typhese excluida das nossas cogitações.

Mal-formações taes como, a persistencia do canal arterioso, orificio de Botal, assim como a estenose pulmonar e a "Molestia azul", foram logo excluidas, pois salientamos desde o inicio, que o nosso doente não apresentava cyanose, que sobrevem logo nessas cardiopatias; mesmo porque Roger não admitia a existencia da cyanose na syndreme que descrevera, a não ser quando fosse acompanhada da estenose pulmonar. De facto, diz elle "se essa ultima lesão faltar, não ha "molestia azul" isso é o que comprovam as minhas observações".

Pelas características apresentadas poderia tratar-se de insuficiencia mitral? Pareceu-nos que não, se bem que é essa a malformação congenita que mais se presta á confusão com relação ao MAL DE ROGER. Ha casos na Literatura de diagnostico de communicação inter-ventricular e a necropsia veio revelar insuficiencia mitral, e vice-versa.

O sopro na insuficiência contudo, é mais doce, localizado na ponta, propagando-se para a axila e espaço interescapular. Emquanto, se bem que a propagação para o espaço inter-escapular era observado no caso em apreço, o sopro todavia, era rude, não havendo propagação para as axilas. Demais, na insuficiência mitral não ha fremito catareo, por via de regra, o que existia no nosso doente e com muita intensidade. Alem disso a insuficiência mitral pura é rarissima, e segundo Scherf, quando existe é em geral acompanhada de hipertensão arterial, insuficiência aortica, molestias do myocardio e estenose mitral, cujos symptomas o nosso paciente não apresentava. Dahi ex-ciuirmos tambem essa suposição.

Seria, por fim, uma estenose do istmo da aorta? Respon-demos ainda aqui pela negativa; na realidade, nessas condições, ouve-se um sopro sistolico, podendo ser auscultado ainda, e The-remín acha mesmo de grande importancia, um sopro sistolico no dorso, no lado esquerdo do espaço escapulo-vertebral; toda-via, o sopro que se ausculta na base, na estenose do istmo da aorta, propaga-se aos vasos do pescoço e ainda nessa porção do corpo, percebem-se apreciaveis latejamentos arteriaes, factos esses, não observados no nosso caso. Mas, a razão mais im-portante está justamente na dissociação das pressões arteriaes entre os membros superiores e inferiores, o que é facilmente compreensivel dada á natureza da malformação, como ainda a falta de pulso nas arterias femuraes o que não era, em absoluto, observado em nosso doente.

De facto, a estenose do istmo da aorta é a estenose do seg-mento da aorta, situado entre a subclavia esquerda e canal ar-terial. E assim, verificam-se signaes de dilatação da area aor-tica, como sejam pulsações ao longo das jugulares, dilatação das carotidas e da subclavia, pulso radial forte e cheio, em compensação o pulso é fraco e pode até faltar nas arterias cru-raes. E, segundo um autor é de importancia para o diagnos-tico encontrar-se um desenvolvimento exagerado da circulação colateral, destinada a compensar por parte da carotida e da subclavia a defficiente irrigação da metade inferior do corpo, sendo que as anastomoses estão, a cargo, da arteria mamaria interna, escapular posterior e da intercostal superior, ramos todos da subclavia. Por tudo isso, foi por nós excluida essa hypothese.

Restava-nos, portanto, uma unica suposição que foi jus-tamente pela qual optamos o diagnostico, ou seja a syndrome de Roger. Falla na realidade a favor dessa nossa affirmativa, antes do mais a falta de cyanose, e em seguida, temos de um

lado, como signal typico da mesma, o sopro rude, holosistolico, intenso até o ponto de propagar-se a todos os fócios mascarando, por vezes as bulhas por completo; sopro esse de propagação transversal de modo a ser ainda perceptivel no dorso. Assignala-se ainda o fremito catareo, signal esse de importancia como auxiliar no diagnostico differencial com relação á insufficiencia mitral, que por via de regra, é desacompanhada de fremito; de outro lado, temos a symptomatologia negativa, ou seja a falta absoluta de qualquer sensação do paciente com referencia á perturbação do seu aparelho circulatorio, facto esse que vem ainda corroborar no diagnostico differencial attinente á insufficiencia da valvula bicuspide.

Quanto á explicação dessa anomalia, a theoria mais aceita é a emittida por Rokitansky, modificada por Keith, que acceitam a theoria teratologica, que interpreta essa malformação congenita, como uma detenção do desenvolvimento, ou uma disgenese no tabicamento das cavidades embrionarias, como tambem, de um transtorno de torção do tubo primitivo.

Os defensores da theoria inflamatória suppõe que a mulher durante a gravidez possa soffrer infecções que se transmittem ao coração do feto pela via venosa.

Ainda a este respeito, que a hereditariedade tenha tambem influencia, no apparecimento dessa malformação, provam-no factos insophismaveis. Assim Saller conta o facto, de uma mulher, da qual seis filhos, que tivera de um primeiro matrimonio eram cyanoticos. Casando-se ella depois novamente, teve filhos sadios e bem dispostos, devendo-se incriminar o facto primeiro verificado, exclusivamente á influencia paterna. Cita-se tambem o caso de Orth, em que um mesmo individuo casado por duas vezes, os dois filhos que tivera um de cada matrimonio, apresentavam malformações cardiacas.

Não devemos deixar de salientar tambem a possivel relação entre affecções congenitas do coração e accidentes diversos. De facto certos accidentes no transcurso da gravidez podem interromper o desenvolvimento geral do feto. Devemos acceital-os, é verdade, com muita prudencia, mas não podemos rejeital-os inteiramente. Os traumatismos estariam ahi comprehendidos. Sob essa expressão compreendemos muitas vezes compressões que se exercem via de regra, espontaneamente, no interior do ovo, de outra parte os choques ou comoções externas que repercutiriam sobre o ovo e seu conteúdo. Desses choques physicos, são inseparaveis os choques moraes, que são as emoções. Responsaveis que são ellas, por desordens graves, glandulares, vasculares ou organicas porque não seriam ellas

capazes de provocar perturbações distroficas? De facto Ferrana, citado por Laubry e Pezzi, na necropsia de uma mulher de 27 annos, achou uma larga comunicação inter-ventricular. O pae de 50 annos, gosava boa saude assim como os irmãos da mesma. A genitora da dita mulher, não tinha tára alguma. Praticava, porém, em certa occasião o contrabando e acha-se por essa época nos primeiros mezes da gravidez, quando teve uma crise de ictericia emotiva muito pronunciada após um susto, causado pela perseguição de um guarda aduaneiro. Assim teriam ellas tambem o seu papel nesses factos.

As intoxicações chronicas tambem concorreriam para a producção da dita anomalia. Parece de facto razoavel, que uma intoxicação chronica (syphilis, tuberculose, quiçá mesmo o alcool, etc.) possa disnivelar esse monumento de equilibrio, presidiado pelas leis naturaes insondaveis, que é o embrião no utero materno.

De um modo geral ambas as theorias (teratologica e inflammatoria) têm os seus prós e contras, sendo provavel que, segundos os casos, predomine uma ou outra, ou se combinem ambas.

Essas theorias explicam as geneses das málfomções congenitas do coração puras ou combinadas. E a esse respeito é classico citarem a trilogia Fallot e a tetralogia do mesmo autor. A primeira é constituida por uma estenose da pulmonar, comunicação inter-ventricular e persistencia do buraco de Botal; e a segunda pelas duas primeiras malformações mais dilatação e translação para a direita da aorta e hipertrophia do ventriculo direito.

Em ultima analyse, pois, por tudo quanto estudamos fomos levados a considerar o nosso paciente como provavel portador do MAL DE ROGER. Dissemos provavel, pois, muitas vezes o diagnostico das malformações cardiacas, especialmente os diversos typos clinicos só podem affirmar-se com a peça anatomica.

Têm-se observado lesões congenitas, que clinicamente haviam passado desapercibidas.

Se é possivel não diagnosticar uma lesão congenita, não é difficil equivocar-se ao pretender differenciar os diversos typos clinicos. Não devemos nos surpreender pois, se na necropsia de um caso analogo, não encontrassemos comunicações inter-ventricular. Consolar-nos-iamos antes com o caso de Gordey, no qual diagnosticou-se clinicamente o MAL DE ROGER, e a necropsia mais tarde nada mais revelava do que uma dilatação idiopatica do coração.

Conceito anatomico, clinico e therapeutico das amygdalas

João Amorim
Quintoannista

A questão das amygdalas, é de grande interesse para o medico pratico, e, por isto, acho muito opportuna sua exposição.

Sabemos que, circumdando a porção inicial dos tractos aereo e digestivo, encontramos o anel lymphatico de Waldeyer.

No nasopharynge, encontram-se a amygdala de Lushka, cuja inflamação constitue as vegetações adenoides, e, a amygdala tubaria proximo ao orificio pharyngeo da trompa de Eustachio. No larynge, a amygdala laryngéa.

Além destas, temos as amygdalas palatinas e linguaeas, na altura do isthmo da garganta, assim como ganglios disseminados em toda extensão do pharynge, bem como na mucosa de revestimento das vias aereas e digestivas.

A anatomia microscopica das amygdalas e dos ganglios lymphaticos differe ligeiramente. Emquanto que as primeiras têm capsula incompleta, não apresentam vasos lymphaticos afferentes, e, são dotadas de cryptas que lhe dão aspecto caracteristico, os segundos possuem vasos lymphaticos afferentes e efferentes, capsula fibrosa envolvente e ausencia de cryptas. As amygdalas palatinas, que mais nos interessam, não possuem ductos glandulares abrindo-se nas cryptas, e, por isto, não havendo secreção nas cryptas, torna-se facil a retenção de impurezas no seu interior.

No parenchyma das amygdalas acham-se nodulos chamados "Centros germinativos".

Qual a funcção das amygdalas? Como todos os orgãos lymphoides, a funcção primordial das amygdalas, é uma funcção de defesa. No seu interior, ha constante formação de lymphocytos, assim como elementos do tecido reticulo-endothelial, dotados de alto poder phagocytario. A parte principal das funcções das amygdalas, é representada pelos centros germinativos. Estes centros

germinativos, não existem no feto, e, só apparecem do 2.º ao 6.º mez da vida extra-uterina. Pode-se avaliar o valor funcional de uma amygdala, pelo exame histologico na disposição dos centros germinativos no parenchyma tonsillar; assim, na primeira infancia, os centros germinativos são muito desenvolvidos, e numerosos, pois o papel de defesa que desempenham, é muito grande, emquanto que na idade adulta, tendo as amygdalas papel secundario para effeitos de immunização, estes centros germinativos regridem em tamanho e em numero.

A conclusão a que se chega, é que uma amygdala de capacidade funcional integra, representa um orgão de protecção para o organismo, sobretudo na criança. Em certas regiões da America, faz-se a extirpação systematica das amygdalas, costume este, baptizado por Allagna, de "Massacre das amygdalas". Quizeram attribuir tambem ao tecido lymphoide, uma funcção de secreção interna, com acção phenadora para o crescimento do individuo, porém isto não foi provado.

Surge agora uma questão interessante: qual a idade minima para se extirpar uma amygdala? Em artigo publicado na "Presse Médicale", de 16 de maio de 1934, Ombrédanne invoca prós e contras, concluindo pela extirpação precoce. Os argumentos contrarios são: 1) O desenvolvimento excessivo das amygdalas, não seria sinão a consequencia de um estado geral defeituoso. Invocou-se para isto a tuberculose, glandulas endocrinas e heredo-syphilis. Marfan acredita mesmo, que antes dos 2 annos a syphilis seria a grande causa, e, antes dos 3 mezes a causa quasi exclusiva das hypertrophias amygdalianas. Com effeito, os heredo-syphiliticos terão menor resistencia ás infecções, porém, até hoje ainda não se viu hypertrophia amygdaliana regredir ante um tratamento especifico. 2) O tecido lymphoide teria papel de defesa contra um certo numero de infecções. Ora, estando a amygdala doente e portanto inutil, sua presença em vez de ser util, será antes um fóco que entreterá no organismo um estado morbido; além disto as amygdalas constituem pequena parte do tecido lymphoide do organismo e sua falta mal se fará sentir pois as restantes formações lymphoides do organismo hão de supprilas com facilidade. 3) Recidivas. — Este é o orgumento de maior força dos que se oppõem á intervenção precoce. Diz Ombrédanne: é certo que haja verdadeiras ou falsas recidivas amygdalianas após amygdalectomia total correctamente realizada, porém estas recidivas serão mais frequentes antes dos 7 annos (idade minima exigida pelos que se oppõem á extirpação precoce), do que depois destes mesmos 7 annos?

Vejam os agora os argumentos favoráveis á intervenção precoce. Os accidentes causados pelas hypertrophias amygdalianas, podem ser de duas naturezas: accidentes mechanicos e infecciosos.

1) Accidentes mechanicos: deglutição prejudicada, voz nasalada, pois o véu está distendido pelo pólo superior volumoso. Estas hypertrophias, ainda que simples, trazem para o desenvolvimento da criança graves consequencias: perturbações do desenvolvimento da face e da cavidade buccal, thorax deformado, em funil devido á respiração defeituosa a que está condemnado o paciente.

2) Accidentes infecciosos: são multiplos, desde a simples inflamação chronica, até as mais graves septicemias. A criança que deglute muco-púz, apresenta geralmente perturbações gastro-intestinaes; sãoas otites e mastoidites; são as multiplas formas de adenites cervicaes, adenopathias sub-angulo maxillares com verdadeiras febres ganglionarias, perturbações broncho-pulmonares, perturbações renaes, rheumatismos, appendicite, etc.

Ombredanne então, concluiu o seguinte: Quando uma criança apresenta grandes amygdalas ou pequenas amygdalas crypticas e infectadas, cujo papel pathologico é evidente, sua extirpação deve ser feita o mais cedo possivel. Qual será então, este mais "cedo possivel"? Ha um periodo perigoso que é essencialmente o 1.º anno e accessoriamente o 2.º, mas a partir dos 2 annos e meio, aos 3 annos, as condições serão mais ou menos as mesmas que nas crianças de mais idade. Vista a idade minima para a extirpação das amygdalas, qual será a idade maxima? A opinião dos autores neste ponto não varia muito, e, todos estão de accôrdo que depois dos 40 a 45 annos é imprudente extirpar as amygdalas, pois pode haver começo de arteriosclerose, e, neste caso dará lugar a hemorragias mais ou menos graves.

Veremos em seguida como fazer o diagnostico de uma amygdalite chronica. Este diagnostico pode ser feito por um exame objectivo acurado.

Exame objectivo: a) Tamanho da amygdala. Variações grandes no tamanho, indicam um estado de insuficiencia funcional. Na criança, a hypertrophia das amygdalas, está ligada a um augmento do tecido lymphoide, ao passo que no adulto é mais de natureza fibrosa, e, isto explica porque as amygdalas volumosas no adulto, são menos perigosas do ponto de vista de infecção. A amygdalite de forma atrophica é ao contrario a mais perigosa do ponto de vista clinico: são amygdalas pequenas, adherentes aos pilares, fibrosadas, atrophiadas, e, encerram não raras vezes, fó-

cos infecciosos no interior de suas cryptas pelas retracções da superficie.

b) Infiltração edematosa e hyperhemia do véu do paladar indice de uma reacção inflammatoria na vizinhança.

c) Estado dos pilares. A hyperhemia do pilar anterior é um dos melhores signaes clinicos da infecção tonsillar.

d) A côr da amygdala na amygdalite chronica, fóra dos surtos agudos, raramente se encontra modificada.

e) Exame de caseum. A presença de caseum, por si só não é nitidamente pathologica. Entretanto, quando este caseum é muito abundante, é capaz de provocar surtos inflammatorios, e, si está misturado ao púz, torna-se então signal seguro de infecção amygdaliana.

Fein, compara os caseuns duros, esbranquiçados, á sujeira que se ajunta abaixo das unhas, sem papel pathogenico. Só os fluidos ou semi-fluidos, de colloração amarellada, que se obtém pela compressão das amygdalas, gosam de poder pathogenico. Seu exame microscopico, revela estado inflammatorio dentro das cryptas.

f) Engurgitamento do ganglio sub-angulo maxillar. Sua presença não é pathognomonica, porém sua constatação parallelamente a outros signaes de infecção amygdaliana, assume particular importancia.

g) Adherencias da amygdala ao pilar anterior, signal este de relativa importancia.

Vamos tratar agora da amygdala como factor na ethiopathogenia de algumas molestias toxi-infecciosas, em que o streptococcus é geralmente o germem responsavel. Geralmente, pela anamnese se descobre passado amygdaliano, e, se registram surtos agudos da molestia, em cada nova crise de angina. Para avaliar com maior precisão a responsabilidade das amygdalas nestas molestias toxi-infecciosas, Vigo Schmidt, instituiu uma prova, que chamou "test amygdaliano". Constitue no seguinte: pratica-se uma massagem digital, em cada amygdala, de 3 minutos de duração para cada lado, investigando as alterações hematicas, antes de começar a massagem, ao cabo de 1/4 de hora e meia ou duas horas depois. Investigamos a leucocytose e formula sanguinea, em cada tomada de sangue, observando em alguns casos a temperatura e os possiveis phenomenos de agudisação da localização infectiva (arthalgias, hematurias, etc.). Normalmente segundo Vigo, produz-se leucopenia transitoria, com lymphocytose. O valor pratico deste "test" não é grande, pois as variações

da formula sanguinea, ou não se dão, ou não passam de limites muito estreitos. Quando, pela massagem das amygdalas, ha exacerbação dos signaes clinicos, então a origem amygdaliana da infecção, é indiscutivel. Vejamos quaes são estas molestias:

1) Appendicite: — O appendice é justamente chamado “amygdala abdominal”, pois os histologistas acharam em suas paredes, grande riqueza em tecido lymphoide. De outra parte em clinica, é factó corrente a observação de grandes amygdalas e vegetações adenoides, correspondendo a signaes de appendicite chronica. Podemos dizer com segurança, que em grande numero de casos, é o circulo amygdaliano do pharynge infectado, que representa a porta de entrada da infecção appendicular.

2) Cholecystites: — Que saram expontaneamente após a extirpação das amygdalas.

3) Rheumatismo infeccioso agudo: — Em cujo apparecimento o fóco amygdaliano influe com toda certeza, e, factó capital a cura obtem-se em muito melhores condições com a amygdalectomia precoce. Em alguns casos apresenta-se immediatamente após a intervenção, um avivamento das perturbações articulares, casos estes, que demonstram ostensivamente a relação etiologica; igualmente demonstrativa é a desaparição immediata de fortes perturbações articulares, depois da intervenção.

Ha autores, que pretendem que o rheumatismo de natureza focal e infecciosa, se manifesta por alterações caracteristicas da formula sanguinea, e, que em presença de uma determinada formula sanguinea, podemos concluir pela presença ou não, de fóco infeccioso primitivo.

4) Nephrites: — Rosenow e Nakamura isolaram das cryptas amygdalianas, germens de accentuado nephrotropismo. A amygdalectomia deve ser praticada depois de passado o surto agudo da molestia. A operação é contra-indicada nos casos de nephro esclerose adeantada. As nephrites muito se beneficiam com a extirpação das amygdalas.

5) Endocardite maligna: — Que leva o doente á morte, dentro de poucos dias.

6) Perturbações laryngo-tracheaes: — sempre muito tenazes e, que não devemos deixar evoluir para a chronicidade.

7) Perturbações broncho-pulmonares: — Tambem muito frequentes e que roubam a vida a centenas de crianças.

8) Otites médias.

9) Pharyngites chronicas.

Passaremos agora ao tratamento das amygdalites chronicas:

1) Tratamento cirurgico: — As indicações da amygdalectomia total são: quando as amygdalas sejam responsáveis por uma infecção focal e quando as adenopathias cervicaes sejam consideraveis e soffram augmentos de volume em cada surto amygdaliano. Não descreveremos aqui as technicas operatorias, porque fugiríamos ás finalidades do nosso estudo.

2) Tratamento medico: — O tratamento medico é indicado nos casos de hemophilia, quando o estado geral é deficiente, nos cantores, e, principalmente na tuberculose.

O tecido lymphoide oferece grande resistencia á infecção tuberculosa, e, acredita-se, mesmo, que a tuberculose das amygdalas estimule as defesas allergicas geraes contra esta molestia, augmentando a resistencia do organismo. Quando um individuo é portador de uma tuberculose pulmonar e nelle procedemos uma amygdalectomia, temos em consequencia uma exacerbação aguda da tuberculose, com effeitos desastrosos. Nestes casos o tratamento medico póde ser de 3 especies:

1) Expressão e toilette das amygdalas, que feita por um especialista pode supprimir o effeito nocivo da amygdalite chronica, evitando em particular, os surtos agudos de retenção que são os responsaveis pelas complicações amygdalianas.

2) Electrocirurgia: — Em doses fraccionadas, que não produz choque nem depressão geral, e, não priva o doente de se alimentar durante o tratamento.

3) Raio X: — A radiotherapia é muito bem supportada nas formas estacionarias da tuberculose pulmonar.

No Congresso Internacional de Radiologia de Zurich em 1934, Torres Carrea e Bosch Sola, apresentaram um trabalho com 91 % de cura duravel, e, tudo nos leva a crêr que os raios X constituirão o melhor meio de tratamento da amygdalite chronica nas formas benignas da tuberculose.

-
- 1) — Aubry Maurice — Presse Médicale n. 32, 20 de abril de 1932. Diagnostic et traitement de l'amygdalite chronique de l'adulte.
 - 2) — Nova Raphael — Problema tonsillar — Revista Associação Paulista de Medicina, n. 6, dezembro de 1935, pag. 301.

-
- 3) — Ombrédanne Marcel — L'amygdalectomie et l'ablation des végétations adénoïdes, sont-elles contre-indiquées chez les jeunes enfants? Presse Médicale, n. 39, 16 de maio de 1934.
 - 4) — Rocha A. Beuni S.—Mundo — P. D. Sobre o valor da prova amygdalar nas infecções focaes. S. Paulo Medico, maio-junho de 1932, ns. 1 e 2.
 - 5) — Uffenorde W. — Amygdalite e participação articular. Actas Ceba., n. 2, 1936.

N O T I C I A R I O
do
Departamento Scientifico

**SESSÕES REALIZADAS NO PRIMEIRO SEMESTRE
DE 1937**

1.ª Sessão Ordinaria, realizada no dia 16 de março de 1937

Aberta a sessão pelo Dr. José Ramos Jr., presidente do Departamento Scientifico, durante o anno de 1936, fez a apresentação do relatorio do exercicio daquelle anno, declarando em seguida, empossada a directoria eleita para o corrente anno.

Tomam, então, posse dos seus cargos os novos directores:—

Ddo. Mario Degni — presidente

Ac. Mario Lepolard Antunes — secretario geral

Ddo. Euclides Frugoli — secretario.

Pela nova directoria toma a palavra o Ddo. Mario Degni, que depois de fallar que as luctas eleitoraes passadas não devem servir de obstaculos para a elevação cultural do Departamento Scientifico, apresenta suas idéas sobre a sua gestão, não se submettendo a programma prévio, promettendo agir dentro de linhas geraes de orientação até onde forem as suas forças.

Em seguida toma a palavra o Ac. Roberto Brandi, presidente do Centro Academico “Oswaldo Cruz”, referindo que o Departamento Scientifico iniciava uma vida nova, pois a Directoria do Centro e a do Departamento, trabalharão em conjunto para maior proveito e brilho de suas actividades. Realça a finalidade do Departamento, local onde os alumnos da Faculdade de Medicina vão iniciar as suas actividades scientificas.

Finalmente pasou-se a ultima parte da ordem do dia que constou da apresentação de "Um caso de peritonite encystada por ulcera duodenal perfurada", pelo Ac. Cyro de Lauro Junior. Comentando o trabalho que vai publicado neste numero, falaram o Dr. Pedro de Alcantara e os Acs. José P. G. D'Alambert, Cicero C. Souza, Roberto Brandi, David Rosenberg e Mario Degni.

A orientação dos debates deveria ser feita pelo Dr. Eduardo Etzel, livre docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que por motivo de força maior não pôde comparecer.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão.

2.ª Sessão Ordinaria realizada no dia 16 de abril de 1937

A sessão foi presidida pelo Ac. Mario Lepolard Antunes, secretario geral do Departamento, na ausencia da presidente effectivo, Ddo. Mario Degni, e secretariada pelo Ddo. Euclides Frugoli.

Serviu essa sessão para prestar homenagem á memoria dos Professores Alfonso Bovero e José de Almeida Camargo.

O sr. presidente abrindo os trabalhos, referiu-se ao motivo da reunião concedendo a palavra ao Ac. Generoso Concilio, 1.º orador do Centro Academico "Oswaldo Cruz", o qual fallou sobre a personalidade do Prof. Alfonso Bovero.

Fallou, a seguir, o Ac. Cyro de Lauro Junior, sobre a personalidade do Dr. José de Almeida Camargo.

O sr. presidente, por ultimo, agradece a presença dos Professores e Assistentes da Faculdade de Medicina, medicos, amigos e admiradores dos dois illustres mortos, e dos numerosos academicos e pediu um minuto de silencio, levantando a seguir a sessão.

1.ª Sessão Extraordinaria realizada em 30 de abril de 1937

Presidente: Mario Degni; secretario: Mario Lepolard Antunes.

Assistiu á reunião, orientando-lhe os debates, o Dr. Eduardo Etzel, livre docente da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Abrindo a sessão o sr. presidente agradece a cooperação dos Ddos. Victor Homem de Mello e Náleo Guilherme Chris-

tiano, na realização do primeiro "Curso de Venereologia e educação sexual", promovido pelo Departamento Científico do C. A. O. C. sob a patrocínio do Instituto de Hygiene.

Da ordem do dia constaram os seguintes trabalhos:

1) EMPYEMA TYPHICO. UM CASO OPERADO E CURADO, pelo Ac. José Finocchiaro.

O autor relata a observação do paciente internado no Serviço de Clinica Cirurgica do Prof. Alipio Corrêa Netto, 3.^a C. H. da Santa Casa, tecendo comentarios em torno dos dados que permitiram o diagnostico. Em seguida descreve o acto cirurgico a que foi submetido o doente, dando a evolução do mesmo. Relata o autor a raridade do caso, salientando a importancia do laboratorio no diagnostico desse caso. Proseguindo o autor faz um estudo da pathogenia do caso. Passou a tratar depois de como e quando se deve intervir nesses casos e quando devemos considerar o caso curado.

Este trabalho foi discutido pelos Ac. Generoso Concilio, Alvaro José Penna, Octavio Lemmi e Mario Degni.

Em seguida o Dr. Eduardo Etzel teceu oportunos comentarios em torno do trabalho.

2) AMPUTAÇÕES : CONSIDERAÇÕES GERAES ; PHYSIOPATHOLOGIA DA DOR NO COTO DE AMPUTAÇÃO, pelos Ddos. Mario Degni e Americo Nasser.

Discutiui a comunicação que é publicada neste numero, o Dr. Lange. Depois o Dr. E. Etzel fez algumas considerações em torno do trabalho apresentado.

3.^a Sessão Ordinaria, realizada no dia 18 de maio de 1937

Presidente: Mario Degni; secretario: Euclides Frugoli.

Especialmente convidado, orientou os debates o Dr. Miguel Scavone.

Da ordem do dia constaram os seguintes trabalhos:

1) INSUFFICIENCIA AORTICA TRAUMATICA, pelo Ac. Armando K. Cordeiro.

O autor inicialmente tece considerações em torno da pathologia cardiaca, referindo-se ás malformações congenitas e adquiridas. Das adquiridas passou em revista os diferentes

typos de endocardites, myocardites e pericardites, assim como fez referencias sobre as alterações do rythmo cardiaco, detendo-se mais pormenorizadamente sobre o mechanismo da dilatação do coração e sobre a insufficiencia circulatoria.

A seguir estudou a insufficiencia aortica, sua anatomia pathologica, semiologia, classificação, fazendo considerações em torno da insufficiencia aortica traumatica. Apresentou, a seguir, um caso verificado no Serviço do Prof. Celestino Bourroul, 6.^a M. H. da Santa Casa, e que o autor catalogou como insufficiencia aortica traumatica.

A comunicação foi discutida pelos Acs. José P. G. D'Alambert, Euclides Frugoli e Mario Degni.

Dada a palavra ao orientador Dr. Miguel Scavone, este tece commentarios oportunos sobre o trabalho apresentado.

2) ANEURYSMA DA AORTA ABDOMINAL, pelo Ddo. José Penha Godoy D'Alambert.

Inicialmente o autor se refere á pouca frequencia dos aneurysmas da aorta abdominal citando estatisticas estrangeiras e estatisticas nacionaes, e entre ellas uma realizada pelo autor no Serviço de Clinica Medica do Prof. Ovidio Pires de Campos, 3.^a M. H. da Santa Casa. A seguir o autor estuda a semiologia, mostrando a importancia da mesma no diagnostico dos aneurysmas abdominaes, dando após a semiologia, o diagnostico differencial com tumores abdominaes capazes de offerecerem confusão com os aneurysmas da aorta abdominal. Após ter feito essa serie de considerações o autor apresenta dois casos interessantes e muito bem estudados de aneurysma da aorta abdominal, casos esses observados na 3.^a M. H. da Santa Casa.

Comentaram esse trabalho os Ac. Euclides Frugoli, David Rosemberg, Mario Degni e Generoso Concilio.

Com palavras elogiosas, referiu-se ao caso o Dr. Miguel Scavone.

3) CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE SYPHILIS GASTRICA, pelo Ac. Roberto Brandi.

O autor refere ter trazido o caso, ao Departamento pelo interesse que o mesmo despertava por ter sido já motivo para uma publicação pelo Prof. A. de Almeida Prado, em 1927. Estudando a syphilis gastrica o autor se detem na classificação da mesma quanto ás suas formas anatomo-pathologicas e tecendo commentarios sobre a mesma. Passando a leitura da obser-

vação, resalta a importancia do caso, por voltar o paciente á enfermaria de pois de 10 annos, por incommodos outros, pois o tratamento bem orientado tinha dado resultado.

Discutiram o trabalho os Ac. João Ruggiero, José P. G. D'Alambert, Euclides Frugoli e Mario Degni.

Sobre o trabalho apresentado o Dr. Miguel Scavone extendeu-se longamente com commentarios bem orientados.

Antes do encerramento da sessão o sr. presidente propõe á casa a não realização da sessão ordinaria em 16 de junho de 1937, o que é approved por unanimidade de votos.

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).