









P2836

# Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO CIENTIFICO  
DO CENTRO ACADEMICO «OSWALDO CRUZ»  
DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO - BRASIL

Diretor: **Jayme Rodrigues**

Redatores — **Luiz Marino Bechelli e Cassio Portugal Gomes**

.....

VOLUME XVII

JULHO DE 1938

N. 58

## Sumario:

	Paginas
1.º) O liquido cephalo rachidiano nas affecções do systema nervoso — <i>Dr. Oswaldo Lange</i> . . . . .	3
2.º) Um caso de aneurysma cirsoide da mão — <i>D.ºo Jayme Rodrigues</i> . . . . .	11
3.º) Considerações em torno do diagnostico de 2 casas de doença de Nicolas-Fayre — <i>D.ºo Luiz Baptista</i> . . . . .	18
4.º) Considerações sobre um caso de sarcoma osteoblastico da extremidade superior da tibia — <i>D.ºo Aldemar Bastos</i> . . . . .	33
5.º) Adenopathia tracheo-bronchica — <i>D.ºo Salim Aidar</i> . . . . .	48
6.º) Considerações clinicas sobre 2 casos de aneurisma da aorta abdominal — <i>D.ºo Luiz Bechelli Ac. Octavio Tisi</i> . . . . .	56

N.B.— As páginas faltantes eram anúncios



# O LIQUIDO CEPHALO RACHIDEANO NAS AFFECÇÕES DO SYSTEMA NERVOSO

*Estudo de alguns syndromos liquoricos*

DR. OSWALDO LANGE

Assistente da Clinica Neurologica e Psychiatrica

Muitas vezes ao fazer um exame de liquido cephalo rachideano, o analysta, mesmo sem conhecer os dados clinicos, póde diagnosticar e affecção de que o doente é portador. E' o que acontece nos casos do meningites septicas agudas nas quaes a presença do agente causal, revelado seja pela bacterioscopia ou pelo exame cultural, resolve de vez a questão.

Quando, por este ou aquelle motivo, o agente causal não possa ser encontrado, as alterações physico-chimicas, cytologicas e biologicas do liquor não apresentam, na grande maioria das vezes, caracteristico especial algum para o diagnostico differencial entre as diversas modalidades de meningites purulentas. O que se encontra então é um conjunto de alterações realizando um syndromo liquorico que, com a molestia em plena evolução, póde ser assim eschematizado:

- a) hypertensão
- b) aspecto turvo ou francamente purulento
- c) hypercytose com polynucleose predominante
- d) hyperalbuminorachia
- e) hyperglobulinorachia
- f) hypochloretorachia
- g) hypoglycorachia
- h) positividade das colloidaes nas zonas meningiticas

Diante de um caso com alterações liquoricas que se enquadrem neste eschema, impõe-se o diagnostico de meningite purulenta. Resta procurar o germen causador que deve ser posto em evidencia pelos varios methodos bacteriologicos.

Embóra raras, existem entretanto meningites agudas de typo purulento nas quaes a bacteriologia não consegue demonstrar qualquer germen pathogeno; esta modalidade especial de meningites recebeu o nome de derrame puriforme aséptico e é consequente a um processo

infecioso que se póde localizar em qualquer orgão da economia. Já foram relatados derrames meningeos puriformes asepticos originados por blenorragias, pelo typho, por otites médias suppuradas. Nós mesmo já tivemos em mãos um destes casos consequente, segundo os dados clinicos obtidos da anamnése, a uma pneumopathia cuja natureza não foi possivel determinar. Estes casos geralmente têm evolução favoravel e a punção rachideana constitue auxiliar therapeutico valioso.

Maiores difficuldades surgem em presença de meningites agudas nas quaes, por factores variados — formação de adherencias meningéas, associação microbiana, coexistencia de hemorragias meningéas, entre outros — o liquor apresenta anormalidades que destoam por completo do syndromo acima apresentado.

A formação precoce de adherencias meningéas determina o bloqueio dos espaços arachnoideanos medulares ou cerebraes de modo que os germens pódem não ser encontrados em alguns sectores do canal cranéo-rachideano embóra sejam abundantes em outros. A litteratura medica registra casos em que os germens são encontrados exclusivamente ora nas cavidades ventriculares ou nos espaços arachnoideos cerebraes, não existindo nos espaços medulares.

Explica-se o facto pela escassez de germens, habitual nos primeiros dias de infecção, pela acção do liquor que constitue máo meio de cultura para todos os agentes pathogenos e, mais tardiamente, pela formação de adherencias meningéas e consequente bloqueio do canal rachideano que isola o liquor lombar; nesta circumstancias, este ultimo permanece ou tem grandes probabilidades de se tornar absolutamente esteril mórmente ser fôr adoptado o alvitre de injectar o sôro medicamentoso exclusivamente por via rachideana baixa.

Isolado o fundo de sacco lombar e retirada parte do liquor nelle contido pelas primeiras punções praticadas para fins diagnosticos, estão realizadas as condições ideaes para a transudação do sôro sanguineo atravez das paredes dos capillares venosos dilatados; augmenta a quantidade de albumina liquorica e a reacção cytologica diminue constituindo a dissociação albumino-cytologica que póde ser acompanhada ou não de xanthochromia. Estes novos elementos alteram o syndromo liquorico da meningite aguda, emprestando-lhe uma feição apparentemente benigna.

Outras modificações do syndromo humoral das meningites agudas purulentas pódem surgir e são condicionadas pela evolução mais ou menos rapida da molestia, pela maior ou menor extensão do processo anatomo-pathologico, pela resistencia individual e pela virulencia do germen.

Bastante interessantes são os casos, citados por autores estrangeiros, nos quaes a invasão brusca dos espaços liquoricos por grande quantidade de agentes pathogenos altamente virulentos, siderando as defezas organicas, não dá ás meninges o tempo de reagir, fallecendo o doente



com uma meningite em que o liquor é quasi normal sob os aspectos physico-chimico e cytologico apesar de riquissimo em germens.

Finalmente, é preciso não esquecer que o syndromo humoral das meningites — e isto vale tanto para as agudas como chronicas, tanto para as purulentas como para as lymphocytarias — varia de accordo com a phase do processo anatomo pathologico em que é praticada a punção porquanto as alterações liquoricas augmentam a medida que a molestia evolue. Esta affirmação que tem o seu que de acacia mereçe entretanto ser meditada porquanto muitas vezes o analysta obtem resultados mostrando alterações banaes ás quaes o clinico dá pouca importancia julgando tratar-se de uma reacção meningéa banal frequente ou mesmo habitual em todos os processos infecciosos, quaesquer sejam suas localizações; taes alterações coincidindo com um syndromo clinico mais ou menos discreto, obrigam a cuidadosa observação e a novos exames para maiores esclarecimentos. Sob esta forma aparentemente banal se iniciam todas as meningites tanto as que, mais tarde, apresentarão a polynucleóse caracteristica das meningites agudas como as de origem tuberculosa ou syphilitica nas quaes a reacção cytologica definitiva assume caracter mononuclear predominante.

Na meningite tuberculosa, em virtude da difficuldade da pesquisa do bacillo de Koch, algumas vezes só revelado tardiamente pela inoculação em cobaya, o syndromo liquorico tem primordial importancia conduzindo o clinico sinão á certeza ao menos á possibilidade de diagnostico exacto. Nesta modalidade de meningite o quadro humoral assume caracteristicos que pódem ser assim resumidos:

- a) hypertensão
- b) aspecto turvo ou opalescente com reticulo fibrinoso
- c) hypercytose com monucleose predominante
- d) hyperalbuminórachia
- e) hyperglobulinórachia
- f) hypochloretórachia muito accentuada
- g) hypoglycorachia ou mesmo aglycorachia
- h) positividade das colloidaes na zona meningitica

Este syndromo se apresenta assim quando o processo meningeo tuberculoso fôr de caracter inflammatorio. E' preciso porem não esquecer que a tuberculose pódem determinar a formação de tuberculos meningeos ou encephalicos que produzem, via de regra, pequena reacção inflammatoria; nestes casos as alterações liquoricas são menos intensas. Já tem sido descriptos casos de tuberculos assestados nas meninges nos quaes o exame do liquor nada revela de anormal a não ser a hypertensão.

E' rara, na meningite tuberculosa, a hypercytose com polynucleose predominante e esta anormalidade é subordinada, geralmente, ás associações microbianas.

Não é rara a eventualidade de se implantar uma infecção aguda em um doente já portador de uma meningite de natureza tuberculosa. As anormalidades do syndromo liquorico, em taes casos, estão relacionadas ao gráo de evolução da meningite anterior, á capacidade de resistencia individual, e, principalmente á virulencia do germen associado. A polynucleose liquorica, independente de associação microbiana, é muito rara e, como na maioria destes casos a pesquisa do bacillo é relativamente facil, pensa-se que esta anomalia, obedecendo a uma lei geral das infecções, esteja intimamente ligada á presença ou melhor á abundancia de formas bacillares.

E' facil a confusão entre o syndromo humoral caracteristico da meningite tuberculosa e os das meningites agudas lymphocytarias benignas. As alterações liquoricas encontradas nestas ultimas affecções simulam perfeitamente as modificações provocadas pelo processo tuberculoso. Diferencia-as o clinico pela symptomatologia, pela evolução da molestia e pelo prognostico que é sempre favoravel nos casos de meningites agudas lymphocytarias benignas.

Muito difficil é a interpretação do syndromo liquorico quando a meningite tuberculosa se assesta em individuo syphilitico ; em virtude da ruptura da barreira hemo-meningéa pela infecção tuberculosa, as reacções para a syphilis positivam no liquido cephalo rachideano complicando grandemente a apreciação do quadro humoral. A tuberculização da cobaya é aqui elemento preponderante para o diagnostico differencial.

As meningites syphiliticas, graças á positividade de reacções especificas, são as de mais facil diagnostico. Quer se trate de pachymeningites hypertrophicas, de meningites da convexidade craneana ou de meningites da base com compromettimento de nervos craneanos, acompanhadas todas dos signaes clinicos da série meningitica, o syndromo humoral póde ser assim apresentado :

- a) hipertensão
- b) aspecto e côr normaes
- c) hypercytose com predominancia mononuclear
- d) hyperalbuminorachia
- e) hyperglobulinorachia
- f) positividade das colloidaes nas zonas syphilitica e meningitica
- g) positividade da reacção de Wassermann

A syphilis determina, desde suas primeiras phases, alterações meningéas que permanecem sob o ponto de vista clinico e cujo conhecimento constitue elemento indispensavel para a bagagem scientifica do medico moderno.

Desde os primeiros dias da infecção syphilitica, em plena phase primaria portanto e, com maior intensidade, no periodo secundario, já se pódem evidenciar alterações liquoricas que não se manifestam cli-

nicamente mas que indicam segura e nitidamente que desde o inicio da infecção o systema nervoso central é lesado pelo espirocheta. Aparece primeiro a hipertensão acompanhada logo depois pela hypercytose, pela hyperalbuminose e pela hyperglobulinose. Não poucas vezes se positivam as colloidaes e a reacção de Wassermann completando-se assim o syndromo da meningite syphilitica. De latente a reacção inflammatoria meningéa póde se tornar clinicamente apreciavel conduzindo a uma das formas de meningites acima citadas.

Sob influencia do tratamento especifico e, ás vezes, espontaneamente, essas reacções latentes regridem pouco a pouco até a normalidade e, uma vez attingida esta ultima as reacções só reaparecem pelo abandono do tratamento antes de se consolidar a cura completa ou, em determinados individuos, quando se inicia a phase pré-clinica da syphilis nervosa.

Outras vezes o tratamento, mesmo quando intenso, si consegue fazer regredir as alterações liquoricas não obtem a cura completa; permanecem no estado latente pequenos "reliquats" — hypercytose discreta e hyperalbuminose isoladas ou associadas — que pesistem como taes até que, depois de certo lapso de tempo, se produz, paulatinamente, como que uma reactivação e em torno destas duas alterações aparentemente despresiveis, outras surgem, e o syndromo liquorico evolue lentamente marcando o inicio da syphilis nervosa.

Uma vez instalada a endarterite syphilitica no systema nervoso central, por condições ainda não bem determinadas mas ás quaes não devem ser estranhas a localização e a disseminação das lesões iniciaes, a capacidade de resistencia individual, as condições allergicas, a virulencia do germen, a pouca intensidade do tratamento especifico, vão se produzir lesões variadas que pódem ser divididas, de um modo geral, em duas categorias: a syphilis cerebro-medullar com lesões vasculares e nervosas do typo esclero-gommoso — gommas encephalo-medullares e meningéas, myelites, endarterites produzindo os fócios de amollecimento, etc — e a chamada para-syphilis de Fournier comprehendendo a tabes e a paralyisia geral progressiva.

Nas primeiras, si o processo se produz na intimidade do parenchima nervoso, longe portanto das meninges, as alterações liquoricas são discretas ou mesmo nullas.

Nas ultimas como o processo se assesta, via de regra, nas proximidades das meninges, o liquor apresenta alterações profundas que se enquadram perfeitamente no syndromo da meningite syphilitica acima eschematizado sendo mais intensas as modificações liquoricas na paralyisia geral do que na tabes em virtude da maior extensão da lesão anatomo-pathologica.

Alem dos syndromos liquoricos que referimos até aqui, o liquor apresenta alterações mais ou menos caracteristicas em innumeradas outras

affecções do nevraxe e mesmo em algumas dependentes de lesões situadas em outros órgãos ou systemas do organismo.

Os processos inflammatorios localizados nas proximidades das meninges taes como as sinusites, as otites, as mastoidites, as osteites e os tumores da caixa ossea craneo-rachideana determinam o apparecimento de syndromos humoraes cuja interpretação requer, quasi sempre, a associação entre o clinico e o analysta. Estas reacções pôdem ter intensidade extremamente variavel, desde a simples meningite serosa de visinhança — meningite serosa concomitante de Eckstein — até a meningite purulenta si a infecção que lhes deu origem é de character septico. Si o processo visinho é de natureza tuberculosa, como o que ocorre nos casos de mal de Pott, o liquor pôde apresentar o syndromo humoral da meningite tuberculosa não constituindo raridade e positividade do exame bacterioscopico. As osteites syphiliticas do craneo ou do rachis tambem pôdem produzir verdadeiras meningites syphiliticas cujo syndromo humoral pôde simular o da paralysisia geral.

O que se dá com os processos externos tambem é possível e frequente com as affecções localizadas para dentro das meninges. Os abcessos cerebraes agem como causadores de meningites que assumem intensidade diversa conforme a extensão, a antiguidade e a profundidade do processo inflammatorio. Não deve causar admiração que um doente portador, pela symptomalogia clinica, de um abcesso cerebral, apresente um liquido cephalo rachideano normal ou muito proximo do normal; o raciocinio auxilia a comprehender que as alterações liquorigas serão tanto mais intensas quanto mais proxima das meninges se localize a bolsa purulenta.

As mesmas razões explicam porque em certas encephalites e myelites disseminadas o liquor ora se apresenta alterado ou não.

Outras vezes é um tumor ou um hematoma do systema nervoso central ou de seu involucro osseo que, agindo mechanicamente, comprime os vasos cerebraes e meningeos determinando edema com estase venosa e consequente transudação dos componentes normaes do sôro sanguineo para o liquor. A este complexo junta-se, ás vezes, o elemento inflammatorio dando origem ao espessamento das villosidades arachnoideanas e septamentos meningeos; formam-se então as meningites serosas enkistadas e localizadas constituindo verdadeiras bolsas cheias de liquido cephalo rachideano.

O syndromo humoral, nestes casos, geralmente é discreto. Surge entretanto condicionado pelas novas disposições anatomicas, um elemento de capital importancia: a hypertensão accentuada.

Si ha transudação dos elementos do sôro sanguineo a quantidade de albumina augmenta consideravelmente e o liquor torna-se xanthochromico pela presença de pigmento sanguineo. Como a reacção cytologica é quasi sempre discreta pela ausencia do factor inflammatorio, a hypercytose não é proporcional á hyperalbuminose; origina-se então

a dissociação albumino-cytologica, que, encontrada em um doente portador de signaes clinicos de hypertensão intracranéana, faz, quasi que por si só, o diagnostico de tumor cerebral.

Conforme a natureza do tumor pódem ser encontrados no liquor elementos cellulares caracteristicos cujo exame tem o valor de verdadeira biopsia.

O exame cytologico com a contagem percentual dos elementos cellulares revela muitas vezes um elemento importante para o diagnostico das quaes recorre-se ás reacções do desvio do complemento empregando antigenos especificos.

As mesmas condições que explicam o apparecimento da dissociação albumino-cytologica nos casos de tumores cerebraes, tornadas agora mais imponentes pela angustia do espaço em que se realizam, surgem nos casos de tumores — osseos, meningeos ou medullares — localizados no interior do canal rachideano.

Si a obstrucção do canal rachideano é total ou quasi total de modo a não permittir a passagem do liquido cephalo rachideano da parte superior para a inferior, o exame do liquor situado abaixo do obstaculo mostra um syndromo humoral constituido por:

- a) xanthochromia
- b) hyperalbuminorachia
- c) dissociação albumino-cytologica

Este conjuncto constitue o syndromo de Froin, caracteristico para o diagnostico dos bloqueios completos ou quasi completos do canal rachideano. Algumas vezes a quantidade da albumina é tão elevada que o liquor se coagula immediatamente após a extracção: é o que constitue a coagulação massiça, outro elemento do syndromo de Froin.

Preciosos auxiliares para o diagnostico nestes casos e principalmente naquelles em que o bloqueio é incompleto, quando não se apresentam os elementos constituintes do syndromo de Froin, são as provas manometricas de Queckenstedt e de Stookey, a prova de Elsberg e Hare com o nitrito de amyla e, por fim, as provas radiologicas com o lipiodól ascendente injectados respectivamente por via lombar e suboccipital.

Apenas algumas palavras sobre os syndromos liquoricos dependentes de affecções localizadas fóra do nevraxe.

Entre a reacção meningéa banal, commum á maioria das septicemias, e a meningite aguda septica existem todos os intermediarios que, na falta de melhor denominação, pódem ser englobados sob a rubrica de meningites serosas. A pathogenia das alterações liquoricas nestes casos é geral, attribuida á intoxicacção produzida no nevraxe e, secundaria-mente, nas meninges pelos productos toxicos microbianos. Sob o ponto de vista anatomo-pathologico o que caracteriza estas meningites

serosas é o edema cerebral acompanhado de uma infiltração serosa mais ou menos pronunciada das meninges.

Explicam-se desta forma as meningites ou melhor, as reacções meningéas que sobrem durante a evolução de processos infecciosos situados em varios pontos do organismo. Não é possível eschematizar um syndromo humoral para estas meningites; podemos encontrar toda uma série enorme de alterações combinadas entre si, desta ou daquela forma, sem qualquer caracteristico definido. A primeira alteração a apparecer é sempre a hypertensão e parece ser este o unico elemento constante e commum a todos estes processos; á medida que a molestia evolue as alterações liquoricas se aggravam e paulatinamente se installa um syndromo humoral que se aproxima, mais ou menos rapidamente, do syndromo das meningites agudas.

Explicam-se pelo mesmo mecanismo as meningites serosas que sobrem no periodo agudo das intoxicações, sejam endogenas ou exogenas.

Algumas vezes ao syndromo humoral, sem caracteristico differencial algum, juntam-se elementos preciosos. No alcoolismo agudo por exemplo, o exame do liquor póde revelar a presença do agente toxico. O mesmo se poderá dizer de alguns casos de intoxicações pelo chumbo, pelo arsenico, pelo sulfureto de carbono.

Maior valor tem o exame do liquor para o diagnostico etiologico de algumas modalidades de coma. Na uremia a taxa liquorica da uréa se eleva parallelamente á taxa sanguinea. No diabete a hyperglycorachia accentuada é a regra.

Nos casos de coma diabetico, alem da hyperglycorachia, encontra-se no liquor elevado teor de acetona e acidos diacético e oxybutyricos.

Em todas estas intoxicações a meningite serosa é habitual. Algumas vezes é preciso muito cuidado na interpretação que póde conduzir a erros lamentaveis. Encerrando estas considerações devemos lembrar o caso de um diabetico no qual o diagnostico differencial com a paralytia geral progressiva foi muito difficil em virtude de certas perturbações mentaes apresentadas pelo doente. O exame do liquor revelou uma intensa meningite serosa com accentuada hyperglycorachia.

# UM CASO DE ANEURYSMA CIRSOIDE DA MÃO

JAYME RODRIGUES

Doutorando

O caso de que agora nos iremos occupar, devemol-o á gentileza de nosso amigo e mestre, Dr. Bento Theobaldo Ferraz, e foi por nós observado em sua clinica, no Hospital da Beneficencia Portuguêsa.

A nossa comunicação, nós o reconhecemos, péca em varios pontos; principalmente, como verão, a falta de uma arteriographia se faz sentir. Lembramos todavia, que se trata de um doente de clinica particular, e portanto, mais difficil para se submeter a certos exames indispensaveis para uma perfeita documentação scientifica. Conseguimos porém suprir em parte essa deficiencia, obtendo do doente a sua presença aqui.

*Observação* — P. C., branco, brasileiro, com 23 annos, solteiro, escripturario, residente nesta Capital. Entrado em: 30/8/1932.

*Antecedentes hereditarios* — Paes vivos, fortes. Tem 4 irmãos gozando bôa saúde. Não ha em toda sua familia caso semelhante ao seu.

*Antecedentes pessoaes* — Blenorragia, adenite inguinal bilateral. Nunca soffreu quédas nem pancadas.

*Historia da molestia actual* — O inicio de seu mal dáta de 8 annos, mais ou menos, época em que a raiz do annular da mão direita começou a augmentar de volume, apparecendo ahi pulsações fortes. Por essa occasião, quando escrevia, sentia dôr no annular direito, sentia tambem pulsações fortes ao nivel da clavicula direita, no 1/3 interno.

Foi visto então pelo Dr. Bento Theob. Ferraz, tendo-lhe sido feito diagnostico de provavel aneurysma cirsoide da mão. Apresentava batimentos accentuados e fremito na sub-clavia direita. Foi-lhe instituido tratamento anti-luetico, embora houvesse negatividade da sôo-reacção de Wassermann.

Deante do estado da mão, da dilatação provavel sub-clavia, e dos vasos do antebraço e braço, foi lembrada para o caso a ligadura da sub-clavia, o que foi mal recebido pela familia do paciente, com isso não concordando.

Assim foi passando até que, a 30/8/1932, deu entrada no serviço. Soffria muito. As pulsações fortes que sentia na mão e as que se faziam na região clavicular direita, para o lado do pescoço, o atormentavam. Estava disposto a tudo, e pedia mesmo para lenitivo de seu soffrimentos que, si preciso fosse, lhe tirassem o braço.

Ao que sente, accresce ainda existencia de ausencias: dormindo púla e cae da cama.

*Exame geral* — Moço de bôa apparencia, bastante emotivo. Intelligencia lucida. Os pellos não apparecem em quantidade normal para a sua idade. Mucosas visiveis bem coradas. Ganglios epitrochleanos palpaveis, roliços e de regular tamanho; ganglios da cadeia inguino-crural duros e grandes. Ha, apenas, um ganglio inguinal direito, que é doloroso á palpação. Tibialgia. Thyreoide de tamanho normal.

*App.º Cardio-vascular* — Ictus cordis no 5.º espaço intercostal esquerdo. Retumbancia da 2.ª bulha aortica. As demais bulhas normaes. Thrill na região lateral direita do pescoço, para o lado da porção supraclavicular. N'essa região os batimentos são accentuados. Á auscult, sopro systolico, melhor audivel no bordo externo do feixe clavicular do esterno-cleido-mastoideo.

A furcula esternal, embora muito projectada para traz, deixa perceber batimentos aorticos.

A arteria humeral direita, com batimentos muitos pronunciados na região supra-epitrochleana, visiveis á inspecção. Ao nivel do punho, a cubital apresenta uma dilatação, medindo 4 x 6 cms., irregular, com thrill e sopro systolico. Na extremidade distal do 3.º espaço interosseo, invadindo a raiz do annular, nota-se pela face palmar a existencia de um tumor vascular pulsatil, com sopro e thrill. Com a compressão das arterias afferentes, nota-se diminuição dos tumores. Pela face dorsal da mão, na séde correspondente ha grossas veias dilatadas e salientes, tortuosas, dirigindo-se para a face dorsal do punho. De resto, todas as veias do antebraço são excessivamente dilatadas. O annular e minimo direitos, têm a extremidade de côr violacea. Não ha perturbação da sensibilidade. A temperatura é de 35, 5.º na mão esquerda, e 36, 7.º na direita.

Pulso radial, cheio, isochrono, batendo 80 vezes por minuto.

Pressão arterial tomada pelo Vaquez:

Braço direito: Mx. 13 Mn. 7

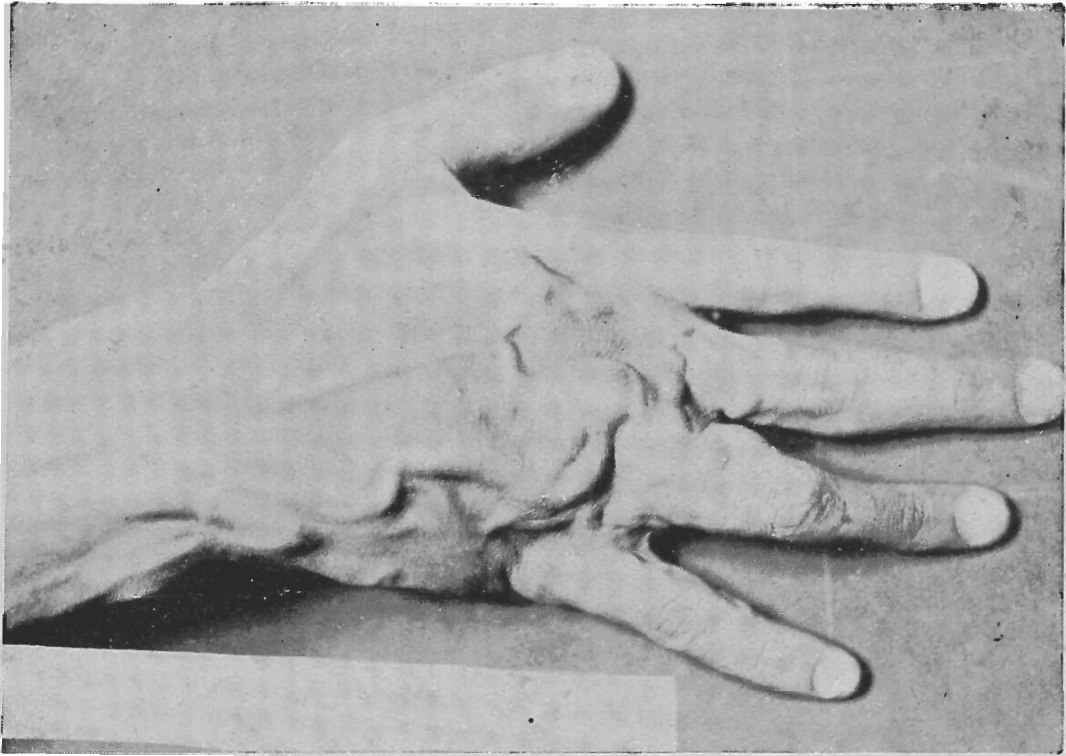
» esquerdo: Mx. 12 Mn. 7

*Radiographia em 26/8/1932* — Coração e aorta normaes.

*App.º respiratorio* — Normal.



# Revista de Medicina



Photog. n.º 1

Legenda — Notar a tortuosidade e dilatação dos vasos na região dorsal.  
Ver parte do tumor na raiz do anular.



*App.º digestivo e abdomen* — Dôr á palpação no ponto de Mac Burney. Grande curvatura do estomago e colon transverso palpaveis. Interrogado, relata ás vezes dôres na fossa iliaca direita. Prisão de ventre e ás vezes nauseas. Fígado guardando limites normaes. Baço impalpavel.

*Systema nervoso* — Reflexos superficiaes, profundos e reflexos pupillares conservados e normaes. Não ha Babinski nem Romberg. A sensibilidade está conservada em todas suas modalidades.

*Exames de Laboratorio* — Reacção de Wassermann no sôro sanguineo — Negativo.

*Operação em 1/9/1932* —

*Anesthesia*: Local pela sol. de novocaina adrenalizada, a  $\frac{1}{2}\%$  20 cc.

*Processo operatorio*: Resecção do tumor da região do punho entre ligaduras; o sacco era fusiforme e media mais ou menos 3 cms. de comprimento. No plano superficial, foram feitas algumas ligaduras venosas. Sutura sub-cutanea e aproximação com pontos de cat-gut N.º O. Pelle com agrafes.

Durante a intervenção, o paciente teve um ataque epileptiforme de curtissima duração.

É digno de referencia o facto de, no sacco retirado, encontrar-se comunicação arterio-venosa da cubital com veias proximas. Havia pequeno feixe de vasos.

Alta em 14/9/1932. Por ocasião de sua sahida, as dilatações venosas estavam diminuidas e não mais se sentia o thrill no tumor da raiz do annular.

*Evolução - Aos 6/10/1932*, voltavá o doente a se internar no Serviço. Peorara. Parecia-lhe que as veias do dorso da mão se romperiam. De fato, apresentavam-se muito dilatadas. O tumor do 3.º espaço interosseo não tinha mais thrill, apresentando pulsações mais fracas e sem sopro.

Foi resolvida nova intervenção. As possibilidades de ligadura da sub-clavia agora pareciam menores. Então, resolveu-se ligadura e secção das veias mais dilatadas na face dorsal da mão, o que foi feito immediatamente.

D'ahi a poucos dias retirava-se do Serviço um pouco melhor.

Mas a 4/12/1932, voltava, e em condições pessimas. O dedo annular sentira, provavelmente a deficiencia de vascularisação: apresentava-se violaceo-escuro, com dôres intensissimas. A côr escura começara pela polpa do dedo, subindo para a raiz do mesmo. Passava pessimas noites, n'um gemer continuo. O que mais o incommodava era a mão.

*Operação em 15/12/1932 — Anesthesia: Local.*

Processo operatorio-Desarticulação do annular direito. Retirada do tumor do 3.º espaço inter-metacarpeano, na raiz do annular. Ligadura dos vasos e sutura em massa.

Dias após: edema no dedo medio, com dôr. Mais tarde desaparecia o edema, e o doente entrava n'um periodo de melhora. Notava-se porém, grande a dilatação das veia no antebraço. Assim passou, até que a 25/12, teve ás 16 horaa, violenta hemorragia no local da operação. Hemostasia de urgencia, temporaria; depois, ligadura dos vasos e sutura em massa com cat-gut N.º 2. x

Dia 29/12, nova e violenta hemorragia semelhante em tudo á anterior. Tratamento identico.

A evolução do caso estava a pedir claramente uma nova solução. Resolveu-se agora a ligadura da radial na tabaqueira anatomica.

*Operação em 6/1/1933-Ligadura da radial na tabaqueira.*

Esta operação, como as demais, foi feita pelo Dr. Bento Ferraz.

Parece-nos trouxe grande beneficio ao doente-pelo menos temporario — .

Hoje, como poderão vêr, o seu estado é este, em linhas geraes: Batimentos expansivos na região supraclavicular direita, sem thrill nem sopro: aortite; pressão arterial para o braço direito: Mx. 14 e Mn. 7, sendo Mx. 13 e Mn. 7, para o braço esquerdo. Pelle na mão direita de coloração mais escura que a esquerda. Retracção do dedo minimo direito.

O que o atormenta agora são as pancadas que sente na região supraclavicular direita, a ponto de o obrigarem a dormir em decubito ventral.

Apezar d'isso, sente-se melhor do que antes.

*Radiographia em 21/3/1933 — Pulmões —* Espessamento do desenho vaso-bronchico no hilo direito, irradiando-se para a base; raros nodulos de lesões antigas calcificadas.

*Aorta —* Medindo 2,7 cms. ao nivel da crossa em O. A. D. (dilação media). Não ha signal radiologico do tumor comprimindo os apices pulmonares.

*Mãos — Direita —* Osteoporose muito accentuada dos ossos do carpo e do metacarpo, principalmente nas epiphyses. Osteoporose intensa das phalanges, especialmente da 2.ª phalanges do dedo médio. Amputação do annular direito.

Osteite condensante das diaphyses do 2.º e 3.º metacarpianos.

a) Paulo de Almeida Toledo

Queremos frizar que temos insistido na therapeutica antihuetica.

*Considerações* — Como vêm os collegas, a historia que ouvimos em traços breves é a de um doente portador de uma affecção relativamente rara. Trata-se de um caso de aneurysma cirsoide da mão. Por si só, já bastante raro, achamol-o ainda mais interessante pelo facto de apresentar dilatações da aorta e provalvemente da sub-clavia direita, além dos batimentos muito fortes no braço e no antebraço. Foi esta a razão que nos levou a trazel-o a esta sessão.

Si percorrermos a litteratura, veremos que não são muitos os casos descriptos. E com o accrescimo da aortite e da provavel dilatação da sub-clavia, o caso tóma uma feição bastante particular.

Delbet relatou um caso em que as dilatações arteriaes acima da le- são iam até a axilla.

Habitualmente os aneurysmas cirsoides se localisam sobre o trajecto das arterias superficiaes, e de reduzido calibre. Em 70 casos reunidos, Terrier verificou serem 17 no membro superior, 6 no membro inferior, 3 no tronco e os restantes na extremidade cephalica. Encontrámos na litteratura a referencia a um caso de aneurysma cirsoide da arteria co- lica direita.

Facto classicamente descripto n'esta classe de aneurysmas são as multiplas communicações anormaes e faceis entre o systema arterial e ve- noso ao nivel dos capillares e a grande neoformação de elementos vas- culares, que suggeriu o conceito tumoral e neoplasico á escola allemã, a chamal-os "angiomas racemosos arteriaes".

Em nosso caso, como fizemos vêr durante a leitura da observação, na porção tumoral retirada na primeira intervenção, havia communica- ção arterio-venosa. Este facto faz com que se approximem os aneurys- mas cirsoides dos aneurysmas arterio-venosos. O que os distingue é o facto dos aneurysmas arterio-venosos terem uma unica communica- ção arterio-venosa e se fazerem, no geral, em grandes vasos, ao passo que nos aneurysmas cirsoides, essa comunicação é multipla e se faz em vasos de pequeno calibre.

O aneurysma cirsoide se caracteriza: 1.º) alteração das arterias e arteriolas afferentes (dilatação, alongamento e flexuosidade); 2.º) alte- ração das veias e venulas efferentes (dilatação, espessamento hypertrophi- co); 3.º) dilatação da rede capillar intermediaria, e comunicação anormalmente larga entre os systemas arterial e venoso.

Os aneurysmas cirsoides reconhecem sua origem n'um traumatismo, ou são consecutivos a um angioma arterial, segundo rezam os tratados classicos de Pathologia Cirurgica.

Jacques Reverdin apresentou ao Congresso Francês de Cirurgia de Paris, em 1897, um caso de aneurysma cirsoide de origem infecciosa. Basy um, em que era consequente a um phlegmão da mão.

Em nosso caso, a etiologia traumatica não pode entrar em cogitação. O paciente já ha 9 annos se apresentou com manifestações de seu mal. Nada encontrámos, senão estygmata de lues.

Embora todas as reacções de Wassermann, feitas após reactivação, tenham sido negativas, não se póde excluir a lues. A hypertrophia dos ganglios epitrochleanos, a tibialgia, retumbancia da segunda bulha aortica e o processo de aortite são elementos que dizem favor de um tereno luetico.

Cowford, estudando os aneurysmas cirroides acha-os devidos a uma inflamação chronica da tunica externa da arteria, que obliteraria os vasa vasorum, alterando assim a elasticidade e a tonicidade das paredes arteriaes.

Reverdin explica a dilatação lenta e progressiva como devida á perda de tonicidade e elasticidade das tunicas arteriaes. E' essa dilatação lenta, progressiva e incessante que caracteriza a gravidade prognostica e que justifica a denominação de angioma maligno que se lhes dá.

Como symptomatologia dos aneurysmas cirroides encontramos: calor local; tumor pulsatil, mólle, reductivel em parte, pela pressão e com fremito, ás vezes sopro, que tanto póde ser systolico ou diastolico, ou diastolosystolico, sendo mais intenso na systole. A compressão das arterias afferentes faz diminuir o tamanho do tumor. Ás vezes, o doente tem a sensação de formigamento e hypersensibilidade. As arterias se acham dilatadas; as veias ectasiadas e tortuosas. É esse conjunto de vasos ectasiados, verdadeiro emaranhado de dilatações bosseladas, mal delimitadas, que nos chama logo a attenção. Veja-se para isso a gravura do diapositivo que projectámos. Reparem o tumor na raiz do annular; vejam a dilatação tortuosa das veias superficiaes, verdadeiras varizes. Pois bem: é esse aspecto, unido ao tumor arterial, com sua symptomatologia physica que nos auctoriza o diagnostico de aneurysma cirsoide.

Com o decorrer do tempo os tumores vão augmentando, as veias e arterias cada vez mais dilatadas, e não tarda que appareçam as hemorragias ao menor traumatismo. Bastou que o nosso doente soffresse uma intervenção para que, apezar da perfeita ligadura dos vasos, apparecessem hemorragias impressionantes para provirem da extremidade de mão.

Referindo-nos ao tratamento, veremos que as ligaduras sem extirpação do tumor não têm dado resultado. Eguamente têm sido debalde o emprego da coagulação, electrolyse, cauterisação e da radiumtherapia. Em grande numero de casos de aneurysmas cirroides das porções terminaes dos membros, a amputação se impõe.

Em nosso caso, o criterio tem sido o mais conservador possivel. Talvez, se a isso obrigar a evolução do caso, se resolva um golpe decisivo, qual seja a ligadura da sub-clavia, o que parece hoje pouco viavel.

Veremos ainda que os casos de recidiva não são raros.

O nosso paciente, como dissemos, tem experimentado melhoras.

Não poderemos porém prever que evolução terá o caso. Cremos não incorrer em grave erro, fazendo-lhe um prognóstico sombrio, não pelo aneurysma em si, mas devido á aortite e á dilatação da sub-clavica, que vêm complicar seriamente o problema.

Cumpre-nos ainda notar uma cousa interessante: na radiographia da mão direita, tirada hoje, nota-se ao nivel da diaphyse dos 2.<sup>o</sup> e 3.<sup>o</sup> metacarpianos um processo de osteite condensante. Mauclaire chamou a atenção para a imagem radiologica de um seu caso, em que se notava hypercalcificação e espessamento do metacarpiano, proximo ao aneurysma cirsoide.

Quanto ao processo de osteoporose visto na radiographia de hoje, elle existe ha varios annos, conforme relatorio radiologico do Dr. Nicolau Scaff em exame radiographico anterior.

# CONSIDERAÇÕES EM TORNO DO DIAGNOSTICO DE 2 CASOS DE DOENÇA DE NICOLAS e FAVRE

D.<sup>o</sup> LUIZ BAPTISTA

(Interno-chefe da Liga de combate à sífilis)

Tomando como assunto de tésé inaugural, por sabia sugestão do Prof. Dr. Aguiar Pupo, o estudo de Doença de Nicolas e Favre, pareceu-nos, interessante, trazer-vos aqui, 2 dos 36 casos observados que temos, pelas dificuldades de diagnostico. Deixaremos portanto de lado quaesquer considerações que a elas não se refiram.

## Observação N.º 9 (30-12-32)

S.A.L. 26 anos — preto — solteiro — lavrador — brasileiro — residente e procedente de Biriguy (São Paulo)

### A — ANAMNESE

Entrada : 30-12-32.

*Queixa* : Adenite inguinal direita, supurada, pouco dolorosa.

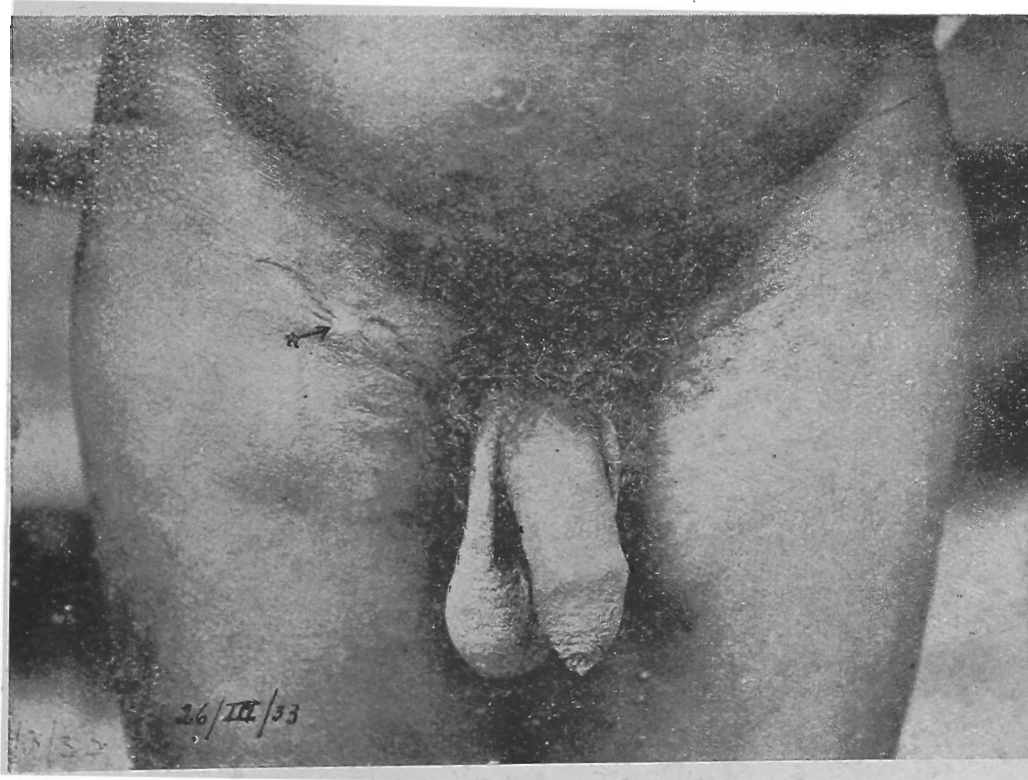
*Molestia atual* : Está doente ha 67 dias. Sua molestia se iniciou por um nódulo pouco doloroso, principalmente á palpação e á marcha, localizado na região inguinal direita, na arcada crural, ocupando o seu terço interno. Não houve lesão inicial patente.

Em 20 dias atingiu as dimensões maximas, aumentando-se a dôr e o rubôr. No fim de 30 dias teve supuração expontanea, dando saída á grande quantidade de pús cremôso. Desapareceram-se as dôres com a supuração. Concomitantemente ao aparecimento da adenite, sentiu mau estar, cefaléas, anorexia intensa, febre (tremores de frio, sudorése abundante), fortes dôres articulares. Os sintomas geraes desapareceram ao mesmo tempo que os sintomas agudos locaes, i. é, com a supuração da adenite. Fez tratamentos caseiros, com infusão de raiz de planta desconhecida pelo paciente. Não sentiu melhoras. Procurou medico, que lhe receitou uma pomada, que pelas indicações parece ser unguento mercurial. Não melhorou. Procuro-nos, então, 26-12-32 no Ambulatorio de Pele e Sífilis, por indicação de um *sobrinho* que pa-





*Fig. 1* — Fotografia em meio perfil, mostrando um volumoso tumor da região inguinal direita, na data em que o paciente se nos apresentou à consulta (26-12-32)



*Fig. 2* — Mostra o aspecto da mesma região, apoz o tratamento. N. B. — A seta na fig. 1 indica a ulcera aberta, cuja descrição se encontra no texto desta observação ; a fig. 2 indica a ulcera cicatrizada.



dece do mesmo mal, estando este em tratamento no referido Ambulatório.

*Antecedentes pessoais e hereditarios:* Em 1919 (?) teve a primeira molestia venérea: uma adenite bilateral, que após supuração, cedeu. Essa adenite bilateral não foi precedida, segundo a informação do doente, de lesão inicial. Em 1923 teve gonorréa. Tratou-se com lavagens e diz, ter se curado. Depois da gonorréa só teve a doença atual.

*Habitos:* Bebia pinga moderadamente. Não fuma. Não abusa dos prazeres sexuaes.

*Antecedentes hereditarios:* sem interesse.

## B — EXAME OBJETIVO

### I) *Inspeção geral do doente.*

Estado geral abatido, relativamente nutrido, musculatura regularmente desenvolvida, paniculo adiposo escasso; peso antes da doença atual: 63 kilos. Pesava na data da observação: 59,5 kilos. Altura: 1,74 ms. Mucosas visiveis descoradas, pela seca, não apresentando circulação colateral, nem edema; sem signal de cicatriz. Ganglios linfaticos epitrocleanos não palpaveis; cervicaes posteriores palpaveis, infartados, duros não dolorosos; axilares com os mesmos caracteres que os cervicaes posteriores; não há tibialgia nem esternalgia. Não apresenta estigmas de lues hereditaria, a não ser abobada ogival.

Temperatura: 36,5.

### II) *Exame de aparelhos, sistemas, órgãos e regiões.*

*Aparelho digestivo:* boca — dentes mal conservados, apresentando algumas falhas. Lingua ligeiramente saburrosa, descorada, apresentando impressões dentarias.

*Abdomen:* baço e figado não palpaveis.

*Aparelho respiratorio:* normal.

*Aparelho circulatorio:* Apresentava o doente uma aritmia. Desdobramento da 2.<sup>a</sup> bulha audível em todos os focos. 1.<sup>a</sup> bulha ligeiramente soprosa no fóco mitral.

*Electrocardiograma:* alongamento do espaço PR.

*Sistema nervoso:* reflexos aquilianos exaltados.

Os demais reflexos tendinosos presentes e normais.

Reflexo cutaneo-plantar normal.

*Aparelho visual:* Pupilas iguaes, reagindo bem á luz e á acomodação. Reflexos consensuaes normaes.

*Aparelho uro-genital*: dôres lombares. Nicturia.

*Exame das regiões, inguino-crural e inguino-abdominal*: — Pela inspeção nota-se um tumor volumoso, das dimensões duma grande laranja; a pele que recobre está ligeiramente rubefeita, distendida, aderente ao plano subjacente, que é u'a massa ganglionar dura, bosselada.

Essa massa tumoral ocupa toda a região interna da arcada crural e região inguino-crural, principalmente na sua porção superior e interna.

Pela palpação a região não é dolorosa. É como dissemos, ligeiramente rubefeita, apresentando ligeira elevação de temperatura, comparada á região homologa.

Os ganglios da região inguino-abdominal não estão tomados. Ao nível do terço medio da arcada crural existe uma ulcera de forma ovalar, de bordos regulares, infiltrados, descolados. A ulcera é ligeiramente excavada apresentando o fundo vermelho-presunto, levemente granuloso. Geralmente este fundo está recoberto por uma camada de pus fluido, amarelo, não fetido. A ulcera, que como dissemos é ovalar, tem o seu diametro maximo de 3 cms: transversalmente mede 2 cms. O grande eixo segue a direção da arcada crural, sobre a qual está implantada.

A base da ulcera e ligeiramente infiltrada. O contorno pouco colorido, de um vermelho violaceo. Não é dolorosa á palpação.

### C — EXAME COMPLEMENTARES

I) *Reação de Wassermann*: (31-12-33) negativa

II) *Exame de urina*: (12-1-33)

» *físico*: côr: amarelo citrico

*aspecto*: transparente

*cheiro*: sui generis

*sedimento*: pouco

*densidade*: 1012

*reação de tornasol*: acida

» *de alguns elementos patologicos*: albumina, traços; as-sucar e acetona, não contem.

» *microscopico*: celulas epiteliaes, raros leucocitos, cristaes de oxalato de calcio.

(a) DR. H. CERRUTI.

III) *Punção pleural*: retirou-se 20 cc. de liquido pleural.

*Reação de Rivalta*: +

*Culturas*: em agar-agar, agar-acite, caldo simples: negativas.

*Citologia*: frequentes leucocitos, alguns monocitos e polinucleares.

*Inoculação em cobaia*: sacrificado o cobaio, pela autopsia não observamos em suas visceras, lesão provocada por bacilos alcool-acido resistentes de KOCH.

(a) DR. H. CERRUTI

IV) *Exame ds féses para pesquisa de ovos de parasitos*:

a) pesquisa direta: negativa

b) processo de enriquecimento de WILLIS: ovos de Tenia.

V) *Reação de Ito-Reenstierna*: negativa

VI) *Reação de Frei*: com 2 antigenos heterologos diversos, francamente positiva. Houve formação de papula exuberante que pustulizou em seguida.

» » » Com antígeno homologo +, no paciente e em linfogranulomatosos comprovados.

VII) *Exame radiologico*: Pulmões —

Ausencia de lesão do parenquima pulmonar.

Transparencia pleuro pulmonar normal:

(a) DR. C. CAMPOS

23/1/33

## D — EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Em 28-12-33	fez	1. <sup>a</sup>	injeção	de	tartaro	emético.
" 30- "	" "	2. <sup>a</sup>	" "	" "	" "	" "
" 2-1-33	" "	3. <sup>a</sup>	" "	" "	" "	" "
" 4- "	" "	4. <sup>a</sup>	" "	" "	" "	" "
" 6- "	" "	5. <sup>a</sup>	" "	" "	" "	" "
" 9- "	" "	6. <sup>a</sup>	" "	" "	" "	" "
" 13- "	" "	7. <sup>a</sup>	" "	" "	" "	" "
" 16- "	" "	8. <sup>a</sup>	" "	" "	" "	" "

Neste data o doente ia bem, quanto á adenite, queixava-se porem, de dôres no hipocondrio esquerdo que o impediam de tossir, rir, etc... O exame praticado, revelou a existencia de atritos pleuraes na metade esquerda de tal hemitorax.

Em 17-1-33, suspendeu-se o tartaro emético (depois da 8.<sup>a</sup> injeção), devido aos fenomenos pleuro-pulmonares: atritos pleuraes, sub-maciez da base, com diminuição do fremito (hemitorax esquerdo). Pedimos radiografia do torax (veja relatorio nos "exames complementares" desta observação).

Em 20-1-33. Praticamos punção pleural esquerda obtendo liquido citrino, muito claro. Rivalta +. (V. em "Exames Complementares" os demais exames praticados).

Em 23-1-33 acusa diminuição das dôres. Teve vertigens, suôres frios. Está muito fraco, com grande inapetencia. Quanto a adenite, vae na mesma. Prescrevemos tintura de noz vomica 10 cc, 5 gotas antes do almoço e do jantar, para combater a anorexia. Temperatura em ascensão.

Em 30-1-33 Queixa-se de fortes dôres nas duas articulações tibio-tarcicas.

Não se nota aumento de volume das articulações.

Em 31-1-33 : Resolvemos fazer aplicação de raios infra - vermelhos.

Em 2-2-33 : Hoje adenite está consideravelmente melhor : infartamento menor. Não ha pús mesmo á pressão. Orificios de abertura das fistulas cicatrizados. A marcha desentrevada. A melhora obtida com os raios infra vermelhos foi consideravel com 3 aplicações apenas.

Em 4-2-33 : Nosso exame revelou derrame pleural aumentado. Aumentaram-se as dôres do hemitorax esquerdo.

Em 8-2-33 : Continuam fortes as dôres toraxicas. Persiste sem modificação o derrame, o tumor reduziu mais o seu volume.

Em 17-3-33 : Fez 30 aplicações de raios infra vermelhos. Estado geral otimo. Não se queixa de nada. Aumentou 2 kgs, 5 de peso. Tumor consideravelmente diminuido. Completa cicatrização dos orificios fistulosos. As fotografias anexas mostram o estado do paciente antes e depois do tratamento.

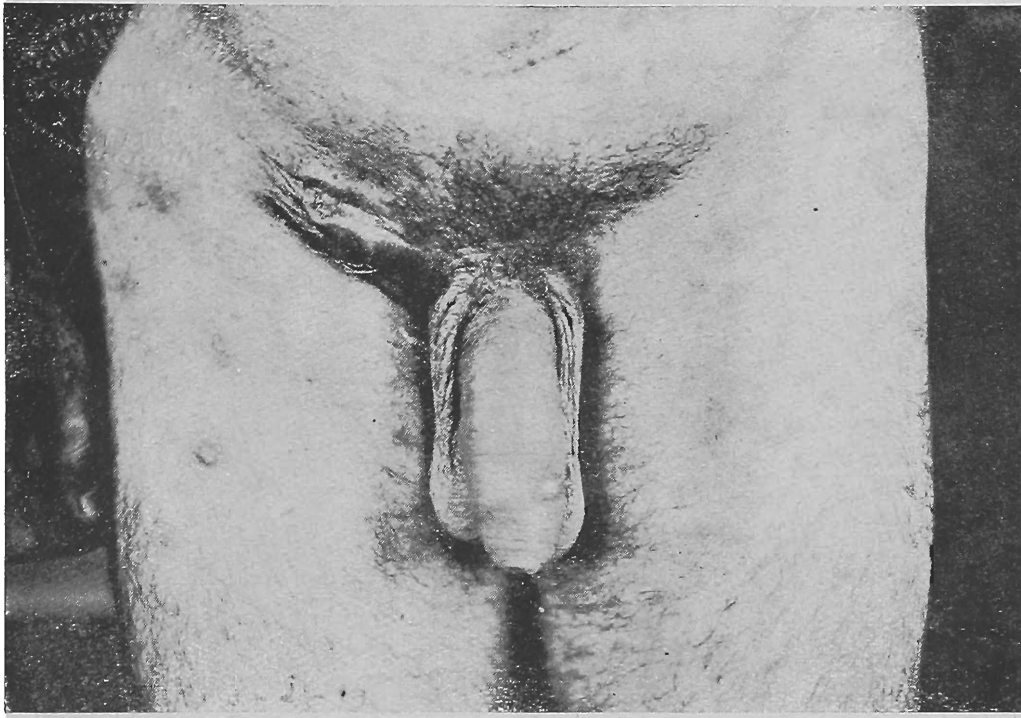
\* \* \*

A. M. — 22 anos — Branco — Solteiro — Portuguez — motorista — Residente em S. Paulo.

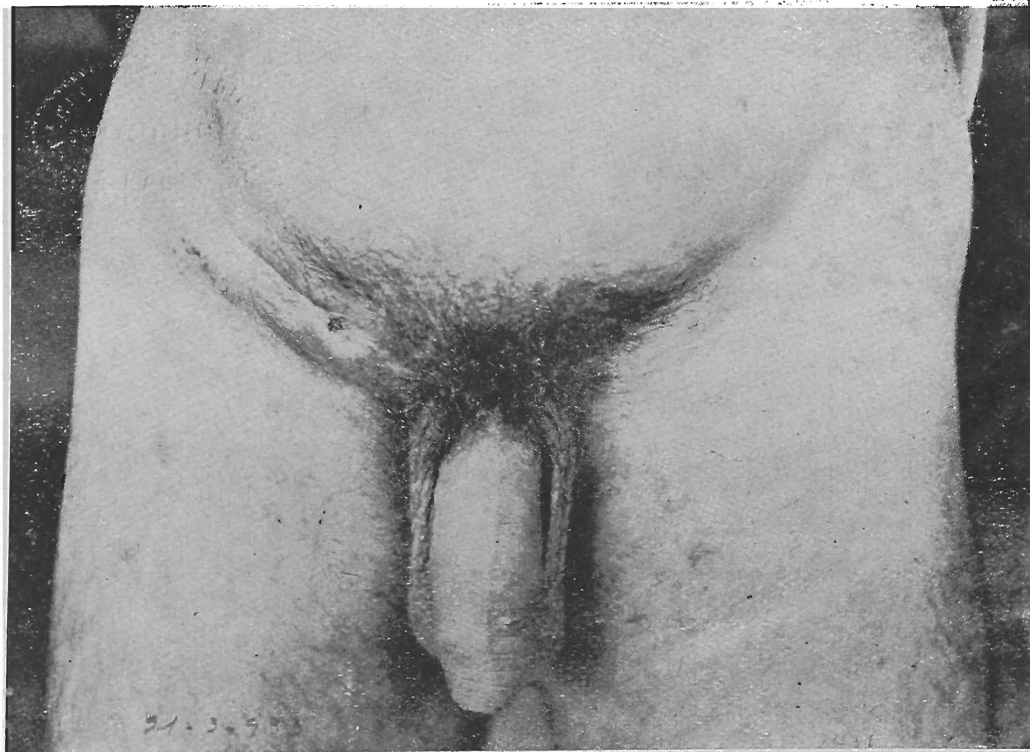
#### A) — ANAMNESE

*Queixa:* Adenite inguinal direita.

*Molestia atual* — Conta que se iniciou pelo aparecimento de um nódulo das dimensões de uma amendôa na região inguinal direita, no terço interno da arcada crural. Dolorozo, principalmente á pressão, em 20 dias atingiu o auge de seu volume, aumentando-se as dôres, calôr e rubor, com o crescimento. Teve coito suspeito 15 dias antes do aparecimento da adenite. Relata ter tido uma ferida no prepucio, que recobre a metade do corpo do penis, na região correspondente á face inferior da verga. Alem desta, apresentaram-se 5 outras, todas localizadas no prepucio, com os mesmos caracteres da primeira, porem de dimensões diversas. O doente atribue serem causadas pela 1.<sup>a</sup> "ferida" descrita, pois tiveram aparecimento posterior e caracteres identicos.



*Fig. 3* — Fotografia em 3-2-33 : mostra tumor da região inguinal direita com a incisão que fora praticada, antes do doente nos procurar, ainda aberta, supurando abundantemente.



*Fig. 4* — Fotografia em 21-3-33 — Tumor diminuído, completa cicatrização dos orifícios fistulosos e incisão operatoria.





As cicatrizes têm bordos regulares, fundo escavado e avermelhado. Fez tratamento local com lavagens de permanganato de potássio e pulverização de um pó, que pelos caracteres descritos, parece ser o iodoformio.

A adenite, que como dissemos, teve sua evolução em 20 dias, foi após 30 dias incizada no Ambulatorio de Cirurgia da Santa Casa que o doente procurou.

Não notando melhora, o paciente foi a nós encaminhado pelo nosso colega, D.<sup>do</sup> Paulo de Campos Toledo.

*Antecedentes pessoais:* Gonorréa há 1 ano. Curou-se. Cancros referidos na molestia atual.

*Antecedentes familiares hereditarios:* sem interesse.

## B) — EXAME OBJECTIVO

### *Exame de aparelhos, sistemas, órgãos e regiões.*

*Região inguinal:* Nota-se um tumor no 1/3 interno da arcada crural. A pele da região é de coloração violacea, distendida, apresentando duas fistulas lineares. Uma, mais ou menos na altura do *bordo superior*, outro *na do inferior* da arcada. Essas fistulas se iniciam pela sua extremidade interna; a superior a 2 dedos para fóra da espinha do pubis; a inferior a 3 dedos para fóra e para baixo do mesmo ponto e se dirigem para fóra seguindo a direcção da arcada crural: apresentam mais ou menos 3 cms. de comprimento e deixam vazar, grande quantidade de materia purulenta, pouco fluida, amarelada.

A pele adere á uma massa ganglionar, das dimensões de um limão, dura apresentando alguns pontos de amolecimento. A região inguinal direita não é do loroza á palpação.

A região inguinal esquerda apresenta ganglios infartados, duros, não dolorozos, deslizando sob a pele.

## C) — EXAMES COMPLEMENTARES

I) Reação de FREI: + (23/12/32)

II) O *antigeno* preparado com pús extraído por punção dos ganglios doentes, reagiu no paciente e em linfogranulomatosis comprovados.

III) Reação de Wassermann: sem reativação (21/12/32): negativa.  
 » » » com reativação (12/ 1/33): negativa.  
 » » » (22/ 2/33): negativa.

IV) Exame de feses para pesquisa de ovos de parasitos:

a) exame direto: negativo

b) processo de enriquecimento de Willis: + para ovos de *Ascaris*.

## V) Contagem global e específica :

1.º) Contagem global: { Eritrocitos : 4.205.000 mm<sup>3</sup>  
 { Leucocitos : 8.750 mm<sup>3</sup>

2.º) Dosagem de hemoglobina pelo metodo de Dare :

{ a) Riqueza da hemoglobina em relação com a do sangue normal ..... 66 %  
 { b) Riqueza do sangue em peso absoluto de hemoglobina : 92,40 grs. por litro de sangue.

3.º) Capacidade de fixação do oxigenio : 13,38 cms. cc de oxigenio por cento de sangue.

4.º) Relação globular : 1 para 480

5.º) Riqueza globular : 3.623.000

6.º) Valôr ou indice globular : ....0,86

7.º) Contagem diferencial dos globulos brancos :

Polimorfos nucleares neutrofilos : .. 72,0%	{ Jovens : .....	0,0%
	{ Nucleo em bastonete : ..	2,0%
	{ Segmentados : .....	70,0%
Polimorfos nucleares eusino- filos : .....		1,0%
Polimorfos nucleares basofilos : .....		0,0%
Linfocitos : 23,5% .	{ Linfocitos leucocitoides .....	18,5%
	{ Linfocitos tipicos .....	5,0%
Monocitos : .....		3,5%

8.º) Indice do desvio dos neutrofilos de Schilling 0,028. (Normalmente : 0,063).

(a.) DR. H. CERRUTI

## D) — EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

A. M, fez antes de nos procurar tratamento bismutico.

Sob os nossos cuidados; iniciou o tratamento pela "Fuadina" em 26/12/33.

Em 14/1/33 : o doente se nos apresentou, com as fistulas quasi cicatrizadas, tumor diminuido de volume, não havia dôr e a coloração da pele tendendo á normal. Havia feito 9 injecções de "Fuadina".

Em 17/1/33, após 11 injecções queixava-se peor, com efeito : o nosso exame constatou fistulas abertas, grande tumor, ocupando o 1/3

interno da arcada crural, parte superior da região inguino-crural e inferior da região inguino-abdominal. A pele que recobre está rubefeita. Ha dôr e calor. Edema do prepucio.

O eritema pareceu-nos toxico ; de fato, indagado, o paciente refere-se a aplicação local de "Água fagedenica". Alem disto, fez grandes esforços, lavando casa na vespera.

*Em 20/1/33.* Tomou 13 injeções, apresentou-se já em melhores condições, desapareceu o eritema que circunscrvia o tumor, ficando o rubor localizado exclusivamente a este. A supuração ainda é abundante embora, a tumefação ganglionar tenha se reduzido.

*Em 22/1/33 :* fez 14 infecções de "Fuadina", pouco melhorou, permaneceu aparentemente o mesmo, o estado local. Desde a 6.<sup>a</sup> injeção queixou-se de fortes dôres articulares, que se agravaram sucessivamente, nos fazendo abandonar esse antimonial.

Suspendemos a medicação por alguns dias. O paciente sentiu o seu estado geral peiorado, supuração aumentada. Resolvemos, então proceder : a) o exame do pús, em esfregaços corados pelos metodos de Gram Leishman, Ziehl-Nelson, sendo negativos ; b) a inoculação em cobaio, 10-2-33 : Sacrificado o cobaio, a autopsia, não revelou lesões ocasionadas pelos bacilos alcol-acidos resistentes de Koch (13-3-1933) ; c) colhemos pús para preparação do *antigeno de Frei*. d) Biopsia. Foi retirado um fragmento de ganglio, fixado pelo formol a 10%. Corte corado pela hematoxilina e eosina. Fornecemos o mesmo córte a tres histopatologistas e pedimos suas opiniões. Eil-as :

Prof. Halberfeld : Tuberculose ganglionar.

» Carmo Lordy : Goma sifilitica ganglionar

Dr. Moacyr Amorim : Necrose de caseificação ganglionar de natureza sifilitica ou tuberculosa.

O mesmo bloco forneceu córtex que foram corados pelo Ziehl-Nelson e impregnados pela prata (metodo Levaditi), sendo negativos os resultados para a pesquisa respectivamente de bacilos de Koch e *Trepone-ma pallidum*.

*Em 8/3/33 :* Fizemos a 1.<sup>a</sup> aplicação de raios infra-vermelhos.

*Em 11/2/33 :* Internamos o doente na 3 M. H, após ter feito já, tres aplicações. O estado geral continua o mesmo anterior. A adenite vae mal : entrando a marcha, tumor dolorozo, volumoso, supurando muito.

Perseveramos com os raios infra-vermelhos e os resultados no fim de 18 aplicações não foram sensiveis.

Resolvemos então associar, o iodureto de sodio a 10%, em injeções endovenosas trisemanaes, aos raios infra-vermelhos (1-3-33).

Teve melhoras desde a primeira injeção.

*Em 18/3/33 :* Já fez 29 aplicações de raio infra-vermelhos e 6 injeções de iodureto de sodio : o tumor reduziu consideravelmente de

volume, não é mais doloroso á palpação, supuração cessou, fistulas cicatrizadas, pele que recobre de tonalidade violacea.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DA DOENÇA DE NICOLAS E FAVRE COM OS TUMORES DA REGIÃO INGUINAL

O quadro abaixo mostra os diversos tumores da região inguinal com os quaes é necessario se fazer o diagnostico diferencial da doença de Nicolas e Favre nas suas diferentes fases.

Diagnose diferencial da linfogranulomatose inguinal subaguda, com os :	I. Tumores solidos da reg. ing. - crural.	a) - epiplocéle aderente	b) - lipoma da verilha	c) - tumores malignos	{ inguinal ou crural					
					{ sarcoma					
					{ condroma					
	II Tumores liquidos.	A) Fechados.	a) - abcessos ossifluentes	b) - Kistos das verilhas	c) - tumores vasculares	{ seboceos hidaticos				
						{ aneurismas				
						{ dilatações venosas tumores linfaticos				
		B) Abertos. (fistulizados)	a) - tuberculose dos ganglios inguinaes	b) - sífilis dos ganglios inguinaes	c) - bubão pestoso	d) - adenite gonococcica	e) - adenite do cancro mole	f) - adenites banaes		
								{ estafilo, e		
								{ estreptococcicas		
								g) - actinomicose	h) - linfogranuloma coccidioide	i) - tumores malignos ulcerados
{										
{										
{										

Do quadro que acabamos de vêr nos interessa para a diagnose diferencial somente os tumores abertos, *fistulizados* (os casos a que nos referimos estão nestas condições).

Vejamos então cada uma das entidades morbidas figuradas, separadamente :

a) *Com a tuberculose dos ganglios inguinaes* : A doença de Nicolas-Favre, pelo seu carater sub-agudo, torpido, pouco dolorozo, acarretando estado sub febril, perda de appetite, e o emagrecimento do paciente ; pela sua grande tendencia á fistulização e sua semelhança hispatologica com a tuberculose ganglionar, pode ser facilmente confundida com esta ultima.

Esta semelhança anatomo-patologica é tão aparente que ainda hoje certos autores como, Bejarano, Covisa, Gay, Prieto consideram a linfogranulomatose inguinal de natureza tuberculosa, apesar deles propios sempre haverem obtido negativos todos exames bacteriologicos e todas as provas de inoculação em cobaios. Esses autores acreditam tratar-se de uma tuberculide ganglionar e justificam a sua opinião com a analogia das condições e existentes na tuberculide cutanea.

Marion e Gandy, baseados principalmente na presença de celulas gigantes nas cortes dos ganglios afetados e no fato de numa — das muitas inoculações que fizeram em cabras — encontrar no figado um nodulozinho, que pelo exame histopatologico, revelou a presença de celulas gigantes, sem contudo encontrar B. de Kock, atribuiram como causa a tuberculose.

Outros autores (Gamna, etc.) que tentaram a pesq. de B. Kock no puz e em cortes, obtiveram sempre resultados negativos. As cuti-reações á tuberculina, sempre negativas mesmo quando o molestia superada, afastando assim a possibilidade de um estado de anergia durante a molestia.

Por outro lado, Nicolas, Durand, Favre, Ramel e outros acham patognomonic o aspecto anatomo-patologico da linfogranulomatose inguinal sub-aguda.

Hellerström discorda dessa opinião, lembrando os casos da presença simultanea da infecção secundaria, nas quaes a tuberculose ganglionar, além de apresentar grande semelhança clinica com os estados mais adiantados de linfogranulomatose, mostra aspetos histologicos perfeitamente confundiveis.

Poderemos fazer a diagnose diferencial atendendo as seguintes considerações : a') As reações do paciente á tuberculina e ao antigeno linfogranulomatoso. Consideramos a reação de Frei patognomonica da molestia de Nicolas-Favre ; b') Devemos considerar a evolução clinica da doença, sua localização exclusiva na virilha, que não é a sede de predileção das adenites tuberculosas ; a ausencia de adenopatias de outra natureza em outras regiões (axila, pescoço), uma vez que a tuberculose costuma ser multiganglionar ; a supuração em pequenos fo-

cos, pois a adenite tuberculosa supura na totalidade. c') Além disto, a peri-adenite dos ganglios tuberculosos não têm jamais a consistencia fibrosa e forte que a mesma apresenta na linfogranulomatose. d') O estado geral, relativamente bom do, paciente, o estado febril transitorio a ausencia de qualquer antecedente tuberculoso, a imagem radiografica normal dos pulmões de um linfogranulomatoso, completarão a nossa impressão clinica do caso. e) A inoculação em cobaios e outros animaes sensiveis trará tambem seu depoimento final.

*b) Diagnostico diferencial com a Sifilis.*

Um diagnostico, dificil é com a sifilis, principalmente com a sua forma de adenite gomosa :

Com efeito :

a') A adenopatia primaria da sifilis é sempre acompanhada ou precedida do acidente inicial que a determinou. Si é verdade que esse acidente nem sempre possa ser percebido pelo paciente, ou pelo medico, (bubão "d'amblé" de Andry), não é menos verdade que essa adenite se apresenta tão caracteristicamente como descreveu Ricord. Não pode portanto ser nosso objeto de cogitação o fato em questão.

b') A adenopatia secundaria com o seu carater universal, está fora de discussão.

c') O mesmo não se dá porem, com o linfogranuloma da lues terciaria, cujo aparecimento sem porta de entrada aparente, ás vezes acompanhado de ligeira reação febril; a positividade nem sempre constante das reações serologicas nestas formas de lues; pelo contrario a positividade das mesmas reações, ás vezes, na molestia de Nicolas-Favre;

a similhaça de liquido aspirado dos ganglios doentes; a dificuldade de se constatar a presença de treponemas em pesquisa local; a inespecificidade do exame do pús pela infecção secundaria estando o foco aberto; a falta de conhecimento, ou inespecificidade do aspecto histopatologico da molestia de Nicolas-Favre, nesta fase muito dificul-tam senão mesmo impossibilitam o diagnostico diferencial.

Acrece a isso, como bem dizem Henke e Lubarsh "nosso conhecimento da histologia da adenite siiflitica é muito diminuto para permitir realmente uma diagnose diferencial".

Essa dificuldade tão grande de diagnostico devido a semelhança tão estreita dessas duas formas de linfogranuloma levaram alguns autores mesmo a não acreditarem na individualidade morbida descrita por Nicolas-Favre e atribuirem a lues como causa; outros, crêm na associação frequente dessas duas formas, dando o aspecto clinico, anatomopatologico tão semelhantes.

Seja como for, Hellerstróm deteve a maioria dos seus doentes, por varios mezes em clinicas especializadas sem que fosse possivel desco-

brir qualquer sinal de lues. A reação de Wassermann, ainda que repetida com longos intervalos, foi sempre negativa.

O mesmo autor verificou que a intradermo-reação á luetina (extracto fenicado de culturas de *Treponema palidum*, segundo a tecnica de Noguchi) apresentava-se negativa nos varios casos experimentados.

Esta reação têm algum valor na diagnose, pois como sabemos, a allergia cutanea aparece quando o micro-parasito começa a ser abatido pelo poder defensivo gradualmente adquirido pelo hospedador ou devido a uma terapeutica eficiente do mesmo modo que nos velhos estados da doença e na sífilis hereditaria.

Hellerström jamais encontrou *Treponemas* no material extraído dos bubões e na substancia ganglionar extirpada, nem observou sintomas de lues nos animaes inoculados com esta ultima ainda mesmo quando fez inoculações intratesticulares no coelho. Enfim afirma a necessidade de novos estudos histologicos das respectivas doenças em cujos diagnosticos tenham sido feitos o mais exatamente possivel.

A intra-dermo reação de Frei resultou sempre negativa em todos os sífilíticos inoculados com os nossos antigenos.

Alem disso, pode-se excluir a sífilis, pela anamnese pelo exame objectivo.

O aparecimento do sífiloma inicial em casos de doença de Nicolas e Favre (casos de Spilmann, Drout e Michon), pode até certo ponto, excluir a lues, por ser relativamente raros os casos de cancro "redux". Quero me referir aos casos de recidiva "in loco". Pode acontecer o aparecimento de um 2.º cancro com localização diversa do 1.º (pseudo cancro sífilítico). Ha ainda a possibilidade de uma sobre infeção.

### c) *Diagnostico diferencial com o Bubão Pestoso.*

É muitas vezes difficil distinguir as duas entidades morbidas, principalmente nos paizes em que a peste é endemica, onde se encontram formas atenuadas e ambulatorias chamadas "pestis minor", que Cantlie, Koch e outros, identificaram ao bubão climatico: há o entumecimento das verilhas e leve curva febril.

Todavia, a peste é geralmente uma doença aguda e rapida e o bubão pestoso não costuma apresentar focos multiplos e sucessivos de supuração.

O aspecto histopatologico do bubão pestoso é inteiramente diverso do da linfogranulomatose: "numerosas celulas retrateis de Recklinghausen e ausencia ou grande escassez de plasmazellen."

Quando não é possivel distinguir praticamente, trata-se de evidenciar a presença dos bacilos de Yersin ou recorrer-se á sôro-aglutinação. Algumas experiencias mostram reação de Frei negativa em varios casos de peste bubonica.

*d) Diagnostico diferencial com as Adenites Gonococicas.*

Estas são pouco frequentes, raramente supuram e as vezes podem ser confundidas com as da linfogranulomatose inguinal.

Quanto ao aspecto histologico da linfadenite gonococica, muito pouco se sabe a respeito. Sternberg dá uma descrição que em alguns pontos muitos se confundem com a molestia de Nicolas-Favre.

Para Gamna "as lesões histologicas e os caracteres do puz não concordariam, com a hipotese da origem gonococica. Nem foi encontrado o Gonococcus no puz.

Nós, que temos examinado sistematicamente o puz ganglionar e o corrimento uretral, jamais encontramos Gonococcus.

Em caso de duvida, deve-se procurar a Neisseria gonorrhoeae no liquido extraído pelo punção dos ganglios ou no corrimento uretral, se houver. A reação de Frei resultou sempre negativa em todos os portadores de gonococías que tivemos oportunidade de inocular.

*e) Diagnostico diferencial com a adenite do cancro mole.*

"O exame histologico nos leva a alguma duvida: em um periodo precoce, falta de fato a exsudação leucocitaria; mais tarde tambem, se esta existe, encontram-se os produtos nodulares caracteristicos que descrevemos".

"Analogas considerações valem pela opinião sustentada por Milian, Gourgerot, que se trate de uma infecção de B. de Ducrey".

Estes porem nunca foram encontrados na lesão. Na linfogranulomatose não há auto-inoculação, ha ausencia absoluta de fagedenismo, e da adenite iliaca interna.

Por outro lado Cappelli, pretende demonstrar serem as lesões iniciais diferentes da do cancro venereo. O mesmo para Bory (cancro linfogranulomatoso).

Alem disso, no cancro mole, o processo é mais agudo, o tumor dentro em pouco se torna muito mole e recoberta por uma pele adelgada; é dolorozo e em geral, forma-se uma só cavidade e um só orificio fistular fagedenico, pelo qual escorre pus de côr chocolate. Entretanto este aspecto pode variar muito; ha casos em que alguns ganglios supuram e outros não (bubões "strumosos") originando fistulas multiplas, assumindo u'a marcha torpida, o que fará confundi-los com a linfogranulomatose.

Nos casos duvidosos a evidenciação dos bacilos de Ducrey, constitue a melhor prova, mas, como isso necessita de bastante tempo e trabalho, poder-se-ão usar na pratica as reações de Frei e de Ito-Re-estierna.

Esta ultima é feita com emulções homogeneas de culturas mortas de bacilos de Ducrey, dificeis de preparar.



Os trabalhos de Hellerström nesse sentido são muito eloquentes e autorizam a conclusões praticas: ele observou reação de Frei negativa em todos os casos de cancro mole que inoculou, enquanto que a reação intra-cutanea de Ito Reenstierna se mostrava indubitavelmente positiva; em todos os casos de linfogranulomatose inguinal aconteceu exatamente o inverso. Aos mesmos resultados temos chegado, nos casos por nós observados: usamos para a pratica da reação de Ito-Reenstierna o "Dmelcos".

*f) Diagnose diferencial com as adenites estafilo ou estreptococicas.*

As adenites inflamatorias simples sucedem a uma lesão banal infectada da verga ou do anus ou então ás feridas banaes, as mais ou menos contaminadas, do pé e da perna (adenites cruaes). Via de regra o aspecto clinico destas ultimas é mais agudo, elas são muito mais dolorosas e amolecem muito mais rapidamente que a linfogranulomatose. Entretanto podem terminar por resolução sem amolecimento. Quanto ao aspecto histologico das adenites septicas, Hellerström demonstrou que não raramente ele é confundivel com o da doença de Nicolas-Favre.

Deve-se então, procurar a presença de estafilo ou estreptococos no pus graglionar e ao mesmo tempo praticar a reação de Frei nos pacientes.

*g) Diagnose diferencial com a actinomicose.*

É muito rara a localização da actinomicose nos ganglios inguinaes. Para distinguir estas formas linfadeniticas, a determinação do agente etiopatogenico (Actinomicos) constituirá prova concludente.

*h) Diagnose diferencial com o linfogranuloma coccidioidico.*

Tambem esse raramente se localiza na região inguinal; alem disso, costuma atacar simultaneamente varias zonas ganglionares. A verificação microscopicas da presença de blastomicetos evitará seguramente a confusão.

\* \* \*

Seria possivel a diagnose diferencial dos casos apresentados, diante das considerações que acabamos de tecer?

Um, pelo seu carater sub-agudo, torpido, pouco dolorozo, estado sub-febril, perda de appetite, emagrecimento do paciente, fenomenos pleuraes, tendencia a fistulização; em muito se aproxima senão mesmo se confunde com a tuberculose.

Outro, pelo contrario se aproximando por determinadas razões a tuberculose, e por outras á sífilis.

Senão, recordemos resumidamente as observações dos casos:

1.º caso: S. A. L., portador de uma adenite inguinal direita, supurada, datando de 2 mezes e 7 dias. Atingiu as dimensões máximas em 20 dias. Supurou e fistulizou em 30 dando saída a pus amarelado, crêmoso.

Não fez tratamento algum.

Procurou-nos em 26/12/33. Relata ter tido de 1919, adenite bilateral, supurada, sem lesão inicial, de decurso sub-agudo, semelhante a atual. Gonorréa em 1923, curou-se; antecedentes sifiliticos, estigmas de lues hereditaria e reação de Wassermann negativos. Estado geral abatido tendo emagrecido 3 kgs. e 1/2 da data da infecção. A partir de 16/1/33 (ou sejam 20 dias após a consulta, após ter tomado 8 injeções de tartaro hemetico), queixou-se de dôres no hemitorax esquerdo que o empediam tossir, rir, etc. O exame revelou a existencia de atritos pleuraes em tal hemitorax. Sentiu-se tomado de grande fraqueza, inapetencia, suôres frios e vertigens. Temperatura em ascensão.

Diante do quadro descrito trata-se de um caso de tuberculose ganglionar com localização inguinal, ou da molestia de Nicolas-Favre?

Somos pela segunda hipotese:

apesar da ambiguidade do estado geral do paciente;  
apesar da localização da adenite;  
apesar da ausencia de adenopatias em outras regiões não serem provas concludentes;

apesar da inoculação em cobaios negativa, não ser argumento para autores da valia de Bejerano, Coviza, Gay, Prieto, julgamos elementos altamente valiosos para o diagnostico, dos nosso caso:

- a) a imagem radiologica normal dos pulmões
- b) a negatividade dos exames do liquido pleural
- c) a negatividade da inoculação em cobaios com liquido pleural
- d) a positividade da reação de Frei com antigenos homologos e heterologos

Com efeito: a reação de Frei foi francamente positiva com 2 antigenos diversos, A sua especificidade não pode ser posta em duvida, até a hora presente (naturalmente desde que se tenham as precauções necessarias). Mas não se pode tambem, por em duvida, a positividade desta reação mesmo muitos anos após a infecção (até 24 anos segundo a observação de Salomão Fiquene). Ora, o nosso paciente relata em 1919 ou seja há 14 anos passados, uma adenite supurada de decurso sub-agudo, sem lesão inicial. Isso podia nos levar a supor que a reação de Frei com a sua positividade corresse por conta dessa adenite, perdendo assim, todo o seu valor para o diagnostico da adenite atual.

2.º caso: A. M.: queixa-se de adenite inguinal direita supurada, iniciando-se por um nodule das dimensões de uma amendôa, pouco dolorozo á pressão, atingindo o maximo de dimensões em 20 dias, com aumento de dôr e aparecimento de calôr e rubôr.

Teve coito impuro 15 dias antes da molestia, relatando ferida no penis. As cicatrizes são recentes sem carater tipico. No fim de 30 dias a adenite foi incizada, não obtendo melhoras. Antes de nos procurar: fez ainda tratamento bismutico, sem resultado.

Aos nossos cuidados: Fuadina, (14 injeções) Intolerancia, sem resultado; Na I + raios- infra-vermelhos. Melhora na 1.<sup>a</sup> injeção de iodeto de sodio. Cicatrização na 6.<sup>a</sup> (cura sem recidiva). Gonorréa há 1 ano.

O *exame da região direita* revelou: tumor do 1/3 interno da arca-da crural direita. Pele violacea, distendida, apresentando fistulas, que vasam materia purulenta fluida amarelada.

A *região inguinal esquerda*, apresenta ganglios infartados duros não dolorozos deslizando sobre a pele.

Antecedentes sifilíticos, estigmas de lues hereditaria e reação de Wassermann praticada por tres vezes espeçadamente, com e sem reativação biologica: negativos.

Para os 2 casos lançamos mão de um argumento, que a nosso vêr é "tranchant", puncionando um dos ganglios supurados dos pacientes, preparando o antígeno, que reagiu em linfogranulomatosis comprovados, comportando-se inativamente com os testemunhos.

## Serviço de Clinica Medica do prof. Celestino Bourroul

### “CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE SARCOMA OSTEOBLASTICO DA EXTREMIDADE SUPERIOR DA TIBIA”

DOUTORANDO ALDEMAR BASTOS

Se ha em Medicina, assunto em que o medico se encontre de certo módo embaraçado em precisar um diagnostico ou em estabelecer um prognostico e sobretudo em prescrever um tratamento adequado, aquele referente aos tumores osseos é, nesse particular, um dos que mais se salienta.

Por isso, aproveitando o ensejo, abalançamo-nos a trazer ao vosso conhecimento o caso, que, diga-se de passagem, oferece algumas particularidades interessantes e dignas de menção.

\*  
\* \*

No dia 25 de Outubro de 1932, deu entrada no Serviço do Professor Celestino Bourroul, o paciente B. O., de 22 anos, branco, brasileiro, solteiro, lavrador, procedente de Taquaritinga, *queixando-se* de dôr na articulação do joelho esquerdo, ha sete mezes aproximadamente.

#### HISTÓRIA PREGRESSA DA MOLESTIA ATUAL

Antes dessa data era um homem forte com bôa capacidade de trabalho. O primeiro sintoma a manifestar-se foi a dôr, de fraca intensidade, semelhante, por vezes, a um calôr (sic) localizado na articulação do joelho esquerdo, na sua parte baixa; ela tanto o incomodava em repouso completo, e então principalmente á noite, como durante a marcha, enquanto trabalhava na lavoura; não era constante, pois passava horas a fio e até mesmo varios dias sem a sentir. Nestes periodos, podia trabalhar bem, livre de qualquer perturbação, chegando mesmo, por vezes, a jogar foot-ball, como se fôra um homem são. Devemos notar que durante os periodos dolorosos não advertia nenhuma outra perturbação, a não ser alguns dias depois, um leve aumento de volume da

citada região, não doloroso á pressão, ainda assim desacompanhado de qualquer outra manifestação morbida.

Passou-se assim mais ou menos um mez, o doente trabalhando sempre, pois a isso permitiam os seus males muito pouco notaveis.

Todavia, passado este tempo, o seu estado se agravou. A dôr foi a pouco e pouco aumentando de intensidade, tornando-se então forte, semelhante a agulhadas e irradiando-se para baixo até o pé e para cima até a dobra inguinal. Concomitantemente a inchação invadia a articulação referida, estendendo-se ainda para baixo, sobre a tibia, numa extensão de alguns centímetros; a articulação tornou-se então muito dolorosa á movimentação e a pele sobre ela, vermelha e quente. Não podia andar em virtude da dôr que ainda era aumentada pela pressão, mormente sobre a parte baixa do joelho. Não teve nessa ocasião, febre, suores, cefaléa ou manifestações semelhantes em outras articulações.

Tudo isso se passava por periodos de tres a quatro dias, durante os quais era obrigado a guardar o leito, gemendo de dôr, principalmente á noite, quando ela era mais frequente e intensa.

Vinham depois periodos de verdadeira acalmia, mais ou menos com a mesma duração e nos quaes tudo abrandava, desaparecendo mesmo por vezes.

Mais ou menos tres mezes após o inicio da doença, notou o aparecimento de um pequeno caroço na região inguinal esquerda, duro, movel, pouco doloroso á pressão, desacompanhado de reacções inflammatorias objectivas. Nada refere nos órgãos genitales naquela ocasião.

Começou ainda a sentir-se fraco e a perder o apetite, sem todavia emagrecer. Por tudo isso resolveu internar-se neste Hospital.

*Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos e sistemas.* Foi completamente negativo.

*Antecedentes hereditarios.* Desconhece o paradeiro de seu pae. Sua mãe sofria de feridas nas pernas (sic) e teve tres abortos, cuja idade ignora.

Tem mais dez irmãos fortes.

*Antecedentes pessoais.* Sarampo, varicela, e coqueluche na infancia. Ha tres anos tratou-se de verminóse. Nega categoricamente traumatismo na região affectada, assim como manifestações articulares progressivas ou molestias venereo-sifiliticas.

*Exame fisico geral.* Individuo do tipo longilineo, de bôa constituição muscular e paniculo adiposo regularmente desenvolvido. A pele, que no rosto é ligeiramente tumida, apresenta no torax e nos braços, pterisasis versicolor. Ela não tem, todavia, colorido especial.

Não ha esternalgia e as mucosas visiveis são um pouco descoradas.

Quanto ao sistema ganglionar, temos o seguinte: excepção feita á região inguino-crural, não ha outros enfartamentos ganglionares.

Naquela região nota-se então a existencia de um tumor ganglionar do tamanho de um ovo de galinha, de consistencia muito dura, quasi indolor á pressão ainda que forte, de superficie irregular e movel sobre os planos adjacentes. Sobre o seu lado interno existe um outro, pequeno, duro, mas ligeiramente doloroso á pressão.

Não ha febre e o estado mental é bom. Peso anterior : 67 kilos — Peso atual : 62 kilos.

*Exame especial.* 1) *cabeça* — seios da face e mastoides indolores á pressão. Sobre a parte alta da mastoide direita, nota-se um pequenino tumor do tamanho de uma uva, quasi imóvel sobre os planos profundos, indolor á apalpação, de consistencia firme mas levemente depressivel, cuja data de aparecimento o doente ignora, e que nunca o incomodou.

*Olhos* — Pupilas iguais reagindo bem á luz e á acomodação.

Reflexos consensuais presentes, musculatura extrinseca integra.

*Boca* — Dentes bons. O faringe e as amigdalas nada apresentam de anormal.

2) *Pescoço* — Tiroide palpavel, de volume e consistencia normais.

3) *Aparelho respiratorio* — Os diversos meios propedeuticos nada revelaram de anormal.

*Aparelho cardiaco-vascular* — Ictus cordis localizado no quinto intercosto, um centimetro para dentro da linha mamilar, de média intensidade á apalpação. Não ha fremitos nem aumento de area cardiaca á percussão. A auscultação revela : sopro sistolico, leve na região da ponta, sem propagação, desaparecendo com os decubitos e leve acentuação da segunda bulha aortica. Arterias moles e elasticas. Pulso ritmico e isocrono, batendo 75 vezes por minuto.

Pressão arterial maxima 13,6 e minima 8 (Tycos-deitado).

5) *Abdóme* — Palpa-se o figado sob a forma de um bordo molle, cortante e indolor, um centimetro abaixo do rebordo costal. O bazo não é palpavel nem percutivel. Palpam-se ainda os seguintes segmentos intestinaes : ceco, colo sigmoide, e colo transverso, moles e indolores.

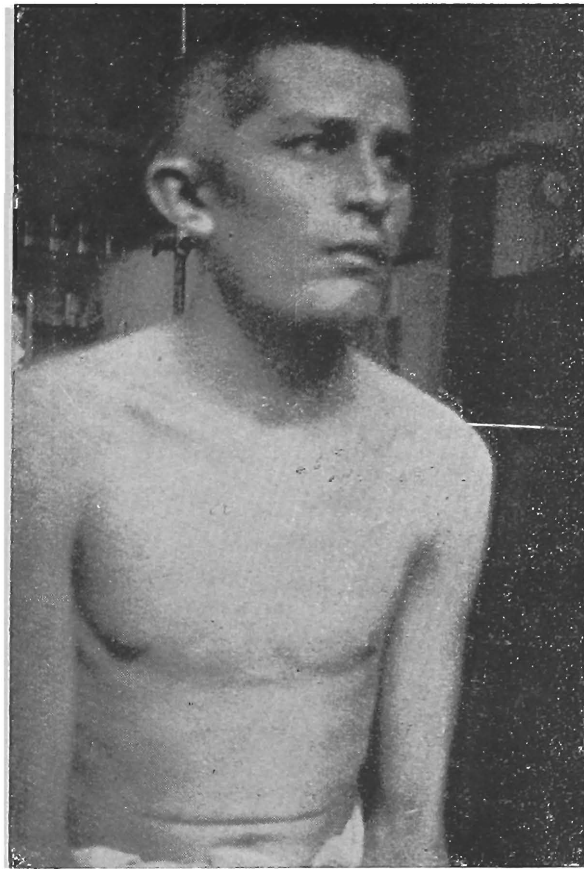
6) *Sistema nervoso* — Nada apresenta de anormal.

7) *Membro inferior esquerdo.*

Durante a marcha o doente evita a movimentação da referida articulação movimentando quasi que só a articulação coxo-femural.

Á inspecção da região afetada constata-se um aumento de volume daquela articulação, comprovado pela medida da sua circumferencia — 34,5 centimetros á esquerda e 33,5 centimetros á direita. Esse aumento de volume invade tambem a parte alta da tibia, cuja circumferencia medida respectivamente 7-12 e 18 centimetros abaixo do vertice da rótula, dá os seguintes resultados :

Revista de Medicina



Fotografia 1



Fotografia II



	D		E
	7 — 29		31,5
	12 — 30,5		31
	17 — 31,5		30,5

Além disso a pele sobre a articulação e quarto superior da perna apresenta-se vermelha, quente, mostrando venulas superficiaes que são mais numerosas e nitidas sobre o quarto superior da perna. Ha leve derrame intra-articular. A articulação propriamente é pouco dolorosa á pressão, sendo, todavia, intensa a dôr, e obrigando o doente a retirar bruscamente a perna, quando o dedo que palpa de cima para baixo ultrapassa a inter-linha articular e cái sobre a tibia. Esta é muito dolorosa á apalpação digital numa extensão de 17 cmts. abaixo do bico da rótula, coexistindo ainda um leve edema cutaneo. Não se percebem atritos ou corpos intra-articulares. As movimentações ativa e passiva são dolorosas, sobretudo os movimentos finais de flexão e extensão, que não podem ser completados.

Ha ainda atrofia acentuada dos musculos da coxa :

	E		D
	33		40 — 12 cms.
	40,5		47 — 24 »

acima da base da rótula.

#### EXAMES COMPLEMENTARES

Os exames que se seguem foram feitos pelo Dr. Felipe de Vasconcelos, a quem somos gratos.

- 1) — Reação de Wassermann no sangue — negativa (25/10/1932)
- 2) — Cuti-reação da tuberculina — negativa (" " ")
- 3) Exame do liquido articular retirado por punção: liquido amarelo, contendo um coagulo amarelo avermelhado. Exame citologico: algumas hematias, grande quantidade de pús. Não foram encontradas celulas tumoras. Pesquisa do bacilo de Koch: negativa. (29/11/933)
- 4) Inoculação deste liquido em cobaia: negativa.
- 5) Contagem dos globulos vermelhos — 3.800.000 por mm<sup>3</sup> (2/10/932)

»	»	»	brancos	—	8.500	»	»	
Contagem especifica	}	Miilocitos	—	0				
		Jovens	—	0				
		Bastonetes		7				
		N. Segmentados	—	40				
		eosinofilos		22				
		basofilos		1				
		Monocitos		6				
Celulas indetermi- nadas				1				

Anisocitose : pouco acentuada

- 6) Exame de fezes : ovos de Necator (2/10/32)  
 7) Dosagem do fósforo no sôro sanguineo 0,042 ‰  
 8) » » calcio » » » 0,140 ‰  
 9) Exame radiológico, que devemos á gentileza do Dr. Paulo de Toledo cujo relatório é o seguinte :

#### RELATORIO RADIOLOGICO.

##### *Perna esquerda*

Osteite condensante intensa do 1/3 superior da tibia, interessando até a superficie articular desse osso, de aspéto homogéneo, de bordos difusos com desaparecimento parcial da textura óssea na parte externa. Não se notam sequestros. Não ha invasão das partes moles pela neofor-  
 mação ossea. Periostite tibial, com espessamento da cortical nas vis-  
 nhanças do processo de condensação óssea.

Condilos femurais integros. Não ha sinais radiológicos de derrame articular.

O osso afetado conserva sua forma geral.

##### *Craneo*

Osteite condensante da região parieto-temporal direita, de bordos pouco nitidos, em uma zona arredondada de cerca de 7 cms. de dia-  
 metro. Pela radiografia tangencial, nota-se a existencia de um grande tumor das partes moles, em cuja base de implantação sobre o osso, a tabua externa se mostra irregular, de contorno nebuloso e denteado, com estrias de tecido osseo perpendiculares á superficie ossea inva-  
 dindo as partes moles. O processo de condensação ossea atinge o diploe e a tabua interna.

*Perna direita, bacia, coluna, costelas e clavículas* sem sinais radio-  
 lógicos de lesão ossea.

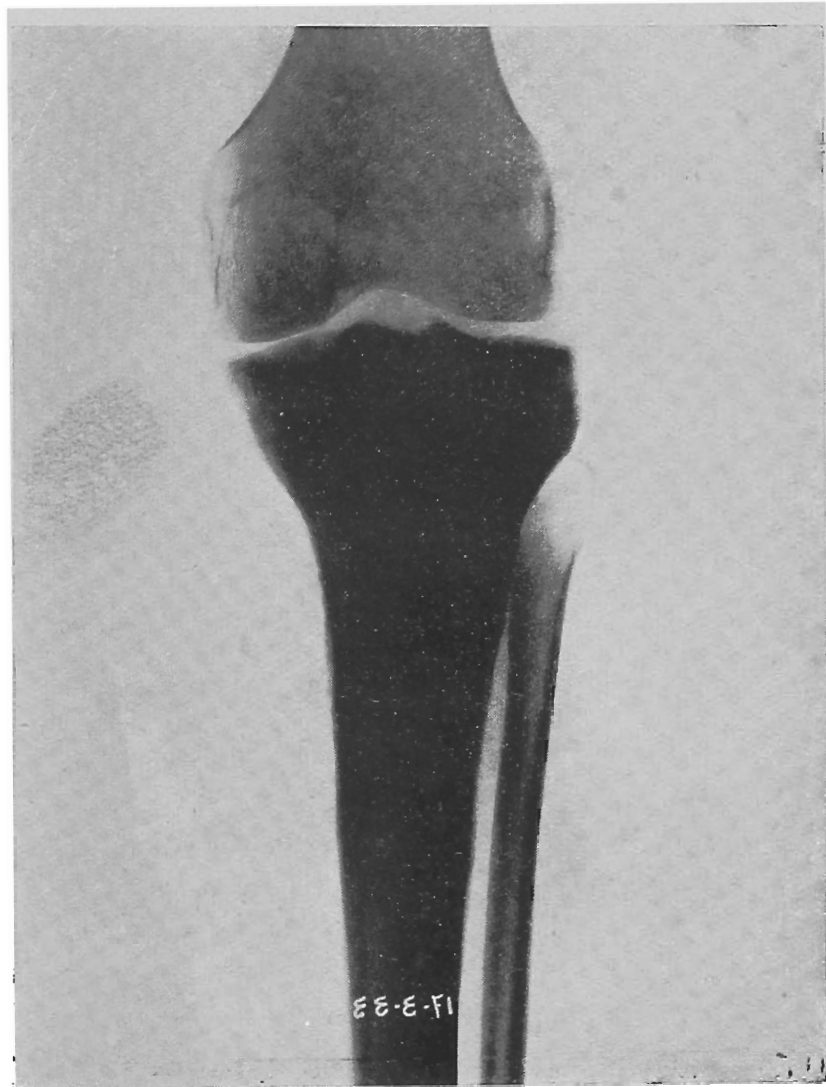
*Pulmão.* Não se notam metastases tumorales. Não ha sinais de le-  
 são do parenquima pulmonar.

Diagnostico — neoplasia maligna do craneo e da epífise tibial su-  
 perior. Os característicos radiológicos são de um osteosarcoma.

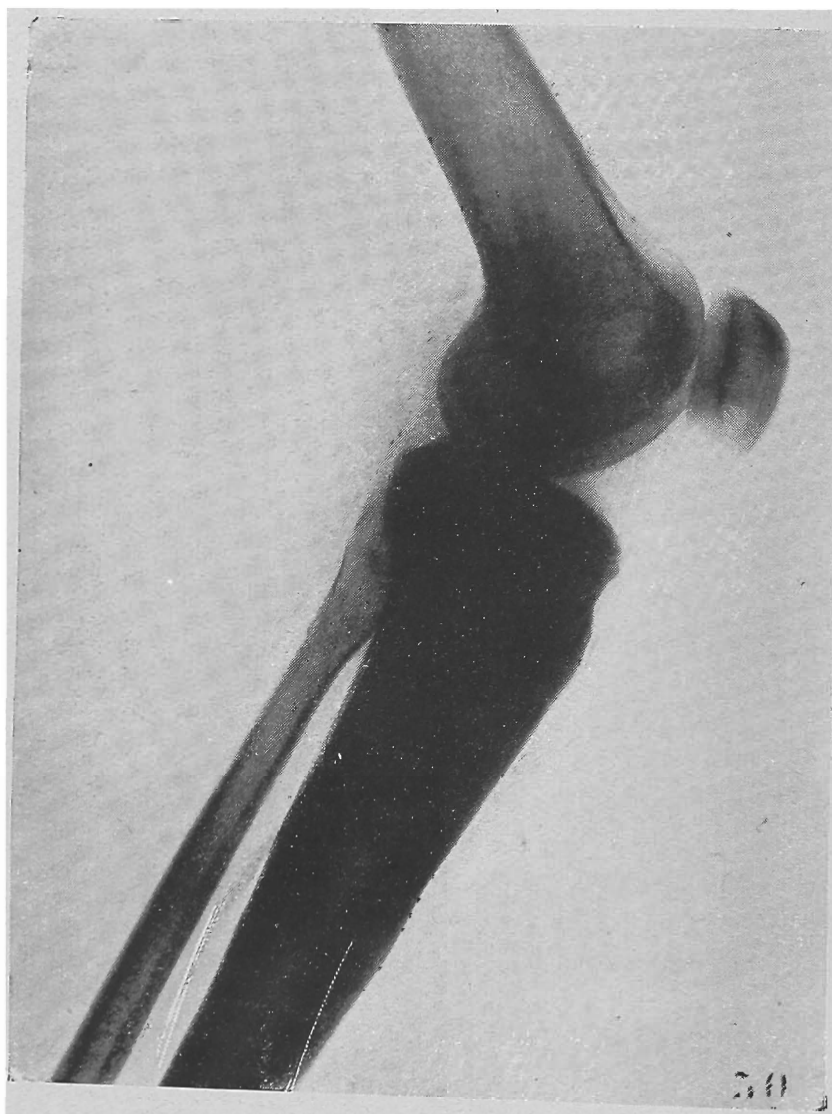
DR. PAULO ALMEIDA DE TOLEDO

10) Exame do material retirado durante a extirpação do tumor cra-  
 neano. Devemos lembrar aqui que o Dr. D'Andrea que operou o pa-  
 ciente foi obrigado a curetar profundamente o tumor, pois que este  
 estava bastante aderente ao osso, por sua vez intacto. Eis o rela-  
 tório histológico elaborado pelo Dr. C. Mignoni, a quem expressamos  
 também nossos agradecimentos :

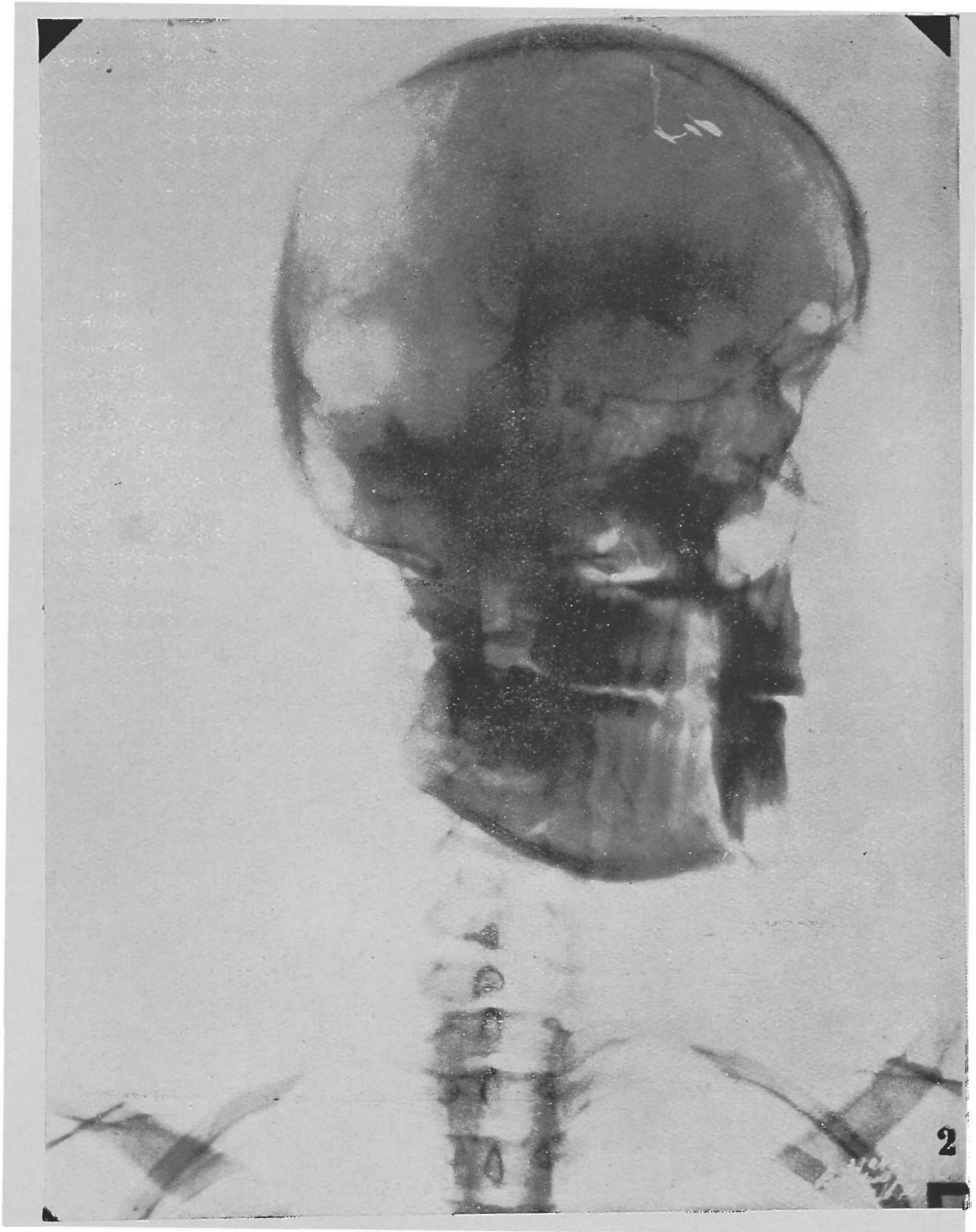
Revista de Medicina



Radiographia n.º 1



Radiographia n.º 2



Radiographia n.º 3



## RELATORIO HISTOPATOLOGICO

O exame histopatologico revela a presença de uma neo-formação tumoral, constituída por pequenas celulas redondas, de protoplasma escasso, formando uma fina orla ao redor do nucleo, orla esta nem sempre visível.

O nucleo, redondo, hiperchromatico, ocupa a quasi totalidade da celula.

Estas celulas, pequenas, como dissemos, tem entretanto tamanhos variaveis, algumas apresentando figuras de mitose. Em certos pontos são muito numerosas e proximas umas das outras, formando densos agrupamentos.

O estroma intersticial nesta zona é constituído por um tecido amorfo e granulo e por discreto numero de fibroblastos jovens. Em outras zonas nota-se um aumento progressivo do estroma conectivo e diminuição relativa das celulas tumorais. O estroma então é formado por um tecido colageno denso e fibroblastos. O conectivo mostra aí numerosos e pequenos focos de calcificação de forma irregularmente alongada, corados inteiramente pela hematoxilina. Em varios pontos nota-se a presença de tecido osseo neo-formado, representado por uma massa fundamental amorfa e homogenea, no seio da qual aparecem celulas semelhantes ás celulas osseas no interior de cavidades arredondadas. Na substancia fundamental nota-se uma deposição de sais de calcio.

*Diagnostico:* Sarcoma osteoblastico.

## EVOLUÇÃO DO CASO

Com o tratamento instituido — Injeções endo-venosas tri-semanais, de cianureto de mercurio e applicações de salicilato de metila e de diatermia sobre a articulação do joelho — as melhoras não se fizeram esperar. Por uma semana desapareceram as dores, a movimentação tornou-se facil, podendo o paciente até andar sem mancar. Os fenomenos articulares cederam por completo, tendo tambem diminuido bastante a dôr á pressão sobre a tibia. Mas alguns dia após, o mesmo quadro morbido reapareceu. E assim se passaram, com periodos de peóra e de melhora, mais ou menos dois mezes.

Um fácto, então nos chamou a atenção: o pequeno tumor da região temporo-occipital começou a crescer rapidamente, tornando-se doloroso expontaneamente e produzindo hemicrania direita intensa e nauseas, sem perturbações visuais. E' interessante notar que a cefaléa e as nauseas desapareciam nos periodos de acalmia. O tumor tornou-se de superficie irregular, de consistencia mais ou menos dura, com zonas mais moles, e absolutamente imóvel.

Ele foi então extirpado e no material retirado procedeu-se ao exame anato-patologico.

Iniciou-se então um tratamento pela radioterapia profunda sobre a perna e sobre a região operada, completando-se uma serie de cinco aplicações em dias alternados.

Foi feito, além disso, um tratamento anti-helmintico e anti-anemico.

Teve alta em 6/1/933, após ter terminado a serie de aplicações.

Em 20/2/33, internou-se novamente na Primeira Medicina de Homens, com seu estado bastante agravado.

Tem agora náuseas e mesmo vômitos frequentes, soluços, cefaléa difusa muito intensa em qualquer decúbito; o tumor ainda com os mesmos caracteres, aumentou muito, (deslocando o pavilhão auricular para baixo, como se vê na fotografia n.º 1); tem sensação de formigamento na face, está quasi cego e surdo, apenas ouvindo com o ouvido esquerdo. A anemia ainda se acentuou. O exame demonstra, além do tumor, uma leve anestesia da face direita, um olhar espantado, as pupilas muito dilatadas, não reagindo á luz e á acomodação, e os reflexos concensuaes ausentes. Sobre o terço superior da tibia existe uma pequenina elevação do osso muito dolorosa á apalpação profunda. Foi esta a unica modificação na perna.

Os ganglios inguinais aumentaram ainda mais, existindo já grande enfartamento dos ganglios iliacos. Os reflexos cutaneos abdominais estão ausentes, assim como os patelares e aquilianos e existe o sinal de Babinsky de ambos os lados (Só foram mencionados aqui os sinais positivos sobre o sistema nervoso, cujo exame foi muito superficial em virtude do estado do doente).

Foram então tiradas novas chapas e praticada uma punção lombar com grandes dificuldades, pois o doente sofre horrivelmente e por isso não conseguimos obter um exame do fundo do olho.

#### *Liquido Cefalo Raquidiano*

Punção sub-occipital — deitado

Pressão inicial — 80 Pf. 13 Qr. 2,2 Qrd. 4,4

Volume de liquido: 15 centm. cubicos

Citologia 2,2

Albumina 0,15

Chloretos 7 grms.

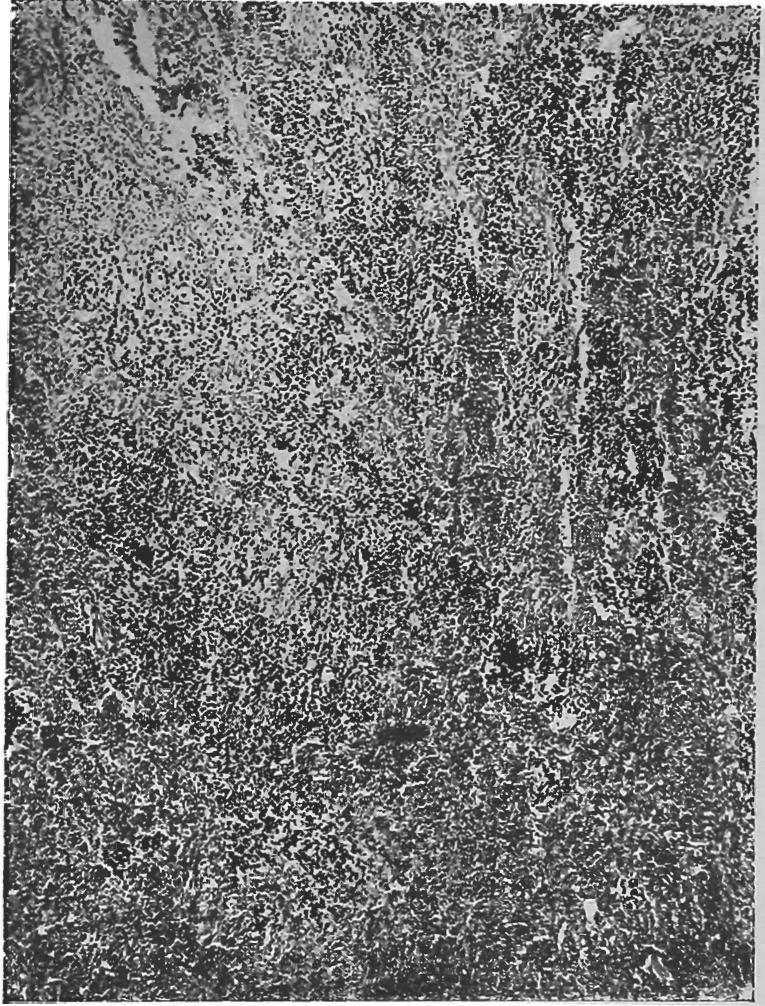
Globulinas	{ Pandy	Todas negativas.
	{ Nonne	
	{ Weichbrodt	

Benjoin coloidal — 00000 . 00000 . 00000 . 0

Wassermann — negativa

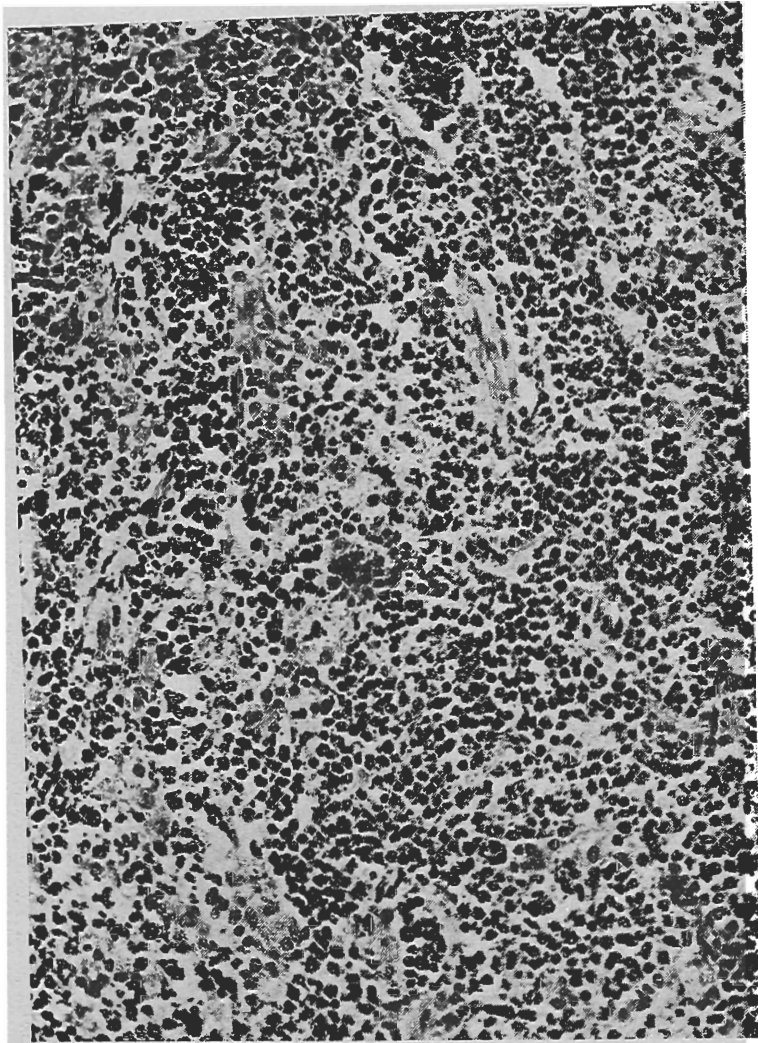


## Revista de Medicina



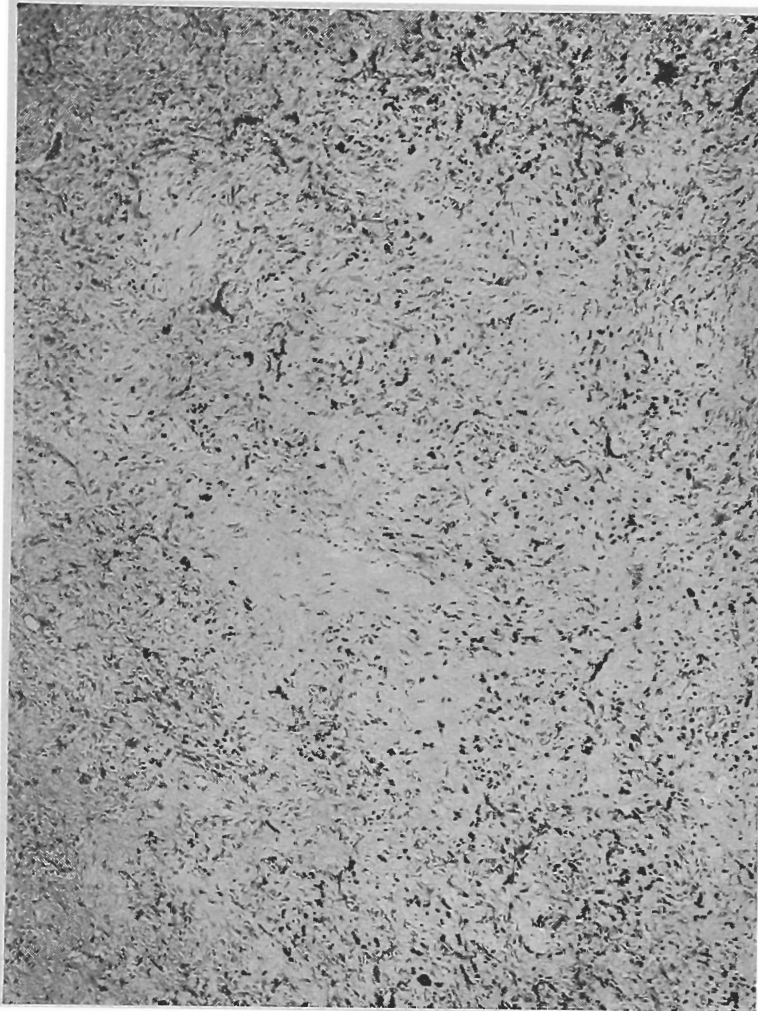
*Microfotografia 1 — Pequeno aumento*

Mostra uma estrutura predominantemente celular. São células redondas e pequenas. Há pouco estroma. Na parte alta existe já uma zona de tecido intersticial abundante, com poucas células.



*Microfotografia 2 — Grande aumento*

Mostra com grande aumento a mesma zona celular. As células são redondas, de tamanho variável, no geral pequeno, com núcleos hipercleromáticos. Há algumas mitoses atípicas. O estroma mostra substância fundamental conjuntiva e fibroblasto jovens.



*Microfotografia 3 — Pequeno aumento*

Em outra zona do tumor, já se nota uma estrutura parca em células e rica em tecido intersticial constituído por fibroblastos e substância colagena (áreas claras) Notam-se ainda numerosas áreas de tecido conjuntivo calcificado. (Áreas negras)



*Microfotografia 4 — Grande aumento*

Aqui a quantidade de células redondas é muito pequena, predominando o tecido conjuntivo já descrito na microfotografia anterior com numerosas áreas calcificadas. Na parte alta nota-se uma trave de tecido ósseo neo-formado (substância fundamental corada em roxo intenso pela H. E., células contidas em cavidades).



*Microfotografia 5 — Forte aumento*  
Mostra o mesmo aspéto da lamina anterior.



## COMENTARIOS

Se, como afirma Ewing, os proprios anatomo-patologistas, necessitam de exames clinicos, radiologicos e de laboratorio completos, ainda que muito experimentados no assumpto natural é que deles lançassem mão para esclarecer o diagnostico.

Com efeito. Como acabámos de vêr, trata-se de um paciente moço que procurou o Hospital por fenomenos articulares sub-agudos intermitentes, e que ao exame revela um aumento de volume da articulação do joelho esquerdo, acrescido de rubôr e calôr e que sente dôr forte á pressão sobre a parte alta da tibia.

Daí a razão de ser das considerações que se seguem, tendentes a estabelecer o diagnostico diferencial do caso em questão.

Entram então em linha de conta: os tumores, as osteo-artrites sifilíticas, tuberculosa gonococica, a ostiomielite simples e a osteite deformante de Paget.

Os primeiros são os que nos interessam. Resta-nos, porém, afastar as outras hipoteses.

## 1) OSTEO-ARTRITE SIFILÍTICA.

De difficil diagnostico antigamente, é hoje mais facilmente diferenciada. Os seguintes caractéres afastam esta hipotese:

a) Ausencia de contagio venereo sifilítico, de estigmas de lues em outros ossos ou órgãos e de hipertrofia do baço.

b) Reacção de Wassermann negativa no sôro sanguineo (mais tarde comprovada pela negatividade completa das reacções sifilíticas no liquido cefalo-raquidiano).

c) A existencia de metastases linfaticas na região inguinal e hematogeneas no craneo (constatadas mais tarde anatomo-patologicamente).

d) A evolução posterior do caso, apesar do tratamento especifico, mostrando o character maligno do tumor.

A dôr de character prevalentemente noturno que o paciente acusa e que costuma acompanhar a osteo-artrite-sifilítica e o facto da melhora local (fenomenos articulares) após tratamento especifico, não alteram o diagnostico, porque o primeiro item sóe aparecer no sarcoma osteoblastico. Em relação ao segundo, o que se deu foi méra coincidência com um dos periodos de acalmia, pois tudo reapareceu, apesar da continuação do tratamento especifico.

Ademais, ha em certos casos de sarcoma melhoras momentaneas com o tratamento anti-sifilítico (Ewing).

e) Radiologicamente tambem o diagnostico pode ser feito, embóra em certos casos seja ele difficil. Na sífilis, ha em geral, uniformidade da imagem do periosteo espessado, ao contrario do que acontece no nosso caso; ha ainda zonas de necrose com intensa osteo-esclerose ao seu redor (o que não existe no caso) e não mostra o facto aqui presente: "a taboa externa do osso se torna irregular, de contorno ne-

buloso, com estrias de tecido osseo perpendiculares á superficie ossea"... (Vide relatorio radiologico).

## 2) OSTEOARTRITE TUBERCULÓSA.

Tambem deve ser posta á margem pelos seguintes factos :

a) Pelos exames subsidiarios, quais sejam, ausencia do bacillo de Koch, e de linfocitose no liquido retirado por punção, a negatividade da reacção á tuberculina, e sobretudo a negatividade da inoculação deste liquido na cobaia. Ainda mais, não ha alteraçao do quadro hematico em relação á tuberculose.

b) Pela ausencia de processos pleuro-pulmonares especificos concomitantes. (Comprovada pelo exame radiologico).

c) Pela ausencia de manifestações gerais, taes como febre, suores noturnos, etc. etc.

d) Pela maior frequencia das lesões "osseas" tuberculósas nas mãos e nos pés.

e) Pela exame radiologico.

No geral a tuberculose ossea atinge precocemente as epifises dos ossos longos, tardiamente tambem a diafise, comprometendo quasi sempre a articulacão, produzindo, então, destruicão ossea, com formacão de sequestros, fatos estes completamente opostos aos nossos, cujo tumor é caracterizado pela qualidade osteoplastica intensa.

Para Ewing, a propriedade que tem a tuberculose ossea de envolver notavel e precocemente a articulacão, seria um bom dado para o diagnostico diferencial, pois que, os sarcomas osteogenico e de Ewing não a invadem. Nestes, todavia, as articulacões pódem ser mais ou menos immobilizadas em virtude da dôr e da fixacão das partes molles.

## 3) OSTEO ARTRITE GONOCOCICA.

Um unico facto clinico a afasta : ausencia de pregressa blenorragia.

## 4) OSTEITE DEFORMANTE DE PAGET.

Esta afecção entra no diagnostico 'diferencial quando ela é monostótica (isto é, quando atinge sómente um osso). Todavia éla pode ser excluida polos factos seguintes: a) A forma monostotica é muito rara, quasi sempre existindo a poliostótica. b) Embóra a séde de predilecção seja a tibia, esta torna-se, na molestia de Paget, muito engrossada e encurvada.

c) Geralmente aparece na idade média e sobretudo na velhice e tem um curso muito lento (dezenas de anos), ao contrario do que acontece no nosso caso.

d) Finalmente ela tem um aspéto radiografico caracteristico: os ossos são muito engrossados, encurvados, com sua estrutura ossea normal desaparecida e substituida por uma outra de aspéto rarefeito, fatos estes inexistentes no nosso doente.



## 5) OSTEOMIELITE SIMPLES.

Caraterisa-se tambem por processos de destruição ossea, fócios de necrose com fatos de ósteosclerose, aparecendo após trauma e acompanhados ás vezes de febre, e grande leucocitose com polinucleose, não se coadunando portanto com o quadro morbido do nosso paciente.

Estabelecido assim, pelo conjunto dos fatos clinicos, radiograficos e de laboratorio, o diagnostico de um tumor unico originario na tibia, com metastases em outros pontos do organimo, vejamos, dentro dos **TUMORES DOS OSSOS** a qual dos tipos ele pertence.

Deixamos de parte os osteomas, condromas, lipomas, mixomas e fibromas, tumores benignos que além de serem rarissimos quando puros, e ás vezes, apenas diagnosticados anatomo-patologicamente estão em franca contradição com o caso em fóco, bastante maligno.

Os sarcomas gigante-celulares são tumores benignos, raramente de natureza maligna. Esta ultima asserção é todavia negada, ainda hoje por autoridades da tempera de Ewing.

Existem todavia na literatura rarissimos casos de sarcomas gigante-celulares evoluindo, malignamente.

Portanto, quasi sempre como tumores benignos, eles evoluem lentamente, sem acarretar caquexia ou produzir metástases; formam frequentemente kistos osseos, outras vezes originam hemorragias, pois são notavelmente vascularizados.

Assim pois, eles não se coadunam com o caso que óra descrevemos, bastante maligno, o que aliás foi amplamente confirmado pela biopsia, que não revelou a existancia dos caracteristicos "mieloplaxos" ou celulas gigantes.

Passemos então, aos tumores malignos. Compreendem sómente os sarcomas, pois não existem carcinomas primitivos do osso, que são sempre metastaticos.

Ora, em nosso caso, afóra a importancia da idade, não existe um carcinoma da prostata, nem um hipernefoma, nem um bocio maligno, os quais, no homenm são quasi que os unicos a darem metástases osseas, que além do mais loealisam-se preferentemente nas costelas, vertebrae, bacia e femur, ossos estes nos quaes nada existe no nosso caso, como os raios X. demonstraram.

Além disso, como elas se produzem por via sanguinea, são sempre centraes (medulares), pelo menos no inicio e evoluem geralmente de maneira rapida, com propriedades osteoclasticas, embóra por vezes osteoplasticas.

Assim pois, fica afastada a hipotese do carcinoma, o que foi confirmado posteriormente pela biopsia.

Quanto aos sarcomas, eles são quasi sempre primitivos do osso, pois os unicos sarcomas extra osseos que dão metástases nos ossos são os melanosarcomas (hoje mais considerados como melanocarcinomas), e por isso caímos no grupo dos sarcomas primitivos malignos dos ossos.

São os seguintes :

Mieloma múltiplo  
Sarcoma ósteogenico  
Sarcoma de Ewing.

Podemos, desde logo, pôr de lado o mieloma múltiplo, pois ele tem caracteres que não se enquadram no nosso caso. São eles os seguintes :

a) — E' uma afecção muito rara, atacando pessoas de idade avançada.

b) — Ataca quasi sempre as costelas, as vertebrae e o esterno, produzindo metastases preferentemente nas vertebrae, mas tambem nos ossos planos.

c) — Para Ewing é uma afecção caracterizada por focos múltiplos de origem, uma afecção sistematica da medula ossea, embóra com exceções. Todavia para R. Schinz ela é a principio monostótica. Todavia, quando o paciente consulta o medico já apresenta multiplas lesões e o diagnostico torna-se facil.

d) — Produzem (mas nem sempre) um aumento dos mielocitos no sangue circulante, onde até plasmacelulas já foram vistas ; a anemia é acentuada ; na urina existe uma albumose — alb. de Bencey — Jones. Esta não foi em nosso caso procurada pelos factos já referidos e ainda porque ela falta em 50% dos casos de mieloma múltiplo e aparece em outras molestias, como na leucemia etc.

e) Radiologicamente a afecção se caracteriza por intensos processos osteolicos com ausencia de fenomenos de néo-formação óssea. A destruição do osso é muito rapida e no geral circunscrita de maneira que se produzem fraturas ósseas muito frequentemente e ainda invasão das partes moles quando o tumor perfura o periosteo. No craneo encontram-se multiplas lesões ovoides, características, assim como nas vertebrae.

f) — A biopsia finalmente depõe contra o mieloma.

Restam-nos então os dois primeiros: o sarcoma ósteogenico e o sarcoma de Ewing, cujo diagnostico procuraremos discutir, mostrando as suas características diferenciaes. Todavia, precisamos desde já assignalar que não conseguiremos chegar á uma conclusão exata de que se trate de um ou de outro, em suas formas puras. Isto frequentemente acontece em clinica, mesmo para aqueles especializados no assunto. O professor Puech, cuja competencia na materia não é posta em duvida, tambem nos externou a mesma opinião.

Muitos factos clinicos, radiologicos e anatomo-patologicos nos servem então de auxilio.

Assim, dentre os primeiros, temos o fator frequencia.

O sarcoma de Ewing é muito mais raro do que o sarcoma ósteogenico. O sexo não nos dá nenhuma indicação pois ambos ocorrem mais frequentemente nos machos.

A idade, todavia, é mais propria do sarcoma ósteogenico, que no geral ocorre entre dezeseis e vinte annos, durante a puberdade, em-

quanto que o sarcoma de Ewing é mais frequente entre os dez e quinze annos.

A localização também nos dá ensinamentos. O sarcoma osteogenico localiza-se de preferencia nas extremidades dos ossos longos (72%), e destas, principalmente a proximal tibial e a distal femural, sendo a séde primaria geralmente na metáfise, e raramente na diáfise. No sarcoma de Ewing, as sédes prediletas são também as mesmas (acrescidas do humerus, mas aqui ele se inicia no centro da diafise, que é bastante atacada, sendo as epífises só tardiamente comprometidas.

Sob este aspéto, o nosso paciente (como o mostraram o exame fisico e radiologico) se enquadra mais no segundo, embóra o primeiro não possa ser afastado.

Embóra o sarcoma de Ewing produza precocemente metastases em outros ossos e nos ganglios linfaticos e raramente pulmonares (como em nosso caso), o contrario se dá com o sarcoma osteogenico, mas não em maneira absoluta.

Tambem em geral o sarcoma ósteogenico não se manifesta após um trauma local, como no sarcoma de Ewing. Óra, não ha trauma na historia do doente.

Ainda no sarcoma de Ewing, ocorrem fraturas frequentes, mercê de sua propriedade osteoclastica, o que não acontece ou apenas raramente, no sarcoma osteogenico. Tambem ela não existe no caso.

Outro fáto interessante é que em geral o sarcoma osteogenico produz volumosos tumores, perfeitamente palpaveis, de consistencia óssea (Coppeland e Geschickter), e sobre o qual a pele apresenta modificações. Isso não acontece em nosso caso como o provaram as medidas da perna e a radiografia, e também não costumam aparecer no sarcoma de Ewing devido á sua propriedade ósteoclastica. Entretanto, os caracteres do primeiro estão presentes na matastase craneana.

Ainda o sarcoma de Ewing costuma decorrer com fébre fraca, leucocitose e eosinofilia, que não existem no nosso caso, excepto esta ultima que póde correr por conta da necatoriose.

E' entretanto, em relação ao exame radiologico e ao anatomopatologico que as duvidas assumem maior importancia.

Com efeito, o quadro radiologico do caso em questão se enquadra perfeitamente bem no sarcoma osteogenico do tipo esclerotico, caracterizado pela intensa neo-formação ossea. De fáto, a radiografia do joelho mostra toda a epífise e grande parte da diafise muito compactas, com desaparecimento da cavidade medular, apesar do que o osso conserva a sua forma normal. Aqui não ha, como acontece no sarcoma ósteogenico, um levantamento do periosteo pelo tumor, e sim apenas um certo gráo de espessamento e irregularidade do mesmo. Tambem não ha, em nosso caso, e como é regra nesta especie de sarcoma, destruição ossea, que póde contudo existir em certos casos.

Todavia, onde o aspéto é mais característico é no tumor craneano. Este é grande, bastante compacto e de sua base de implantação, de contorno nebuloso, sáem numerosas estrias osseas, perpendiculares ao osso e invadindo as partes molles.

Alguns autores consideram estas estrias como patognomonicas do sarcoma ósteogenico. Outros, como R. Schinz, acham que elas são peculiarees a este sarcoma, existindo só em 18% dos casos, e sendo então um sinal precioso de diagnostico, mas não patognomonicas, pois que se encontram em outras afecções.

O quadro radiologico é, pois, de um sarcoma osteogenico, embora o sarcoma de Ewing póssa, ao envez de destruir o osso, produzil-o e até formar estrias osseas irregulares ou perpendiculares. Isto acontece, entretanto, sómente nos primeiros estadios da molestia, tornando-se a diáfise engrossada em forma de fuso. Ora, no caso, a molestia data de quasi um anno, estando o paciente hoje pela manhã (27 de 4 de 1933) em coma, e no entanto não ha destruição ossea.

O exame anatomopatologico nos mostra o tumor sob um outro prisma.

As celulas redondas pequenas, com nucleos hypercromaticos correspondem áquelas existentes no sarcoma de Ewing, não aparecendo, para a maioria dos autores, no sarcoma ósteogenico. Para Schintz, elas nunca aparecem nesta especie de sarcoma. Entretanto, os cortes nos mostram nas proprias areas celulares regular quantidade de estroma, que não existe no sarcoma de Ewing, a não ser verdadeiros septos fibrosos quando o tumor invade as partes moles. (Copeland e Geschickter). O estroma em outros pontos do tumor é muito mais evidente e constituido por tecido-colageno e fibroblastos.

Outro fáto interessante e que costuma aparecer no sarcoma ósteogenico é a existencia, como é vista em nossas microfotografias, da diferenciação da substancia fundamental (tecido fibroso, calcificação e mesmo osso néoformado). Todavia, segundo Copeland e Geschickter isto póde acontecer no inicio do sarcoma de Ewing, como resultado de reação reparativa do osso.

Do exposto, deduz-se que é impossivel no caso, estabelecer com certeza qual dos dois tumores está em jogo. Talvez que, como vimos, existindo caracteres peculiarees a cada um deles, possamos pensar num processo mixto.

Um factó que merece menção é o sindromo de tumor cerebral apresentado pelo paciente. Sobre a sua existencia não póde existir duvida, pois por ele falam os sintomas clinicos, taes como cefaléa intensa e persistente, vomitos frequentissimos, a cegueira, o olhar especial do paciente e a hipertensão notavel do liquido cefalo-raquidiano, em que o  $Q_r = 2,2$  e o  $Q_{rd} = 4,4$ .

Se, como afirmam os radiologistas, não existe traço de perfuração da caixa craneana, só podemos admitir tal sindromo, como proveniente da existencia de uma metástase interna, no encefalo.

A's vezes, elas não produzem ou quasi nada, sintomatologia propria. Todavia o nosso paciente apresenta abolição dos reflexos patelares, aquilianos e signal de Babinsky.

Nada diremos em relação ao tratamento do caso em questão porque ele resultaria num grande fracasso. De fáto, nem a cirurgia mutilante, nem a irradiação ou as toxinas de Coley, dariam resultado num paciente que após 7 mezes de molestia já apresenta numerosas metástases linfáticas e sanguineas, e até, (quem o poderia negar?) viscerais.

Seria deshumana e sem beneficios uma amputação. Limitamos por isso á irradiação dos varios fócios e ao tratamento sintomatico, geral e local.

## LITERATURA

- 1) S. HERMETO JUNIOR E L. ARAUJO NOVAES: Sarcoma gigante-celular periostal da extremidade superior do tibia, clinica e anatomo-patologicamente maligno. Considerações anatomo-clinicas sobre os tumores gigante-celulares. Brasil Médico, n.º 8, 25-2-1933, pag. 132-161.
- 2) E. KAUFMANN: Tumori delle ossi. — Trattato di anatomia patologica speciale, pg. 1042-1073 — 4.ª edição.
- 3) WILLIAM R. COLEY — Diagnosis and treatment of sarcoma of the long bones. Le Cancer — n.º 4 — 1929 — pg. 193-223.
- 4) M. BERARD — A propos du diagnostique des tumeurs osseuses. Lyon Chirurgical — Dezembro, 1929 — 6.ª pg. 832.
- 5) M. TAVERNIER — Dix cas d'osteo-sarcomes des membres traités par la radiotherapie. Idem, pg. 812 — 818.
- 6) ALFREDO G. D. ROLDAN: Diagnostico radiologico de los tumores oseos Anales de Radiologia. Outubro de 1929, pg. 171 — 177.
- 7) PIERRE HUET. Traitement des tumeurs de os.
- 8) O. BARBACCI. I. tumori. 2.ª ed. 1915, pg. 274 — 277
- 8) H. R. SCHINZ. W. BAENSCH — E. FRIEDL — Röntgen Diagnostico Tomo I. Esqueleto, Tumores y formaciones de aspéto tumoral de los huesos, 236 — 288
- 10) COPELAND AND GESCHICKER. Sclerosing ostogenic sarcoma. Tumors of the bones. pg. 152-186.
- 11) Ewing's Sarcoma. Idem, idem pg. 399 — 429.
- 12) Ewing. Neoplastic diseases. pg. 288-327

Serviço de Clinica Pedeatrica do Prof. Dr. Pinheiro Cintra

## ADENOPATHIA TRACHEO-BRONCHICA

pelo DOUTORANDO SALIM AIDAR

J.P.B. do sexo feminino, 15 annos, branca, brasileira, residente em Agua-Branca. Queixa: Febre remittente, suores profusos principalmente a noite, muita fraqueza, e emagrecimento accentuado, symptomas estes que datam de 8 mezes, mais ou menos.

*Antecedentes familiares:* Pae falecido ha 8 annos de ophidismo, mãe conta 48 annos, franzina Basedowiana, teve 11 filhos a termo e 2 abortos expontaneos, sua avó e tia maternas são tuberculosas, assim como 1 irmã que conta 22 annos, segundo as informações prestadas, é suspeita de tuberculose.

*Antecedentes pessoas:* Nascida a termo, parto normal aleitamento artificial desde 8 mezes, sem horario; desde os 1.<sup>os</sup> dias foi aleitada com leite de vacca e cabra. Das molestias peculiarias á infancia teve: coqueluche ha 8 annos e sarampo ha 8 mezes, conta tambem que teve dysenteria, não precisando a data.

*Molestia actual:* Teve inicio quando se restabeleceu do sarampo. Nessa época começou tossir e escarrar. Nega escarros hemoptoicos; sentia febre e suores profusos, principalmente a noite. Diz a informante que antes de ter sarampo tinha febre e suores nocturnos, mas que se assenturam apóz essa emfermidade.

*Inspecção geral:* Muito emagrecida deixando transparecer atravéz a pelle o arcabouço ossio. Pois, ao emvez de pezar 40 kilos, que é o peso normal para sua idade, pesa actualmente 27 kilos, tendo já pezado menos que 24; mucosas visiveis descoradas, a pelle não apresenta manchas nem cicatrizes.

*Ganglios:* Diz a enferma que apresentava tumefação ganglionar antes de ter tido sarampo e que todos os seus irmãos os apresentam; os das regiões supra-clavicular e cervicaes esquerdos hypertrophiados, duros, moveis, indolores; á direita somente um ganglio cervical é que

se acha ligeiramente hypertrophiado, tendo os mesmos caractéres dos precedentes. Os das regiões supra-epitrochlianos tanto a direita como a esquerda não são palpaveis. Os ganglios inguinaes estão ligeiramente augmentados de volume.

*Reflexos*: Clinicamente normaes.

Não ha circulação colateral.

*Exame especial*: Cabeça, face, olhos, bocca: nada apresentam clinicamente digno de menção.

*Pescoço*: Como acima me referi, os ganglios, principalmente do lado esquerdo, estão muito alterados.

*Torax*: Inspeção — devido a extrema magresa os ossos da caixa toraxica são salientes atravez da pelle; não se nota varicosidades, seja anterior ou posteriormente. Os seios infantis (pois que apesar da idade a inferna ainda não attingiu o estado de puberdade).

*Apalpação*: O fremito thoraco-vocal não se acha alterado.

*Percussão*: Pequena aréa de massicez no espaço escapulo-vertebral do lado direito ao nivel da 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> vertebrae dorsaes; não ha massicez nas regiões axilares.

*Ausculta*: Sopros no apice direito; 7.<sup>a</sup> C não se ouvem estertores; não ha modificação do murmurio respiratorio em toda a aréa pulmonar de ambos os lados.

*Signal de Spine*: — Positivo.

*Signal de Elznitz*: (percussão do manubrio e audibilidade na 3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> D. — este signal é positivo, mas não muito caracteristico.

*Signal de Smith*: (ruído de piorra ao nivel do manubrio) — negativo.

1. <sup>o</sup> Abdomen.	}	cl clinicamente nada apresentam
2. <sup>o</sup> Figado.		
3. <sup>o</sup> Baço.		

*Exames de laboratorio*: Foram feitos 3 exames de escarro para pesquisa do B.K., todos negativos.

*Exame de fezes*: Ovos de ascaris, e ancylostoma.

R.W. + =

*Exame de urina*: a não ser ligeiros traços de albumina e assucar, nada mais apresenta digno de nota.

*Contagem global e globular especifica*: Foram feitas varias.

*Radiographia*: A primeira feita a 11 de Fev.<sup>o</sup> assignala o seguinte: — Não ha signal de lesão do parenchyma pulmonar. Tumefacção ganglionar exagerada na altura do hilo direito e do ganglio paratracheal direito. Posteriormente foram tirados mais alguns clichés que passarei a demonstrar que revelaram adenopathias para o lado dos ganglios tracheo-bronchicos, broncheo-pulmonares, e do ganglio de botal que recalca a trachea para baixo e para a direita. Tuberculos miliares em quasi toda area pulmonar, mais numerosos ao nivel dos 3.<sup>os</sup> espaços provavel dessiminação hematogenica.

*Considerações*: Estudo comparado dos signaes clinicos e das imagens radiologicas feitos por A. Le Maro Hadom e Pierre Dupire da revista Pariz Medical de 1931. Estes autores fazendo um estudo sobre 80 casos, chegaram as seguintes conclusões: Os signaes são: tosse rebelde, emagrecimento, inappetencia. Os antecedentes sempre que procurados existiam. Os signaes respiratorios são geralmente redusidos á tosse que quasi existe em todos os casos. A dyspnea é geralmente encontrada em certos casos em que a radiographia mostra imagens patologicas.

*Signaes objectivos e subjectivos*: Objectivos. Varicosidades da face anterior do torax. Se encontram em maior proporção nos individuos portadores de adenopathia. Talvez seja um signal que oriente o exame; o mesmo não se dando em casos de varicosidades inter-escapolar, para as quaes a proporção é o inverso da precedente. Se existe alguma relação entre a localisação da lesão anterior e posterior e as varicosidades, não sabem explicar; o autor crê que o signal não é pathognomonic.

*Estertores*: Quando existem não têm caractéres especiaes na denopathia traquio-bronquica.

*Bulhas cardiacas*: São transmissiveis, isto é, audiveis nas differentes categorias abaixo das clavículas. Quanto á propagação uni-lateral e o centro radiologico da lesão também não chegaram a uma conclusão.

*Signal de Smith*: É mais frequente nas creanças normaes.

*Signal de Martinson*: (Massicez axilar) Quando existe uma lesão ganglionar attingindo um ponto dessa região verifica-se uma differença de tonalidade á percussão.

*Percussão das Apophyses espinhosas*: Pela percussão directa os autores constatarem uma differença de sonoridade ao nivel da zona ganglionar, mas parece que esse signal existe em igual porcentagem nos individuos normaes e doentes.



*Sopro*: De timbre tubario verdadeiro audivel ao nivel da 7.<sup>a</sup> C., tendo o maximo de audibilidade na expiração propagando-se até a 4.<sup>a</sup> e 5.<sup>a</sup> D.; em alguns casos este sopro não existe.

*Signal de Spine*: Sua frequencia é igual á do sopro com o qual parece coesistir ou simultaneamente ausentes.

Quanto aos signaes para-vertebraes seja á percussão ou á ausculta é necessario que sejam francos para terem valor. Conclusão: todos os signaes clinicos da adenopathia trachio-bronquica são tambem encontrados em individuos normaes. Mesmo quando coesistem com lesões hilares ou ganglionares descobertas pela radiographia não autorisa consideral-os como signaes absolutos mas sim de probabilidade.

Não se, pode basiando-se no exame clinico, fazer o diagnostico de adeno-pathia trachio-bronquica, deve-se sempre recorrer a radiographia de frente e de perfil.

As imagens hilares ou mediastinicas patologicas são de 2 ordens: Primeiro: não homogeneas de contornos irregulares, sempre verdadeiramente parenchymatosas.

Segundo: nitidamente arredondadas. Neste caso são talvez imagens ganglionares verdadeiras.

Os autores combinando os 4 cliches de face com os 4 de perfil, realisaram 16 typos radiologicos que por commodidade didactica reduziram a 3 grupos.

*Grupo A*: compreende os individuos que pelo menos apresentam uma imagem ganglionar vista de face ou de perfil.

*Grupo B*: compreende os individuos que apresentam uma imagem no bordo externo da claridade bronquica direito, sombra allongada, não homogenia de muitos centimetros de largura, donde se irradiam as paredes pulmonares sombras sem formas definidas; a esquerda uma sombra heterogenia sobre o bordo esquerdo do coração em forma de meia lua donde se irradiam sombras semelhantes as da direita, abundantes na base.

*Grupo C*: Emfim, o terceiro grupo reúne os individuos que não tem nenhuma imagem pathologica, seja de face ou de perfil.

## ESTUDOS FEITOS POR E. RIST E LEVESQUR.

Na revista crit. de pathologia e terapeutica de Maio de 1931.

Para Parrot a adenopathia traquio-bronquica é certamente posterior a uma alteração pulmonar, por isso, disia elle; "que os ganglios do hilo são o espelho do pulmão". Rank e denominou de "complexo primario" a associação da pequena lesão pulmonar com adenopathia traquio-bronquica e que em particular a tuberculose pulmonar cavitaria do adulto não é mais que uma etapa ulterior.

Calmette no entanto admite que essa adenopathia pode ser de origem intestinal. Existe uma desigualdade de volume entre a lesão pulmonar e o tamanho dos ganglios. Estes adquirem um volume apreciavel a ponto de darem signaes radiologicos emquanto que a lesão paremquimatosa é tão pequena que seria necesario cortes seriados dos 2 pulmões para encontrar a lesão que alguns autores chamam "cancro de inoculação".

A localização do cancro de inoculação é preferivelmento nas regiões dos bordos posteriores dos pulmões na região para-hilar.

Os bacilos localizados nos ganglios do mediastino pódem ahi permanecer emkistados toda a vida; parece que são elles a fonte da granulias generalizadas das creanças, das granulias discretas localisando-se nas vicerias ou nas meninges ou mesmo em todos os órgãos, infecção dos ganglios mesentericos e dos ganglios cervicaes.

*Tuberculose intestinal.* É a mais frequente complicação tuberculose pulmonar; só em pequeno numero de casos é que pode ser diagnosticado em vida; geralmente é a autopsia que revela a extensão e a frequencia dos casos. Se encontra, de accordo com as estatisticas de D. Lawrason Brown e Sampson em 50 a 80% dos casos. Biedert fazendo 3,104 autopsias encontrou 40,7%; outros autores constataram de 2/3 a 3/4 dos casos.

*Localização:* O ponte de predilecção é o cecum, onde em 28,4% se localisa; na parte inferior do colon acendente.

*Vias de penetração:* Tubo digestivo, vasos sanguinios e ganglios lymphaticos. Sendo os pulmões a fonte principal de infecção quando affectados. Calmette constatou que os bacilos penetram na mucosa intestinal atravez do epithelio intacto graças a acção phagocytaria das celulas migradoras que franqueiam os espaços inter-celulares; esta penetração é mais energica ao nivel dos foliculos lymphaticos e das placas de Peyer, Lawrason e Sampson constataram que nas mulheres estas lesões são mais frequentes, 78,6%; nos homens 69,6%.

*Diagnostico diferencial:*

As molestias que determinam a adenopathia trachea bronchica são varias:

1.º As molestias cronicas broncho-pulmonares, a coqueluche a variola etc.

- 2.º As leucemias
- 3.º Os tumores
- 4.º A syphilis
- 5.º A molestia de Hodgkin
- 6.º A tuberculose

Na infancia porem é quasi sempre a tuberculose a causadora dessas adenopathias.

Em nosso caso tambem trata-se da tuberculose senão vejamos. As adenopathias determinadas pelas molestias chronicas nunca apresentam os symptomas que no nosso caso se apresentam, salvo se houver uma reinfeção determinada por outros germens.

2.º com as leucimias tambem nos baseando na contagem globular podemos afirmar que não se confunde.

3.º Os tumores que dão de preferencia metastases por via lymphtaica são as carcinomas, mas na idade que a nossa enferma se acha esses tumores são raros e mesmo porque não ha signal nenhum de tumor.

4.º A syphilis tambem podemos excluir não só por não apresentar passado luetico, assim como as adenopathias de causa luetica não apresentam os caratères dos que no nosso caso encontramos e mesmo porque os symptomas não são communs á lues; ainda mais com a R W levemente positiva não produz symptoma dessa natureza.

5.º Resta a molestia de Hodgkins: o diagnostico differencial com essa molestia ás vezes é difficilimo clinicamente e só a biopsia é que pode dizer a ultima palavra no entanto no nosso caso, baseando-nos em varios factos podemos clinicamente falando fazer o diagnostico.

1.º Apesar dos ganglios apresentarem os mesmos caratères de tamanho, consistencia e mobilidade com relação ao tegumentos correspondentes; os mesmos na molestia de Hodgkin são em cacho, no nosso caso são seriados e existe um na região cervical ligeiramente amolecido que é a tendencia á caseificação na adenopathia dessa natureza, na molestia de Hodgkin a tendencia é á fibrose.

2.º Alguns autores citam a monocitose como sendo um caracteristico na molestia de Hodgkin, não posso afirmar se isso se dá ou não ao certo, mas a verdade é que no nosso caso não encontramos monocytose como se poderá ver na contagem global.

3.º As imagens ganglionares ao Raio X na molestia de Hodgkin formam massas compactas, semelhantes ás imagens dos tumores ou as aneurysmas; no nosso caso como verificámos nas radiographias são de limites nitidos. Ainda mais, nos baseando nos antecedentes de familia podemos afirmar com grande probabilidade se tratar de adenopathia tracheo bronchica de origem tuberculosa clinicamente fallando.

Não entro em considerações sobre Therapeutica do caso porque em qualquer tratado sobre a arte de formular encontramos mais ou menos bem descriptas.

## Contagem Global

1.<sup>a</sup> 17-2-33

Glob. vermelhos 2.288.000 por mm.<sup>3</sup>  
 » brancos 9.800  
 Hemoglobina 48%

Valôr globular 1,1  
 Contagem Especifica  
 Basophilos — : 0

Eosinophilos — : 5,5

neutrophilos	{	myelocytos	0,5	}	66,0	}	71, 5%
		formas jovens	6,0				
		nucleo em bastão	11,5				
		» segmentado do	48,0				

lymphocytos	{	pequenos	23,5	}	26,5	}	28, 5%
		grandes	2,5				
		monocytos	2,5				

Intensa anisocytose, polychromatophilia, poikilocytose discreta; normo-  
 blastos — : 0,5% 2.<sup>a</sup> 27 — 2 Glob. vermelhos 1.944.000 por mm.  
 » brancos 9.200

Hemoglobina 43%  
 Valor globular 1,1  
 Contagem especifica  
 Basophilos — 0

Eosinophilos — 3

neutrophilos	{	myelocytos	0	}	57	}	60%
		formas jovens	2				
		nucleo em bastão	11				
		» segmentado	44				

lymphocitos	{	pequenos	34	}	36	}	40,0
		grandes	2				
		monocytos	1				

Intensa anisocytose e poikilocytose polychromatophilia, muitas hematias vacuoladas.

A ultima revelou

Globulos vermelhos: 3.008000  
 » brancos 7000

Hemoglobina H%  
 Valor globular 0,71  
 Contagem Especifica  
 Basophilos 0

		Eosinophilos 9			} 72%
neutrophilos	{	myelocytos	0	}	63
		formas jovens	2		
		nucleo em bastão	4		
		» segmentado	57		
		lymphocytos	27		
		pequenos 26	}	27	} 28%
		grandes 1			
		monocytos 1			

Intensa anisocytose, poikilocytose bastante accentuada polychromatophilia, muitas hematias com granulações basophilas, outras vacuoladas.

Exames de escarro { 1.º em 3-2-33 } ambos negativos  
 { 2.º em 30-3-33 }

Fézes : ascaris e ancylostoma  
 Rw: +  
 Cultura de fézes — negativos  
 urina : traços de albumina e assucar

# CONSIDERAÇÕES CLÍNICAS SÔBRE DOIS CASOS DE ANEURISMA DA AORTA ABDOMINAL

Pelos

Doutorando LUIZ M. BECHELLI E AC. OTAVIO TISI

Os dois casos apresentados referem-se a doentes observados na 2.<sup>a</sup> M. H.,  
Enf. do Prof. Rubião Meira.

## Observação I

*Data de Entrada:* 10-12-932 — *Data de Saída:* 10-4-933 —  
*Nome:* A. N. — *idade:* 35 anos — *Est. Civil:* solteiro — *Pro-*  
*fissão:* Comercio — *Nacionalidade:* Sirio — *Domicilio:* Rio Preto  
— *Procedencia:* Idem.

*Queixa e duração:* — Dôr pulsátil na região lombar ha. 1 ano e meio.

*História da moléstia atual:* — Ha um ano e meio acordou à noite com uma queimação na face anterior da coxa esquerda e também nas faces lateraes Era fraca em intensidade melhorando com massagens, desaparecendo depois de uns 5 minutos. Não sabe dizer com o que piorava; nenhum fenomeno acompanhou essa dôr. No dia seguinte pôde trabalhar sem sentir nada; durante um mez e meio passou com a dôr referida, a qual conservava sempre os mesmos caracteres. Ajuntou-se por esse tempo adormecimento em todo o membro inferior, sentindo dificuldade em executar qualquer movimento. Fazia massagens ou então colocava compressas quentes sobre o membro inferior, melhorando com isso.

Depois de um mez e meio a dôr e formigamento começaram a aparecer também durante o dia, aumentando gradualmente o tempo de duração, até que de 10 mezes para cá essas perturbações tornaram-se contínuas. Nada fazia melhorar; só embriagando-se com aguardente conseguia isso. Peiorava com os movimentos, os quaes podia executar com alguma dificuldade.

Um mez depois de se ter iniciado a perturbação no membro inferior esquerdo começou a sentir dôr na região lombar.

Essa dôr apareceu sem nenhuma razão aparente (exercício fisico, mau geito, queda, etc.). Era de fraca intensidade, continua, não o tendo abandonado até hoje, irradiando-se ás vezes para a direita. O doente compara essa dôr a um tumor que esteja pulsando (sic). No inicio acompanhando essa dôr sentia uma pressão no peito, tendo a im-

pressão de ter sobre ele um peso de 10 kilos. Nada fazia melhorar essa dôr, a não ser o decubito dorsal com a perna esquerda cruzada sobre a direita, fletida, melhorando muito pouco nessa posição; piorava com o menor exercício. Era impossível abaixar-se para pegar qualquer objeto no chão, porque a dôr na coluna se acentuava extraordinariamente.

Essa dôr foi aumentando de intensidade, sofrendo exacerbações com os movimentos, razão porque foi obrigado a abandonar o serviço depois de 3 mezes. Tratou-se com um medico e farmaceutico tendo tomado injeções anti-sifiliticas (Tiozol 5 e Novasurool 20) tendo melhorado bastante. Ha 10 ou 11 mezes a dôr que se tornara branda com o tratamento acima, exacerbou-se muito, por ter andado a cavalo, dizendo que não podia apear, razão porque foi auxiliado por outra pessoa. Internou-se então na Santa Casa de Rio Preto onde fez tratamento com Aspir. Como este não desse resultado tomou 40 injeções de INa que melhorou um pouco a dôr.

Ha dois mezes o medico aconselhou a sua vinda para S. Paulo, afim de fazer tratamento mais completo. Nestes dois mezes esteve com a dôr um pouco diminuida, não tendo vindo a S. Paulo por falta de meios pecuniarios.

Os caracteres atuais da dôr são: tem a mesma localização antiga, parecendo um tumor que pulsa, irradiando-se às vezes para a direita; desapareceu a sensação de peso no torax e continúa com a dôr e adormecimento na face antero-lateral da coxa esquerda.

*Interrogatorio sobre os aparelhos:* — Não tem cefaléa. Olhos, nariz e ouvidos — nada. *Cardio-respiratório:* não tem tosse. Sente falta de ar quando faz um ligeiro exercício. Nega edema, dôres precordiais e palpitações. *Aparelho digestivo:* Tem bom apetite. Evacua uma vez por dia. *Ap. urinario:* Urina bem. Nicturia uma ou duas vezes, mas é habito.

*Antecedentes pessoais:* — Trabalhava bastante; não era etilista, porem ha uns 8 mezes atraz, passou uns 15 dias tomando diariamente um a dois copos de aguardante afim de abrandar a dôr que sentia. Antes fumava um maço de cigarros por dia. Tomava 7 ou 8 chcaras de café por dia. Nega molestia na infancia. Teve lesões sifiliticas na pele sem ter lesões primarias (sic). Tratou-se com remedio que lhe fizeram desaparecer estas lesões (em 1918). Ao mesmo tempo teve gonorréa seguida de orquite.

*Antecedentes hereditarios:* — Pais falecidos, sendo a mãe de parto e o pai de velhice. Sua mãe não teve abortos. Tem 2 irmãos vivos e fortes. Teve uma irmã que morreu com 2 anos, ignorando a causa.

#### *Exame fisico*

Individuo tipo médiolneo. Sistema piloso muito desenvolvido. Não tem edema. Paniculo adiposo e musculos pouco desenvolvidos. Siste-

ma osseo bem conformado; não tem esternalgia nem tibialgia. Infartamento dos ganglios cervicaes, axilares e inguinais. Posição no leito: decubito dorsal com os membros inferiores encolhidos ou se não com o membro inferior esquerdo cruzado sobre o direito fletido. Fica com as mãos nas costas para apoiar as cadeiras.

### *Exame especial*

*Cabeça*: — sem pontos dolorosos. Seios da face e mastóide indolores. *Facies* exprimindo dôr. *Olhos*: conjuntivas pouco descoradas. Anisocoria: pupila esquerda um pouco maior que a direita. Reflexos pupilares a luz, à acomodação e consensual presentes. *Ouvidos e Nariz*: nada de anormal. *Boca*: Dentes com implantação e conservação má, com uma raiz infectada. Labios um pouco descorados. *Lingua*: recoberta por uma camada regular de saburra, tendo impressão dentaria nos seus bordos.

*Pescoço*: Tireoide palpavel e não aumentada de volume. Aorta palpavel na furcula, chegando superiormente até o bordo superior do esterno. Vê-se a sua pulsação na furcula esternal. As carótidas pulsam violentamente. Oliver-Cardarelli ausente.

*Torax*: *Inspecção estatica*. *Face posterior*: Coluna com escoliose á direita na região dorso-lombar. Cifose localizada nas 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> lombares; além disso nota-se uma escoliose nessas mesmas vértebras. *Face anterior*: Clavicula muito saliente. Angulo de Louis não visivel. Angulo de Charpy agudo. *Inspecção dinamica*: Respiração impossivel de contar, porque o doente prende a respiração por causa da dôr. *Fremito tóraco-vocal*: normal. *Pela percussão*: Nas faces lateraes hipersonoridade nas bases. *Pela ausculta* nada.

*Coração*: Choque da ponta localizado no 5.<sup>o</sup> espaço intercostal esquerdo (posição deitada), um dedo para dentro da linha mamilar. *Pela palpação*, choque da ponta forte.

*Percussão* feita na posição deitada: pediculo da base um pouco alargado. *Coração* um pouco aumentado no seu contorno esquerdo.

*Ausculta*: Foco mitral: Ouve-se um sopro sistólico grave que se irradia para a face lateral, sendo audivel até a linha axilar anterior.

Ocupa a primeira bulha que é audivel e o 1.<sup>o</sup> silencio, sendo o sopro suave. A segunda bulha está normal.

*Foco aórtico*: Ouve-se um sopro sistólico e outro diastólico substituindo as 2 bulhas, de caracter diferente. O sopro sistólico é agudo, de intensidade regular, irradiando-se para os vasos do pescoço, sendo audivel na carótida. Irradia-se tambem para baixo em direção ao apendice xifoide.



Sopro diastólico: é um pouco mais grave do que o sopro sistólico, irradiando-se também para cima e para baixo em direção ao apêndice xifoide. Esses dois sopros têm o foco de maior intensidade no segundo intercosto direito, junto ao esterno.

Nos focos pulmonar e tricúspide ouve-se o duplo sopro irradiado do foco aórtico.

*Sinaes de insuficiencia aortica:*

- 1.º Choque da ponta cupuliforme +
- 2.º Freamto de Flint —
- 3.º Sopro +
- 4.º » de Flint —
- 5.º Dansa das artérias +
- 6.º Pulsatibilidade da aorta na furcula com duplo sopro +
- 7.º Pulso de Corrigan +
- 8.º Sinal de Musset +
- 9.º Pulso popliteo
- 10.º Pulso capilar de Quincke +
- 11.º » da uvula +
- 12.º » da lingua —
- 13.º Sinal de Landolfi —
- 14.º » de Alvarenga — Durosier +
- 15.º Doppelton de Traube +
- 16.º Pistol shot na pediosa —

Arterias radiais de paredes um tanto endurecidas; as temporais são sinuosas e regularmente visíveis, sendo um pouco duras. Os dois pulsos parecem ser isócronos. Pulso 96.

P. Art. (Tycos) = 14 — 7

*Abdomen:* Inspeção: Nota-se um tumor acima do umbigo. Esse tumor é pulsátil, notando-se bem este fenômeno quando se olha tangencialmente. Inferiormente essa pulsação não ultrapassa o umbigo, chegando superiormente até o apêndice xifoide. Lateralmente essa pulsação estende-se até um dedo transverso para dentro da linha mamilar. O tumor tem um diâmetro transversal de 12 cms. e longitudinal de 11 cms.

A pulsação é sincrônica com a sístole cardíaca, sendo, mais forte no lado esquerdo que no direito. Nota-se contração peristáltica em cima do tumor, indo do lado esquerdo para o direito.

Palpação: palpa-se um tumor na região do epigastrio, a direita e a esquerda da linha mediana, mal delimitado, porquanto dá impressão que seus bordos penetram profundamente. Superfície lisa em toda a sua extensão. Pela palpação sente-se pulsação intensa. Sente-se um fremito no contorno direito do tumor, ha uns 3 dedos transversaes do re-

bordo costal. Sente-se sobre o tumor um cordão um tanto duro, ás vezes gargarejante (Quinche); pela inspeção viu-se que tinha contração peristáltica; não se consegue delimitar para fôra do tumor o cordão que palpamos sobre o mesmo. O tumor é imóvel respiratòriamente, mesmo nos decubitos.

Pela palpação sente-se expansibilidade do tumor, palpa-se nos 3 sentidos.

Ausculta: Ouve-se permanentemente um sopro sistólico. O ponto de maior audibilidade é o mesmo em que se sente o fremito.

Pela ausculta na região lombar não se ouvia sopro. Ouvia-se uma bulha sistólica de pequena intensidade.

Palpa-se o cólon transversal em todo o seu trajeto de flexura à flexura.

Cecum e sigmoide, palpaveis, não dolorosos. Psoas esquerdo e direito dolorosos. Logo abaixo do rebordo costal, correndo sobre o tumor, palpa-se o bordo inferior do figado que não é doloroso.

Palpa-se o rim direito ptosado, pouco doloroso e imóvel. Não se palpa o rim esquerdo. Não se consegue estabelecer relação entre o tumor e o rim. Palpa-se o baço logo abaixo do rebordo, duro e cortante.

Na região lombar esquerda sente-se uma pulsação intensa tomando o angulo costo-muscular, sentindo-se até o flanco na linha axilar posterior. Dôr intensa nas segunda e terceira lombares, que são as que constituem principalmente a cifose. Ainda pela inspeção nota-se que a região lombar esquerda está proeminente e apresenta uma pulsação sistólica evidente. Nessa região ouve-se uma bulha sistólica de pequena intensidade.

Coluna absolutamente imóvel; as primeira, segunda e terceira lombares apresentam um desvio cifo-escoliótico direito. Pela palpação não se percebe retardo do pulso crural em relação ao radial.

*Exame do sistema nervoso:* — Reflexos tendinosos (patelar, aquiliano, radial, tricípital, e bicipital) presentes, assim como os reflexos cutaneos (abdominaes e cremasterino)

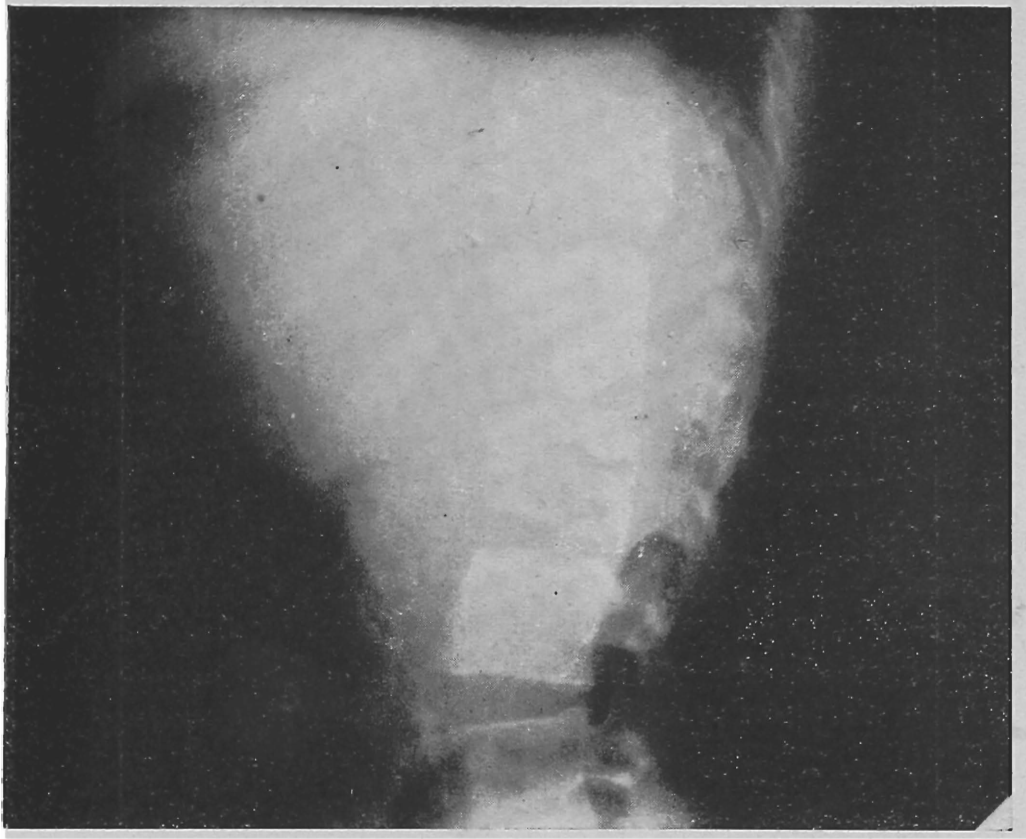
Babinski e Romberg ausentes.

Sensibilidades térmica, tátil e dolorosa diminuidas nas faces anterolateraes da coxa esquerda.

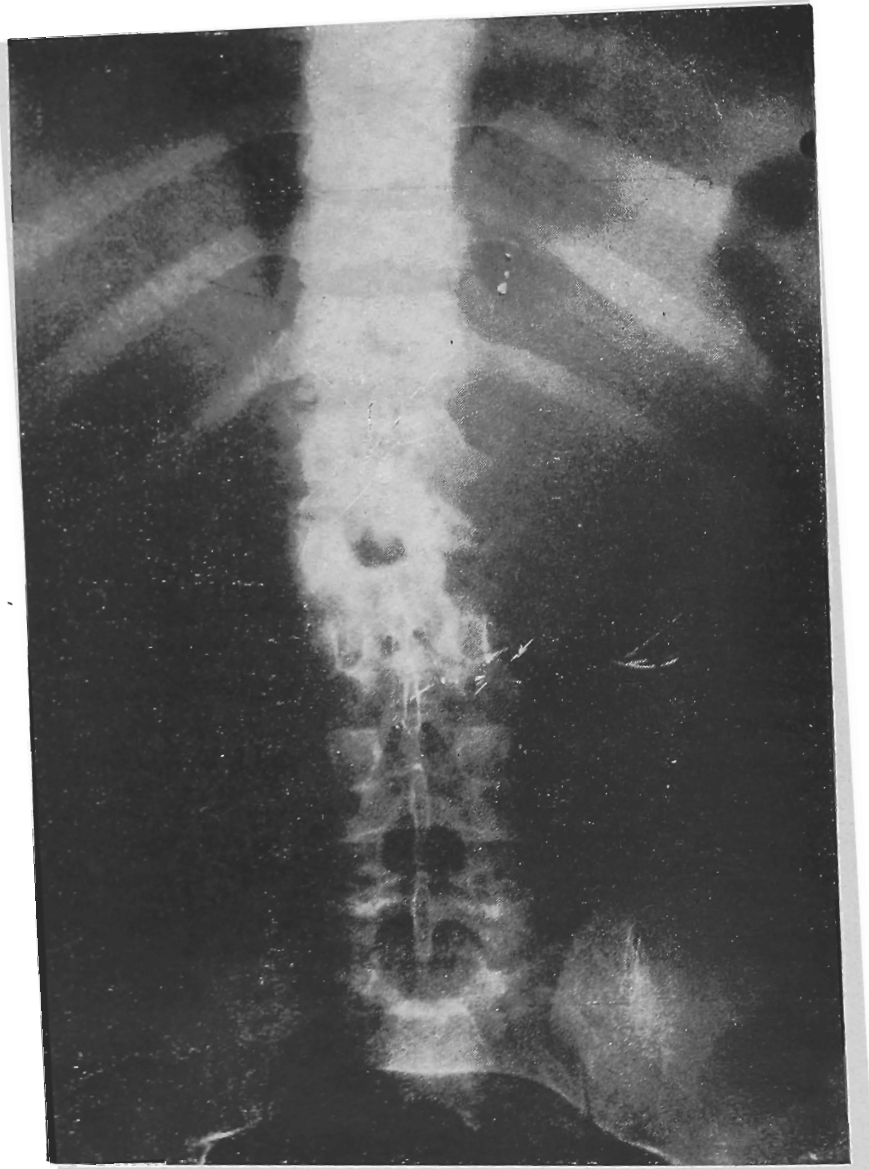
#### SENSIBILIDADE PROFUNDA

- 1.<sup>o</sup> — pela movimentação do grande artelho; integra nos 2 lados.
- 2.<sup>o</sup> — sensibilidade barestésica: integra.
- 3.<sup>o</sup> — sensibilidade dos troncos nervosos; a pressão sobre o ciático esq. no seu trajeto na coxa, determina formigamento e dormencia só na coxa. Lasegue: negativo.
- 4.<sup>o</sup> — sentido muscular: a sensação da posição no espaço está integra nos 2 lados. Diz mais ou menos a que distancia fica o

Revista de Medicina

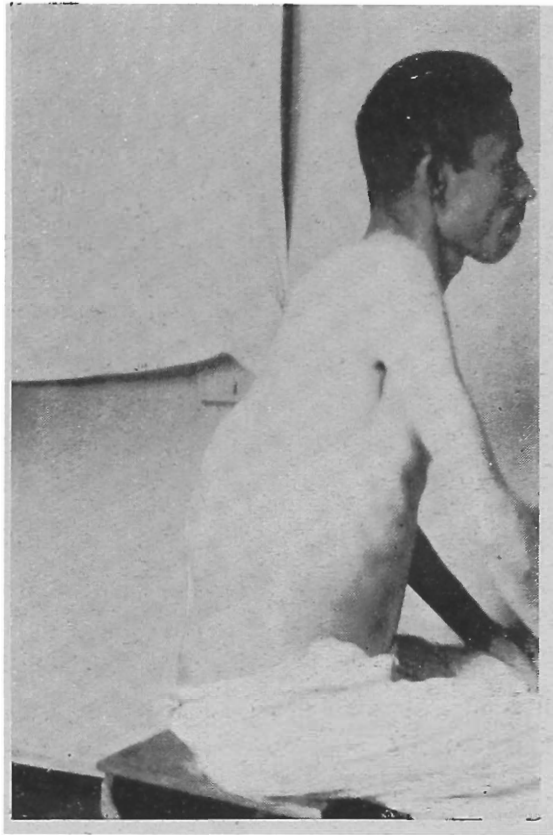


Observação I



Observação I

Revista de Medicina



Observação II



pé levantado da cama e com outro membro é capaz de reproduzir o movimento.

## EXAME DA MOTILIDADE

Tonus muscular: O tonus muscular está normal.  
Força muscular: normal nos membros inferiores.

## EXAMES DE LABORATÓRIO

*Wassermann*: + + + +.

*Exame de urina*: Dens. 1020. Alb.: traços leves. Glicose: — Sed.: Raros leucócitos. Alguns hematías. Urato amorfo e raros cristais de oxalato.

*Eletrocardiograma*: preponderancia esquerda.

*Radiografia da coluna lombar*: (14-12-32).

Erosão da porção anterior do corpo das 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> vertebrae lombares com destruição quasi completa da 3.<sup>a</sup>; espaço articular conservado.

Pequeno osteofito na porção anterior e superior do corpo da 5.<sup>a</sup> lombar. (Sinais radiológicos de aneurisma abdominal com atrofia por compressão das 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> vertebrae lombares).

*Radiografia do coração e aorta descendente*: (10-3-33)

Aumento da area cardiaca; hipertrofia das cavidades direitas e ventriculo esquerdo.

Aorta alongada e sinuosa. Aortite cronica. (Dr. C. Campos).

*Dosagem de uréa*: 0,57‰.

*Prova d'agua*: Em 2,30 horas eliminou 1.441 cc. de urina tendo a densidade chegado a 1.000.

Administração do liquido (1.500 cc. de agua), das 8,30 ás 8,45.

Hora	Quantidade	Densidade
9,15	140 cc.	1.002
9,45	400 cc.	1.000
10,15	420 cc.	1.000
10,45	390 cc.	1.002
11,15	46 cc.	1.010
11,45	45 cc.	1.012
	<hr/> 1.441 cc.	

Prova de concentração: não foi feita, pois a densidade que tomamos de uma urina era de 1.026.

*Diagnóstico*: — Aneurisma da aorta abdominal. Insuficiencia aortica. Sifilis.

## Observação II

A. N., solt., brasileiro, 35 anos de idade, vendedor ambulante.

Data de entrada - 2-1-933. Proc. : Mogí das Cruzes.

*Queixa e duração* — Dôr na região lombar e virilha esquerda, ha 8 mezes.

*História da moléstia atual* — Ha 8 mezes, amanheceu um dia com dôres fracas, na região lombar. A dôr era contínua, fraca, latejada quando em repouso, de pontada quando fazia movimentos. Não tinha irradiação. Não foi precedida nem acompanhada por nenhum outro fenomeno. A intensidade da dôr aumentava quando fazia movimentos com o corpo, quando tossia, emfim sempre que fazia esforços. Como no inicio a dôr não o incomodasse demasiado continuou a trabalhar.

A posição que abrandava a intensidade da dôr, era o decubito lateral esquerdo incompleto, com o corpo em arco, com a concavidade voltada para a esquerda. Não cessando a dôr, tomou uns remedios (não sabendo informar quaes foram), sentindo um certo alivio.

Ha 6 mezes a dôr irradiou-se para a virilha esquerda, sendo os caracteres da dôr semelhantes aos da região lombar.

A intensidade da dôr, que até essa ocasião era fraca, começou a aumentar e ha 4 mezes foi obrigado a abandonar o trabalho, mesmo porque sentia "dureza" na virilha, que entravavam as pernas.

Ha 3 mezes entrou para esta Enfermaria donde saiu depois de 2 mezes; mas 15 dias após ter sahido voltou novamente por se lhe terem exacerbado as dôres, que se tinham abrandado durante sua estadia nesta enfermaria.

*Antecedentes pessoais* — nada refere digno de nota.

*Antecedentes famil. e hered.* : — nada refere.

*Interrogatório dos diferentes aparelhos.* - não foi apurado dado de valia.

*Exame fisico* — Individuo de tipo longilineo, emagrecido, musculos pouco desenvolvidos. Decubito lateral esquerdo incompleto. Marcha : pende o corpo para a esquerda.

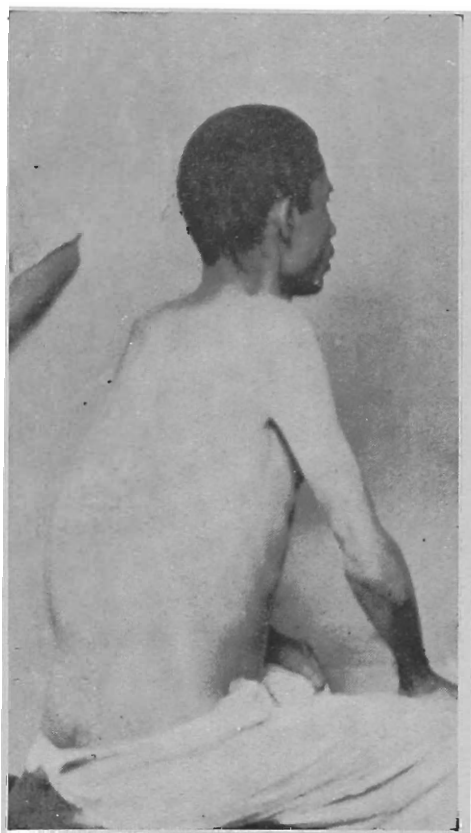
A percussão ligeira da coluna vertebral é indolor. É dolorosa a percussão do flanco esquerdo. Mucosas visiveis ligeiramente descoradas. Ganglios epitrocleanos e inguinaes palpaveis duros e indolores.

Artéria radial ritmica, isócrona, depressivel, pulsando 114 vezes por minuto. Não foi notado retardo entre a pulsação da radial e da femural.

*Exame especial* — Notaremos nesta parte sòmente o que de mais importante foi observado.

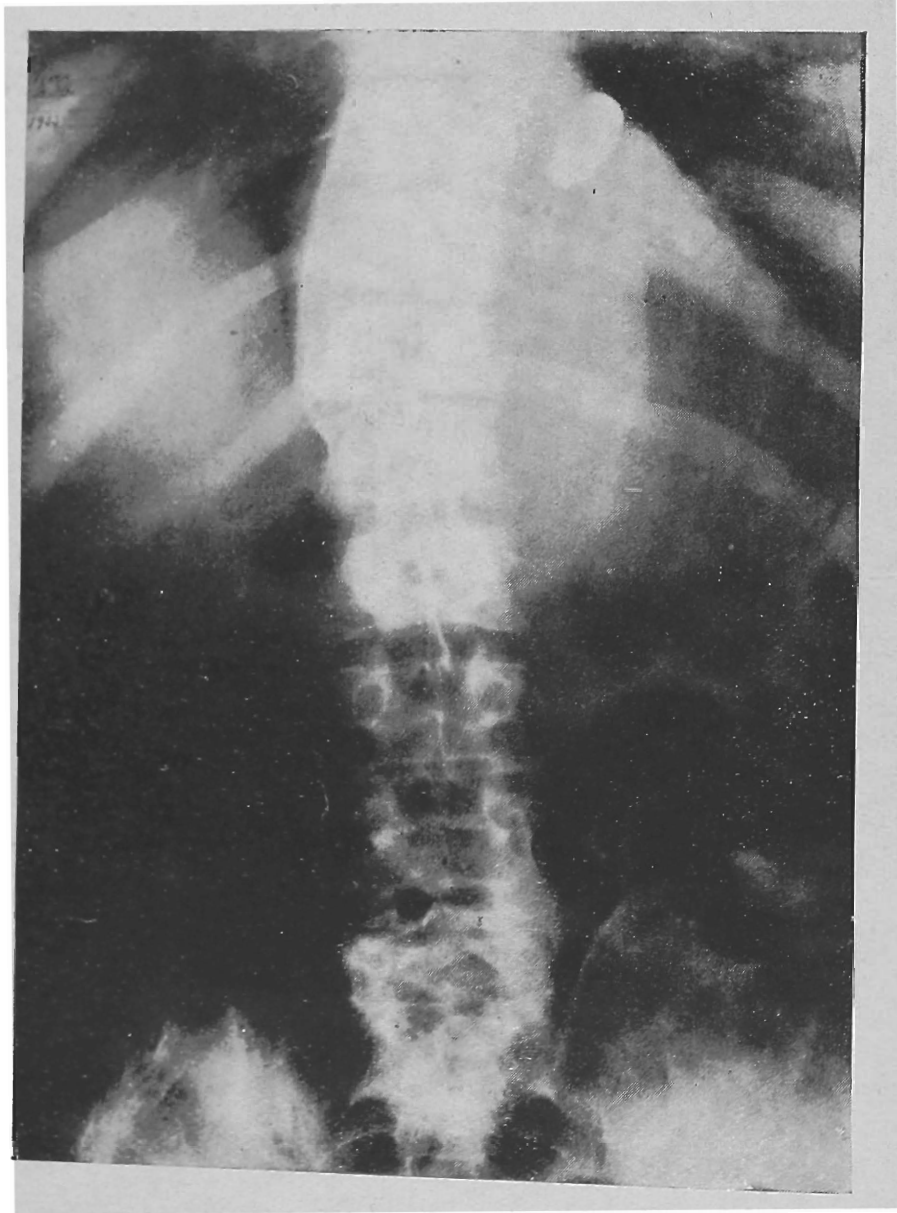
*Abdomen* — À inspecção nota-se uma pulsação situada no terço superior do epigastrio, metade superior do flanco esquerdo, transmitindo-se até a região lombar parte superior. À palpação sente-se um





Observação II

Revista de Medicina



Observação II

tumor de paredes lisas, de consistencia elastica, pulsatil, expansivo, ligeiramente doloroso à palpação leve. Na região epigastrica sente-se um fremito sistolico, não muito intenso, localizado. O tumor não é movel com os movimentos respiratórios, nem manualmente.

A mão colocada sobre o tumor sente uma pulsação, sincronica com o choque da ponta. A area ocupada pelo tumor é delimitada pelas seguintes linhas: inferiormente, uma linha de concavidade superior, como que abraçando o apendice xifoido, e distante dele cerca de 4 cents.; esta linha continua margeando o rebordo costal esquerdo e fica distante dele cerca de 4 cents. Para cima o tumor junta-se ao rebordo costal, não sendo possivel perceber o limite pela palpação. Na altura da linha axilar anterior e distante do rebordo costal cerca de 12 cents., o tumor apresenta uma chanfradura, e em seguida uma concavidade para a esquerda continuando-se por uma linha reta para a região lombar até a coluna vertebral. O bordo posterior do tumor encosta-se à coluna vertebral.

À ausculta, ouve-se na região epigastrica um sopro sistolico, sem propagação; e no restante uma bulha sistólica.

*Exames de laboratório:*

R. de Wassermann: + + + +

Electrocardiograma — normal

Exame de urina — normal

Dosagem da uréa no sôro — (15-3-33) — 0,50 grs. ‰.

Radiografia da coluna dorso-lombar — (3-1-33) Corrosão da parte anterior do corpo da 1.<sup>a</sup> vertebra lombar, XI e XII dorsais. Escoliose com o angulo ao nivel da XII V. D. Sinais de ectasia da aorta abdominal em sua primeira porção. (a) Dr. Eduardo Cotrim.

*Díagnóstico: aneurisma da aorta abdominal — sífilis.*

Considerando as anamneses fornecidas pelos pacientes, dois fatos ressaltam imediatamente: a dôr na região lombar e a sua irradiação para a coxa, de intensidade crescente com o progredir da molestia. Com efeito, no caso I tinhamos formigamento e dôr nas faces lateraes e anterior da coxa esquerda; no caso II dôr na região inguinal e coxa esquerda. A face anterior da coxa é inervada pelos filetes sensitivos do nervo genito-crural e crural; as faces externa e a interna são inervadas respetivamente pelo femuro-cutaneo e obturador. Quanto à região inguinal, recebe os seus filetes dos nervos abdómino-genitales. Pois bem, todos esses nervos originam-se do plexo lombar e uma neuralgia dos mesmos deve ser relacionada a uma compressão por um tumor com séde na região lombar esquerda, pois os fenomenos passam-se nesse lado. Os pacientes queixam-se de dôr na região lombar, que eles comparam a uma dôr pulsatil, incomodando-os continuamente.

te e sem fases de acalmia: quando existe uma dôr intensa, duradoura, tanto na região dorsal como lombar, que não cede a nenhum medicamento, devemos ficar de sobreaviso, pois essa dôr pode ser a expressão de uma compressão, e a compressão é mais frequentemente exercida por um aneurisma. Pela anamnese podíamos pois suspeitar da existencia de um aneurisma.

O exame fisico revelou o seguinte: no caso II palpa-se da região epigastrica até a região lombar um tumor pulsatil, com expansibilidade, fremito, ouvindo-se um sopro sistólico e bulha sistólica. No caso I encontramos os mesmos sinais, porem limitados somente á região epigastrica e região lombar, na qual a lordóse habitual fora substituída por uma cifo-escoliose.

Com esse quadro impõe-se o diagnóstico de aneurisma. Contudo na pratica os aneurismas não se apresentam com fenomenologia e sinais propedêuticos tão evidentes como nos casos apresentados. Ha casos em que esse diagnostico oscila entre o aneurisma e outras afecções e justamente sobre esse diagnóstico diferencial vamos nos deter.

Assim, considerando as pulsações epigastricas, são frequentes os erros de diagnóstico, podendo-se considerar aneurismatico um individuo com pulsações nervosas da aorta ou com uma arterioesclerose. Mesmo Laennec incidiu nesse erro, diagnosticando aneurisma em um doente que apresentava pulsações epigastricas post-febrís, pulsações essas que desapareceram pouco tempo depois.

As pulsações epigastricas podem ser:

- 1.º neuropaticas
- 2.º transmitidas por tumores em contato com a aorta
- 3.º por arterioesclerose aortica deformante
- 4.º por aneurisma

As pulsações neuropaticas são comuns nas jovens históricas, nos moços neuropaticos especialmente sofrendo de gastropatias; reconhecem-se essas pulsações seja pela idade em que se apresentam, seja pelas condições neuropaticas dos individuos atingidos, bem como pela transitoriedade e mutabilidade da pulsação.

Segundo Luton são pulsações violentas que se constataem em certos individuos no trajeto da aorta abdominal, sem que existam lesões materiaes do vaso. Geralmente é o proprio doente que nota esses batimentos, procurando o medico: este então, pela inspecção e pela palpação constata no epigastrio ou mais abaixo os batimentos em questão; em taes casos pode o individuo sentir dôr e o médico, ouvindo um sopro, fica extraordinariamente embaraçado no seu diagnóstico: isso porque a artéria pulsando exageradamente, basta a mais leve pressão para que se tenha a formação de turbilhões e portanto do sopro. Nesses casos a observação mostra que a pulsação epigastrica, quando de origem nervosa, não ultrapassa 1,5-2 cms; alem disso esses

batimentos sobrevêm por períodos; eles podem durar mezes, aparecer bruscamente e curar-se da mesma maneira.

O diagnóstico diferencial do aneurisma com os tumores que repousam sobre a aorta e transmitem a pulsação desta, tem a mesma importância, porque diagnosticando-se um tumor retro-peritoneal pode-se tentar a operação, e sendo um aneurisma o prognóstico muda. Esse diagnóstico diferencial é difícil sob o ponto de vista clínico, prescindindo-se do auxílio da radiografia. Cardarelli em uma de suas lições sobre aneurisma, nos ensina os critérios que devemos seguir: «Existem, diz ele, certos criterios falhos. Por exemplo o criterio do pulso: se o pulso das artérias situadas abaixo da tumefação pulsátil é pequeno e retardado, então teremos o aneurisma; se não está modificado então é tumor. Isso porem não é verdade, porque um tumor que faz pressão sobre a aorta pode produzir um certo retardo nas artérias que estão abaixo; portanto esse criterio do pulso não tem nenhuma importância.

Outro critério consiste em explorar a pulsação na posição genu-peitoral: se ela desaparece quer dizer que o tumor repousava sobre a artéria; se não se modifica é um aneurisma. Isso não é exato, pois se o tumor está em relação com a artéria com esta contrae adherencias, isto é, forma um todo unico, que não se modifica com as mudanças de posição; esse critério só terá valor no caso em que cessam as pulsações, mas se estas continuam nada se pode deduzir.

Os critérios mais positivos aos quaes devemos recorrer são os seguintes: primeiramente é a pulsação expansiva, que se verifica em todos os sentidos, de cima para baixo, lateralmente e de traz para frente. Essa pulsação em todos os sentidos somente um aneurisma pode apresental-a; o tumor dá uma pulsação que se propaga em um unico sentido. Um segundo critério é a qualidade da pulsação, critério esse percebido quando se tem uma certa pratica de palpação; consiste em se distinguir a pulsação do aneurisma daquela que se percebe com os tumores. A pulsação do aneurisma é lenta, expansiva; quanto mais se faz pressão com os dedos melhor se percebe a expansão da pulsação. A pulsação comunicada, como no caso dos tumores, assemelha-se a um levantamento. Este meio propedeutico é falho quando se trata de coleções liquidas, em que a pulsação é expansiva porque é recolhida por uma massa liquida. Quando o tumor é solido a pulsação é limitada, não expansiva.

Finalmente temos um terceiro critério, que considero o mais positivo: quando se exerce uma forte pressão sobre o tumor, desaparece a pulsação sob os dedos, e depois tambem a pulsação das arterias femuraes. Na aorta dilatada não se consegue facilmente suprimir a pulsação, justamente porque é difícil exercer uma compressão completa».

Entre os tumores do epigastrio podemos encontrar sarcomas que são pulsateis por si; apresentam ainda expansibilidade identica à dos

aneurismas. A diferenciação nestes casos é bastante difícil, mas devemos ter presente que sómente os grandes sarcomas apresentam a expansibilidade; de outro lado quanto maior fôr o aneurisma menos nitidos serão os seus sinais. Esse diagnostico diferencial é facilitado pelos outros fenomenos que sóem acompanhar os tumores.

Quanto às pulsações epigastricas por arterioesclerose aortica deformante, podem ser confundidas com as pulsações do aneurisma da aorta abdominal. Na arterioesclerose as artérias tornam-se mais superficiaes e mais longas: a aorta abdominal esclerosada, não podendo extender-se em linha réta, deforma-se e constitue uma curva de concavidade para a coluna vertebral e com a convexidade para a direita e anteriormente, conseguindo-se frequentemente palpá-la como um coração duro. Nesses casos os individuos apresentam arterioesclerose das temporais e humerais. Falta em geral o sintoma mais importante para o diagnostico de aneurisma, a dôr. Para Cardarelli a ausencia da dôr faz perigar o diagnóstico de aneurisma. Contudo, nos processos pronunciados de arterioesclerose abdominal pode existir a dôr, que é a expressão da pulsação exagerada da artéria. Na arterio esclerose ha impressão de uma pulsação rapida; no aneurisma a pulsação é lenta e expansiva.

A medida que falamos no valor das pulsações epigastricas, deixamos entrever em que condições elas concorriam para o diagnóstico de aneurisma. Nos dois casos apresentados vimos a serie de fenomenos que nos levaram ao diagnóstico de aneurisma, não sendo necessario voltarmos a eles. Diremos apenas algumas palavras sobre o sopro sistólico, que se ouve à auscultação da região onde tem séde o aneurisma, sinal esse que é levado em muita consideração por alguns semiologistas. Aplicando-se o estetoscópio diretamente sobre a aorta, sempre se exerce uma certa compressão; esta, embora muito leve, determinará uma interrupção da corrente e portanto um sopro, independente da existencia de um aneurisma. O estetoscópio deve ser aplicado sobre um ponto no qual não é possível exercer pressão sobre a artéria pulsátil, por exemplo sobre o arco costal, em correspondencia do nível da pulsação. Neste caso a auscultação do sopro tem valor.

Quanto ao fremito, não sendo senão a sensação táctil do sopro, a leve pressão que determina este ultimo, vae gerar também um fremito. O Prof. Almeida Prado, em seu recente artigo sobre aneurismas, cita um caso no qual sentia-se um fremito sistólico pela palpação da aorta abdominal, fremito esse sómente perceptível pelos dedos que ficavam ajusante do ponto em que a ação compressora manual mais se fazia sentir. A radiografia mostrou tratar-se de uma ectasia simples da aorta.

A corrosão dos corpos vertebraes é elemento de valia no diagnostico; essa corrosão pode ser vista nos dois casos.

Feito o diagnóstico de aneurisma precisamos fazer o

#### DIAGNÓSTICO DA SÉDE

Diagnostica-se a séde de um aneurisma pelos fenomenos de compressão e pelo ponto do abdomen em que a reconhece a exploração física. Podemos considerar como séde do aneurisma as seguintes artérias:

1. tronco celiaco
2. ramos do tronco celiaco: hepatica, esplenica e coronaria estomaguica.
3. mesentérica superior
4. renal esquerda
5. aorta abdominal, porção sub-diafragmatica.

O aneurisma do tronco celiaco é extremamente raro; encontra-se atraz do lobo hepatico esquerdo, mas devido à sua forma esférica pode tornar-se muito superficial e nitidamente delimitavel por meio dos dedos. Contrariamente ao aneurisma da aorta abdominal, ele apresentaria um certo grau de deslocabilidade respiratoria.

Quanto aos aneurismas dos ramos do tronco celiaco, podemos afastar a séde na arteria hepatica, pois localisam-se a direita, levantando o figado, geralmente dando ictericia e ascite. Os aneurismas da esplenica são raros e simulam um tumor do baço, podendo produzir dôr no hipocondrio esquerdo. Os aneurismas da coronaria estomaguica determinam gastralgias relacionando-se ou não com os alimentos; simulam tumores do estomago, localizados na pequena curvatura.

Os aneurismas da artéria mesentérica superior são excessivamente raros; localisam-se geralmente na região umbilical; tem o caracteristico de serem extremamente moveis, podendo-se deslocar seja para a direita como para a esquerda.

Os aneurismas da arteria renal são igualmente raros. Produzem uma lombalgia cronica contínua; ha hematuria que se manifesta por acéssos e perturbação da função renal. Às vezes o aneurisma é palpavel na região lombar. O diagnóstico é possivel quando se trata de um tumor pulsatil, que apareceu em seguida a um traumatismo acompanhado de hematuria.

Os aneurismas da aorta abdominal fazendo proeminencia no epigastrio, tem a sua séde geralmente entre o tronco celiaco, arteria renal e mesentérica superior. Caracterisam-se pela grande variedade de fenomenos dolorosos, o que se explica pelo numero consideravel de elementos nervosos contiguos à região e que podem sofrer a compressão pelo sacco aneurismatico. Um dos fenomenos dolorosos mais encontrados é a nevralgia lombo-abdominal, contínua ou por acessos, podendo se irradiar aos flancos, às fossas iliacas, ao escroto, perineo e membros inferiores. Essas reações dolorosas tem uma evolução progressiva, sem

periodos de acalmia. Para o lado dos orgãos podemos ter sintomatologia dolorosa simulando as cólicas renaes e hepaticas, afecções gastralgicas intensas e syndromes intestinaes dolorosos com descargas diarreicas. Exerce compressão nas vértebras corroendo-as, podendo ulteriormente chegar a comprimir a medula. Ao exame fisico nota-se muitas vezes um tumor pulsatil, tendo como séde a região epigastrica, dependendo a sua exteriorisação do tamanho do sacco aneurismatico.

Acabamos de ver a sintomatologia do aneurisma da aorta abdominal logo abaixo do diafragma e tambem dos aneurismas que dela se originam. Os aneurismas do tronco celiaco, dos seus ramos e da mesentérica são eliminados do diagnóstico, pois os seus sintomas não se encaixam no quadro clinico apresentados pelos nossos doentes. Ficam de pé, para o diagnóstico, os aneurismas da artéria renal esquerda e da aorta abdominal: tanto um como outro determinam lombalgias e são susceptiveis de serem percebidas na parede anterior do abdomen, sem perder o contato com a região lombar. Contra a hipótese de aneurisma da renal temos a ausencia de perturbações da função renal. A favor do diagnóstico de aneurisma da aorta abdominal, temos no caso I um tumor pulsatil palpavel no epigastrio e avançando a esquerda e a direita da linha mediana: para Cardarelli esse fato indica aneurisma da aorta, logo após a sua saída do diafragma. No caso II, em que havia um tumor pulsatil que era palpavel desde o epigastrio até a região lombar, contornando o hipocondrio esquerdo, o diagnóstico de aneurisma da aorta tambem se impõe, sobretudo devido ao tamanho do sacco aneurismatico. Esse fator, tamanho de aneurisma, é de importancia no diagnóstico: o Prof. Miguel Couto cita um caso em que existia um enorme sacco aneurismatico, que estava colocado no hemiabdomen direito. Apesar de numerosos dados a favor de aneurisma da artéria renal, decidiu-se a favor da localisação aórtica somente devido às dimensões do aneurisma, diagnóstico esse que foi confirmado posteriormente pela autopsia.

#### EVOLUÇÃO E RUTURA

O aneurisma tem um crescimento contínuo, esse crescimento podendo se fazer ininterruptamente ou por etapas. Quanto menor é a artéria e mais longo o tracto dilatado, tanto mais longamente as condições do aneurisma permanecem invariaveis. Nos aneurismas sacciformes as condições são mais desfavoraveis, especialmente naqueles com um cólo largo, através do qual pode penetrar uma forte torrente sanguinea e exercer a sua ação dilatadora. Esses aneurismas tem uma evolução progressiva e são sujeitos tanto mais facilmente à rutura quanto menor é o seu volume.

Nos casos apresentados observamos as seguintes evoluções:



## EVOLUÇÃO DO CASO I

Do dia 10-12-32 até 28-12-32 tem passado como antes da entrada nesta Enfermaria. Tem tomado injeções diárias de Iodeto de Sodio na veia e Hidróxido Bismuto duas vezes por semana. A unica melhora que sentiu foi uma diminuição pequena da dôr na região lombar esquerda.

Sopro sistólico na região lombar.

Dia 28-12-32: Começou a sentir dôr na região lombar direita: essa dôr antes aparecia como irradiação da dôr que sentia na região lombar esquerda; agora tornou-se constante. Tem os mesmos caracteres da dôr na região lombar esquerda, isto é parece um tumor que pulsa.

Dia 31-12-32: Continua com a dôr na região lombar dir., a qual o tem incomodado dia e noite. Tanto essa dôr como a da região lombar esquerda são mais intensas à noite.

Quasi todas as noites o doente toma injeção de Pantopon para dormir.

Dia 11-2-33: O doente tomou 42 injeções de INa e 8 inj. de Hidróxido Bismuto (estas foram prescritas 3 vezes por semana). Desde o dia 15 de Janeiro, a medida que ia tomando as injeções, começaram a melhorar as dôres nas regiões lombares direita e esquerda, tanto que atualmente essas dôres são muito leves. Pode dormir regularmente à noite, dispensando desde dia 15 de Janeiro o uso de Pantopon, coisa que lhe era impossivel antes.

Dia 22-2-33: Continua melhorando das dôres nas regiões lombares. O doente tomou até hoje 12 inj. de Hidróxido de Bis. e de Iodeto de Sodio 52 inj.

Hontem iniciou o tratamento brasileiro para aneurisma, com o Dr Livramento (aplicações de correntes galvanicas).

O esquecimento na coxa esquerda está um pouco melhorado.

Dia 9-3-33: A dor na região lombar está muito melhorada: acha que melhorou 70 a 80% em relação ao que estava antigamente. O esquecimento da coxa esquerda está mais ou menos o mesmo.

Tomou 66 inj. de INa e 18 de Hidróxido de Bismuto; 7 aplicações de correntes galvanicas.

Dia 10-4-33: Continua na mesma quanto ás dôres, isto é muitissimo melhorado (ver dia 9-3-33).

Tem esquecimento na coxa esquerda, mas só depois de andar um pouco.

Tomou 89 injeções de Iodeto de Sodio e 31 injeções de Bismuto (hidroxido).

Foram-lhe feitas 16 aplicações do tratamento brasileiro de aneurisma (correntes galvanicas).

## EVOLUÇÃO DO CASO II

Dia 15-1-33: Aumento da area pulsatil. 18-1-33 — Continúa o aumento da area pulsatil. As dôres tem aumentado de intensidade. (Fotos. 3-4-5)

Dia 1-3-33: Continua o aumento da area pulsatil. O tumor já faz saliencia na região lombar (v. fot.) Quando palpavamos o tumor o paciente dizia que não sentia que nós o estavamos palpando. Pesquisada a sensibilidade térmica, tactil e dolorosa, constatamos ausencia dessas sensibilidades na região lombar esquerda e nas faces anterior e externa da coxa esquerda.

Constatamos tambem a atrofia de todo o membro inferior esquerdo, e edema da face dorsal do pé esquerdo.

Por essa ocasião o paciente já não podia ficar no leito na posição que foi descrita no inicio. A posição é agora o decubito lateral direito incompleto.

Dia 15-3-33 — Amanheceu com febre e delirante.

» 16-3-33 — Desaparecimento da febre e do delirio.

» 20-3-33 — Exitus ás 10 horas da manhã.

Nesse mesmo dia foi feita a necrópsia.

Nome: A. N. — Idade: 37 anos — Dia do óbito: 20-3-33 (10 hs) — Dia da necropsia: 20-3-33(15,40 hs) — Necropsiante: Dr. C. Mignone — No. da necropsia: SS-3104/33 — Raça: branca — Sexo: masculino — Nacionalidade: brasileira — Clinica: 2.<sup>a</sup> M. H. (Santa Casa)

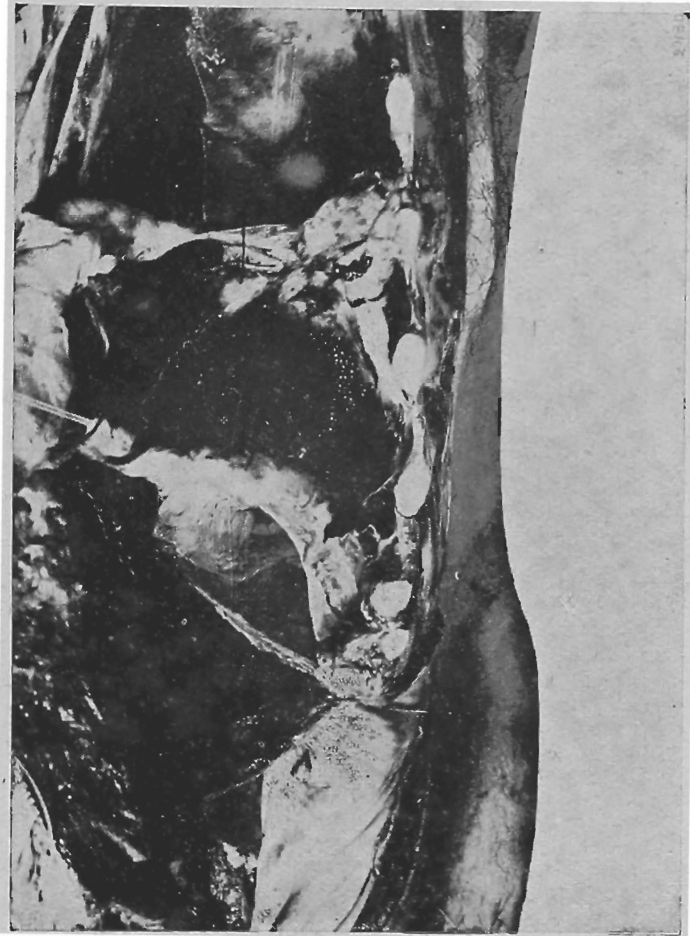
## RELATÓRIO DA NECRÓPSIA

*Generalidades:* Cadaver de adulto do sexo masculino, côr branca, medindo 162 cms. de comprimento.

Cabeça simetrica, revestida por cabelos curtos e negros. Palpebras semi-cerradas. Córneas brilhantes, pupilas igualmente dilatadas. Nariz, bôca e ouvidos nada mostram de particular. Dentes cariados e mal conservados. Pescoço fino e cilindrico. Torax mesoestenico, simétrico, mostrando os espaços intercostaes ligeiramente deprimidos. Abdomen ligeiramente abaulado; na região lateral esquerda do abdómen nota-se externamente um abaulamento mais evidente na sua parte posterior. Genitales externos e anus nada digno de nota. Rigidez cadavérica ausente.

*Cabeça:* Cranio bem conformado. Paredes ósseas finas e resistentes. Dura-mater de aspeto normal.

*Encéfalo:* Peso 1400 grs.



Observação II

Debaixo para cima vemos :

- a) Porção do aneurisma situada abaixo do diafragma
- b) cavidade aneurismática situada entre o plano muscular e a pleura diafragmática.
- c) cavidade pleural esquerda onde existia um derrame sanguíneo consequente a rutura do aneurisma nessa cavidade.



Observação II

**Cerebro:** Leptomeninges finas e transparentes. Vasos da base de aspecto normal. Hemisférios cerebraes simétricos e de consistencia firme. Os cortes frontaes nada mostram de particular.

**Rombencefalo:** Nada mostra digno de nota.

**Orgãos do pescoço:** Nada digno de nota.

**Cavidade toracica:** Area cardiaca recoberta parcialmente pelos pulmões. Pleura direita livre de adherencias. A cavidade pleural esquerda acha-se ocupada por um grande coagulo sanguineo. A pleura parietal esquerda na base, proemina fortemente para cima e para dentro, formando um grande abaulamento que comprime o pulmão do mesmo lado para cima e para dentro em direção ao hilo pulmonar. O abaulamento da pleura, na base, é dado por uma massa tumoral que à palpação apresenta consistencia hidrica. Pericardio liso e brilhante, contendo normal quantidade de liquido.

**Pulmão direito:** Pesa 420 grs. Mede 21x12x6 cms. Pleura fina e lisa. A superficie de corte mostra-se de coloração vermelha escura no lobo inferior e roseo palida no superior, tendo disseminado em toda a sua extensão um pontilhado fino e negro.

**Pulmão esquerdo:** Pesa 320 grs. Mede 14x12x5,5 cms. O pulmão esquerdo tem o seu lóbo inferior quasi desaparecido, atelectasico, por compressão exercida através da pleura parietal da base, como já ficou dito mais atraz. Adere fortemente à base deste lobo uma membrana espessada, de superficie lisa, podendo-se entretanto em alguns pontos se separar dela, a pleura visceral do orgão. O aspecto do parenquima pulmonar no lobo superior é esbranquiçado e esponjoso.

**Coração:** Pesa 280 grs. Mede 9x9x7 cms. A superficie externa mostra, na face anterior do ventriculo direito, um espessamento epicardial de forma arredondada, medindo 3 cms. de diametro. Cavidades de capacidade normal. Valvulas de aspecto e tamanho normaes. Miocardio mede 5 mms. à direita e 12 mms. à esquerda.

**Aorta:** A endartéria mostra elevações em geral arredondadas, de aspecto perlaceo ou de côr amarela em toda a sua extensão. Em varios pontos a endarteria se apresenta irregular devido a depressões e saliencias que dão à mesma um aspecto rugoso nos referidos pontos.

**Cavidade abdominal:** Parede abdominal anterior normalmente desenvolvida. Peritonio liso, brilhante e humido. Epiplon pouco gorduroso e retraído. Intestinos ligeiramente distendidos por gases. Apendice livre de adherencias. Fígado ultrapassando 3 cms. o rebordo costal do lado direito. Baço recalcado para cima e para diante, situado na face anterior do hipocondrio esquerdo, recobrando parte do estomago. Estomago deslocado para o hipocondrio direito. O rim e a capsula supra-

renal esquerdos estão deslocados para diante. O deslocamento para diante do rim esquerdo, capsula supra renal e baço, é devido a presença de uma formação tumoriforme retro-peritoneal, que ocupa o lado esquerdo do abdomen em toda e sua extensão.

Aberta a aorta abdominal pela sua face anterior, verifica-se na face posterior da mesma um orificio de forma oval, de direção longitudinal medindo 3 cms. em seu maior diametro; este orificio põe em comunicação a luz da aorta com uma grande cavidade aneurismatica que se estende retroperitonealmente para os lados; para o lado direito o saco aneurismatico é do tamanho de um ovo de galinha; é limitado anterior e lateralmente por tecido proprio de parede arterial, o qual adere as faces lateraes das vertebraes; posteriormente o limite é dado pela face anterior da coluna raquiana, cujas vertebraes, como veremos adiante se acham corroídas. Para o lado esquerdo origina-se uma vasta cavidade que ocupa totalmente o lado esquerdo do abdomen, posteriormente ao rim, capsula supra renal esquerda e baço que são deslocados para adiante, em direção à parede abdominal anterior. O rim e a capsula supra renal estão separados desta ultima pelo colon descendente e o baço em seus 2/3 externos pelas porções anteriores das ultimas costelas. Esta cavidade, cheia por um coagulo em organização é limitada anteriormente pelas faixas apónevroticas profundas que a separam do rim e do baço. Para dentro é limitada pela face lateral esquerda da coluna raquidiana. Para baixo pela arcada crural; no ponto de saída do nervo crural ella ainda atravessa a arcada aprofundando-se até 2 cms. abaixo da espinha iliaca anterior e superior. Posterior e externamente pelas partes moles que delimitam normalmente a parede postero-lateral do abdomen. Superiormente é limitada pelo hemidiafragma esquerdo. Em determinado ponto a cavidade se continua superiormente atravez do diafragma; atravessa sua parte muscular separando-a da pleura parietal diafragmatica, donde se origina outra cavidade medindo 10 cms. de diametro que desloca a pleura diafragmatica para cima empurrando o pulmão esquerdo para cima e para dentro. Nesta cavidade existia um coagulo sanguineo recente. Finalmente na cavidade pleural esquerda um derrame sanguineo, consequente à rutura da face superior desta nova cavidade, correspondente, como já vimos, à pleura parietal esquerda. Retirada a aorta abdominal e o coagulo da cavidade aneurismatica abdominal, verifica-se que as vertebraes 12.<sup>a</sup> dorsal, 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup> lombares têm anteriormente os seus corpos vertebraes corroidos com conservação dos discos intervertebraes. Esta corrosão se propaga lateralmente para a esquerda, atingindo alem destas a 4.<sup>a</sup> e a 5.<sup>a</sup> lombares em menor grau. O plexo lombar do lado esquerdo, assim como o seu ramo sagrado estão completamente destruidos. As paredes do saco aneurismatico não são forradas por tecido proprio da artéria e sim pelos tecidos circunjacentes proprios na região. Estas paredes mostram-se irregulares, pela

destruição mais ou menos intensa dos musculos abdominaes da região dos quaes existem partes apenas; em alguns pontos, na face posterior do abdomen a cavidade aneurismatica é limitada apenas pela pele. É de se notar ainda que as duas ultimas costelas tambem se mostram irregularmente corroídas em toda a sua extensão, sendo que a 12.<sup>a</sup> costela, já destacada de sua base, foi retirada livre com o conteúdo do sacco aneurismatico.

Na cavidade peritoneal existem 2 litros de liquido fluido amarelo citrino.

*Figado*: Pesa 1750 grs. Mede 27 × 18 × 9 cms. Superficie externa lisa. Côr vermelha. Consistencia firme. Superficie de córte mostra nitidamente desenhada e estrutura lobular do orgão. Vesicula piriforme alcança o bordo anterior e contem 10 c.c. de bilis viscosa de côr marron.

*Baço*: Pesa 200 grs. Mede 15 × 10 × 4,5 cms. Capsula ligeiramente espessada. Côr acinzentada. Consistencia firme. Superficie de córte de côr vermelho vinhósa.

*Estomago, duodeno e pancreas*: Nada mostram digno de nota.

*Rim esquerdo*: Pesa 200 grs. Mede 13 × 7 × 4 cms. Superficie externa lisa, nada monstrando digno de nota. Superficie de corte mostra a cortical ligeiramente espessada; distingue-se bem da medular. Capsula facilmente destacavel.

*Diagnóstico*: Hemorragia interna (rutura de aneurisma da aorta abdominal na cavidade pleural esquerda)

Aortite sifilitica e arteriosclerose da aorta — Atrofia simples e infiltração gordurosa do miocardio — Atelectasia da base do pulmão esquerdo. Antracose. Sinéquia parcial da pleura da base pulmonar.

Congestão e edema pulmonar — Hiperplasia da polpa vermelha do baço — Congestão passiva e esteatose infiltrativa do figado; ascite.





## Noticiario

---

### Sessões realizadas no decorrer de Março a Junho de 1933

Sessão ordinaria de 7 de Março de 1933 — Sessão de posse da nova directoria, assim constituida: Presidente — Jayme Rodrigues Secretario Geral — Cassio Portugal Gomes Secretario — Luiz Marino Bechelli

O Dr. Paulo de Almeida Toledo, presidente da ultima directoria, leu o relatorio do que fez em sua gestão, cuja publicidade faremos no proximo numero da revista.

Sessão ordinaria de 21/3/1933 — Presidente — Jayme Rodrigues. Secretario: Luiz Marino Bechelli. Foram apresentados e discutidos os seguintes casos:

1) *Um caso de Aneurisma Cirsoide da mão* — Dtdo. Jayme Rodrigues.

2) *Considerações Clinicas sobre 2 casos de Aneuryma da Aorta Abdominal* — Dtdo. Luiz Marino Bechelli e Acad. Octavio Tisi

Sessão ordinaria de 18/4/1933 — Presidente — Jayme Rodrigues. Secretario — Luiz Marino Bechelli. Foram apresentados os seguintes casos:

1) *Sobre um caso de Adenopathia paratracheo-bronchica direita.* — Pelo Dtdo. Salim Aidar.

2) *Um caso de Aneurysma da Aorta Abdominal.* — Acad. Roberto Placco.

Sessão ordinaria de 27/4/1933 — Presidente — Jayme Rodrigues. Secretario — Luiz M. Bechelli. Foram apresentados e discutidos os seguintes casos:

1) *Um caso de Sarcoma Osteoblastico da Extremidade Superior da Tibia.* Dtdo. Aldemar Bastos.

2) *Um caso de Abcesso Pneumonico Sub-periostal.* Dtdo. João Manoel Rossi.

Sessão ordinaria de 16/5/1933 — Presidente — Jayme Rodrigues. Secretario — Luiz M. Bechelli. Foram apresentados e discutidos os seguintes casos:

1) *Considerações sobre um caso com a Syndrome de Morvan.* Acad. Paulo da Silva Gordo.

2) *Considerações Clinicas sobre um caso de Hemiplegia Espastica.* Dtdo. Luiz M. Bechelli.

Além das sessões acima, o Departamento levou a effeito mais 4 sessões, em que o Dr. Vicente Baptista, a convite especial, realizou quatro conferencias sobre o estudo das vitaminas A, B, e C, estudando as avitaminoses e a evolução do conceito da nutrição.

---

---



## 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](mailto:dtsibi@usp.br)).