

quentes, e só se distingue do mal de Parkinson classico por caracteres secundarios e symptomas associados. Nas suas linhas geraes, como nos caracteres fundamentaes, ambas se confundem. Casos ha, entretanto, em que a morphologia clinica do syndromo parkinsoniano é identica da molestia de Parkinson, e nessas circumstancias, o unico elemento para o diagnostico differencial é a existencia anterior da encephalite.

Nenhuma outra molestia pôde apresentar-se, em suas manifestações tardias, sob tão variados aspectos, o que facilmente se explica pela diffusão das lesões anatomicas.



A intradermo-reacção de Casoni no diagnostico da echinococcia.

Pelo *Dr. Camará Fagundes*

Medico (S. Gabriel).

Diversos são os meios biologicos usados no diagnostico da echinococcia, como exame do sangue (pesquisa da eosinophilia), a sôro reacção de Weinberg e a reacção de Casoni. A eosinophilia é symptoma frequente no kysto hydatico, mas, como assignala Louis Ramona é um signal infiel, muitas vezes ausente na echinococcia confirmada ou evacuação do kysto, sendo além disso frequente em affecções de outra natureza.

A reacção de Weinberg ou de fixação do complemento, pesquisada no serum do doente, tem como antígeno o liquido hydatico.

Além de exigir uma technica complicada, mostra-se infiel segundo muitos pesquisadores.

Em diversos casos suspeitos de echinococcia tivemos occasião de proceder a intradermo-reacção de Casoni. Sua technica é de extrema simplicidade, absolutamente innocua e se manifesta positiva mesmo em casos de supuração e após a evacuação do kysto.

Technica: O liquido destinado a reacção de Casoni é o liquido de kysto hydatico, recolhido asepticamente e distribuido em empôllas de 1 cc. Injecta-se de 0,1 a 0,3 do conteúdo da empolla, intradermicamente, na face anterior do antebraço. A agulha deve ser fina e de preferencia com a seringa usada para injeccção de tuberculina. Como testemunha deve ser injectada no antebraço

opposto quantidade igual de caldo peptonado. Si a reacção fôr positiva, observar-se-a no ponto da injeccção uma zona de erythema, ovalar ou circular, tendo no centro uma outra zona de edema dermico, de bordos bem delimitados. Quando negativa nada se observa no logar da injeccção. Pôde a reacção, em certos casos, mostrar-se positiva alguns minutos após a injeccção; em outros apparece tardiamente, levando mesmo algumas horas para manifestar-se.

Foram os seguintes, em resumo, os casos observados:

1ª — Observação: J. B. C., 29 annos, branca, casada, residente no municipio do Herval.

Doente ha mais ou menos dois annos, accusando, a principio dôres de fraca intensidade, no hypochondrio direito; emagrecimento. Internada na Santa Casa de Misericordia de Pelotas. Enfermaria Dr. Brusque. Examinamos a paciente com o Dr. Darcy Xavier, encontramos um tumor de grandes dimensões, do volume de uma cabeça de fêto a termo, arredondado, de superficie lisa, occupando toda a metade superior e direita do abdomen.

Caso suspeito de hydatidose. Eosinophilia 4 % (Dr. Pedro Martins). Casoni francamente positiva. Operada pelo Dr. Urbano Garcia em 6—3—929. Volumoso kysto hydatico do lobo direito do figado.

2ª — Observação: M. M., de 10 annos, branca, brasileira, residente em Arroio Grande.

Sente desde Agosto de 1928 dôres de fraca intensidade, inconstantes, no flanco direito e região umbilical; estado geral inalterado, accusando apenas anorexia. Internada na Santa Casa de Misericordia de Pelotas. Enfermaria Dr. Francisco Simões em 3—2—929. Pelo exame constantamos grande tumor, occupando o flanco direito, parte do epigastrio, extendendo-se até a região umbilical. É arredondado, de consistencia dura, de superficie regular, indolor á palpação, perfeitamente mobilisavel em todos os sentidos. Fremito hydatico muito nitido.

Intradermo-reacção positiva em quinze minutos. Eosinophilia 12 %. Operada em 7—2—929 pelo Dr. Darcy Xavier. Foi encontrado um volumoso kysto hydatico, preso por larga base de implantação á face inferior do lobo direito do figado.

3ª — Observação: A. P., 24 annos, branca, solteira, residente em Piratiny. Conta que, desde Junho de 1928 começou

a notar a presença de um tumor no seu flanco direito, tumor este que paulatinamente foi aumentando de volume, razão porque procurou seu medico na localidade onde reside, diagnosticando este um kysto hydatico. Internou-se na S. C. M. de Pelotas em quarto particular.

Eosinophilia: 8% (Dr. Pedro Martins).

Casoni: Positiva. Operada pelos Drs. Edmundo Berchon e Darcy Xavier. Kysto hydatico da face anterior do lobo direito do figado.

4º — Observação: A. R., 16 annos, branco, brasileiro, residente em S. Gabriel. Doente da clinica particular do Dr. Carlos Antunes. Vimos o paciente em conferencia com este facultativo em Dezembro de 1929. Pelo exame verificamos a presença de um grande tumor, occupando o flanco e hypochondrio esquerdos, movel durante os movimentos respiratorios. O tumor é do volume de uma laranja de umbigo, arredondado e de superficie lisa. O estado geral do paciente é muito bom.

Desconfiando tratar-se de um kysto hydatico fizemos a intradermo-reacção, francamente positiva em 15 minutos.

Eosinophilia: 4,5 % (Dr. Camará Fagundes).

Operado pelo Dr. Sylvio Brauner na Caridade de São Gabriel. Grande kysto hydatico, pediculado do lobo esquerdo do figado.



Enxaqueca duodenal. Pathogenia e tratamento.

Por *H. Annes Dias*

(Cathedratico da Faculdade de Medicina).

Syndrome ruidoso na sua exteriorisação clinica e obscuro no seu mecanismo physiopathologico, a enxaqueca tem sido analysada em todos os seus aspectos, sondada em todos os seus recessos, mas guarda ainda o segredo de sua pathogenia.

Ora descripta como uma nevrose, ora considerada como um choque vaso-trophico (Bouché e Hustin-Chocs, *Therapeutiques contre chocs morbides*, 1922), por uns tido como uma manifestação anaphylactica. Rohrer (in Bates Bloch - Volx, *Tice Pract. of Med.*, pg. 381) por outros (Charles, idem) attribuido a uma congestão de hypophise; ora incluída no capitulo das psychonevro-

ses (W. Fuernrohr, *Grund der gesmt. Prakt. Mediz.* 111, pg. 1078, 1920), ora estudada entre as auto-intoxicações, vai, assim, essa questão procurando deslocar-se aos poucos, do capitulo estagnado das doenças essenciaes.

Dos innumerados trabalhos que lhe tem sido consagrados, emergem já noções que permitem considerar a enxaqueca como sendo sempre symptomatica, mesmo nos casos em que um fundo hereditario se afirma indiscutivel.

Assim sendo, tem a clinica o dever de, em cada caso, procurar o factor desencadeante de tal syndrome; não basta fazer o diagnostico de enxaqueca e prescrever um anti-nervragico, é preciso descobrir a sua filiação pathogenica, que póde variar com o caso clinico; eis porque se póde dizer que a enxaqueca não é uma doença autonoma, mas um syndrome, um complexo clinico, que póde ser determinado por causas varias. Os recentes progressos da radiologia duodenal e da biochimica vão illuminando alguns dos recantos desse obscuro capitulo.

Os casos clinicos que hoje vamos estudar, vos mostrarão o alcance dos vossos estudos.

Antes, porém, em rapidos apanhados, devemos expor as mais expressivas dentre as manifestações clinicas da enxaqueca, deixando para a proxima palestra, o estudo minucioso da symptomatologia. Cephaléa, geralmente unilateral; manifestações oculares (escotoma scintillante, photophobia, nuvens, cerração, pontos negros) phenomenos digestivos, como nauseas e vomitos, depressão nervosa, são os signaes mais caracteristicos e se apresentam em paroxysmos periodicos.

E' relevante a circumstancia de, geralmente, começarem na adolescencia ou na mocidade taes crises e de se manifestarem de preferencia pela madrugada.

Si ha individuos que, a partir da infancia, vão tendo, pela vida em fóra, as suas crises, sem que seja possivel attribuir o desencadear destas a um factor, outros existem que só as apresentam em face da mesma causa; si uns vergam sob uma tara hereditaria, em outros esta não é perceptivel.

Essas differenças são de molde a admittir que não tenham todos os casos a mesma etiologia.

A *theoria vascular* considera a enxaqueca como uma crise vascular, que, para Dubois Reymond seria de natu-