

Síndrome de Ayerza-Arrillaga

Pulmonarite sífilítica primitiva

Thomaz Marante

Catedrático de Clínica Médica da
Faculdade de Medicina de
Porto Alegre.

Não devem ser muito raros os casos de doença de Ayerza em nosso meio (P. Alegre), pois desde a nossa publicação inicial sobre a matéria, em 1931, na qual relatámos a história de seis casos de cardiocos negros, mais do dobro nos foi dado diagnosticar. Mas, se isso é verdade quanto à síndrome cardíaco negro em geral, o contrário parece dar-se quanto à forma identificada pelo Prof. ARRÍLAGA, o tipo Ayerza-Arrillaga, conforme propoz denominá-lo o Professor TEOFILO HERNANDO, em 1924, no Congresso de Sevilha.

Em nosso primeiro trabalho, embora ligássemos ou melhor subordinássemos a mór parte dos casos de esclerose da artéria pulmonar a uma alteração prévia da tensão arterial da pequena circulação, a uma hipertensão arterial pulmonar, já admitíamos a possibilidade de uma esclerose primitiva da artéria pulmonar, pois dizíamos: "A hipertensão arterial pulmonar é a consequência imediata de embaraços da pequena circulação que pódem decorrer da compressão da artéria por tumores do mediastino, adenopatias, etc., ou resultar de alterações anatómicas do próprio vaso, isto é, da sua esclerose. Esta póde ser primitiva, ou secundária a afecções cardíacas e pulmonares. Quando a esclerose é primitiva, a hipertensão é um dos seus sintomas; quando secundária, a hipertensão precede a esclerose da artéria pulmonar, deixando de lado os casos de compressão do vaso, que constitue um grupo à parte". Hoje, porém, achamo necessário separar a esclerose primitiva da artéria pulmonar, afecção já assinalada por ROMBERG e MOCKBERG, de etiologia ainda imprecisa, da qual publicámos uma instrutiva observação em 1931, da forma descrita pelo Prof. ARRÍLAGA, de etiologia sífilítica, com lesões anatomo-patológicas características.

ARRÍLAGA, na primeira fase de seus estudos sobre a doença de Ayerza, admitia a possibilidade de uma esclerose da pulmonar secundária a processos mórbidos vários dos pulmões, pelo mecanismo da hipertensão da pequena circulação; depois, porém, que aumentaram as suas observações e, principalmente, depois da observação principal, a de n.º 15, muito semelhante à nossa mudou por completo de orientação, achando não mais ser possível falar em doença de Ayerza senão naqueles casos em que a sífilis determinava um ataque primitivo à artéria pulmonar, embora houvesse qualquer lesão brônco-pulmonar ou mitral

anterior, que nada mais seria do que um mordente para a localização do treponema na pulmonar. Esta orientação foi claramente firmada na comunicação à "Société Médicale des Hopitaux. de Paris, lida em 29 de Fevereiro de 1924, nas seguintes frases: "Nous croyons qu'il n'y a qu'une seule lésion de l'artère pulmonaire offrant les caractères de la lésion chronique que nous envisageons; c'est la lésion syphilitique de l'artère-pulmonaire. Elle est toujours primitive dans le sens qu'elle obéit toujours à l'agent causal: le treponème. L'aspect clinique et anatomo-pathologique peut s'enrichir de la présence d'une lésion chronique pulmonaire, d'une estenose mitrale, etc., mais ce ne sont pas là des lésions causales, ce sont tout au plus des facteurs de localisation".

Seguindo este critério, assim divide as formas clínicas da pulmonarite:

<i>Esclerose primitiva da pulmonar</i>	{ Solitária	
	{ Complicada	{ Bronco-pneumopatias sifilíticas, etc.

Na verdade achamos impossivel, ante a lição dos nossos casos, admitir uma orientação tão exclusivista, e, para nós, o estado mórbido descrito por ABEL AYERZA, sob o nome de Cardiacos Negros, é uma síndrome, que pôde resultar, ora de uma esclerose primitiva da pulmonar, ora de fatores pulmonares, pelo mecanismo da hipertensão da pequena circulação, ou sem ele, (aliás AYERZA baseou as suas aulas sobre cardiacos negros, no estudo do período terminal de pulmonares crônicos), ora de um ataque da sífilis aos brônquios e à pulmonar, ora de uma agressão primitiva do treponema à artéria pulmonar. Também uma hipertensão arterial pulmonar consequente a uma lesão mitral, principalmente à estenose, pôde terminar com o quadro cardiaco negro.

Assim, parece-nos possível esquematizar esta concepção no quadro abaixo:

<i>Síndrome Cardiaco Negro</i> (<i>Teerminial</i>)	{	Tipo esclerose primitiva da pulmonar
		Tipo bronco-pneumogênico (Castex)
		Tipo Ayerza-Escudero (Bronquite sifilítica inicial)
		Tipo Ayerza-Arrílagá (Pulmonarite sifilítica primitiva)
		Tipo Cardiogênico

CASTEX e seus colaboradores, em trabalhos recentes, tem procurado ligar a síndrome exclusivamente às lesões do pulmão, propondo, até chamar a estes casos de: "pulmonares negros". Deixando para uma publicação ulterior a análise dos trabalhos deste grande Mestre da Medicina Contemporânea, pensamos haver casos em que o conceito clássico do Cardiaco Negro, não pôde ser negado, como o demonstra a observação que a seguir relataremos, que parece corresponder perfeitamente ao tipo Ayerza-Arrílagá. De acôrdo com os achados histopatológicos, julgamos ser mais razoável chamar a este tipo de alterações da artéria pulmonar de: "Pulmonarite sifilítica primitiva".

OBSERVAÇÃO

Esta observação devemos à gentileza do Prof. AURELIO PY, que permitiu examinarmos o doente que ocupava o leito n.º 5 da 14.ª Enfermaria sob a sua proveta direção. Tratava-se de um homem de cor branca, de 57 anos de idade, de profissão mascate, que logo à primeira vista impressionava pelo colorido violáceo de sua face e mãos (veja fotografias). A observação foi tomada pelo interno do nosso serviço, Sr. ALBERS. Infelizmente, tendo o doente baixado à Enfermaria já em péssimas condições, não foi possível um exame clínico completo.

ANAMNESE

- A) — an. próxima: (Nota preliminar: O interrogatório do doente era sumamente difícil, devido ao seu estado de estupor constante, à sua forte dispnéa e à pouca inteligibilidade da sua voz. Os dados anamnésicos que se seguem representam o resumo de vários interrogatórios, acrescido ainda de dados obtidos anteriormente pelo interno R. MENNA BARRETO).

"Ha longo tempo já **sofre do pulmão**", tosse, expectoração e falta de ar. Mudou de cor e tornou-se azul ha meses e ultimamente começou a inchar. Durante a sua permanência na Enfermaria, teve alguns **escarros hemoptóicos**".

Impressiona a sonolência do paciente que, a custo, desperta para responder às perguntas que lhe são feitas.

- B) — an. remota: Sarampo, gripes, cancos venéreos, gonorréa. "Teve de tudo". Diz que ha muitos anos — ha mais de 20 anos, sofre de "bronquite asmática". Teve "pneumonias". Ha um ano já esteve nesta mesma Enfermaria, afirma o doente. Alega que servira, ha anos, na Comissão Rondon, acompanhando este explorador n'algumas das suas viagens pelo interior.
- C) — an. familiar e hereditária: Nada de importante conseguimos obter.
- D) — an. fisiológica: Nada pòde informar sòbre a sua infância, crescimento, etc., pois de nada dizia saber ou lembrar-se.

EXAME OBJETIVO

- A) — ex. geral: Decubito dorsal sòbre almofadas, marcha titubeante, facies estuporada e anciosa, por vezes contratura conjunta dos músculos faciais e expressão de sofrimento, psiquismo alterado, "hebeté"; de ordinário irritado, o doente fala, às vezes, horas a fio sozinho, não sabe achar o leito, etc. Tipo constitucional brevilineo, ângulo de Charpy X 90°; cianose geral, pronunciada na face e nos segmentos terminais dos membros, as orelhas, o nariz, os lábios, a língua e os dedos são as partes mais cianosadas.

Equimose extensa na face interna do braço direito, região do cotovelo. A pele é seca, fria nas extremidades, coberta de cicatrizes pigmentadas e não pigmentadas (origem luetica?) a pele do terço inferior e médio da perna apresenta-se pergaminacea e pigmentada. A pele da região dorsale glutea apresenta manchas difusas e extensas, violaceas, de estase sanguínea. Existe uma cicatriz antiga na perna esquerda. Escoriações de origem recente na face, no dorso do nariz e n'uma palpebra. Unhas frageis, deixando vêr o tom azulado, cianótico dos tecidos subjacentes. Pelos abundantes, de implantação normal, já bastante encanecidos na cabeça. Edema mole, não elástico, dos membros inferiores, aumentando rapidamente quando o doente se põe de pé. Altura: 173 cm.; peso: 71 kg.

B) — ex. dos aparelhos:

1 — Ap. respiratório:

Costelas horizontais, torax em forma de barril; na face anterior, terço inferior, veias muito dilatadas. A toracometria forneceu as seguintes medidas: Circunferência torácica 96 cm., na altura da 4.^a costela, na altura do apendice xifoide 102. Índice respiratório de Pirquet 1 cm. (8 centímetros).

Diâmetros torácicos: diâmetro externo vertebral (antero posterior).

Manubrio x apofise espinhosa, 20 cm. (16).

Ap. Xifoide x idem 26 cm. (19).

Diâmetro transverso ou costal na altura da 4.^a costela, 32 cm. (26).

Diâmetros oblíquos: mamila x apofise espinhosa, no lado esquerdo, 25 cm.; no lado direito, 24 cm.

Polipnéa, 38 movimentos respiratórios por minuto; expiração prolongada, ruidosa; tosse discreta, rara, espasmodica.

Fremito toraco-vocal diminuido de ambos os lados.

Sonoridade exagerada, quasi timpanismo, donde a área da masicéz cardiaca e hepática, assim como os limites pulmonares inferiores, aparentemente recalçados para baixo ou diminuidos. Pela auscultação, emfim, averiguamos diminuição do murmurio vesicular e estertores sibilantes, em tôda a área de escuta dos pulmões e subcrepitantes discretos —nas bases.

2 — Ap. circulatório:

A — O estado dos pulmões não permitia verificar a área cardiaca, que parecia diminuida.

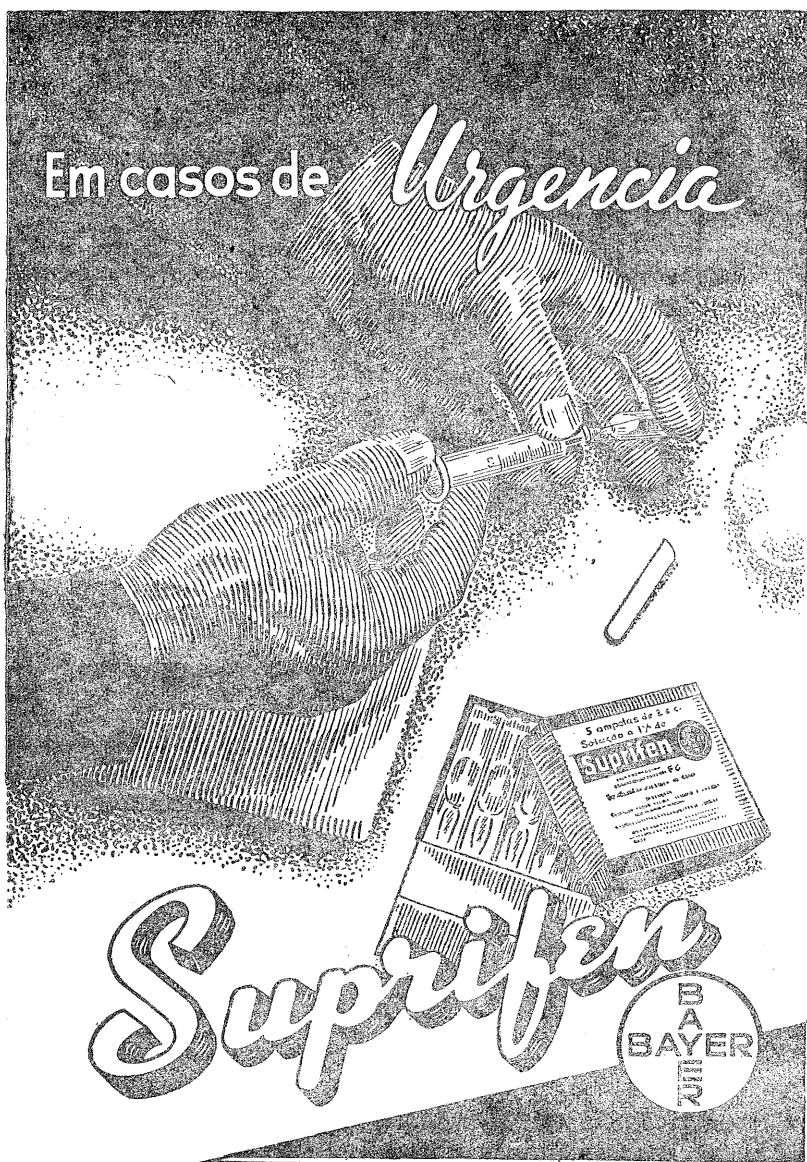
Ietus cordis, impalpavel.

B — Hiperfónese da 2.^a bulha no fóco pulmonar, galope direito. Taquicardia. Pulso, 90.

Pressão: Max., 14 — Min., 11.

3 — Ap. digestivo e anexos:

Em casos de *Urgencia*



o novo tônico circulatório e cardíaco
em gotas e ampôlas

Iolipobí

(Iodobismuthato de qq.+hormolipoides+neuro-díastases)

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	... 0,200
Hormolipoides de cerebro	 0,020
Neuro-díastases	 0,002
Lecithina	 0,004

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc.

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insolúveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorpção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormonios.

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

O IOLIPOBI, além de conter essa útil acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-díastases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como efficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiplos hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e órgãos a existencia de verdadeiras díastases ou enzyimas, que se comportam como activos estímulos da nutrição celular (hepatodíastases; neuro-díastases; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaç.

INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

MODO DE USAR:

O contendo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescripção medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

Dr. Mario Pinheiro

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Baía, Recife, Curitiba, Belo Horizonte etc.

LITTERATURA E AMOSTRA com o depositário e representante nesta capital:

Francisco de Revorêdo Barros — Rosario, 609

Lábios de côr acerejada, depósitos tartáricos acentuados ao nível das poucas unidades dentárias ainda existentes. Raízes e dentes — septicos. Língua volumosa, côr de borra de vinho. O ventre apresenta-se enormemente distendido, timpânico, doloroso à pressão no hipocôndrio direito. O estado do paciente nada mais permite averiguar.

6 — Sistema nervoso:

O doente apresenta as pupilas pequenas, em miose, mas a reação à luz é normal. Movimentos carfológicos constantes em certas ocasiões. Movimentos dos dedos e da mão reprovando indefinidamente o ato de rolar um cigarro, acende-lo e fumar. Outros movimentos simulando o ato de limpar os interstícios dentários com um palito. O doente sentindo — subitamente sede, pega a escarradeira para beber o conteúdo. Às vezes contrações musculares súbitas e intensas. Impressiona, sobretudo, a sua acentuada sonolência.

EXAMES COMPLEMENTARES

Dosagem de uréia no sangue, feita no "Instituto Osvaldo Cruz"
— Resultado: 0,gr.360%.

Contagem de globulos vermelhos verificado no mesmo Instituto —
6.200.000.

REAÇÃO DE WASSERMANN

Positivo fraco + 0 — (16-9-938).

EXAME COMUM DE URINA

N.º 7.162/2462.

CARACTERES GERAIS

Volume remetido: 80 cc.	Cheiro: Normal.
Côr: Am. ambar.	Consistência: Fluida.
Aspecto: Turvo.	Densidade: 1024,3.
Reação: Francamente ácida.	

ELEMENTOS ANORMAIS

Billas: 0.	Excesso de urobilina: 0.
Albumina: 0.	Excesso de indol: 0.
Pseudo-albumina: 0.	Excesso de escatol: 0.
Sangue: 0.	Aceona: 0.
Hemoglobina livre: 0.	Acido diacético: 0.
Pigmentos biliares: 0.	Acido b-oxibutírico: 0.
Acidos biliares: 0.	Gordura: 0.
Glicose: 0.	

SEDIMENTO

Volume: Regular.

Mineral e organico: —

Aspecto: Pulverulento

Celulas epiteliaes pavimentosas,
raros leucocitos.Numerosos granulos de urato
amorfo.LABORATÓRIO DA 1.^a CLÍNICA MÉDICA

Leito: 5

N.º: 603.

Enfermaria: 14.^a*Exame de Sangue**Resultado*C O² Total

(Reserva alcalina)

67,1 vol. de CO² % de plasma

Cloro globular: 1 grama, 207°/100.

Cloro Plasmatico: 1 grama, 704°/100.

Relação (coeficiente): 0,70 (19-8-38).

SANGUE VENOSO

Leito: 5

N.º: 603.

Enfermaria: 14.^a

HEMOGRAMA

Contagem de globulos vermelhos: 6.625.000 por mm.³Contagem de globulos brancos: 8.400 por mm.³*Polimorfo
nucleares*

Eosofilos: 2%

Basofilos: 1%

NEUTROFILOS

Mielocitos: 0.

Fórm. Jovens: 0.

Fórm. em bastonetes: 6%.

Fórm. segmentadas: 68%.

Linfocitos: 13%.

Monocitos: 10%.

Dosagem de Hemoglobina: 132% (Gowers).

Tempos de Sangria: —

Coagulação: —

SANGUE CAPILAR HEMOGRAMA

Contagem de globulos vermelhos: 6.700.000 mm.³

Contagem de globulos brancos: 9.400. mm.³

<i>Polimorfo nucleares</i>	{	Eosofilos: 2%	{	Mielocitos: 0.
		Basofilos: 1%		Fórm. Jovens: 0.
		NEUTROFILOS		Fórm. em bastonetes: 6%.
				Fórm. segmentadas: 68%.

Linfocitos: 13%.

Monocitos: 10%.

Dosagem de Hemoglobina: 132% (Gowers).

Valor globular: 0,99 (19-8-38).

Leito: 5.

N.º: 606.

Enfermaria: 14.^a.

Exame de Sangue

Resultado

CO² Total (Reserva Alcalina)

74,8 vol. de CO² % de plasma

Cloro globular: 1 grama — 207°/100.

Cloro plasmático: 2 gramas — 556°/100.

Relação (coeficiente): — 0,47.

(23-8-38)

EXAME RADIOLÓGICO

Exame do Sr. J. A. — Enfermaria 14.^a — Leito 5.

Clínica do Dr. Prof. TOMAZ MARIANTE.

Número 4.498.

Requisitado: — Exame do coração e vasos da base. Tele dos pulmões.

RELATÓRIO

<i>Diâmetros cardíacos</i>	<i>Limites normais:</i>		
Diam. Longitudinal	17,5	13	a 15
Diam. Transversal	17,5	13	a 15
Corf. Cardio-torácico	1,7	1,9	a 2,2
<i>Pediculo vascular:</i>			
Diam. Transverso	9,4	5,5	a 7,0
Diam. Inter. traqueo-pulmonar	4,6	2,6	a 2,8

Pediculo alargado, com cerca de $2/3$ do seu contorno direito formados pela aorta que, por sua vez, apresenta modificações qualitativas e quantitativas: aumento da densidade, da abertura da crosse e do calibre.

Silhueta cardíaca bastante aumentada, com a configuração de sapato, tendendo à horizontalidade, com movimentos pulsatórios flácidos ao nível do ventrículo esquerdo.

As incidências oblíquas não acusam aumento preponderante das cavidades auriculares. Em OAD, percebe-se leve saliência do arco pulmonar.

Campos pulmonares:

Hilos densos, espessados e pulsáteis, (sinal de Savini-Pezzi), sobretudo o esquerdo.

Retículo radiológico complicado e bastante reforçado, com inúmeras sombras nodulares nos dois pulmões. Manchas esfumadas, do tipo exsudativo, nas regiões médio externa e paraventricular esquerdas.

Os interlobos se desenham bastante espessados, em ambos os hemitoraces; a cisura esquerda acompanha o IV arco costal posterior, com espessura mesial de 5 mms., decrescendo gradativamente em direção ao contorno externo do hemitorax e morrendo 3 cms. antes de alcançá-lo; à direita, um dos interlobos se apresenta sob a forma de um arco de convexidade superior, ao nível da extremidade anterior (bifurcada) da IV costela.

O contorno diafragmático direito tem elevações em tenda de campanha, consequentes a retrações fibrosas. A cupula hemidiafragmática esquerda, mais regular, ocupa situação um pouco mais alta.

Em resumo, o exame radiológico dos campos pulmonares revela sinais de hipertensão na pequena circulação, infiltração do tipo nodular e manchas exsudativas.

EXAME ELETROCARDIOGRAFICO

Porto Alegre, 26 de Setembro de 1938.

Sucessão irregular dos complexos auriculo-ventriculares

DI — Acidente auricular: — Irregular, substituído por fibrilações intensas.

Complexo rápido: — Com pequena voltagem e reflexão dominante negativa.

Complexo lento: — Quasi iso-elétrico, porém fibrilar. Uma extrasístole do tipo V. D.

DII — Acidente auricular: — De pouca amplitude e deflexão positiva. Espaço P-R 0,14".

Complexo rápido: — De pouca amplitude e deflexão dominante positiva. Duração de 0,03".

Complexo lento: — De muito pouca amplitude, positivo. Linhas iso-elétricas puras.

DIII — Maior irregularidade na sucessão dos acidentes e impureza nas linhas iso-elétricas.

O acidente auricular está substituído por fibrilações ponteagudas, que ocupam todo o espaço T-P.

Complexo rápido: — De pequena amplitude, com deflexão dominante positiva.

Complexo lento: — Muito irregular. iso-elétrico.

CONCLUSÕES

Arritmia extra-sistólica V. D. Fibrilação auricular parcial. Atipia ventricular. Desvio do eixo elétrico para a direita.

DIAGNÓSTICO

À simples inspecção do nosso paciente, um diagnóstico lógico se impunha: insuficiência cardíaca do tipo cardíaco negro, evidente na cianose, na dispnéa, nos edemas e na sonolência tão característica. O exame do aparelho circulatório, na informação de um ictus cordis impalpável, de um galope direito, de uma hiperfônese da 2.^a bulha no fóco da pulmonar, assim como os resultados da ausculta dos pulmões e dos exames complementares (hiperglobulia com aumento da taxa de hemoglobina, sinais radiológicos de hipertensão da pequena circulação, electrocardiograma com pequena voltagem do complexo ventricular e desvio do eixo elétrico para a direita) foram todos de molde a confirmar a nossa primeira impressão.

Em face da história do paciente, com a sua confissão de ter tido "todas as doenças venéreas", ante o seu Wassermann + 0, não hesitamos em precisar o nosso diagnóstico, afirmando tratar-se de um caso de pulmonarite sífilítica primitiva, segundo o conceito de ARRÍLAGA, atribuindo aos velhos padecimentos pulmonares do nosso paciente um papel secundário de localizadores da lues na artéria pulmonar. Trata-se, pois, de uma síndrome de "Ayerza-Arrílagas" em sua fase final.

A sífilis também parece ter atingido a aorta, pelo menos assim o dizem os resultados do exame radiológico, mas esta aortite, não é de molde a invalidar o nosso diagnóstico, pois não passa de uma simples concomitância de lesões, sem as características clínico-radiológicas da síndrome descrita em 1931 por nós com a colaboração do Dr. PEDRO MACIEL, do Instituto de Radiologia Clínica.

Foi aconselhado o uso do oxigênio, *larga manu*, além da medicação cardiotônica já instituída.

A evolução do caso, assim como os resultados da necropsia, como veremos, vieram confirmar o nosso diagnóstico clínico.

EVOLUÇÃO

O doente desde que baixou, vinha apresentando pioras no seu estado, que se acentuavam rapidamente, apesar do tratamento. O que chamava particularmente a atenção eram as alternativas no aspecto geral do paciente, que, ora se apresentava fortemente cianosado, quasi que agonizante, ora parecia melhorar e poder mover-se com mais facilidade.

Estas oscilações no seu estado não pareciam ter ligação com o tratamento instituído.

Quanto à nossa observação pessoal, encontramos o doente nos dias 20 e 21, correspondendo a descrição precedente, que foi feita naquela ocasião.

No dia 22, à tarde, vimos-lo com as extremidades quentes, respiração acelerada, temperatura sub-febril, sem apetite; porém, com sede. Nesta ocasião a cianose tinha diminuído muito; estava em uso de inalações prolongadas de oxigênio.

No dia 23, de manhã, o doente apresentou turgescência venosa na face e no torax, mostrando ainda abaixamento da temperatura. Fizemos o doente levantar-se e caminhar poucos passos. Observamos então que após o pouco tempo, durante o qual o doente se encontrava fóra do leito, estabeleceu-se pronunciada cianose dos pés e de toda a parte inferior do corpo, chegando a coloração cianótica até à altura da crista ilíaca e do baixo ventre. Ao mesmo tempo acentuou-se o edema dos pés e do terço inferior das pernas. À tarde, desse mesmo dia, falecia.

Relatório da autópsia parcial, praticada no dia 24 de Agosto de 1938, pertencente ao doente de nome J. A.

Leito n.º 5. Enfermaria n.º 14.

Feita pelo ilustre anatomopatologista riograndense, Professor WALDEMAR CASTRO.

RELATÓRIO

Cadáver de um indivíduo de cor branca, do sexo masculino, com 70 anos presumíveis de idade, de estatutura média, não apresentando, para o lado dos orifícios naturais, nada digno de referência; a pele com uma tonalidade azulada, cianótica, mais acentuada em certas zonas.

CAIXA TORÁCICA

Aberta a caixa torácica e rebatida a parede externo-costal, observaram-se desde logo aderências fracas da parede costal com os órgãos do mediastino anterior, especialmente com a parede pericardiaca e a pleura D; na sua folha anterior, notando-se no tecido aderencial, forte infiltração edematosa.

PLEURAS

Explorando as folhas parietais dessas serosas, encontramos fracas aderências, facilmente removíveis, pela simples pressão digital. Ao nível da pleura D, tais aderências se notavam desde o apice até à base, ocupando as faces anterior, lateral e posterior do órgão e acentuando-se especialmente ao nível da base do pulmão D, em face da abobada diafragmática. Ao nível da pleura E, as aderências eram escassas e extremamente frágeis à pressão digital.

PULMÃO D.

Este órgão, medindo cerca de 33 cm. de apice à base, e acusando um peso de 1.400 gramas, apresentava aspecto turgido e coloração cianó-

O Neosalvarsan

existe no mercado em quantidade suficiente para atender qualquer pedido em todas as dosagens.

O Neosalvarsan

deve ser dissolvido conforme as nossas instruções somente em água bidistilada ou em sôro glicosado à 10% o que proporciona uma perfeita solução homogênea e máxima tolerância. Não assumimos qualquer responsabilidade por soluções de Neosalvarsan preparadas com outros meios dissolventes como sejam, extratos hepáticos, soluções de cálcio, etc. que frequentemente estão sujeitas, mais cedo ou mais tarde, a alteração fora do contrôle do fabricante.



DEXTROSOL

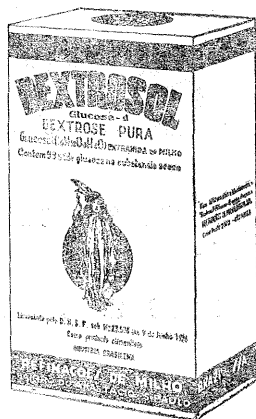
(Glucose — d)

ASSUGAR- NUTRITIVO

DIETA DE SCHIFF,

DIETA DE ARON,

ANTI-FERMENTESCIVEL



REFINAÇÕES DE MILHO, BRAZIL S/A.

CAIXA 748

CAIXA 2972

CAIXA 3421

PORTO ALEGRE

SÃO PAULO

RIO DE JANEIRO

ODORISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SÍFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES-MORFOLIPAN - FOSFOLIPIDIO SUPERADRENAL - SUPERSATURADOS DE LÍPIDOS TOTAIS DO CEREBRO

LITERATURA e AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

Amostras em Porto Alegre:

Antonio Rizzo & Cia.

Rua do Uruguai, 91 — 1.º andar

tica, com distribuição anatômica muito irregular, mais uniforme e intensa, no entanto, ao nível do apice e da base; sua consistência, também muito irregular, apresentava zonas de endurecimento que alternavam com outras amolecidas, desaparecendo assim a elasticidade habitual do órgão.

A macrotomia demonstrou-nos que a parenquima pulmonar apresentava uma cor negra, brilhante, de conteúdo sanguinolento negro, ao nível especialmente do apice e da base, isto é, das zonas que externamente já apresentavam anormalidades.

A compressão interdigital, de fragmentos colhidos nas regiões; tais fragmentos, submetidos à prova hidrostática, apresentaram maior imersão que os fragmentos de outras regiões do mesmo pulmão, quando submetidos à mesma prova.

Hiperemia passiva; estase muito acentuada do apice e da base pulmonares D; antracose.

ARVORE BRONQUICA D.

Aberta a arvore bronquica, observámos que a mucosa, quer dos troncos principais, quer dos menores ramos, apresentava coloração cianótica, com laivos de cor vermelha, e conteúdo sanguinolento, estando a espessura das paredes macroscopicamente normal.

ARTERIA PULMONAR D.

Aberta a pulmonar direita, ao nível do hilo, observamos que a endarteria apresentava uma cor branco-nacarada, com pequenas placas de cor ligeiramente salientes, de tamanho e forma irregulares.

Endarterite crônica da arteria pulmonar D.

PULMÃO E.

Medindo 30 cms. de comprimento de apice à base, e pesando cerca de 670 grms., apresentava esse órgão as mesmas características de consistência, coloração e aspecto, que o pulmão D., porém localizadas tais anormalidades, mais especialmente ao nível do apice, e se estendendo até o lóbo médio do órgão. Os cortes macroscópicos do parenquima pulmonar na zona acima, revelaram as mesmas alterações verificadas ao nível do apice e base do pulmão D. As lesões bronquicas e as da artéria pulmonar apresentam as mesmas características dos órgãos similares opostos.

PERICARDIO

Aberto o pericardio pela classica incisão crucial, observámos que o aspecto, a coloração da sua superfície interna, bem como a espessura da sua parede e o seu conteúdo, estavam normais.

CORAÇÃO

O coração apresentava, como anormalidade, que de início chamava logo a atenção, uma grande modificação de sua consistência, que era consideravelmente diminuída; sua coloração apresentava tendência para o avermelhado, duas grandes placas esbranquiçadas, lisas, de forma e tamanho irregulares, estavam localizadas no epicárdio, sobre a face anterior do ventrículo D. Media o coração, cerca de 12 cms. do sulco aurículo-ventricular, ao apice, e na sua largura, ao nível do sulco aurículo-ventricular, cerca de 14 centímetros, descontada qualquer diferença resultante da deformação do órgão por achatamento sobre a mesa; tomado o perímetro cardíaco ao nível do sulco aurículo-ventricular acusou a cifra de 31 cms.

Procedendo a macrotomia, na união do $1/3$ inferior com os $2/3$ superiores da face anterior do coração, observámos que a câmara ventricular E. estava diminuída e a D. ligeiramente aumentada; e que a parede de V. E. media 2,5 cms., o septo inter-ventricular 2,5 cms., e a parede V. D. 1,5 cms.

O miocárdio apresentava uma coloração acinzentada, uniforme, enquanto que o endocárdio, a esse nível nada transparecia de anormal. O corte pelo rebordo E. do órgão permitiu-nos observar que a válvula mitral apresentava placas esbranquiçadas ao nível da lâmina interna ou grande válvula; tomando o perímetro de implantação das lâminas valvulares, este orgou por 11 cms., sendo o diâmetro orifical de 3,5; a cordoalha tendinosa oferecia o aspecto normal, bem como a aurícula E. O corte pelo rebordo D. evidenciou-nos a válvula trigloquina com as suas 3 lâminas e cordoalha tendinosa de aspecto e cor normais. Tomado o perímetro de inserção valvular, este oferecia a cifra de 12,5 cms. e de 3,47 cms. para o diâmetro orifical; examinada a aurícula D., nada de anormal observámos.

Epicardite crônica; endocardite crônica valvular; hipertrofia concêntrica do V. E., hipertrofia e ligeira dilatação do V. D., mio-distrofia cardíaca.

ARTÉRIA PULMONAR

(Tronco)

Aberta a artéria pulmonar através do infundíbulo, verificámos — um perímetro de 9,7 cms. para inserção das lacínias; as que apresentavam aspecto e cor normais, porém a endarteria oferecia placas brancas, irregulares, pequenas, distribuídas em vários pontos.

Lesões do endarterite crônica.

AORTA

Aberta a aorta, esta nos forneceu, no perímetro de inserção das sigmóides, a cifra de 8,4 cms., apresentando placas brancas, pequenas e irregulares; a endaorta com rugosidades, asperezas e grandes placas irregulares e disseminadas em toda a parede do vaso.

Lesões de endaortite crônica.

Retirados os vasos da base e todo o conteúdo do coração, foi então efetuada a pesagem deste órgão, que acusou 440 gramas, aumento de peso ligado à hipertrofia concentrica de que é sede.

CAVIDADE ABDOMINAL

Aberta a cavidade abdominal, notámos, desde logo, grande distensão gástrica das alças intestinais, que, deslocadas da respectiva posição, faziam saliência para fóra do abdome, estando os demais órgãos nas suas respectivas posições.

FÍGADO

Pesando 1.510 grs. e medindo 26 cms. no seu maior diâmetro; de coloração em parte azulada e em parte avermelhada, apresentava o fígado o aspecto muito conhecido do fígado moscado ou fígado cardíaco, estando a sua consistência diminuída.

Cortado o órgão, observámos na parenquima um aspecto moscado, sobre um fundo pardo-escuro e conteúdo sanguinolento abundante.

Vesícula biliar de aspecto e dimensões normais.

Sobre o rebordo anterior do órgão, na altura da vesícula biliar, notava-se um pequeno cisto seroso.

BAÇO

Pesando 220 gramas e medindo no seu maior diâmetro 16,8 cms., apresentava uma cor cinzento-clara, era uniforme, liso e de consistência firme; a macrotomia apenas revelou uma cor vinacea mais carregada.

Baço cardíaco? Hepiremia passiva?

RIM E.

Aspecto turgido, cianótico, consistência diminuída; pesava o órgão 170 gramas e media 10,75 cms. no seu maior diâmetro, tendo de espessura 3,6 cms. e largura 6,5 cms., a capsula foi retirada com facilidade; o parenquima apresentava-se turgido, cianosado e de consistência diminuída, com conteúdo sanguinolento escuro.

Hiperemia passiva; rim cardíaco.

RIM D.

Com um peso de 200 gramas, maior diâmetro de 11,42 centímetros, largura 6,5 cms. e espessura de 3,6 cms., apresentava este órgão as mesmas características do seu homólogo do lado oposto, oferecendo apenas a capsula maior dificuldade para ser destacada.

Hiperemia passiva; rim cardíaco.

RELATÓRIO HISTO-PATOLÓGICO

Pulmões

Os córtes revelam as seguintes lesões pulmonares:

Lesões de arteriolite crônica obliterante, por proliferação da endarteriola, e de arteriolite crônica, com reação da média, isto é, por mesarteriolite crônica.

Bronquite com deformação dos pequenos e médios bronquios, sem reação conjuntiva peribronquicas.

f Lesões de alveolite catarral, alveolite hemorrágica e alveolite esclerosa.

Alveolos enfizematosos, ao lado de alveolos atelectasicos e de outros edematosos.

Depósito de carvão e de hemosiderina, isto é, antracoticos e apoplecticos.

Numerosas formações foliculares de aspecto granulomatoso

Zonas de esclerose em grandes placas de aspecto mutilante.

GROSSOS BRONQUIOS

Lesões de degeneração mucóide, na totalidade das células granulares, que se acham repletas de grandes vesículas de natureza mucóide; superfície da mucosa com enducto muco-purulento; infiltração mononuclear do corio e intensa hiperemia. Lesões de bronquite catarral.

CORAÇÃO

Miocardite crônica, com hipertrofia e lesões distróficas das fibras musculares cardíacas.

AORTA E PULMONAR

Lesões ateromatosas, da túnica interna e da média.

FÍGADO, BAÇO E RINS

Observam-se nesses órgãos lesões de hiperemia, de degeneração granulosa, de hemorragias recentes e antigas; (depósito de hemósiderina), bem como, ao nível do epitélio renal, lesões inflamatórias com abundante formação de cilindros epiteliais. — (As. Dr. W. CASTRO).

COMENTÁRIOS

Como se vê, o exame anatomo-patológico, com a positividade da verificação de lesões para o lado das ramificações da pulmonar, dos tipos arteriolite crônico-obliterante e mesarteriolite crônica, de formações foliulares de aspecto granulomatoso, descritas por ARRÍLAGA, que lhes dá acentuado valor diagnóstico; da hipertrofia da parede e da dilatação do V. D., parece confirmar, *in totum*, o nosso diagnóstico: Síndrome de Ayerza-Arrílagas. Os demais achados estão em ligação direta com a insuficiência cardíaca terminal, havendo, ainda, um processo de aortite crônica e lesões de bronco-alveolite crônica com enfizema, que, apesar da história do paciente, não tem a necessária acentuação e extensão para se lhe poder atribuir o valor de causa primária das lesões da pulmonar; parecem ter sido, como o diz ARRÍLAGA, meros localizadores na pulmonar, da sífilis de que J. A. era portador desde a sua mocidade.