

P. Lima
~~Mexa~~ Vite

1402
6

Dia 22 a 1 hora
P.^a Prof. Aguiar
D. Prof. Pires e Lima
Meyre

Abel Teixeira da Costa Tavares

- Dois Casos de Aystolia -

- 30 Junho 1911 -

148/6 FMP

À meu presidente de these

O Exmo Sr

Prof. Alberto P. Pinto d'Aguilar

Prologo

Para conclusão do meu curso apresento este trabalho que é bem ligeiro e falto de valor. A benevolencia do Ex^{mo} Jury de certo permittirá que com elle de cumprimento á lei que ~~me~~ ~~força~~ com bem pouca vontade, a apresentar um trabalho d'esta natureza. Erão escassos os recursos ao meu dispor e o tempo limitadissimo.

Se me occupei de um assumpto que Coelho de Andrade ainda ha pouco tão bem versado foi para utilizar os conhecimentos que tinha sobre dois casos observados durante o meu curso de Clinica medica e que servirão de assumpto a esta dissertação.

Estanley

I

Considerações gerais sobre Arystolia

Etiologicamente é a falta de systoles.

Tem sido até hoje considerada de variadas maneiras. É a arystolia o tetanismo de grande numero de doenças cardiacas que diferentes causas e agentes podem produzir.

Os estudos e trabalhos mais importantes sobre este assumpto são muito recentes.

Até 1628 os conhecimentos de pathologia cardiacu eram deficientissimos, faltavam-lhe os alienos da physiologia, a anatomia, e os meios seguros de investigação de que hoje se pode lançar mão.

Nesse anno Harvey, medico inglés descobre a circulação do sangue até ali desconhecida.

Desde Harvey que se deu o primeiro impulso com a sua importantissima descoberta ali

Laennec em 1819 que praticou a primeira auscultação do coração a physiologia fez progressos. São apontados os trabalhos de Harvey, de Claude Bernard, etc. D'Ardenbrugger descreve o processo de percussão immediata para diagnosticar a hypertrophica do coração em 1763.

No mesmo tempo que progredem os estudos da physiologia varias doenças são estudadas.

Muito são conhecidas a insufficiencia aortica, a angina de peito, a doença aguda, etc.

São bastante conhecidos os nomes de Vieussens, Heberden e Sénac, etc.

De 1819 em diante, Bouillaud em 1835 descreve a endocardite, Corrigan as lesões valvulares da aorta, Virchow a degenerancia gordurosa do coração e a embolia.

É só em 1853 que Beau descreve a asystolia (B-1853)
que hoje também é conhecida pela designação
de Syndroma cardíaco de Beau.

Para Beau a asystolia era - "um estado patológico do
coração no qual a systole cardíaca se enfraquece
e cessa". Os symptômes principais eram:
"A cor vermelha ou cianótica da face, a intumescência
das pálpebras, a dilatação das veias jugulares
externas, a frequência do pulso arterial, a im-
pressão dolorosa na região precordial, a dyspnée,
as palpitações, as congestões e hemorragias
viscerais e a hydropisie."

Na asystolia de Beau - "que o ventrículo es-
querd se contrai mal, se enche mal e
se encontra transformado em um reservu-
ário sempre cheio; que o coração
põe em circulação menos sangue
do que recebe; que a frequência do
pulso arterial está na razão inversa
do estado de plenitude dos troncos venozos;
que os doentes não morrem de
hyperthémie."

A asystolia é "um complexo sympptomatique
resultante da dilatação das cavidades car-
díacas e do enfraquecimento da systole" (Beau).
Rigol chamou a asystolia uma asthenia cardíaca
vascular que não dependia somente das lesões
miocárdicas mas também do estado em que
se encontra a circulação periférica.

Chamamos asystolia hepática, pulmonar, renal,
conforme há predominância de perturbações
vasculares ao nível dos respectivos órgãos.

Seria uma asystolia localizada por perturbações
circulatorias dos pequenos vasos arteriais ou portais

a' dezo cardíaca.

Na these do dr Jore Coelho de Andrade -
Estudo sobre o syndrome Cardíaco de Beau-
"A Anystolia" - além da divisão das anystolias
por L. Bard em mechanicas, degenerativas
e inflammatorys cita-se a anystolia toxic
alimentar de Pigeon.

Também enfoca a classificação em
quatro períodos das doenças crônicas
do coração em que a anystolia occupa
o ultimo lugar.

"Hoje varios auctores e entre elles Bernheim, re-
ferem-se a' anystolia, como o ultimo periodo
cardíaco.

Distinhe, na evolução das doenças crônicas
do coração, quatro períodos. O primeiro e o pe-
do de inicio, a que chama Eusystolia.

O segundo e' o periodo de compensação, a
Hyperanystolia, segue-se o periodo de hyponanystolia.

O terceiro, que se caracteriza pela fadiga
do myocardio, e sua distensão, e frequencia e a
anystomia do pulso, a diminuição da
tensão arterial, o exaço da' tensão ar-
norma, os primeiros symptomas de
edema e de congestão visceral e a
diminuição da diurese.

O quarto periodo e' o de anystolia.

Por ultimo apresenta uma classificação
da anystolia em transitoria ou aguda
e permanente ou chronica.

Permanente:

{ Central
peripherica
Visceral

Transitoria

{ de hipertensão
 { de hipotensão
 { de intoxicação
 { nervosa
 { cardíaca

Etiologia - Muitas são as causas que intervem, dando origem à asystolia.

As lesões valvulares, as pericardites, as miocardites crônicas, o enfisema pulmonar, as bronchites crônicas, a tísica fibrosa, estas adenopathias, os variados obstáculos à circulação sanguínea (arteriosclerose, aneurisma da aorta e Mal de Bright etc.).

A doença de Basedow.

A tachycardia essencial paroxística.

A surmenagem.

Algumas doenças infecciosas como a febre typhoide ou a pneumonia, o rheumatismo etc. etc.

A pathogenia assenta sobre dois pontos principais - a fraqueza do coração e a entrave à circulação sanguínea no pequeno vaso ainda sobre a alteração dos ^{pequenos} vasos cardíacos.

Anatomia Pathologica - O coração dilatado de preferencia o direito contém grande quantidade de coágulos negros. As diferentes visceras congestionadas de preferencia o pulmão, o fígado, o rim.

Verifica-se ás vezes a existência de derrames quer peritoneaes, quer nas pleuras. No coração mostra-se a esclerose do myocardio com atrophia das fibras musculares.

Symptomatologia - Os symptomas mais impor-
tantes da asystolia são os seguintes:

As pulsações do coração são fraca, tachicardia e fre-
quentes vezes arhythmia. Verifica-se a dilatação car-
díaca, sopros orgânicos de leques valvulares ou de
stenoses.

Pulso frequente é modificado de diferente manei-
ras nas suas qualidades, filiforme, arhythmico, etc.
Dilatação venosa e às vezes apreciável o pulso ve-
noso principalmente das jugulares.

Edemas que principiam com a infiltração
das extremidades dos membros inferiores
se generaliza subindo. Às vezes da mesma
a infiltração dos teídos das paredes abdominaes
e thoracicas.

Ascite que às vezes se pode confundir com a das
cirrroses.

Hydrothorax ou hydropisia das pleuras mais fre-
quente é direita do que a esquerda e mas po-
de ser duplo.

Dyspnea intensa devida à stase sanguinea.

Cyanose dos labios e das extremidades.

Hypothermia quasi sempre.

Congestões de diferentes órgãos devidas a embargo
da circulação e à fraqueza do musculo cardíaco.

Assim têmos o pulmão cardíaco, o fígado e
o rim cardíaco, o baço cardíaco, etc.

A congestão dos centros nervosos pode dar lugar
a várias paralyrias e outras perturbações ner-
voras.

Evolução e Prognóstico - A evolução pode ser rápida
nos casos agudos (intoxicações, asystolia nervosa, febre ty-
phoide etc) ou demorada, asystolia permanente (cen-
tral, periphérica ou visceral).

Nos casos de fígado cardíaco e rim cardíaco o doente é vítima de uma verdadeira intoxicação e estabelece a cachexia cardíaca. Não é nada favorável o prognóstico das anistolias permanentes cujos portadores são entregues a uma cachexia cardíaca, a urêmia ou lipídulos por asphyxia ou syncope. As vezes uma infecção intercorrente é da máxima gravidade. É mais frequente nas anistolias transitórias haver um prognóstico mais benévolo.

Tratamento - Se devente ser ordenado o repouso, e o regimen lacteo absoluto e usará a medicação que o conhecimento da doença e as circunstâncias indicarem. Combateremos uma dyspnea conforme a sua gravidade com as ventosas, as frotas de fôfo e com effluvia que há a esperar dos diureticos ou até em casos extremos com uma sangria (150grm). Os edemas e ascite com os diureticos e regimen deschloratado. Neste caso estivo indicado a cafeina; os calomelanos em doses fracas ou de a theobromina ou purgantes drásticos (arite) A digitalis ou a digitalina cristalizada (5000 a 1 mgm).

O Hydrothorax será combatido com diureticos, purgantes drásticos e em caso ultimos recorre-se á Thoracentese.

Para a insomnie pulmonal (1-3 gram) Havem o maior cuidado com o regimen que deve ser exclusivamente lacteo quando houver acidez e hydropisia e fora disso pôde o doente passar ao regimen misto. Os alimentos de digestão difficil, os gordurosos, carne de porco e alcool e tabaco não devem ser facultados ao doente.

II

1.º Caso de Observação. Insuficiência mitral e aystolia

José Manuel Domingos Braga, de 62 annos de idade, viuvo, algarvio e natural de Faro e reside ha vastantes annos no Porto.

Entrou para a Enfermaria numero 4 do Hospital de Sto Antonio no dia 8 de Novembro de 1910 em virtude de se lhe terem aggravado já antigos padecimentos do coração.

Vive com grande dyspneia, dores precordiacas, edemas dos membros inferiores, acite, com uma bronchite chronica e "a achega se muito pouco de forças".

Ha 2 annos que se sente mal e apoucado por dyspneia.

Já entrou para o Hospital pela mesma motivo ha cerca de um anno tendo sahido melhor.

Os antecedentes hereditarios referidos pelo doente são sem importancia referindo tambem que os paes eram saudaveis.

Antecedentes pessoais - Tem as segas em creanças e só durante 3 dias(?).

Uma pneumonia, durante a vida militar, que o reteve no Hospital Militar durante um mes.

Recorda-se de ter tido cinco hemorragias.

X Tem um cancro(?).

Uma adenite.

+ Rumatismo articular

Essa sujeiti a frequentes dores de cabeça. Ha muito tempo que é portador de uma

bronchite chronica

Tem tido por vezes flegmas demopticos e tambem algumas epistaxis.

E' muito surdo e desde da muito surdo.

Tem uma hernia inguinal dupla.

Exame do doente. E' um individuo bastante magro e de pelle descorada e com desenvolvimento piloso normal.

Conserva-se em decubito lateral direito, nítido essa a posicao que encontra mais comoda para os seus padecimentos.

Tem pulso raso venozos e bem visivel e tambem o signal da temporal.

As extremidades sao cyanosadas.

Tem um edema consideravel nos membros inferiores ate ao joelho apreciavel a' vista e pelas impressões em pedet bem nítidas produzidas pela pressao dos dedos do observador.

Tem acie consideravel.

A respiracao que e de tipo abdominal e' muito mais perceptivel do lado esquerdo e da' uma frequencia de 35 movimentos respiratorios por minuto.

O choque do coracao e um grande area, e ondulada e bastante visivel na parede thoracica.

O pulso e anejo, hypertenso e muito frequente. Tem 102 pulsações por minuto.

A tensao arterial dada pelo Sackon e de 22,5.

O Sphygmographo do pulso em 14 de Novembro deu o seguinte graphico.

14/11

Brya

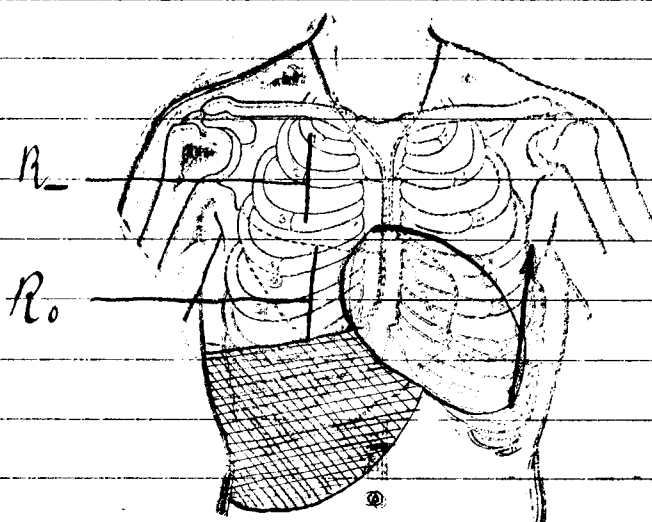
A palpacão faz perceber um notavel formido

cardíaco com abaixamento e dextro da porta de evacuação que bate no 2º espaço intercostal, na linha axillar anterior.

A percussão confirma a dilatação cardíaca.

A palpação e percussão dão a perceber ~~uma~~ notável dilatação do fígado.

Na parte posterior do thorax (2 terços inferiores) ha som obtido na percussão que é completamente plano à direita.



À esquerda na parte posterior do thorax ha sonoridade.

Essa som plano obtida na parte posterior direita é produzida por um hydrothorax. Fez-se a extração de liquido por punção e aspiração e a reacção de Rivalta confirma o hydrothorax.

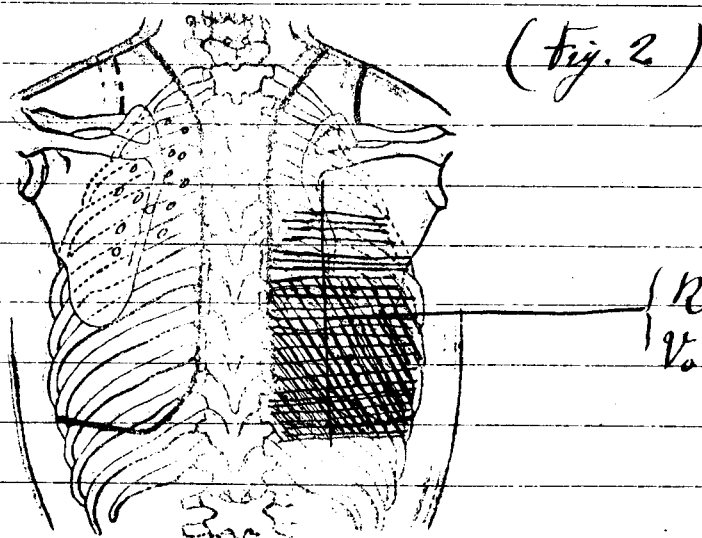
Do doente são feitas duas thoracenteses, uma que dá 800 ^{cm³} de liquido e a segunda em 20 de Junho de 1911 de 1300 ^{cm³}.

O liquido da primeira thoracentese em 30 de Novembro de 1911 foi analysado com o N° 1116 no Laboratorio da Escola Medica.

O resultado da analyse nem tambem (o que era ja de suppor) confirmar o diagnostico de um hydrothorax.

Resultado da analyse —

globulos rubros ————— muito numerosos
 lymphocitos ————— numerosos
 células endotheliaes ————— raras
 grandes mononucleares ————— muito raras



A auscultação evidenciou uma *aptythmia* var-
 ziosa, um *sopre* substituído e 1º ruído mais
 intenso na ponta da costela e propagando-
 se para a axilla.

Ha um consideravel *curndecimento* do
 2º ruído.

Pela auscultação do *apparelio* respiratorio
 verificou-se a *diminuição* de *murmurio* vesicular
 na região thoracica direita superior, e abolida na
 parte inferior.

Havia *culas* subcostales principalmente na
 região indicada na Fig 2, no pulmão esquerdo.

A temperatura conserva-se baixa; no dia
 da entrada para o Hospital era de 36,4.

Tem o *doente* *pollakiuria* sendo as urinas
 turvas e amarellas acastanhadas.

A 16 de Novembro é feita a analyse da
 urina no Laboratorio da Faculdade de Medicina

que revelam as modificações seguintes.

1.º Nos caracteres gerais (800^{cm³} Vol. em 24h).

Côr _____ amarella acastanhada

Aspecto _____ turvo

Deposito _____ pequeno

Cheiro _____ extractivo

2.º Nos elementos normaes.

Elementos organicos por litro — 31,49 gram

" " " minerais — 10,77 " "

Total das matérias dissolvidas — 42,26

Acidez total (em Ph^{205}) — 1,24

Urêa — 23,80

Acido Urico — 0,439

Acido phosphorico — 202

Acido sulfurico em So^3 { mineral — 1,532

{ dos sulfos conjugados 0,104

Enxofre neutro (em So^3) — 0,248

Chloreto de sodio (em NaCl) — 5,206

3.º Elementos anormaes.

Albumina — Vestigios

Glucose — Nullo

Pigmentos biliares — Nullo

Acidos biliares — Vestigios

Indican — Pouco abundantes.

O Volume de urina que foi aproveitada para a analyse foi obtida no espaço de 24 horas e em de 800 cm^3 .

Exame Microscopico

Elemento organizado — Cellulas epitheliales polygonas e leucocytes pouco numerosa; alguns cylindros hyalinos, granulados e mixtos.

Elementos não organizado — Crystaes de acido urico.

A natural diminuição dos exlotos é em parte devida ao regimen lacteo a que o doente estava submettido.

Não havia glicose, e existiam "pequena quantidade a albumina e o indicam. A albumina que se explica neste caso pela concomitancia de ligas renaes e o indicam que se produz quando da fermentação gástrico-intestinal.

O peso do doente era grande entrava para a supermania de 65 kgm tendo de altura 1,62.

Queixava-se de dores retrosternaes de propagação maxima para o lado esquerdo do thorax.

Tem a miúdo insomnias e cephalalgias.

Dyspnea intensa e oppressão violenta.

Tanha após o mais pequeno esforço ou com pequenas marchas. Actualmente o mais pequeno movimento o afflige muito.

Inchaço de as pernas a miúdo.

Arrefecem de muito e a miúdo as extremidades.

Tem tosse e bastante expectoração principalmente da parte de manhã o que attribue a bronchite chronica.

Tem zumbidos dos ouvidos e sua grande surdez é também já bastante antiga.

Pelo que fica exposto e que é o conjunto dos elementos fornecidos pelo interrogatorio: symptomas funcionaes - exame objectivo: inspecção, palpação, auscultação - antecedentes hereditarios e familiares e pelos exames complementares se conclue que o doente suscitado após haver tido varias doenças Me cabe actualmente o diagnostico que segue -

Diagnostico - É um arterioscleros, e é um cardiaco cujos symptomatologia por vezes alarmante de arys.

L

tolerância é devida a uma insuficiência mitral de que é portador, symptomatologia que um não muito regular estudo do rim agravou ainda mais. Evolução com o tratamento. O doente que a princípio apresenta com edemas e dyspnéia intensa e dudo repouso, regimen lacteo e theobromina para lhe augmentar a diurese. Em poucos dias melhora, desaparecendo os edemas e diminuindo a dyspnéia. A diurese augmentou de 800 a 500 cm³.

O peso desce de 65 Kgm a 53.

A 14 de Novembro apparece-lhe prisão de ventre que é combatida com uma purgante de óleo de ricino.

A 23 de Novembro toma novamente a theobromina (1 gram) que tinha sido suspensa.

A 29 de Novembro faz-se-lhe a primeira thoracentese que dá 800 cm³ de liquido.

Desviantose do regimen lacteo absoluto alguns dias não demora muito que appareçam os edemas e augmentum a dyspnéia. Por isso volta ao regimen lacteo. A 21-XII-10 favorece-se-lhe a diurese com a theobromina. Pésara 59 Kgm.

A 29 de Dezembro pesava 50 Kgm.

Toma codaina para auxiliar a expectoração.

A 18 de Janeiro de 1911 a diurese desce a 600 cm³. Tinha-se usado a digitalina que se suspende e ensaia-se como diuretico o acetato de potassio.

A 20 de Janeiro é forçado fazer-lhe segunda thoracentese. Esta dá 1300 cm³ de liquido. Nova occorrida applica-se-lhe uma injeção de cafeina.

A 23 suspende-se o acetato de potassio e recorre-se a theobromina e o doente é refeito ao regimen lacteo rigoroso.

A 26 melhorado o seu estado é relativamente bom.

A frequência do pulso é de 85 pulsações por minuto.

Peso 52 Kg. A diurese foi de 1350 cm³.

Continuou pois melhorando. Não voltaram ainda os edemas, tem pequena dyspnéia, boas disposições de espirito, muito appetite e muita vontade de se ir embora do Hospital o que fez a 30 de Janeiro.

Prognóstico As melhoras com que conseguiu sahir não serão muito duradouras devido ao estado do doente e ao pouco cuidado que por certo tiveram com o regimen e a falta de medicações oportunas e apropriadas. Uma poussée mais aguda tem todas as probabilidades de liquidar o doente - por asphyxia, por syncope ou uremia ou por uma complicação intercorrente eg. broncho pneumonia, etc.

2º Caso de Observação - Stenose e insuficiên-
cia mitral - Asystolia.

Amélia Born, filha de J. Ribeiro e Antonia Born,
de 34 annos idade, casada, exada de serviço, e
natural de S. Mamê de Imperia onde tem
residido.

Entrou para o Hospital de S. Antonio em 2
de Fevereiro de 1811, com o N.º 1853 do Registo
geral e no dia 7 passou para a Enfermaria de
Clinica Medica. Entrou por causa de fadigas mu-
tas do coração. Tendo já estado no Hospital mais
2 vezes pela mesma doença.

Hereditariedade - Os paes são saudáveis, a mãe
vive ainda.

Antecedentes - Ha 8 annos que começou a sentir
a sua doença que se manifestava por falta
de ar, cansaço nas pernas que inchavam, palpitações,
insomnias e impossibilidade de dormir em
decubito. Logo algum tempo depois do parto.
Teme doze filhos, nove morreram aos quatro meses
"seccos e diziam os médicos com doença dos intelli-
mos". Os restantes são vivos e saudáveis.

Ha 6 annos que não é assistida e "se conta
se que está gravida pelas varizes das pernas".

Tem tido varias constipações, tosse, tendo tido
hemoptyses abundantes. Antes de adoecer do
coração, era fígado deira, passando muito
mal. Tem muito desporto com o
marido. Tem o ultimo parto ha 1 mez e
appareceu-lhe a dyspnoea intermitta, edemas 15 dias depois
tinha insomnias, cephalaea e oliguria.

Exame da doente — A doente que permanece sentada na cama e encostada aos travesseiros apresenta um ligeiro edema da face que está alguma coisa cianótica.

Ha edema consideravel dos membros inferiores e o ventre é bastante volumoso.

Nota-se intensa dyspneia, o tremulo da bocca (Signal de Murrell) e o pulso jugular.

Têm varizes nos membros inferiores.

Palpação — É apreciavel a diminuição de pulso ao nível da ponta do coração que bate no quinto espaço intercostal.

O fígado é dilatado e doloroso á pressão sente-se o pulso hepatico.

A palpação produz dores abdominaes mais intensas na parte superior e nas regiões lateraes.

O Pulso tem uma frequência de ≈ 120 pulsações por minuto.

Ha 4/7 movimentos respiratorios por minuto.

Auscultação — Sopro no foco mitral sendo maior no primeiro tempo. A propagação deste 1º sopro faz-se para a axilla.

Tachycardia.

O sphygmographo deu um graphico em curva de rato. Graphico em:

21-3-11

Amelia Rosa

A auscultação do aparelho respiratorio faz-se, e ouvem-se rales crepitantes na parte anterior e posterior do thorax á direita e á esquerda. São mais á esquerda na auscultação anterior e

mais numerosos ainda que estas na parte posterior, a direita.

Tensão máxima = 11

Tensão mínima = 7,5

Tem oligúria e as urinas são muito turvas.

A análise ~~clínica~~ feita em 10 de Fev^o deu o seguinte resultado - (Análise qualitativa 1/177)

Caracteres gerais

Vol. apresentada ————— 90 cm³

Côr ————— am^o avermelhada

aspecto ————— muito turvo (uratos)

Deposito ————— abundante

Cheiro ————— Normal

Reação ————— acida

Densidade a 15° ————— 1,0155

Elementos anormais

albumina ————— contém

glicose ————— Não

Pigmentos biliares ————— Não

Indican ————— muito abundante

Urobilina —————

Exame microscópico — Numerosissimas cystas, uratos acido de soda, fundo cylindros de uratos acido de soda; numerosas células das vias genitourinarias; raras leucocytes; raras células renais; cylindros hyalinos granulosos.

Queixas da doente de oppressão da dyspnœa e de palpitações espontaneas ou por esforço. Tem tosse e expectoração abundante.

Tem insomnias e tem tido náuseas e anorexia. Tem erythema e sente formigamentos nos pés.

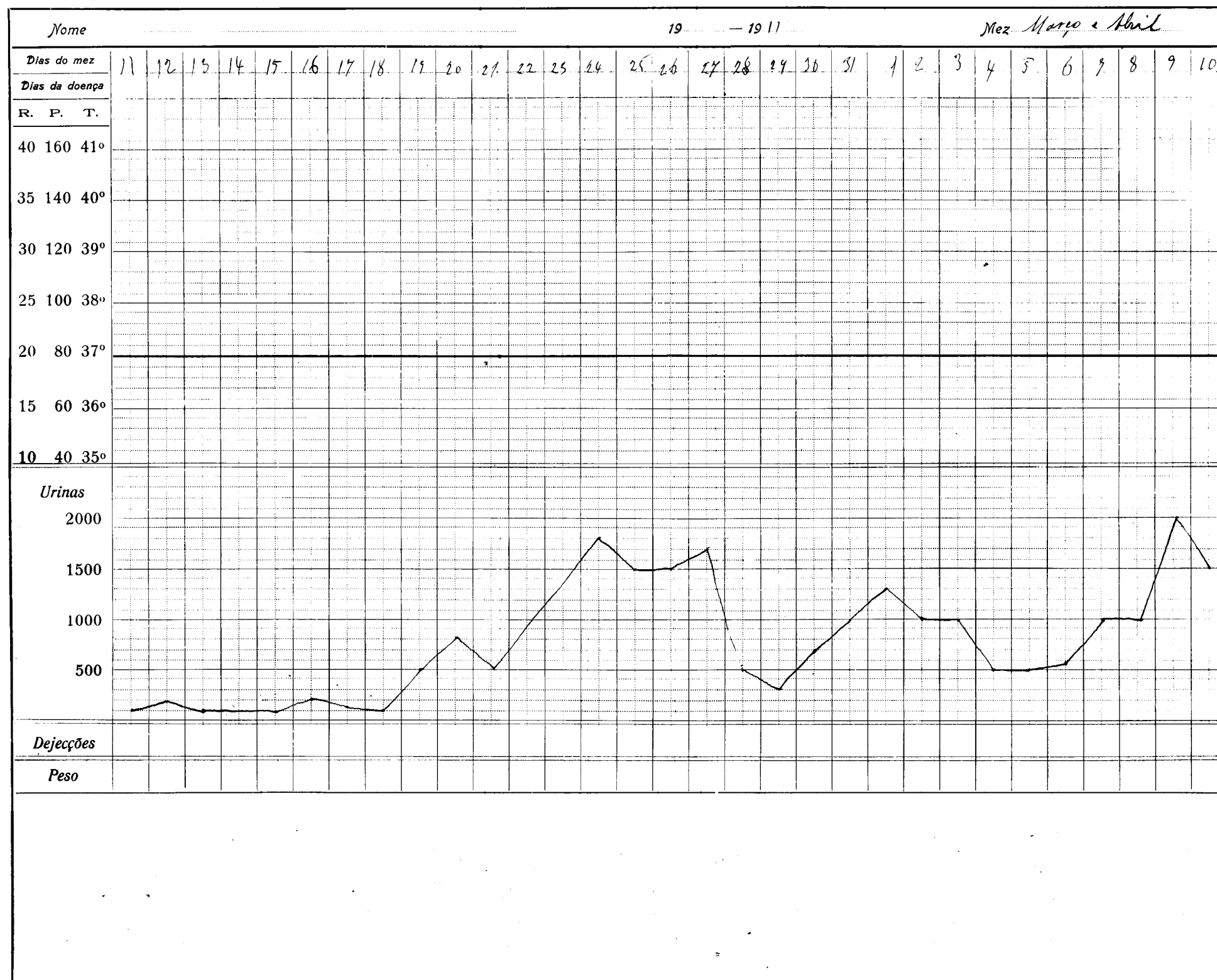
Clinica Medica

Sala

Mez Feb 00 - Marzo

Enfermaria

Sala



Enfermaria

Sala

Nome

19

— 19/1

Mez

Abil

Dias do mez

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

Dias da doença

R. P. T.

40 160 41°

35 140 40°

30 120 39°

25 100 38°

20 80 37°

15 60 36°

10 40 35°

Urinas

2000

1500

1000

500

Dejecções

Peso

Nos primeiros 10 dias a quantidade de urina do doente é muito reduzida como se pode ver pelo graphico das urinas.

Diagnostic - Ayrstolin - As lesões valvulares consistem em stenose e insuficiencia mitral.

Evolucão e Tratamento - Repouso e regimen lacteo rigoroso. Usa a digitalina de Mialhe em soluto tomando x gotas por dia.

A 8 de Fevereiro tem a noite um grande acesso foi forçoso fazer-se lhe uma sangria. Applicaram-se lhe ventosas na região lombar e foi ministrado dar-lhe uma injectão de cafeina. O acesso durou 3 horas.

A 9, Fevereiro - ventosas na região lombar duas vezes por dia em sessões de meia hora e farsseu-se a diureza com a lactose - 1 gram em cinco papéis.

A 10 de Fev. Combate-se a prisão de ventre - oleo de ricino.

A 11 de Fev. tem a seguinte medicação -

tintura de yulapa composta - 25 gr

1 injectão de cafeina

Usa lactose no leite (1 gram em cada)

A 14 de Fev - Theobromina (2 hostias de 0,50)

Spartaina em pó

A 14/2 - Digitalium de Mialhe (XX gotas)

18/2 - lactose (5 papéis de cinco gram no leite)

Deahi até fins de Março foi sustentado pela theobromina, lactose e digitalium de Mialhe e estando em um regimen lacteo absoluto ou mitigado conforme havia os seus edemas.

A 5 d'Abil. - calomelanos pelo vapor (25 centj)

A 16 d'Abil. - tendo prisão de ventre (30 gr de sulfato de soda)

Desde 16 a 22 d'Abril, tem sessões de ventosas sobre os rins.

De 20 voltamos os videmas, com Theriacina e dieta lactea rigorosa.

A 25 tem menos dyspnœia e melhora o seu estado. Tem 86 pulsações por minuto e 30 movimentos respiratórios.

Vão melhorando de 22 em diante e deixam o regimen lacteo absoluto.

Sente-se melhor e deseja sair do Hospital o que realisa a 29 de Abril.

Sahe satisfeita melhorada. Pulso - 84 movimentos, respiração com frequencia de 28 movimentos por minuto.

Prognostico. Atendendo a gravidade das lesões renaes e antigriavidade, a marcha da doença debaixo dos cuidados do tratamento do regimen e hygienico é de supôr para breve uma desentença fatal, após novo acesso.

IV.

Algumas considerações sobre os casos observados.

1. Reaparição dos symptomas com o mais pequeno desvio de regime a proporcionar.

Notei a grande relucência que existe entre a diminuição dos sintomas e a marcha e apparecimento dos symptomas.

A inutilidade do repouso e a necessidade de frequente emprego de varios remédios e especialmente da theobromina.

Na 2ª observação o optimo resultado que se obtive com a realisacão de uma cirurgia que salvou a doente de uma situação alarmante.

Quanto a symptomas verifiquei nestes casos a existencia dos mais importantes de apytôlia.

Proposições.

Anatomia — A situação anatómica do nervo cubital explica a neuralgia intensa em pequenos traumatismos do cotovelo.

Histologia — As repetidas análises do sangue nas anemias dão informes seguros sobre o resultado do tratamento.

Physiologia — A physiologia muscular e o conhecimento do período dos movimentos normais de uma articulação devem conhecer-se quando reduzimos uma luxação.

Pathologia Geral — Quando conhecermos as causas de todas as doenças podemos então ter realizado a classificação destas a mais completa.

Materia Medica — A descoberta dos anæsthetics não trouxe a cirurgia um dor mais valioso auxiliar.

Pathologia Externa — Grande numero de casos de tetano tem a sua historia ligada a fracturas expostas anteriores.

Anatomia Pathologica — A autópsia é a ultima instancia onde muita vez é julgada a pouca veracidade dos diagnostics.

Higiene — Não é sem uma possibilidade de infecção syphilitica, ou outra, para os seus frequentes que os barbeiros exercem uma profissão que deveria ser de accão e hygienica.

Pathologia Interna — As localizações internas da

sypilis são as mais graves.

Operações — O desleixo post operatorio compromete muitas vezes uma operação bem feita sob todos os pontos de vista.

Partos — As grandes lacerações do feto imprimem ao parto uma estrutura imediata.

Medicina Legal — A cor viva e rutilante do sangue que se conserva durante dias, nos indivíduos mortos pelo gás de illuminación não é privativa de este género de morte.



Kid, 30-VI-911
O Presidente
Alberto d'Figueira