

teses
VII

N.º 98

João Pinto Nogueira d'Avelar

**A GANGRÊNA SIMÉTRICA DAS EXTRE-
MIDADES POR ENDOARTERITE
OBLITERANTE PROGRESSIVA**

TESE DE DOUTORAMENTO

apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



19817 FMP

ABRIL — 1921
TIPOGRAFIA MARQUES
R. Gonçalo Cristóvão, 191
PORTO

**A GANGRÊNA SIMÉTRICA DAS EXTRE-
MIDADES POR ENDOARTERITE
OBLITERANTE PROGRESSIVA**

João Pinto Nogueira d'Avelar

**A GANGRÊNA SIMÉTRICA DAS EXTRE-
MIDADES POR ENDOARTERITE
OBLITERANTE PROGRESSIVA**

TESE DE DOUTORAMENTO

apresentada à

FACULDADE DE MEDICINA DO PORTO



ABRIL — 1921

TIPOGRAFIA MARQUES

R. Gonçalo Cristóvão, 191

PORTO

Faculdade de Medicina do Porto

DIRECTOR - Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos

SECRETARIO - Prof. Dr. Alvaro Teixeira Bastos

PROFESSORES ORDINÁRIOS

Anatomia descriptiva	Prof. Dr. Joaquim Alberto Pires de Lima.
Histologia e embriologia	Prof. Dr. Abel de Lima Salazar.
Fisiologia	Vaga
Farmacologia	Prof. Dr. Augusto Henriques de Almeida Brandão
Patologia geral	Prof. Dr. Alberto Pereira Pinto de Aguiar.
Anatomia patológica	Prof. Dr. Antonio Joaquim de Souza Junior.
Bacteriologia e Parasitologia.	Prof. Dr. Carlos Faria Moreira Ramalhão.
Higiene e Epidermiologia	Prof. Dr. João Lopes da Silva Martins Junior.
Medicina legal.	Prof. Dr. Manuel Lourenço Gomes.
Anatomia cirurgica (anatomia topografica e medicina operatoria)	Vaga
Patologia cirurgica	Prof. Dr. Carlos Alberto de Lima.
Clinica cirurgica	Prof. Dr. Álvaro Teixeira Bastos.
Patologia medica e clinica de molestias infecciosas	Prof. Dr. Alfredo da Rocha Pereira.
Clinica medica.	Prof. Dr. Tiago Augusto de Almeida.
Terapeutica geral e hidrolo- gia médica	Prof. Dr. José Alfredo Mendes de Magalhães.
Clinica obstetrica.	Vaga
Historia da Medicina e Deon- tologia	Prof. Dr. Maximiano Augusto de Oliveira Lemos.
Dermatologia e sifiligrafia	Prof. Dr. Luiz de Freitas Viegas.
Psiquiatria e psiquiatria fo- rense	Prof. Dr. Antonio de Souza Magalhães e Lemos.
Pediatria.	Prof. Dr. Antonio de Almeida Garrett.

PROFESSOR COM LICENÇA ILIMITADA

José de Oliveira Lima

PROFESSOR JUBILADO

Pedro Augusto Dias (lente catedrático)

Faculdade de Medicina do Porto

UNIVERSIDADE DO PORTO

Faculdade de Medicina do Porto

Faculdade de Medicina do Porto

A Faculdade não responde pelas doutrinas expendidas na dissertação

Art. 15.º § 2.º do *Regulamento Privativo da Faculdade de Medicina do Porto*, de 3 de Janeiro de 1920.

À santa memória
de minha Mãe

Hoje seria por certo o dia mais
feliz da vossa vida.

Eterna saúde do vosso filho
agradecido.

A meu Pai

Uma vida inteira de dedicações
não compensará o muito que vos
devo.

A meus Irmãos

Crêde sempre na amisade sin-
cera do vosso

João.

Á Ex.^{ma} Senhora

D. Antónia Pinto Capelas

e a minha cunhada

D. Maria José Pinto Capelas

Pelo muito que vos devo.

Ao Ex.^{mo} Senhor

Dr. Hernâni Bastos Monteiro

Como testemunho da mais viva
gratidão.

AOS MEUS CONDISCIPULOS

Em especial:

Dr. Antonio Felmo Augusto Cardoso Correia

Dr. Faime dos Santos Rodrigues

Dr. Antonio Martins Moreira

Dr. Eurico Ferreira Alves

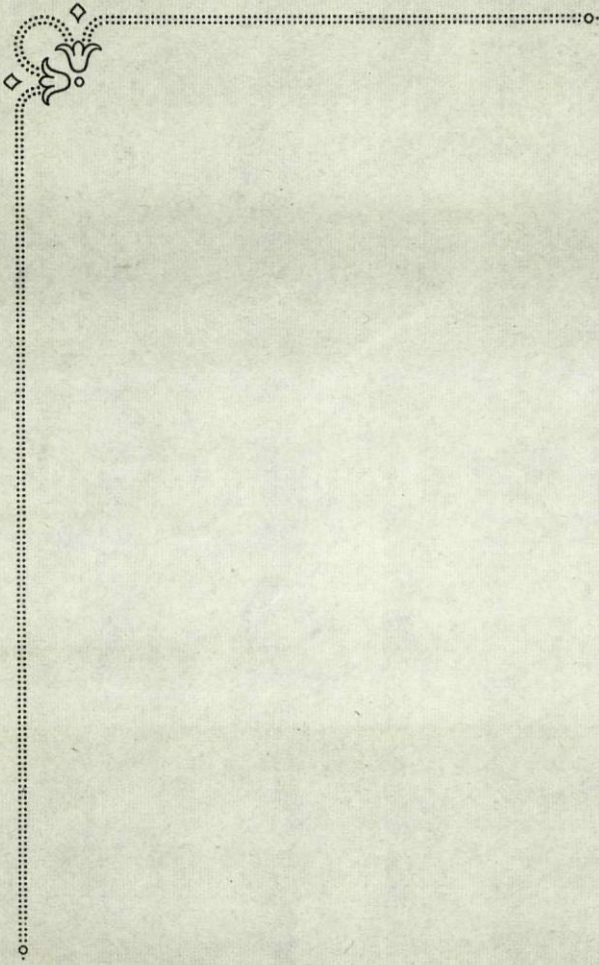
Dr. Germano Campos Monteiro

Um abraço de despedida.

**Ao meu ilustre presidente
de tese**

Prof. Álvaro Teixeira Bastos

Homenagem sincera do disci-
pulo muito reconhecido.



Duas palavras

Para conclusão do nosso curso manda a Lei que apresentemos um trabalho original sôbre qualquer dos múltiplos ramos da Sciência e Arte de curar. Dedicando-nos ao labôr clinico, foi à clinica que fomos procurar o têmea que nos servisse para a nossa dissertação.

Interessando-nos sobremodo a Cirurgia, o ramo mais fértil em resultados de valor da therapeutica, foi nas salas da clinica cirúrgica que achamos o caso clinico cujo estudo serve de base a êste despretencioso e mo-

desto trabalho. Apesar do seu pequeno valor representa êle um esforço que só poderá avaliar quem tenha sido quintanista de medicina e tenha sido obrigado à apresentação duma tese.

*

A impossibilidade de scindir o estudo do caso particular da gangrêna simétrica das extremidades, do estudo geral das gangrênas, justifica que o primeiro capitolo, dêste último se ocupe.

*

Ao illustrissimo Júri que do valor deste trabalho há de julgar pedimos que tome em linha de conta ao lado do seu valor intrinseco o esforço que ele representa e assim benévolaemente o julgue se não pelo que vale, pelo quanto de trabalho que significa.

Gangrêna em Geral

Gangrêna, clinicamente, é o conjunto de fenómenos que traduzem a morte duma região limitada do organismo.

A vida duma célula é submetida a um certo número de condições indispensáveis. É em primeiro lugar a integridade da substância viva. É em seguida a nutrição da célula: para viver, toda a célula tem necessidade de oxigénio, de água e de alimentos: nos organismos complexos o sistema circulatório leva-lhos. São as condições do meio exterior, a temperatura em particular, que

deve oscilar entre certos limites, para além dos quais quer se trate de frio ou de calor a célula danifica-se. E' enfim a regulação dos fenómenos vitais, a direcção das trocas intersticiais que o sistema nervoso tem sob a sua dependência. — A morte sobrevem sob a deficiência duma ou de várias destas condições; quanto à integridade celular, quanto à própria estrutura da célula, elas podem ser destruidas por uma violência exterior ou por um veneno.

As causas da gangrêna são pois fáceis de enumerar. O traumatismo que destrói a integridade celular. A paragem da circulação que suprime ou torna insuficiente a vinda de nutrição. As perturbações da enervação que destroem a harmonia celular e trazem as perturbações nas trocas nutritivas. As geaduras e as queimaduras que desorganizam os tecidos. Enfim toda a série de venenos que pode levar o sangue, venenos microbianos nas infecções, de que a gangrêna gasosa é o tipo, venenos orgânicos nos diabéticos,

os albuminúricos, aos quais se acrescenta a diminuição da resistência às infecções acidentais intercorrentes.

A morte não é instantânea, é progressiva e a célula é a sede de toda uma série de fenómenos, desde o momento em que o organismo sofreu o dano irreparável até ao momento em que a última das funções vitais pára. E' a esta morte progressiva, êste espaço de tempo que vai desde a causa inicial da morte até à desapareição de todo o vestígio da vida que se chama necrobiose. E' a passagem da vida para a morte.

Quando os tecidos mortificados sôfrem o ataque das infecções microbianas, sôbretudo infecções d'anaeróbios, dá-se a putrefacção e liquefacção dos elementos celulares e a gangrêna constitui-se; a escara separa-se do vivo e cae.

Mas, enquanto que a parte morta está ainda ligada ao organismo vivo, dão-se trocas duma para o outro: as substâncias produzidas na escara são absorvidas, entram na

circulação geral substâncias tóxicas, ptomai-
nas, se se trata de grangrêna; substâncias
normais, alteradas, productos de desagrega-
ção se se trata de necrobiose. A estas subs-
tâncias são devidos os fenómenos gerais
d'intoxicação e as alterações das outras par-
tes do organismo.

Toda a grangrêna é caracterisada por
dois períodos: a formação da escara e a sua
eliminação; um sulco cava-se entre a morte
e o vivo, que se vai estendendo até que a
parte gangrenada seja completamente desta-
cada. Depois, à grangrêna succede a repara-
ção das partes sãs postas a nú.

Segundo os aspectos que a escara toma
na sua evolução, anatómica, nós dividiremos
as gangrênas em sêcas e húmidas.

Nas primeiras há mumificação dos teci-
dos, sôbretudo quando a destruição celular
se produz na extremidade dum membro; as
obliteraões vasculares sendo progressivas,
permitem a absorpção dos líquidos emana-
dos do foco mortificado, determinando a

desidratação hidrópica auxiliada ainda pela evaporação cutânea. Nos segundos há, pelo contrário, putrefação intensa; há edema da escara, infiltração pútrida, desenvolvimento de gaz, cheiro fétido, liquefação e desagregação tecidulares. Entre estas duas variedades há todos os intermediários, pois existe sempre mais ou menos a infecção microbiana associada à morte dos tecidos.

A sede da grangrêna é múltipla: mais freqüente nas extremidades, onde as condições da circulação são precárias, e que são mais expostas aos traumatismos e às modificações exteriores, ela vê-se entretanto em todo o organismo; as vísceras não são indemnes e a grangrêna do pulmão é de observação corrente.

E' fácil, portanto, comprehender o condicionalismo geral que ocasiona a morte celular. Já o mesmo não diremos, quando em casos específicos, se procura atingir numa particularisação minuciosa, o mecanismo lógico da sua etiologia.

.....

Dadas estas breves noções sôbre gangrêna em geral, apresentaremos dois casos interessantes de grangrêna simétrica das extremidades inferiores, por ser relativamente raro o aparecimento de casos semelhantes entre nós.

Estas observações despertaram-me tanto mais interêsse, quanto é certo que vários auctores querem incluir na rúbrica de síndrome de Raynaud múltiplos doentes que no fundo apresentam lesões histo-patológicas e até clínicas que justificam duma maneira bem patente a gangrêna simétrica.

Começaremos em primeiro lugar pelas observações e faremos depois o comentário.

I

C. P. A. solteiro, ourives, de 22 anos de idade, entrou para o Hospital Geral de Santo António, no dia 14 de fevereiro de 1920, sendo internado na enfermaria n.º 1 a cargo do Prof. Teixeira Bastos.

Estado actual

Queixa-se ao nível dos pés de violentas dores, contínuas, com sensação de queimadura, exacerbando-se ao menor contacto, impossibilitando o doente de dormir. Ao mesmo tempo sente os pés frios.

O que impressiona à primeira vista é a côr arroxeada dos tegumentos e a presença nos dedos

de placas de esfacêlo, umas de côr castanha e outras de côr negra.

A palpação mostra-nos que a artéria pediosa se tornou num cordão duro, doloroso, imóvel, ao nível e abaixo do qual se não pode perceber algum pulso.

Os movimentos não só dos dedos como das pernas estão mais ou menos atenuados, mas não ausentes por completo, o que aliás é compatível, embora passageiramente, com a gangrêna confirmada.

Depois há modificação com diminuição de volume de toda a parte que deve ser eliminada e tanto os tendões como os músculos são incluídos nessas modificações, trazendo como consequência esta diminuição ou abolição total dos movimentos.

Apesar dêstes sintomas serem a princípio muito mais patentes ao nível do pé esquerdo que do direito, nem por isso neste se deixam de dar a evolução progressiva da doença até à gangrêna confirmada.

O exame dos diversos aparelhos não nos revelou qualquer coisa que atraísse a nossa atenção a não ser uma desigualdade muito pronunciada de pulso.

Antecedentes pessoais

O doente refere-se a uma adenite que teve na região inguinal esquerda e que não chegou a supurar. Passados tempos apareceram-lhe feridas nas pernas difíceis de cicatrizar.

Antecedentes hereditários

Os pais são vivos e saudáveis e cinco irmãos que tem foram sempre, nos dizeres do doente, muito saudáveis.

História da doença

Conta o doente que, há aproximadamente dois meses, começou a sentir frio e dores nos dedos do pé esquerdo, notando ao mesmo tempo que êles tomavam o aspecto do dedo morto. Passado dias, que não podia precisar, com grande espanto seu, viu que êstes sintomas invadiam da mesma maneira o pé direito, exacerbando-se cada vez mais e obrigando o doente a internar-se no Hospital onde o encontramos.

R. W. e com reactivação: Negativa.

Análise sumária da urina: Albumina, não contém. Glucose, não contém. Índican, aumentado.

Pachon: T. M. = 13. T. m. = 11.

Diagnóstico

Pela sintomatologia colhida e atrás referida este doente é portador duma gangrena simétrica das extremidades.

Prognóstico e Tratamento

O prognóstico funcional é dos mais reservados. O tratamento de que podemos lançar mão em caso desta natureza, além de meros paliativos que consistem na aplicação de pensos húmidos de substâncias oxidantes sobre as regiões invadidas pela gangrêna, é a intervenção cirúrgica mutiladora, depois de se ter usado de uma longa expectativa e observação aturada.

No nosso caso, o doente, sofreu a amputação dos dois membros pelo terço médio da côxa.

Era a este nível que o Pachon acusava oscilações amplas, contrastando com a sua ausência nas regiões inferiores.

Ha auctores que preferem fazer a mutilação terapêutica no local de transição entre as oscilações normais e as diminuidas. Não concordamos com esta maneira de vêr.

Oscilações normais demonstram integridade anatómica das paredes arteriais: elas só se podem produzir quando a contractibilidade muscular e a elasticidade dos vasos se conservam integras. Amputar numa zona onde as pulsações estão enfraquecidas, é correr o risco da inutilidade da operação feita, porque o processo gangrenoso pode repetir-se obrigando-nos a uma nova intervenção.

Com respeito ao prognóstico vital, êle depende principalmente da resistência do doente e da maior ou menor intoxicação de que êle está possuido.

Afastar essas causas de envenenamento ou dominar elementos possíveis de infecção, é a racional terapêutica a instituir depois de realizada *a forçada intervenção cirúrgica.*

II

A. P. de 21 anos, solteiro, entrou para o Hospital Geral de S. António no dia 12 de outubro de 1920, sendo internado na enfermaria n.º 1 a cargo do Prof. Teixeira Bastos.

Estado actual

Este doente apresenta um fácies sofredor, de palidez acentuada e encontra-se num estado de astenia profunda.

Queixa-se de frio intenso nos pés e de violentas dores espontâneas, em fígada que o doente compara à sensação de agulhas que espetam.

As faces plantares estão tumefactas e são muito dolorosas à pressão e dão a sensação da frieza cadavérica. As faces dorsais apresentam manchas duma côr vinosa, contratando com placas de côr castanho escuro que se notam ao nível dos dedos. Estas placas dão um som produzido pelo toque dum estilête semelhante ao produzido na madeira.

São placas de esfacêlo gangrenoso. As artérias, que estão transformadas em cordões duros, não acusam a mais leve pulsação, apesar de termos empregado para isso aparelhos muito precisos como o oscilómetro de Pachon.

Antecedentes pessoais

Este doente não apresenta nos seus antecedentes doença alguma.

Foi sempre forte, segundo refere.

Antecedentes hereditários

Os pais são vivos e saúdáveis. Teve 12 irmãos, oito dos quaes são vivos e saúdáveis. Os

outros morreram em criança, ignorando o doente a causa da morte.

Há a registrar alguns abortos, segundo refere o doente.

História da doença

Conta o doente que há aproximadamente 8 meses, começou a sentir os pés frios, insensíveis e notou ao mesmo tempo uma palidez acentuada principalmente ao nível dos dedos. Depois os pés tornaram-se edemaciados e fortes dores, espontâneas e contínuas sobrevieram creando ao paciente uma existência insuportável.

Há dois meses apareceu-lhe uma flictena, no bôrdo interno do dedo grande do pé direito, que rebentou, dando saída a um líquido sanioso e pondo a derme a descoberto. As flictenas multiplicaram-se constantemente dando origem ao desaparecimento da epiderme deixando a descoberto pontos da derme de aspecto lardáceo, rôxos e asfíxicos.

Os mais leves movimentos faziam-se acompanhar por dores horríveis e ainda hoje o doente solta gritos lancinantes ao fazerem-lhe o curativo.

R. W. e com reactivação : Negativa.

Análise sumária da urina : Albumina, não contém. Glucose, vertígios de sedução. Pigmentos biliares, não contém. Ácidos biliares, não contém. Índican, muito aumentado. Urobilina, aumentada.

Pachon : T. M. = 14. T. m. = 11.

Diagnóstico

Os sintomas locais, a marcha invasora da gangrêna dos pés, leva-nos à conclusão da existência duma gangrêna simétrica.

Prognóstico e tratamento

Já me referi a êles na primeira observação. Neste doente o tratamento consistiu, como aliás no primeiro, na amputação dos membros pelo terço médio das coxas.

Apesar da gravidade da operação, atendendo ao estado geral dos doentes, vimos com grande

satisfação, a cicatrização dar-se normalmente e a cura ser completa. Já não é a primeira vez que temos tido ocasião de vêr o primeiro doente pelas ruas desta cidade, transportando-se num aparelho adequado, suprimindo desta forma a pêrda irreparável de seus membros.

Estas observações que foram etiquetadas na enfermaria como sendo casos de síndromas de Maurice Raynaud, ¿ sê-lo-hão na verdade?

Temos direito de duvidar, porque o puro paradigma de Raynaud afasta-se totalmente das observações mencionadas por nós. O facto de uma grangrêna ser simétrica não realiza a neurose vaso motora de Raynaud.

E' aqui que permanece o êrro de interpretação de vários observadores.

O creador do síndrome dividiu-o em três períodos bem limitados.

Durante o primeiro insidioso, podendo durar de alguns dias a um mês, mostram-se os fenômenos de síncope ou de asfixia locais. A extremidade dos dedos empalidece, torna-se insensível, dá a sensação do dedo morto: é a síncope local. Algumas vezes em lugar de ser pálida, é lívida, cianosada por estase venosa: é a asfixia local. A invasão é geralmente simétrica. Êstes acidentes que a princípio se dão por acessos, dão-se depois continuamente.

O segundo período é constituído por várias dôres. As regiões atingidas tornam-se violáceas ou dum vermelho lívido. Flictenas aparecem, enchem-se de líquido sero-purúrento e rompendo-se deixam a derme a nu. O esfacêlo aparece, mas um esfacêlo superficial: a separação faz-se em seguida, havendo contudo casos em que toda uma falange é invadida e se torna negra.

O terceiro período é assinalado pela

eliminação das escaras e pela cicatrização rápida.

Não há dúvida que o curso da doença dos nossos pacientes foi em aparência igual ao do síndrome de Raynaud, e só se não viu a regressão cicatricial porque o êxito foi parcial: asfixia e gangrêna foram bem manifestas: houve a síncope, embora muito fugidia.

Não hesitamos em afirmar que se não fôsse a rápida intervenção cirúrgica, suprimindo o foco de intoxicação, a vida dos doentes correria grave risco, atendendo à invasão progressiva da gangrêna, à brusca elevação de temperatura, revelando um ataque intenso das toxinas microbianas segregadas ao nível da região atingida, e principalmente ao estado astênico pronunciado em que se encontravam os doentes.

O facto de ausência de regressão cicatricial e da gravidade do processo, afasta quasi de todo a ideia de síndrome de Raynaud.

Não obstante existem observações citadas por Grasset e Rauzier em que a acro-gangrêna por neurose do simpático, determinaram a morte.

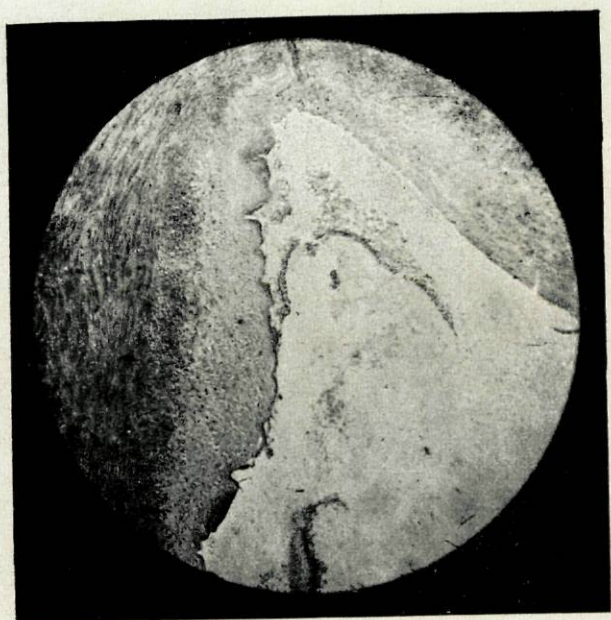
Mas a par disto, os mesmos auctores afirmam, como regra geral, a benignidade do síndrome de Raynaud.

Nas nossas observações, não só pelo estado actual, mas principalmente pela evolução do processo, estávamos muito longe de esperar a benignidade que caracteriza o síndrome de Raynaud.

Mas, o que mais caracteriza o tipo descrito pelo grande observador francês é a ausência de qualquer lesão anatómica inicial.

Ele filiava o seu síndrome numa contractura das arteríolas, numa caimbra tetânica do grande simpático: admitia uma causa puramente nervosa. Atribui-se por analogia, ao espasmo arterial, eschemiando os tecidos, a gangrêna devida à ingestão da cravagem de centeio.

Ora, nos nossos casos a lesão anató-



mica era predominante. O exame histo-patológico de cortes de artérias dos membros inferiores, revelou-nos a existência duma endoarterite obliterante, bem manifesta, só por si suficiente para produzir todos os sintomas citados nas nossas observações.

Estas lesões de endoarterite são bem patentes na microfotografia que eu apresento acompanhada do relatório histo-patológico.

Eis o que revelou o exame.

Destruição da lâmina elástica em alguns pontos.

Endartério notavelmente espessado, principalmente ao nível dos pontos onde desapareceu a lâmina elástica.

As células endoteliais apresentam-se como que inchadas e com vacúolos, havendo penetração recíproca dos elementos celulares nos pontos onde a lâmina elástica se rompeu.

Espessamento do tecido conjuntivo.

Espessamentos de todas as túnicas da artéria com infiltração de células endoteliais em alguns pontos.

Estas lesões são próprias da endoarterite obliterante, muito provavelmente de natureza sífilítica.

Em face desta prova tão cabal, não hesitamos em afirmar que a origem da gangrena simétrica, que serviu de assunto para o nosso trabalho, está intimamente ligada às lesões de endoarterite obliterante progressiva, descrita pela primeira vez por Friedlander, em 1876, e da qual se conhecem muito poucos casos.

Esta afecção que é anatomicamente caracterizada por abundante proliferação conjuntiva entre o endotélio e a lâmina elástica interna da artéria, quadra bem com as lesões reveladas pelo exame histológico das artérias dos nossos doentes.

Depois da publicação de Friedlander algumas outras se sucederam como as de Le Dentu, Rantier, Laveran e outros.

Afectados de arterite obliterante vários doentes foram considerados como acometidos do síndrome de Raynaud, como se vê

nas observações publicadas por Baraban e Etienne.

O mesmo juízo é fôrça que se aplique à observação de Morgan em que a causa da acrogangrêna foi a endoarterite sífilítica.

O caso de Goldsmidt merece especial menção, porque, incluído a princípio no quadro de Raynaud, a autópsia feita depois vei-o excluí-lo, pois denunciou a lesão de Friedlander.

Foi precisamente o que se deu com as nossas observações. Diagnosticadas a princípio como casos de síndrome de Raynaud, ficamos surprehendidos quando, durante a operação, se notou não só as lesões arteriais como a obliteração total das artérias tibiais pela presença de trombos.

Pergunta-se agora: ¿ qual seria a causa desta endoarterite? Elas podem desenvolver-se em condições muito variadas, teem conseqüências quási idênticas ainda que tendo as origens as mais diversas.

Os traumatismos; as infecções, tanto de

evolução aguda, como a febre tifóide, a difteria, a varíola, etc., como as de evolução mais lenta, estando em primeiro lugar a tuberculose e a sífilis; as intoxicações, à frente dos quais está o alcoolismo, o saturnismo, a diabete, a gôta e tantas outras, são as causas predominantes das lesões arteriais.

Posto isto, ¿ em que quadro etiológico devemos nós incluir as lesões arteriais apresentadas pelos nossos doentes?

Nenhum dêles revelou nos seus antecedentes pessoais a existência de traumatismos, de infecções agudas, ou intoxicações. Ao mesmo tempo o exame clínico dos aparelhos respiratórios não denunciou a existência de qualquer alteração da função respiratória, afastando-nos assim duma suposta tuberculose. Resta-nos apenas a toxí-infecção que mais comunemente dá origem a lesões desta natureza, não só pela predileção que ela tem pelas artérias, como também pela sua vulgaridade: a sífilis.

Baseados nestas razões, pedimos para que fôsse feita, aos nossos doentes, a reacção de Wassermann não só ao sangue como ao líquido céfalo-raquideano, que, infelizmente não nos revelou o menor vestígio de infecção.

¿ Em face desta negatividade de reacção, nós devemos pôr de parte, duma maneira absoluta, a existência da sífilis? Não, porque todos nós sabemos que esta reacção é muitas vezes falível, não só em casos de sífilis adquirida e clinicamente diagnosticada, mas muito principalmente nas heredo-sífilis.

Não seriam os nossos doentes uns heredo-sifilíticos?

Os antecedentes, pessoais no primeiro, hereditários no segundo, fornecem-nos elementos para suspeitar da existência da infecção sifilítica.

Infelizmente, não tivemos o tempo suficiente para os submeter à prova terapêutica, devido à extensão da gangrêna que requeria uma amputação rápida.

Apesar da incerteza em que nos colocou

a reacção de Wassermann, não deixaria de ser descabido o tratamento anti-sifilítico, evitando assim a produção de novas lesões vasculares e suas conseqüências, se realmente elas tiveram a sua origem na infecção treponémica.

Em resumo: nós tivemos por fito, escrevendo estes comentários, separar, com absoluta exclusão, a acroneurose de Raynaud das gangrênas e asfixias simétricas por causas anatómicas patentes, produzidas por endoarterites agudas ou crónicas e em especial pela endoarterite obliterante progressiva.

VISTO

Feixeira Bastos,
Presidente.

PODE IMPRIMIR-SE

Lopes Martins,
Director interino.

Bibliografia

GILBERT — *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu, de Paris.*

MORH J. STAEHCLIN — *Medicina interna.*

FORGUE — *Précis de Pathologie externe.*

DIEULAFOY — *Pathologie interne.*

AUSTREGESILO — *Clinica médica.*

Presse médicale : 1912, 1914, 1915, 1919.

Nouveau dictionnaire de médecine et de Chirurgie pratiques Jaccoud — Tomo XV.