

anemia progressiva perniciosa, é inteiramente applicavel aos ruidos de sopro no beriberi, pois a degeneração gordurosa das fibras musculares é quasi constante n'esta molestia.»

«Em geral as válvulas cardiacas são normaes.»

«Os ruidos de sopro no beriberi são provavelmente devidos a esta circumstancia, que a massa muscular representando o papel principal — se não exclusivo — na formação do tom systolico, não acha-se mais em estado de conservar, por sua contracção, a periodicidade de vibração indispensavel para formar um som puro. Só se produzem então, pela systole, vibrações irregulares que teem por effeito o ruido chamado de sôpro.»

Continúa

CIRURGIA

A AUTOPSIA DO PRESIDENTE GARFIELD

Tendo sido tão commentado pela imprensa o caso do infeliz Presidente Garfield, julgamos util aos nossos leitores a transcripção que aqui fazemos, do *New York Medical Record*, do auto d'autopsia praticada pelos medicos assistentes MM. Bliss, Barnes, Woodward, Robert Reyburn e Lamb, por ordem do governo dos Estados-Unidos.

Exame exterior — Emmagrecimento consideravel do corpo, maior, porem, nos membros que no rosto. Algumas horas antes havia sido injectado pelo embalsamador na arteria femoral esquerda um liquido conservador.

Nada de notavel na face anterior do corpo. Abaixo e um pouco para atraz da orelha esquerda ulceração

ovalar de meia pollegada em seu maior diametro, exsudando um pouco de pus sanioso; ausencia de tumefacção na região.

Um grande numero de manchas purpurinas marmorisava as regiões — scapular e axillar — esquerdas, e algumas existiam do lado direito. Ao nivel da apophyse espinhosa da 10ª vertebra dorsal notava-se uma larga excavação (de 1 pollegada) consecutiva á abertura de um pequeno antraz; aqui e ali se achavam disseminados ou exfolhadas diversas pustulas de acné; um botão hemorrhoidal, do tamanho de uma noz, fazia saliencia no anus.

Ao nivel do 10º espaço intercostal direito, a 3 e meia pollegadas da columna vertebral, encontrava-se uma cicatriz deprimida produzida pela balla da pistola; via-se ao lado um incisão profunda feita em 24 de Julho e renovada em 8 de Agosto, seguindo o bordo superior da 12ª costella.

Foi difficilmente introduzida pela abertura do trajecto, e deixada ahi, uma sonda.

O craneo não foi aberto.

A abertura do *abdomen*, feita com as mais minuciosas precauções, permittio ver-se que o colon transverso estava muito adherente ao figado. O grande epiploon estava normal, porem um pouco gorduroso e mui congesto, seus dois bordos adheriam ás paredes abdominaes ao nivel da 11ª e da 12ª costella, principalmente á esquerda onde estas adherencias solidas e certamente antigas pareciam ter sido produzidas por uma dysenteria chronica contrahida durante a guerra de Secessão. Uma massa sanguinea, negra, coagulada cobria e englobava o baço e o bordo esquerdo do grande epiploon, que, levantado, deixava ver o derramamento penetrar na região lombar esquerda, na região iliaca e introduzir-se na pequena bacia onde achavam-se

coagulos sanguineos e mais de vinte onças de liquido sanguiolento cuja maior parte provinha provavelmente do liquido injectado. Em resumo nenhuma outra adherencia se apresentava, a não ser as indicadas presentemente entre o epiploon e o figado.

Os intestinos estavam moderadamente distendidos pelos gazes. As visceras retiradas da cavidade abdominal e cada uma de per si examinadas deram as seguintes noções:

As adherencias entre o figado e o colon transverso serviam de limite á cavidade de um abcesso comprehendido entre a superficie inferior do figado, o colon e meso-colon transversos e englobando a vesicula biliar. Este abcesso se estendia egualmente de ambos os lados e media 6 pollegadas transversalmente e 4 no sentido antero-posterior, tinha a cavidade forrada por uma espessa membrana pyogenica que substituiu completamente a capsula d'esta parte do figado, contendo cerca de duas onças de um liquido amarello esverdinhado constituido por uma mistura de bilis e pus, e não alterava, de modo algum, o figado senão em seu mesmo nivel, não communicando outrosim com a ferida.

Recentes adherencias peritoneaes existiam entre a face superior do lobulo direito do figado e o diaphragma.

O *figado* apresentava maior volume, pesava 84 onças e tinha o tecido firme, porem gorduroso, não tendo porem signal alguns de ferimento nem contendo abcesso ou infarcto.

O *baço* estava ligado ao diaphragma por adherencias solidas talvez antigas; fendas sem duvida ou provavelmente congenitdaas vam-lhe uma apparencia lobulada; era volumoso, pesava 18 onças, apresentava uma côr muito carregada tanto ao corte, como exteriormente, e

o seu parenchyma mostrava-se molle, flacido, porem não contendo nem abcesso nem infarcto.

Entre a face posterior do estomago e a parede abdominal posterior notavam-se algumas adherencias recentes, e a não ser isto nada de anormal havia, quer deste orgão, quer dos intestinos.

O rim direito pesava 6 onças; o esquerdo 7. Abaixo justamente da capsula renal esquerda e no meio do bordo convexo existia um pequeno abcesso de uma pollegada de diametro e tres pequenos kistos serosos. Nenhuma outra alteração havia no tecido renal; estava são. A bexiga da mesma forma, normal.

Depois de extrahido o rim direito, passou-se a dissecar o trajecto dilatado da balla. Vio-se então que o projectil, depois de ter fracturado a 12.^a costella direita cerca de 1 1/2 pollegada da columna vertebral, dirigindo-se obliquamente para a esquerda e para adiante atravessara o corpo da primeira vertebra lombar e viera alojar-se no tecido conjunctivo situado immediatamente abaixo do bordo inferior do pancreas, cerca de 3 1/2 pollegadas á esquerda da columna vertebral e por traz do peritoneo. Nesse ponto estava elle enkystado. O seu trajecto comprehendido entre o ponto de fractura da 12.^a costella e o logar de entrada na primeira vertebra lombar era consideravelmente dilatado, o pus invadira o tecido adiposo situado para atraz do rim direito e se havia formado entre o peritonéo e a bacia iliaca, do lado direito, um trajecto que vinha terminar quasi na verilha. Na visinhança deste trajecto o tecido cellular retrorenal estava mui esperado e sob a influencia da inflamação mui condensado. Finalmente neste canal não existia indicio algum de pús, porem, repousando na fossa iliaca, terminava em uma grande cavidade igualmente vasia.

É claro que durante a vida foi isso o que se considerava trajecto da balla, quando, entretanto, era secundario e formado pela marcha descendente do pús. A ultima vertebra dorsal, a primeira e a segunda lombar, comprehendida a duodecima costella, foram extrahidas e passaram por um exame mais completo. Observou-se então que a balla tinha penetrado na primeira lombar, no ponto o mais elevado da parte direita do corpo vertebral.

A abertura d'entrada interessava a cartilagem intervertebral que se achava ao nivel e estava situada na parte anterior do buraco de conjugação e justamente abaixo d'este, não sendo o seu bordo inferior afastado senão cerca de 1/4 de pollegada.

Dirigindo-se obliquamente para a esquerda e atravessando em diagonal a parte superior do corpo da primeira lombar a balla apresentava uma abertura de sahida situada cerca de 1/2 pollegada da linha media, a qual interessava igualmente o disco intervertebral. O tecido esponjoso da vertebra estava despedaçado e muitos fragmentos tinham desaparecido. Algumas fendas profundas estendiam-se do trajecto da balla á parte inferior do corpo da 12ª dorsal, outras se dirigiam para o disco que separa a 1ª da 2ª lombar. Esta e o disco apresentavam-se destruidos em parte pela ulceração. Certo numero de pequenos fragmentos osseos haviam se introduzido nas partes molles que lhe serviam de contorno. Alem disso foi reconhecido (facto, entretanto, não percebido durante a vida) que a 12ª costella tinha sido fracturada a cerca de 1/4 de pollegada da apophyse transversa da 12ª dorsal.

O canal vertebral estava intacto; a medulla nesta porção estava sã; o resto do eixo medullar não foi examinado.

Partindo da primeira vertebra lombar, continuando

seu trajecto para a esquerda, a balla passava atraz do pancreas e passava no logar indicado.

Ahi ella apresentava-se envolvida em um pequeno tumor solido composto de tecido conjunctivo, contendo, alem do projectil, uma pequena quantidade de pus, espesso e caseoso, formando uma ligeira camada ao redor do corpo extranho.

Nas paredes do kisto notava-se um residuo ennegrecido e pelo microscopio veio-se ao conhecimento de que havia um coelho sanguineo. Para atraz do pancreas, cerca de uma pollegada da balla, o trajecto estava completamente obliterado pelo processo curativo. Deste ponto ao corpo da primeira vertebra lombar o trajecto estava cheio de sangue coagulado; descia á esquerda até um espaço irregularmente dilacerado, situado no tecido cellular retroperitoneal e superpancreatico. O sangue haviafeito um caminho á esquerda e por elle se derramava atraz do baço, na cavidade abdominal.

As dilacerações do tecido por extravasação sanguinea eram certamente a causa dos paroxismos dolorosos, sobrevindos pouco tempo antes da morte.

Esta massa de sangue coagulado media quasi o volume de um punho de adulto. Ter-se-hia podido, emfim, ver perfeitamente sua parte anterior atravez o peritoneo, sobretudo quando foi separado o grande epiploon do estomago e ainda mais após a ruptura, por meio dos dedos, de adherencias existentes entre o estomago e esta parte do peritoneo que cobriam-n'a. Dadas as relações que affectava a massa sanguinea julgou-se que a hemorragia provinha de uma das arterias mesentericas, parecendo, pois, conveniente, necessario, proceder-se a uma disecção minuciosa para saber-se qual o ramo interessado e conservou-se, para exame ulterior, os tecidos infiltrados e as partes molles visinhas. Com

effeito o exame e a dissecção demonstraram que a hemorragia fatal provinha de uma dilaceração de alguns millímetros de extensão interessando a propria arteria splenica, a cerca de duas e meia pollegadas á esquerda do tronco celiaco. Esta solução de continuidade devia ter sido feita alguns dias antes da morte, pois que os labios do vaso estavam unidos por adherencias solidas ao tecido conjunctivo da vizinhança, que formava uma parede continua com as porções periphericas do coalho sanguineo. Alem disso estas porções periphericas eram neste nivel formadas de camadas concentricas solidas. Notou-se outrosim que o kisto, que ao nivel do bordo inferior do pancreas continha a balla, tinha sua sahida á esquerda do tronco celiaco tres pollegadas e meza.

Alem da massa do sangue coagulado já descripta existia uma outra da grossura de uma noz, situada no grande epiploon ao nivel da extremidade splenica do estomago.

Não poude ser encontrado, se entretanto existia, o ponto de communicação entre esta segunda hemorragia e a primeira.

O exame das visceras thoracicas forneceu os seguintes resultados: O coração pesava 11 onças. Todas as cavidades estavam sãs. Alguns coalhos molles e avermelhados adheriam á superficie interna do ventriculo direito. Na valvula mitral notava-se algumas placas de degenerescencia gordurosa; fora disto, as outras valvulas eram normaes. O musculo cardiaco mostrava se molle e facilmente dilaceravel. Placas de degenerescencia gordurosa ainda existiam na tunica interna da aorta, junto ás valvulas semilunares; e cerca de duas pollegadas distante d'estas valvulas, um pequeno coagulo fibroso.

Ainda mais: entre a face convexa do lobulo inferior

do pulmão direito e a pleura costal haviam ligeiras adherencias; entre o bordo anterior d'este lobulo, o pericardio e o diaphragma adherencias solidas. O pulmão direito pesava 22 onças. A parte posterior da scisura que separa o lobulo superior do lobulo inferior era congenitamente incompleta. Este ultimo lobulo era a séde de congestão hypostatica e uma grande parte, principalmente em direcção á base, de uma broncho-pneumonia. Os canaes bronchicos continham uma quantidade consideravel de muco-pus fibrinoso; a mucosa, sob a influencia do catharro bronchico, estava inflammada, o tecido pulmonar, talvez pela acção da materia ou substancia da injeccão que n'elle extravasou-se, apresentava-se edematoso, não contendo nem abcesso nem infarcto. O lobulo inferior do pulmão esquerdo estava ligado por solidas adherencias, á pleura costal, sobretudo ao nivel do diaphragma. O pulmão esquerdo pesava 27 onças.

Os canaes bronchicos e o tecido pulmonar apresentavam as mesmas alterações que no lado direito, a não ser as lesões da broncho-pneumonia no lobulo inferior, que eram muito menos extensas. Em direcção ás partes lateraes do lobulo inferior, cerca de uma pollegada de distancia da superficie pleural, notava-se um grupo de quatro pontos de hepatisação medindo cada um d'elles cerca de $\frac{1}{8}$ de pollegada de diametro. Quanto a abcessos e infarctos nenhum se notava em parte alguma d'este pulmão.

A opinião unanime dos cirurgiões assistentes á autopsia foi que, comparando o exame microscopico e a historia clinica, os diversos pontos de suppuração e, em particular, os abcessos resultantes da fractura do tecido esponjoso do corpo vertebral forneciam uma explicação satisfactoria para um estado de septicemia existente durante a vida.