

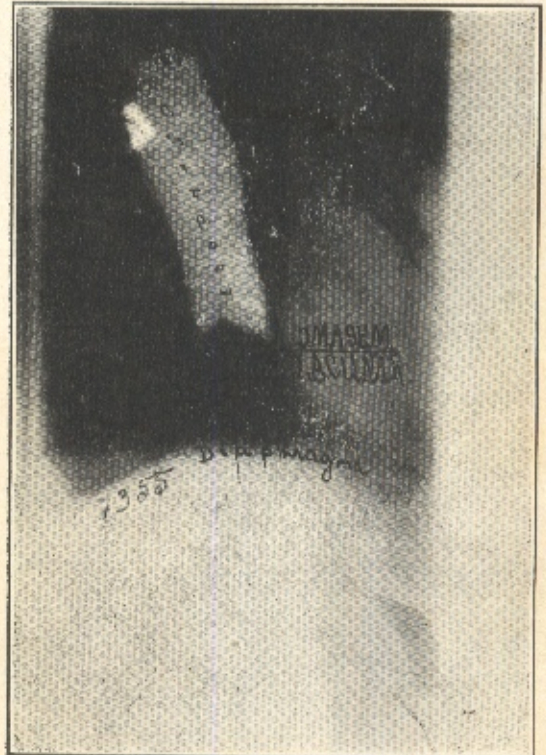
NOTAS RADIOLOGICAS

SAINT PASTOUS.



Cancer do Esophago
Imagem lacunar.

Ficha 6893



Cancer do Esophago — Imagem lacunar.

Ficha 7355

IDIOTIA MONGOLOIDE.*

Pelo **Dr. Piaguaçu Correa** (da Directoria e Saude Publica do Estado).

A presente comunicação refere-se a um caso de Idiotia „Mongoloide“ por nós recentemente observado no Serviço de Assistência á Infancia do „Centro de Saude“ que dirigimos na D. de Hygiene do Estado.

Observação

Adão, menino de um anno e dez mezes, de côr branca e natural deste Estado. Matriculado no Serviço em 15 de Abril do corrente anno, sob numero 1.477.

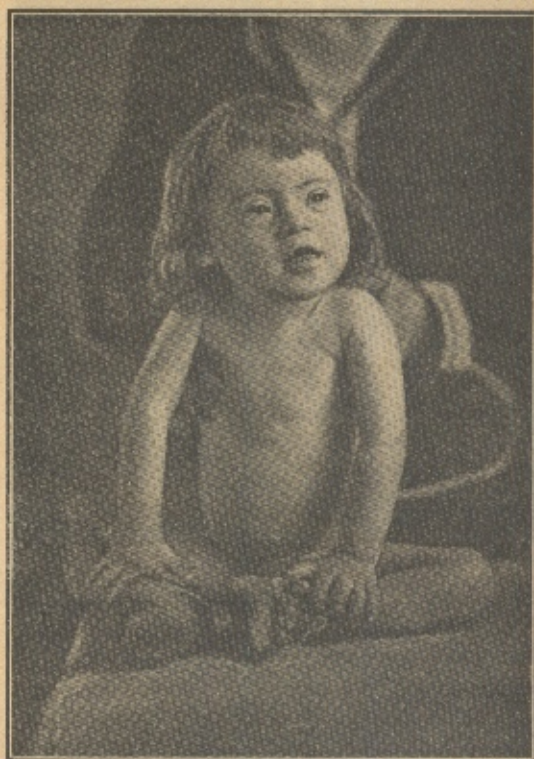


Peso: sete kilos e setenta grammas. Nascido a termo. E' o ultimo filho; alimenta-se ainda ao seio, tomando algumas vezes sopas de legumes e de carne.

Antecedentes hereditarios: Pac syphilitico, com reacção de Wassermann positiva (Laboratorio Bacteriologico de D. de Hygiene). Idade: 49 annos. Mãe tambem luelica, com reacção de Meinicke positiva. Idade: 43 annos. Teve um aborto. Durante a ultima gestação, no quinto mez de gravidez, foi accomettida de febre typhica, permanecendo 46 dias hospitalizada na Santa Casa. Ao sair do Hospital, sentia-se ainda doente, fraca. Seu

soffrimento prolongou-se até o ultimo mez de gravidez. Os filhos são em numero de 10, sendo 8 vivos. Dois falleceram „inchados“ (sic.), segundo a informação que nos deu a mãe do pequeno.

O primeiro falleceu aos 9 mezes e o segundo com a idade de 2 annos. O segundo filho do casal, com 19 annos, apresenta as reacções de Bordet-Wassermann e Meinicke positivas. Em outro irmão, de 15 annos, a reacção de Meinicke foi po-



sitiva. Ambos negam terem contrahido cancro venereo. Dois gemeos, com 9 annos de idade, são portadores de estygmas de heredo-lues (nariz em sella, dentes de Hutchinson e ganglios de Ricord).

Duas filhas casadas, com 20 e 17 annos, respectivamente. Ambas gozam saude e têm dois filhos. Nada de anormal nessas creanças.

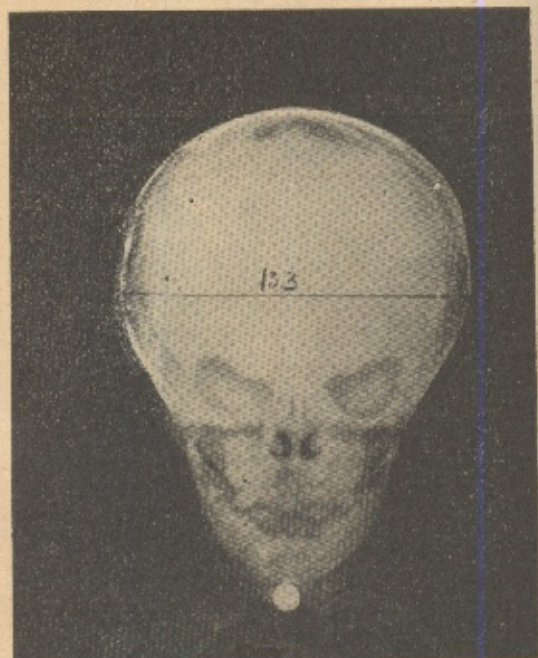
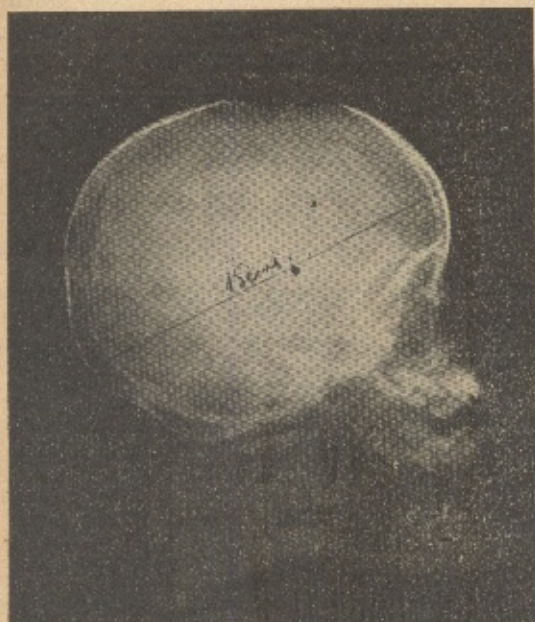
Antecedentes pessoacs. Nos primeiros mezes de idade, teve ligeiras perturbações digestivas e „resfriados“ (sic). Os paes do pequeno Adão nada mais nos esclareceram sobre antecedentes morbidos que pudessem interessar este caso.

*) Lido em sessão de 16 de Maio, na Sociedade de Medicina.

Exame do doente: Trata-se de uma criança que se apresenta com o peso e a estatura abaixo do normal. Ainda não caminha e nem se assenta. Accentuada hypotonia muscular. Em consequência da frôuxidão dos ligamentos articulares, o doente move com facilidade suas articulações. Pelle pallida, um tanto amarelada e infiltrada. Facies em forma de „lua cheia“, característico do mongolismo e

olho, as inferiores, formando uma dobra, chamada epicantho. Orelhas pequenas e afastadas do craneo. Mãos chatas e carnudas, com dedos grossos e curtos.

Exame radiológico das mãos: „Notam-se os pontos primitivos de ossificação do grande osso e unciforme, presentes normalmente no primeiro anno. A data do apparecimento dos pontos de ossificação, primitivos dos outros ossos do corpo va-



myxedema. Expressão apathica e indifferente. Muitas vezes torna-se agitado, rindo sem motivo e fazendo momices, como se fôra um pequeno macaco.

Cabeça redonda e chata; occipital em direcção vertical. Fontanella anterior exclusivamente aberta. O exame radiológico do craneo feito no Instituto de Radiologia Clinica do Prof. Saint-Pastous, deu o seguinte resultado:

“Os ossos do craneo e face, apresentam desenvolvimento normal para a idade do paciente. Indice cephalicô (craneometrico: $13,3 \times 100 = 88,66$. Esse in-

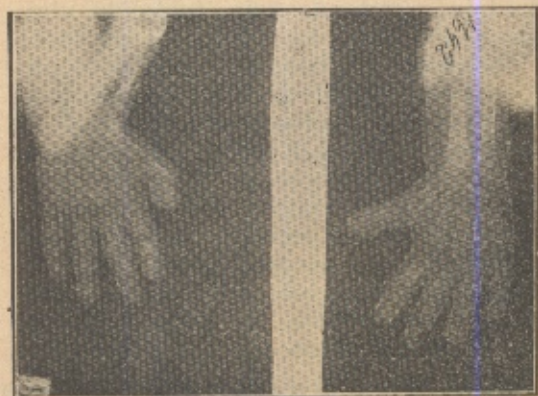
15

dice corresponde na classificação de Broca ao grupo Brachycephalo (de 83,34 para cima) e ao grupo de Hyperbrachycephalo na de Deniker de 85 a 89,9).”

Cabellos lisos, finos e em abundancia. Olhos pequenos, com a fenda palpebral obliqua e estreita. As palpebras superiores ultrapassam, no angulo interno do

ria normalmente, entre anno e meio e quatorze annos. O desenvolvimento da diaphyse dos metacarpianos e phalanges é normal. A epecha normal de apparecimento dos pontos de ossificação complementares desses ossos varia entre anno e meio a quatro annos.”

Apparelho digestivo: Bocca pequena, entre-aberta. No momento de pranto ou



riso, torna-se grande. Dentição retardada e irregular. Dois dentes incisivos medianos inferiores e um mediano superior. Os primeiros são grandes e ponteagudos, a ponto de ferirem a lingua junto ao freio. Os dentes pre-molares se apresentam á flôr da gengiva, apenas esboçados.

Sialorrhéa. A lingua continuamente fóra da bocca. Mucosa hyperhemiada. Abdomen flácido. Fígado um pouco augmentado — Baço normal.

Apparelho circulatorio: Exame clinico: normal. Exame radiologico: sombra cardio vascular de aspecto normal.

Apparelho respiratorio: Exame clinico: normal. Exame radiologico: transparencia pulmonar boa.

Apparelho genital: Chryptorchidia.

Pela symptomatologia do caso aqui presente, cremos não haver duvida quanto ao diagnostico de „Idiotia Mongoloide.“

O seu facies de pequeno chinês, com a obliquidade da fenda palpebral, lembra a dos individuos de raça amarella. Outro symptoma, tão caracteristico dessa entidade morbida e que no nosso caso se evidencia nitidamente — a hypotonia muscular —, estabelece, de modo positivo, uma diagnose segura e inconfundivel.

A „Idiotia Mongoloide“, mongolica, mongolismo ou ainda, imbecilidade mongolica, foi assignalada em 1866, pelo psychiatra inglez Langdon-Dow. A denominação de Mongols e Kalmucks, dada a esses doentes congenitos pelo autor inglez, distinguia-os dos demais idiotas pela sua facies typica de chinês.

Symptomatologia do Mongolismo.

Além dos signaes caracteristicos já verificados no doente, taes como facies moncolica, brachycephalia hypotonia muscular, encontram-se no mongolismo muitos outros, assignalados pelos autores.

O espasmo da glote e o estertor laryngeo, foram observados por Comby, em diversos casos. A cryptorchidia é notada em doentes de mongolismo. Comby observou 4 casos. Em nosso doente ha identica malformação.

As anomalias do coração representadas sobretudo pela communicação intra-

ventricular, pelo doença de Roger e pela persistencia do orificio de Botal, são malformações communs na idiotia mongoloide.

Em suas observações, Comby verificou 4 doentes com o mal de Roger. Neumann registrou tres vezes lesões valvulares em 13 creanças examinadas. Kassovitz encontrou duas lesões em 75 doentes. Siegert assignalou a estenose pulmonar em tres casos.

Examinando a creança, pela primeira vez, notamos nella manchas rubras que se estendiam, circularmente, da fronte á região mentoniana. Presentemente não se registra esse signal. Julgamos que se trate das manchas de Clown, de Kassovitz, assignalados por diversos autores na „idiotia mongoloide“. O professor Cozzolino notou, em muitos doentes, irregularidades no processo de ossificação. Outro autor, Siegert, relata em seus casos, a precocidade ou retardamento da ossificação dos ossos curtos. Em nosso doentinho, vimos que os pontos primitivos dos ossos do carpo são normaes e estão de accordo com a sua idade.

O Dr. Santiago Cavengi, em sua „Endocrinologia Infantil“, affirma ser frequente em doentes mongolicos os estygmata de rachitismo. Em um de seus casos, a radiographia confirmou a atrophia do dedo minimo. Para Comby, essa atrophia é communmente encontrada nos idiotas mongoloides. O endocrinologista Pende, relata, como signal pathognomonic do mongolismo, a ausencia de pellos na metade externa dos supereilios.

Para o lado do aparelho visual, Cozzolino registrou em seus casos lesões dystrophicas do fundo do olho: a despigmentação choroidéa, peri-papillar e macular, as quas podem ser consideradas como um estygma opthalmoscopico do mongolismo.

Cassel teve occasião de observar tres casos de cataracta congenita em sessenta doentes mongolicos.

No que diz respeito ao estado mental da creança mongolica, são bem expressivas as palavras autorizadas do prof. Emilio Peer:

„A principio domina nella a falta de energia pelo que tarda em caminhar, mas, proximo aos 2 annos ou mais tarde, torna-se travessa, vivaz, emprehendedora e aggressiva, tendo tendencia a fazer mo-

Signaes do mongolismo:

- Nariz — As vezes caracteristico, de orificios abertos para diante, mas bem modelados.
- Facies — Bochechudas, de tom levemente cyanotico, com manchas vermelhas caracteristicas (Clown - Kassovitz) — Trejeitos e monices.
- Pescoço — Bem conformado, como todo o corpo e esqueleto bem modelado. —
- Extremidades — Articulações bem modeladas.
- Mãos e pés — Largos e chatos.
- Dedos — Pontudos.
- Glandulas sudoriparas — Normaes.
- Constipação — Ausente.
- Aspecto — Amavel e agradavel.

O nosso caso assim se distingue do idiota myxedematoso.

O prof. Raul Moreira, em sua communicação a esta Sociedade, refere-se quanto ao diagnostico differential á duas entidades morbidas que apresentam tambem a hypotonia muscular. Transcrevo aqui o trecho de sua observação:

„Bem se vê que a hypotonia muscular tão saliente na doentinha, levando-se a comparal-a á boneco de engonço, de membros que se deslocam com facilidade extrema, pode fazer suggerir ao clinico duas affecções que se mostram de feitio identico: a doença de Oppenheim e a syndrome de Förster, isto é, a fórma atonica-estalistica da paralysis cerebral infantil. Afóra o habitus pastoso, com sensação de edema branco e liso, em geral abaixo do dorso, a intelligencia se conserva integra e a facies é todo outra, no mal de Oppenheim. A tal respeito, citarei o recente caso de Haushalter, onde, após o restabelecer-se dos movimentos voluntarios, as articulações mostraram-se de tal forma elasticas que davam ao individuo attitudes de homem de borracha. Além disso, accrescente-se que esse conjuncto morbido perdeu a individualidade, não tendo para as ultimas pesquisas anatomo-clinicas, differença com a doença de Werdning-Hoffmann; ambos á polimyelite diffusa chronica da primeira infancia. A syndrome de Förster inicia-se diversamente; a anamnese desvenda causa toxica ou auto-toxica no organismo infantil, o que se traduz por paralysis cerebral, quasi sempre de origem luetica. Demais, nella,

Signaes do myxedema:

- Nariz de orificios normaes, mas de modelado defeituoso.
- Facies — Tumida, arredondada, de tom pallido, amarello côr de cera; face parada.
- Pescoço — Curto, nunca bem conformado, assim como o corpo.
- Extremidades — Informes, com espessas dobras nas articulações.
- Mãos e pés — Curtos e espessos.
- Dedos — grossos.
- Glandulas sudoriparas — Não funcionando.
- Constipação presente.
- Aspecto — Estupido e desagradavel.

é de observação o exaggero dos reflexos tendinosos e determinada resistencia aos movimentos passivos, afóra o cruzamento dos membros inferiores, si se procura ter o individuo de pé.”

Etiopathologia.

Na etiopathologia do mongolismo são invocados diversos factores. As opiniões divergem quanto á origem do mal. Para Comby, por exemplo, a velhice dos paes, os soffrimentos moraes e physicos da progenitora, durante a gravidez, são causas preponderantes desta affecção. Em 70 doentes mongolicos, Comby assignalou 28, cujas mães passavam de 30 annos. As idades eram: 37, 38, 39 e 41 annos. A gravidez repetida é tambem considerada causa dessa enfermidade. Em nosso caso, a mãe do doente é uma senhora de 43 annos e teve dez filhos. As infecções agudas e chronicas parecem perturbar a evolução do feto. Outro factor, que talvez tenha influido na pathogenia do caso presente, é ter a mãe contrahido uma infecção typhica, no decorrer da gravidez, perturbando assim a evolução normal do feto.

O idiota mongolico é geralmente notado num só dos filhos da mesma familia. Babonneix teve occasião de registrar 2 irmãos mongolicos. Tambem Finkelshtein, em suas observações, verificou identico caso. Neste ultimo, a mãe era muito jovem, tinha 18 annos e o pae 47 annos. Ha tambem o interessante caso de dois gemeos, citados por Weigall, sendo que um era mongolico e outro normal.

A consanguinidade, a tuberculose dos ascendentes, a diathese neuro-arthritica e principalmente a syphilis, são factores responsaveis pelo mal mongolico. Pela observação do nosso caso, vê-se que a syphilis dos ascendentes é manifesta e poderá desempenhar papel saliente na etiologia dessa molestia.

Di Giorgi, e os modernos endocrinologistas, opinam por uma insufficiencia pluri-glandular. Acreditamos que os disturbios glandulares devam correr por conta de diversos factores, a syphilis mórmente, a tuberculose e os soffrimentos moraes e physicos da progenitora nos primeiros mezes da gestação.

Anatomia pathologica.

Pende é de opinião que o cerebro póde apresentar lesões anatomo-pathologicas. Em autopsias feitas em seus casos verificou o seguinte: — Pouco desenvolvimento dos lobulos intra-cerebraes e de algumas circumvoluções; defficiencia do desenvolvimento da substancia branca e myelinica e, finalmente, a hypoplasia dos feixes da fibra nervosa. Comby, observando o cerebro de uma creança de 12 mezes, notou: — Circumvoluções achata-

das e os sulcos pouco profundos; vascularisação defficiente e, microscopicamente, verificou em alguns casos, a diminuição das cellulas multipolares da cortex cerebral. —

Prognostico.

O prognostico do mongolismo é mau. As creanças mongolicas succumbem na primeira infancia, accomettidas por doenças intercurrentes. A mortalidade é, sem duvida, muito alta; 75% dos mongolicos fallecem antes de alcançar a puberdade e 90% antes de 25.

Tratamento.

A opotherapie thyroidiana deve ser ensaiada, no caso de existir symptomas de insufficiencia da glandula thyroïde. O estado mental dos mongoloides, em sua phase de apathia e preguiça, melhora consideravelmente com o tratamento opotherapico. O resultado dessa medicação tambem repercute favoravelmente para a consolidação das fontanellas. O tratamento póde ser alternado com a opotherapie hypophisaria e cerebral. A instituição do tratamento anti-luetico impõe-se em todos os casos de origem syphilitica.

AVISO

Levamos ao conhecimento dos leitores e annunciantes de nossa Revista, que a publicação e expedição das „A. R. G. de Medicina“ acham-se perfeitamente normalizadas, não cabendo-nos portanto a culpa do recebimento irregular dos numeros 1, 2, 3 do corrente anno. Tendo nos chegado alguns pedidos de numeros atrasados, cabenos tambem informar que tivemos conhecimento de terem sido entregues de uma só vez, no mez de Maio, os numeros de Janeiro, Fevereiro e Março de corrente anno.

Dr. Thomaz Mariante

Clinica Geral

Estomago, coração e rins.

Consultorio: Rua dos Andradas 495, das 16 ás 18 h.

Dr. Sarmiento Leite Filho

Prof. de Pathologia e Clinica Medica da Faculdade
Doenças internas e nervosas

Cons.: Andradas 395, ás 17 h. Res.: S. Raphael, 112.

Dr. Diogo Ferrás

Professor da Faculdade de Medicina.

Clinica de olhos, ouvidos, nariz e garganta.

Consultorio: Rua Riachuelo n.º 329 e Brangança
n.º 91 (Sobrado), das 10 ás 12 e das 4 ás 6.

Cursos de Gynecologia e de Operações no Hospital São Pedro pelo Professor OCTACILIO ROCHA.

Informações ou na Secretarla do Hospital São Pedro,
ou á Rua dos Andradas no. 1201 —:— ás 17 horas

O diagnostico da febre amarella pela dosagem de alexina.*

Por J. da Costa Cruz.

CONCLUSÕES:

1.^o — Accentua-se a importancia da quantidade absoluta de globulos sensibilisados, na dosagem da alexina, quando se quer obter valores comparaveis pela leitura da hemolyse total.

2.^o — Na febre amarella a diminuição do poder alexico do sôro é um symptoma constante, ás vezes mesmo já presente nas primeiras horas de molestia. Em um unico caso o teôr alexico foi normal e o diagnostico clinico de febre amarella parecia justificado. Ficou demonstrado no presente trabalho que o sôro desse doente não apresentou posteriormente propriedades preventivas, de modo que não se tratava com effeito de febre amarella.

3.^o — Embora sem nenhum elemento de prova, considera-se possivel a existencia de casos frustos em que tanto pela dosagem da alexina como pelos symptomas clinicos seja impossivel fazer o diagnostico de febre amarella.

4.^o — Nos convalescentes de febre amarella o teôr alexico normal do sôro se reconstitue rapidamente. A dosagem da alexina não serve por isso para o diagnostico respectivo da molestia.

5.^o — Existem estados morbidos distinctos de febre amarella, embora constituam raridade, em que a diminuição da alexina é pronunciada (athrophia amarella aguda do figado, intoxicações, malaria (?), mas no inicio das molestias infecciosas agudas (grippe, pneumonia, sarampo, febre typhoide, etc.) foi pelo contrario observado um ligeiro augmento do teôr alexico dos sôros.

6.^o — Observou-se sensivel baixa da alexina em um unico enfermo de malaria que com certeza nunca teve febre amarella.

7.^o — Em 5 outros casos se encontrou o teôr alexico diminuido e o diagnostico clinico foi *grippe* embora sem symptomas pulmonares. Não foi possivel verificar o

poder preventivo d'esses sôros e portanto excluir a possibilidade da febre amarella.

8.^o — Do exame, portanto, dos 103 casos observados, a concordancia do diagnostico clinico com o da dosagem da alexina foi de 93,27 %. Dos 6,8 % de discordancias, em 0,97 % o diagnostico pela dosagem da alexina foi negativo e o diagnostico clinico positivo, mas este estava errado; em 0,97 % o diagnostico pela dosagem da alexina foi positivo e o diagnostico clinico negativo estava sem nenhuma duvida certo; em 4,85 % o diagnostico pela dosagem da alexina foi positivo ao passo que o diagnostico clinico foi grippe sem que se saiba com segurança com qual está a verdade.

9.^o — A dosagem da alexina é de grande valor para o prognostico porque quanto mais grave é o caso tanto mais baixo é o teôr alexico do sôro.

10.^o — A diminuição do teôr do sôro corre por conta principalmente de uma baixa no teôr da fracção albumina da alexina (Endstuck).

11.^o — Embora sem excluir a possibilidade de que a diminuição da alexina no sôro dos doentes seja devida a uma fixação da alexina sobre um complexo antigeno-anticorpo *in vivo*, opta-se pela hypothese de que seja sobretudo consequencia de uma perturbação funcional do figado de tal modo a baixa do teôr alexico se apresenta proporcional á gravidade de cada caso.

12.^o — Embora coincida frequentemente na febre amarella a incoagulabilidade do sangue com a baixa do teôr alexico do sôro, os dois processos são independentes. No sôro de um caso fatal com forte baixa do teôr alexico encontrou-se um teôr normal em serosima. Confirma-se que a coagulabilidade do sangue nessa molestia é devida sobretudo á presença de anti-thrombina (Vellard e Vianna).

13.^o — Os constituintes thermolabeis da alexina não parecem apresentar nenhuma relação immediata com o constituinte albuminoide da thrombina.

* Memorias do Instituto Oswaldo Cruz, Fasc. 3 — Anno 1930.

Revista das Revistas

Colibacilluria, leite e soro. R. DARGET, CARLES ET NOGCIÉS, Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, Decembre 1929. L'Immunité, Março de 1930.

Numa menina de dois mezes surgem accidentes agudos, as urinas são purulentas e formigam os colibacillos. Todos os tratamentos por stock ou auto-vaccinas, urotropina etc. são inefficazes. Só uma esterilisação minuciosa do leite, escolha particular deste, traz uma pequena melhora. A cura é obtida pelo soro anti-colibacillar de Vincent. A pyuria e os colibacillos desaparecerem; pode-se sem inconveniente injectar 20 cc, depois 10 de soro, na creança, nos dias subsequentes. Parece incontestavelmente que a sorotheapia seja, graças a M. Vincent, actualmente o unico methodo capaz de rapidamente curar as infecções geraes, tão graves, pelo colibacillo. E' particularmente interessante assignalar aqui uma parte um tanto accessoria da comunicação de M. Darget. Trata-se da escolha do leite e de sua esterilisação minuciosa. Uma entrevista feita em toda a cidade de Bordeaux demonstrou, com effeito, que são muito raros os leites entregues ao commercio e que não estão particularmente infectados pelo colibacillo. Eis um ponto que até o presente tem sido muito pouco assignalado.

R.

Parathyroide e anquiloses osseas. LERICHE, Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, 17 Decembre 1929. L'Immunité, Março de 1930.

Um doente attingido de anquiloses multiplas, com grandes produções osseas, calcemia a 120—130 e violentas dôres, soffre a atilação de uma parathyroide. Sequencias operatorias simples, desaparecimento das dôres desde o dia seguinte; possibilidade de marcha 48 horas após a operação; queda da calcemia a 0,08. Esta observação demonstra mais uma vez as intimas relações entre o funcionamento das parathyroides e o metabolismo do calcio. E' somente de assignalar que após a operação, cada semana, o doente accusa algumas dôres passageiras num só joelho, durante um dia. Até que se encontre um trata-

mento opotherapico, parece indicado applicar esta operação em todas as affecções osseas de natureza desconhecida e com hypercalcemia.

R.

Sobre um novo medicamento das dysenterias e da dysmenorrhéa: Uzara, por FERRAND MERCIER e RAYMOND HAMET. — (Boletim Médical de 30 de Março de 1930).

Uzara é o nome de uma planta da Africa, da familia das asclepiadaceas a que pertence o condurango. Contem a uzarina, que, ao contrario das anti-diarrheicas banaes, não encerram tannino. Si bem que a uzara possa ter numerosas applicações therapeuticas, só foi empregada no tratamento das dysmenorrhéas e das dysenterias, com muita efficacia e sem os inconvenientes das preparações opiaceas.

No Camerum foi empregada na dysenteria amebiana, com acção curadora innegavel. Na Africa Oriental allemã suprimiu completamente a mortalidade pela dysenteria. Na Silesia a mortalidade pela dysenteria bacillar, com a uzara, cahiu a 0.

Na dysmenorrhéa diminue a abundancia do fluxo catamenial e traz sedação aos phenomenos dolorosos. Na gastro-enterite aguda, na diarrhéa infantil, nas intoxicações alimentares, na atonia gastrica, a uzara foi empregada com successo.

A uzara é empregada sob a forma de extracto hydro-alcoolico total. Existem a solução alcoolica dosada a 5,4 % de extracto e os comprimidos com 5 mgm. de extracto.

Nos adultos prescrevem-se 3 vezes por dia 30 gottas da solução ou 2 comprimidos. Nas creanças de 4 a 12 annos, 15 a 20 gottas de solução ou 1 a 2 comprimidos.

Concluindo:

A uzara é extremamente pouco toxica administrada pela bocca; ella inibe as contracções do intestino duma maneira mais duravel que a adrenalina e, ao contrario do opio, não paralysa o intestino; augmenta o tonus do utero isolado e tem uma verdadeira acção constrictora sobre os vasos. O emprego da uzara como antidysenterico e antidysmenorrhéico é absolutamente justificado. Pela bocca é extrema-

mente activa e absolutamente inofensiva. Pode substituir o opio, pois não tem os inconvenientes deste. Emfim, considerando os malefícios da dysenteria, convém chamar a atenção dos medicos para esse medicamento, cuja efficacia foi demonstrada pelas missões sanitarias allemãs nas antigas colonias da Allemanha, na Africa.

L. S. M.

.....

Fórmias clinicas das pleurizias tuberculosas. Pelo Dr. ROGER EVEN. Paris — Collaboração para *El dia medico*.

Diz que estas pleurizias podem ser: seccas ou exsudativas, localizadas ou generalizadas, agudas ou chronicas. Caracterizam-se sempre, além de sua natureza tuberculosa, pelo comprometimento pulmonar, as vezes minimo, revelado pela anatomia pathologica — Pleurizes primitivos — outras vezes evidente clinica e radiologicamente — Pleurizes secundarios — dá mais valor ao comprometimento pulmonar, para a formação do prognostico, distinguindo ainda se este está ou não em evolução.

Pleurizias exsudativas.

Divide-as em sero-fibrinosas e purulentas.

Sero-fibrinosas.

Sub-divide-as: primitivas e secundarias.

Pleuriz Sero-fibrinoso primitivo —

Distingue em seu modo de manifestar-se em tres maneiras, brusca — Pontada do lado, tosse secca, breve, frequente. Temperatura de 38 a 39°. — Rapida. — Em alguns dias os symptomas precedentes apparecem e accentuam-se progressivamente. — Insidiosa. — cujo principio é difficil de precisar-se, predominando os signaes geraes, fadiga, emmagrecimento e febre vesperal. No exame local ou não se encontra nada, ou se encontram os signaes de derrame ou uma base submate com diminuição do murmurio vesicular e attritos.

Periodo de estado — Pontada do lado violenta no principio, tosse sempre secca, quintosa. Dyspnéa, variavel conforme a dôr, a abundancia e a rapidez da formação do derrame.

Signaes geraes. Temperatura entre 38°-39°,5, pulso em relação com a temperatura, tensão arterial baixa, transtornos digestivos. **Sangue.** Diminuição do numero de hematias, leucocytose com lympho-

cytose reactiva. — Urinas — frequentes, leve albuminuria. Signaes physicos: traduzem com evidencia a existencia de um derrame. Puncção — liquido claro-citrino, rapidamente coagulavel, Rivalta positiva, lymphocytose. BK raramente encontrado no exame directo, positiva a inoculação na cobaia. Terminação — A cura definitiva é possivel, desaparecendo primeiramente os signaes geraes e muito lentamente os signaes locais. Cura temporaria — muito frequente, tempos depois sobrevindo um novo surto ou uma lesão pulmonar. Chronicidade do pleuriz: 1.º ou o derrame persiste por mezes e annos com um minimo de signaes geraes e funcionaes e com grande tendencia a tornar-se purulento, ou 2.º o derrame reabsorve-se, mas as lesões continuam a desenvolver-se até a forma fibro-caseosa, origem de uma symphise progressiva.

Pleuriz sero-fibrinoso secundario —

Caracteriza-se pela participação do pulmão, tres casos a considerar. 1.º Congestão pleuro-pulmonar de Moly e Malloisenil, tambem chamada cortico pleurite. Aos signaes do liquido, accrescentam-se os de inflamação pulmonar, invasão lenta e evolução torpida.

2.º O pleuriz é o signal revelador de lesões pulmonares mais ou menos torpidas. 3.º O pleuriz é secundario a uma tuberculose pulmonar confirmada. Podendo quaesquer destas pleurizias, serem duplas, localizadas ou enkystadas. Atacando desde a creança até ao velho. Compromettendo o processo morbido só a serosa pleural ou juntamente com outras, peritonio e pericardio.

Pleurizes purulentos.

Divide-os tambem em primitivos e secundarios. Podem ser inicialmente sero-fibrinosos, tornando-se posteriormente purulentos ou purulentos „d'embloc“. Dão signaes de derrame e a puncção revela liquido purulento. Terminação — As vezes depois de muitos annos a symphise é a regra terminando pela cura. Tornar-se chronico com a transformação do liquido purulento em liquido quiloso. Morte por amilose ou generalisação tuberculosa. Pleurezia purulenta secundaria. E' geralmente o pio-pnemothorax.

Pleurizes hemorragicas.

Quadro clinico do sero fibrinoso, des-cobrendo-se o character hemorragico geral-

mente pela punção. Secundario a uma tuberculose aguda ou chronica.

Pleurizes seccos.

Primitivos são raros. Secundarios seja a uma pleurizia com derrame, seja a uma lesão pulmonar.

Pleuriz apical ou synchome de Sergent.

Treis phases de evolução. 1.^a Dôr na fossa supra espinhosa, atritos, mydriase do mesmo lado, radiographia negativa. 2.^a phase. Submacissez da fossa, vibrações diminuidas, murmurio vellado, adenite supraclavicular, mydriase ou myose. radiographia vertice velado. 3.^a phase. Accentuação do Ar e dos atritos. Amiotrophia dos musculos supra espinhosos e trapezio com signaes clinicos de maior comprometimento do apice do pulmão.

Finalmente a symphise pleural, que pôde sobrevir a qualquer pleuriz ou secco ou com derrame, com todas as suas conseqüencias.

Pleurizes purulentos.

A. L.

.....

A Insulina na angina de peito e estados angioespasmodicos. A. DEL CAÑIZO — Casa de Saude Valdecilla, Sessão de 4 de Janeiro de 1930. (Extrahido dos *Archivos de Medicina, Cirurgia e Especialidades*, de Madrid, n.º 3, Anno XI).

Estudos de data recente vão pondo cada vez mais em evidencia a possibilidade de que na secreção interna do pancreas, juntamente com o hormonio hypoglycemiante, exista outra substancia de efeitos vaso-dilatadores e hypotensivos.

No tratamento do diabete pela insulina, pode-se muitas vezes observar as modificações de certas alterações de natureza vascular e de caracter angiospastico que os doentes apresentavam, como por exemplo, a arterite das extremidades.

Tambem nas manifestações anginosas dos diabeticos a insulina prestou beneficios e induzia a ensaiar este tratamento nos outros syndromes anginosos em individuos não diabeticos.

O A. refere varios casos de manifestações anginosas apresentadas por doentes diabeticos e não diabeticos, nos quaes se pôde obter um resultado muito favoravel pelo tratamento insulinico.

A importancia destes casos è grande, principalmente na relação que sua expli-

cação pathogenica pode ter com certos estudos e descobertas recentes, que parecem dar á secreção interna do pancreas um poder vaso-dilatador e hypotensivo.

Cita os trabalhos de Frey, adjuncto da clinica de Sauerbruch (Berlim) que assegura ter descoberto um hormonio especial (kreislaufhormon), encontrado pelo autor no conteudo de um kysto pancreatico.

Experiencias do mesmo autor, muito minuciosas, põem em relevo a dependencia deste hormonio com a secreção interna do pancreas.

Cita, tambem, os trabalhos de Gley e Kústúnós, que isolaram na secreção interna do pancreas um producto, a que denominam angioxil, de efeitos vaso-dilatadores.

Com este producto, varios autore s (Vaquez, Giroux e Kústúnós) trataram diversos doentes de angina de peito, com resultados altamente satisfactorios.

De todos estes factos, parece poder deduzir-se a provavel existencia na secreção pancreatica de uma substancia de acção vascular e hypotensiva.

Pode-se, portanto, suspeitar, em vista destes resultados, que as manifestações vasculares, de tipo angiospastico, que tão frequentemente se encontram nos diabeticos, sejam condicionadas por um desequilibrio hormonico, determinado pela falta ou diminuição da secreção interna do pancreas e, portanto, que o tratamento mais logico e natural destas manifestações angioespasmodicas, tão frequentes nos diabeticos, deve consistir no restabelecimento do equilibrio hormonico pela administração deste hormonio pancreatico de efeitos vaso-dilatadores e hypotensivos. N. M.

.....

O bisturi de alta frequencia. VICTOR PAUCHET. — *Archivos de Med., Cirurgia e Especialidades*. Madrid 1929.

Eis o novo instrumento que entrou a formar parte do arsenal cirurgico.

Consiste numa agulha munida dum cabo isolante, intercalado no circuito dum gerador de alta frequencia.

A agulha, deslizando perpendicularmente aos tecidos, secciona-os, dessecca-os e cria planos de deslissamento que facilitam o trabalho do operador.

Ao mesmo tempo produz a hemostasia, oblitera os vasos lymphaticos, protege a

ferida contra a infecção e evita a sementeira de cellulas neoplasicas.

E' nas operações que requerem planos de deslissamento que o bisturi electrico representa papel saliente.

As cellulas, qualquer que seja a sua natureza, soffrem com a mesma intensidade os phenomenos destructivos.

Mas os phenomenos reaccionaes dependem: a) da estrutura histologica dos tecidos, e b) da sua conductibilidade electrica.

O mais resistente á acção do bisturi electrico é o tecido conjunctivo e os que delle derivam. Por esta razão constitue elle o plano de deslissamento de todas as secções.

O auctor insiste sobre as vantagens do bisturi de alta frequencia, mostrando a sua importancia na canceroterapia, em que a diereze dos tecidos vae acompanhada da obliteração dos vasos lymphaticos impedindo a disseminação cancerosa.

Seria o instrumento de escolha para a ablação do *seio canceroso*, porque esterilisa a distancia da ferida, as cellulas neoplasicas.

Na extirpação do cancer ulcerado e vegetante da lingua e do colo uterino dá optimos resultados.

Os mesmos se obteriam nos fleigmões diffusos, incisões de appendicite supurada, amputação septica dos membros, gastrectomia, gastroenterostomia etc.

O bisturi electrico é de manejo facil e substitue vantajosamente o thermo-cauterio em todas as suas applicações.

As unicas precauções a tomar quando do seu manejo são: 1.º Não abandonar nunca a ponta sobre o operado. 2.º Evitar o contacto com as pinças, afastadores e demais instrumentos que se possam encontrar sobre o campo operatorio. 3.º Evitar o contacto com os grandes vasos, nervos e tendões.

M. G.

O regimen dos cardiacos e a nutrição do coração.

M. LÆPER e A. LEMOINE. Presse Médicale 15. Fev. 1930 *J'analyse* n.º Fev. 1930 — M. POUMAILLOUX.

A experimentação pode fornecer uma base solida á certas indicações therapeuticas e é interessante apreciar ulteriormente a clinica confirmando conclusões puramente theoricas. Sabe-se que o metabolismo basal é augmentado nos cardiacos, em que por outro lado os residuos são em grande parte retidas no organismo.

Læper e Lemoine, considerando que a fallencia do coração, assim como sua con-

tracção normal, são em ultima analyse phenomenos de ordem chimica, procuraram precisar a composição chimica exacta não sómente do coração em geral, mas ainda de suas diferentes partes. Sob o ponto de vista pratico, é preciso reter que o musculo cardiaco consome glycogenio formando productos acidos. O restabelecimento da reserva em glycogenio exige uma reserva sufficiente de oxygenio. Esta reserva é defeitosa em casos de insufficiencia cardiaca. A experimentação em particular sobre o coração isolado do caracol mostrou aos auctores que a addição de glycose seguia-se precisamente da volta da tonicidade e regularidade dos batimentos.

Clinicamente, o *assucar dado em natureza*, sob forma de xarope de glycose, o seu effeito será baixar a tensão nas hypertensos, provocar a diurese, excitar o figado, o rim e reforçar nitidamente a acção da digitalina. Ainda, a glycose terá egualmente um effeito salutar sobre as arhythmias. Merece então, por este titulo, entrar mais largamente no arsenal therapeutico util aos cardiacos.

R.

As oscillações paradoxas do Wassermann. L. OGLIASTRI. G. des Hôpitaux, Dezembro 1929 — Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel. 1930.

Deste artigo, damos a conclusão seguinte:

Pensamos que esta noção dos Wassermanns oscillantes, posta á luz judiciosamente por Gougerot e Peyre, traz a este debate uma contribuição bastante importante. Mostrou que a reacção de W. por indiscutível que possa ser o seu valor no diagnostico da syphilis, não deve ser considerada como exprimindo exatamente o gráo de infecção syphilitica.

Positiva, sobretudo quando esta positividade não se acompanha de manifestações clinicas, não corresponde sempre a um estado de impregnação do organismo. Negativo, mesmo quando permanece durante um tempo muito prolongado, não deve nunca ser interpretada como indice de uma cura certa.

Segue-se — e é o grande ensinamento que se desloca dessas oscillações paradoxas do Wassermann — que não se poderá vêr logicamente na evolução das reacções sêrologicas a unica base de uma therapeutica racional. „O Wassermann, escrevia outr'ora Nicolas, não será, de forma alguma, con-

siderado como um guia pratico, sufficiente e seguro da therapeutica anti-syphilitica. Quaesquer que sejam as variações do Wassermann, o tratamento da syphilis deve permanecer como registrou Fournier, systematico e prolongado.

E' uma conclusão analoga que naturalmente decorre do estudo dos Wassermann oscillantes.

Seu interesse pratico é, como bem demonstrou Gougerot e Peyre, de nos incitar a proseguir durante muito tempo em nossos doentes os tratamentos de consolidação pelas successões methodicas de curas pluri-medicamentosas. R.

As diferentes variedades de narcolepsia. L'HERMITTE e KYRIACO. La Gazette des Hôpitaux, 19. Fev. 1930. J'analyse — M. MONTASSUT.

A syndrome de Genileau consiste nas crises de somno paroxistico; associam-se frequentemente a ataques de perda do tonus, phenomenos de excitação ou de inibição do systema nervoso vegetativo, enfim em certos casos, a perturbações psychicas. O exame dos casos publicados ou pessoas milita em favor da these sustentada por L'Hermitte e Tournay: existe menos uma narcolepsia essencial que uma syndrome em que a origem está a procurar numa perturbação mais ou menos evidente do systema nervoso, das visceras ou do metabolismo geral. As auctores referem narcolepsias symptomaticas da encephalite lethargica, mas tambem a uma tuberculose evolutiva num especifico, a uma obesidade com perturbações endocrinas patentes, ao curso da diabetes.

Assignalam a frequencia das narcolepsias periodicas, por vezes prémonitorias do fluxo catamential.

A narcolepsia desde tomar então cada dia terreno em proveito das narcolepsias symptomaticas; o tratamento causal pôde dar resultadas particularmente animadores. R.

Accão dos extractos pancreaticos privados de insulina na hipertensão arterial. KERVARECK ET ENACHESCO. Le Progrès Médical, 1. Fev. 1930 n.º 5. J'analyse, Fev. 1930, M. POUMAILLOUX.

Os A. A. dividem as hypertensões, quanto á accão therapeutica do extracto, em tres categorias:

1.º) Hypertensões solitarias dos individuos jovens que reagem nitida e duravelmente.

2.º) As hypertensões dos gottosos, obesos, diabeticos, syphiliticos, em que a baixa da tensão é transitoria e o indice oscillométrico não augmenta frequentemente.

3.º) As hypertensões antigas, complicadas de esclerose vascular e renal em que os resultados são mediocres ou nullos.

Os A. A. discutem egualmente as hypotheses pathogenicas sobre o modo de accão do producto. Infelizmente deixam de lado o estudo dos effeitos ulteriores que a baixa da tensão pode acarretar sobre o proprio funcionamento cardiaco. R.

Sobre a influencia do trauma psychico no curso da gravidez, sobre o feto e a apparencia futura da creança. P. D. DAVYDOFF. Annaes Médico-psychologicos, n.º 1, Janeiro 1930.

O auctor cita 6 casos nos quaes procura evidenciar a influencia do traumatismo psychico durante a gravidez, sobre a apparencia futura da creança.

O primeiro caso se refere á creança nascida com pellos no dorso, pellos estes muito semelhantes ao pelo de terneiro.

A mãe da creança recebera durante a gravidez um choque no ventre, causado por um terneiro, convencendo-se deste então que o filho nasceria com qualquer anormalidade no dorso.

No segundo caso, observado pelo auctor, trata-se de uma mulher gravida no 4.º mez que foi beijada no pescoço, de surpresa, por um seu conhecido, ficando uma marca durante 10 dias. Esta marca foi transmittida ao feto, que ao nascer apresentava a no mesmo logar.

Uma terceira observação, muito interessante, a de uma moça, que em 4.º mez de gravidez, durante uma tempestade no campo, fica muito impressionada pela sorte de seu futuro filho, que poderia nascer idiota.

Logo apoz um trovão, perde os sentidos e cae em convulsões e ataques nervosos. A creança, que nasceu a termo e é bem constituida, se desenvolve bem até a idade 1 anno e meia, quando, por occasião de uma tempestade sobrevem convulsões pela primeira vez. Ataques e convulsões semelhantes vão se reproduzindo não sómente

por ocasiões de tempestades, mas também provocados por gritos, ruídos etc. Dahi por deante, a creança começa a emmagrecer até se tornar um verdadeiro estúpido. Aos 3 annos e meio tem o aspecto de um idiota.

No 4.º caso, observado também pelo auctor, uma creança nasce com pellos no rosto, como pellos de cão, tendo a mãe no 4.º mez, sido mordida por um cão ficando muita impressionada, até ao ponto de convencer-se que o filho nasceria com o aspecto que de facto nasceu.

Em um outro caso, uma moça grávida, recém casada, sonha seguidamente que sem filho se assemelharia muito a um certo sr. X, já fallecido, ao qual tinha amado. Ella conservava o retrato delle em frente do seu leito, e olhando-o representava-o como si estivesse vivo, até mesmo durante as relações sexuaes que tinha com seu marido. A creança nasce muito parecida de facto com o tal sr. X, sendo que com o tempo esta semelhança ainda mais se accentua.

Emfim em um sexto caso, uma mulher no 4.º mez contemplando uma eclipse da lua, é surprehendida pelo seu marido que por traz, de surpresa lhe tapa os olhos, o que muito a assustou. Depois disso ella não cessa de pensar na eclipse e no incidente.

A creança nasce com manchas e raias pigmentadas na fronte, com a forma de uma eclipse da lua.

O auctor diz conhecer muitos outros casos, sendo de opinião que a causa de todos estes phenomenos se encontra no effeito do trauma psychico, transmittido da mãe ao feto. Lembra por isso a importancia de se garantir a calma e proteger o systema neuro-psychico da mulher grávida.

M. G.

Dôr á esquerda nos lithiasicos. J. M. MADINA VEITIA e F. LAGO COUCEIRO (do Instituto Madinaveitia). Archivos de Medicina, Cirurgia e Especialidades — Madrid 1929.

E' frequente nos lithiasicos observar a dôr a esquerda, o que se explica pelas intimas relações existentes, entre o figado e o pancreas. Nestes casos a intervenção mostra, quasi sempre, um pancreas augmentado.

Casos ha entretanto, em que a dôr é presente, e a operação revela um pancreas normal.

Foram estes casos, os que despertaram attenção dos auctores do presente artigo, e os levaram a estudar mais de perto as funcções pancreaticas para aquilatar das perturbações que o processo hepatico podia imprimir-lhes.

Para tal, utilisaram dois methodos: a investigação da amilase na urina, methodo de Wohlgemuth, e a prova da glycosuria experimental. Segundo a technica de Baug.

Desprezaram a sondagem duodenal, para a investigação dos fermentes pancreaticos, pelos resultados pouco satisfatorios.

Usaram de sonda apenas para verificar a permeabilidade dos conductos pancreaticos. As conclusões a que chegaram os auctores, pelo exame das suas observações clinicas em numero de dez são publicados no original, se resumem as seguintes:

1.º) Quando no lithiasico se apresenta a dôr a esquerda, geralmente o pancreas é séde duma reacção morbida.

2.º) Tal reacção póde ser avaliada pelos methodos já indicados.

3.º) Casos ha em que presente a dôr a esquerda o exame funcional do pancreas nada revela.

Nestas circumstancias não estamos autorizados a afirmar o estado hygido do pancreas. Para tal se tornaria mistér praticar as provas funcionaes já citadas, na occasião da colica hepatica.

M. G.

As vaccinas locais em Ophthalmologia.

MARIO ESTEBAN (Ophthalmologo dos Hospitales Militares e da Cruz Vermelha em Melilla). Archivos de Med., Cirurg. e Especialidades, Madrid 1930.

A immunidade local obtida com o emprego dos filtrados de Besredka começa a dos optimos resultados em certas infecções oculares resistentes á qualquer outra therapeutica. E' o que demonstra o auctor no seu artigo, baseado nos brilhantes resultados obtidos com o emprego da vaccino-therapia local nas infecções estrepto e estaphilococcicas oculares.

Mostra as vantagens deste methodo sobre a auto-vaccina geral, com as suas reacções violentas, muitas vezes causa de que o paciente abandone o tratamento com os resultados pouco satisfatorios do mesmo.

Termina explicando por uma auto-immunidade local, a melhora das ulceras oculares infectadas, quando estas perfuram a cornea.

Nestes casos os germes da infecção proliferam no humor aquoso, gerando fermentos especificos, que travam seu ulterior desenvolvimento.

O humor aquoso se transformou assim num auto-caldo-vaccina, que exercerá suas propriedades sobre a cornea, despertando as desfezas locais.

Resta, apenas demonstrar si a immuni-
dade local, com os filtrados de Besredka,
chega até o humor vitreo. *M. G.*

A anesthesia local intradermica nas syndromes dolorosas vesiculares. M. G. HUIET. Reviste des Maladies du foie, n.º 2, 1929. (Da Revista Brasileira de medicina e pharmacia.)

O auctor descreve a technica, muito simples, de injectar 1 cc de uma solução de novocaina a 1%, na região vesical. 90% de casos com resultados satisfactorios. Nos casos chronicos, obtem-se com a repetição da injectação, o desaparecimento de peso na região. Nos casos agudos, os resultados são brilhantes.

O methodo infelizmente não possui o poder sedativo da morphina, mas não apresenta no entanto os inconvenientes desta.

M. G.

A protecção internacional contra certas affecções transmissiveis, por G. SCHOOK. Paris. Archivos de Med., Cirurg. e Especialidades, Madrid 1929.

Em longo e bem documentado artigo, mostra o auctor a necessidade de intensificar a campanha contra todas as molestias transmissiveis.

Iniciada que foi pela Convocação Sanitaria, firmada em Paris, aos 21 de Junho de 1926 e da qual formam parte a maioria das nações do mundo.

Ao começar seu artigo, o auctor generalisa as palavras de Calmette na luta contra a tuberculose: „Após o vendaval de loucura, que levou tantas nações chamadas civilizadas, a se destruirem entre si, a obra da paz reparadora, imporá aos homens de boa vontade o dever de trabalhar pela protecção das incontaveis vidas humanas que á tuberculose ceifa prematuramente.“ As estatisticas do auctor sobre a mortalidade produzida pela peste, cholera, variola, typhus exanthematico, febre recorrente e febre typhoide evidenciam claramente a necessidade de intensificar a lida contra os inimigos

da saúde e de inculcar uma fé optimista em todos os espiritos desilludidos mas não vencidos. *M. G.*

A anesthesia da mucosa do recto. Novo methodo para tratamento da retenção de urina post-operatoria. Por HANS KOEHLER. Zentralblatt für Chirurgie, n.º 46, 1929.

Após ligeiras considerações sobre a etiologia e o tratamento da retenção de urina post-operatoria com injectões de urotropina e pilocarpina, intravenosas, o auctor descreve o seu methodo que consiste em tocar a mucosa rectal com um tampão embebido numa solução a 3 ou 5% de alypina ou injectar lentamente no recto 30—50 c. c. desta solução. O effeito produziu-se ás vezes em 5 minutos, outras vezes após 1—1½ horas. Em mulheres e pessoas nervosas o methodo falha. Experimentou o processo em 23 casos, tendo 19 successos e 4 falhas, sendo que destas 3 eram mulheres. *G. B.*

Cholecystites: estudo bacteriologico e experimental de tresentas vesiculas cirurgicamente reseccadas. STARR JUDD. Surg. Gyn. a Obst. Abril 1930.

Conclusões:

1.º) A maioria das vesiculas de pacientes com cholecystite aguda ou sub-aguda contem bacterias pathogenicas, emquanto que as da maioria dos pacientes com cholecystites chronicas são estereis.

2.º) Os organismos isolados, de accordo com a sua frequencia, são: estreptococcus produzindo pigmento verde, bacillos Gram negativos e estaphylococcus.

3.º) Culturas de vesiculas „morango“ permanecem estereis a menos que haja uma complicação.

4.º) Maior era sempre o intervallo entre a administração da tetraiodo e o exame das vesiculas infectadas do que o das vesiculas achadas estereis.

5.º) Estreptococcus de vesiculas grossieramente doentes são de significação etiológica, pois tendem a reproduzir a cholecystite e a cholelithiase quando experimentalmente injectados por via endo-venosa em coelhos. O coli-bacillo pode ter uma acção electiva sobre a vesicula biliar. Elle é usualmente achado associado ao estreptococcus em casos mais ou menos agudos, ou em casos de calculos do choledoco ou do cystico. Os estaphylococcus não são

pathogenicos para as vesiculas de coelhos quando injectadas em culturas puras.

G. B.

Duodenite e ulcera duodenal. WILLIAM

L. A. WELBROCK, da clinica de Mayo.

Ann. of Surg., Abril 1930, pag. 538.

Alguns casos que são diagnosticados de ulcera duodenal mostram na operação uma area de espessamento localizado da parede duodenal, ao em vez de verdadeira ulcera. Esta area espessada é designada por duodenite, que é descripta sob varias formas: duodenite simples, duodenite com erosão ou ulceração, duodenite chronica e duodenite ulcerada curada. Nas condições mais agudas, encontram-se lymphocytos, polynucleares, cellulas plasma e poucos eosinophilos com congestão dos capillares na mucosa. Em condições chronicas mais adiantadas esta reacção inflammatoria manifesta-se com hyperplasia distincta das glandulas de Brunner, com infiltração lymphocytaria diffusa e em nucleos. A tunica muscular propria tambem contem algum tecido fibroso. Os vasos sanguineos são esclerosados, a esclerose augmentando com a chronicidade da condição. Alterações semelhantes occorrem no desenvolvimento de uma ulcera, suggerindo uma relação definida entre a duodenite e a ulcera duodenal.

G. B.

Cystos solitarios do rim. HEPLER. Surg.

Gyn. a Obst., Abril 1930.

Os cystos grandes e usualmente solitarios do rim são adquiridos. Não constituem uma entidade distincta, com uma etiologia commum, mas o seu mecanismo de produção é essencialmente o mesmo. Varias condições pathologicas do rim podem causal-o, desde que haja uma combinação de obstrucção tubular com a degeneração anemica do parenchyma, por perturbação circulatorio, no mesmo segmento do rim. Algumas vezes, como factor adicional, encontram-se hemorragias prolongadas na mesma area.

A area das perturbações nutritivas dependendo do tamanho e distribuição dos vasos atacados e variando tambem a obstrucção tubular, é facil comprehender a variação que ha no tamanho, numero, contendo e na parede dos cystos. — Assim tambem se explica porque é algumas vezes aparente a ausencia de um factor etiológico, pois a lesão original desaparece

com o processo pathologico de obstrucção e anemia.

Varios aspectos clinicos e anatomo-pathologicos confirmam esta hypothese, alem de que o auctor conseguiu experimentalmente crear as condições necessarias para a formação dos cystos, tendo sido capaz de reproduzir em coelhos um grande cysto solitario, em tudo semelhante aos encontrados no homem.

G. B.

A disfuncção hepatica em psychopathologia. E. GUIJA. MORALES. Comunicação a quarta reunião de Neuro-psiquiatras Espanhóes. Archivos de Medicina, Cirurgia y Especialidades. 19—4—1930.

Após o estudo do assumpto, o auctor chega as seguintes conclusões:

1.º Existe uma evidente correlação funccional entre as funcções hepaticas e psychologica que, mais uma vez, dá realidade ao actual conceito de unidade biologica da personalidade.

2.º No estado actual de nossos conhecimentos, não é possivel acceitar sem reservas o velho conceito do temperamento bilioso.

3.º A disfuncção hepatica, nos casos positivos, não faz sinão destacar estados de psychoneurosis ou psychosis de temperamentos predispostos, com a particularidade especifica de accarretar sempre estados psychopathicos depressivos.

4.º Parece ser a funcção hepatica um dos factores que regulam o colorido da emotividade, desviando sua influencia até a escala affectiva diatésica.

5.º Com particular attenção deve ser feita a exploração da funcção hepatica dos psychopathas deprimidos, orientação que com frequencia traz exitos therapeuticos insuspeitos.

R.

O tratamento dos rheumatismos chronicos. ALBERT GOVAERTS (Bruxelles, Médical). Bulletin de L'Hôpital Saint-Michel. 1930.

A injeccão intramuscular de iodo e de salol em solução no oleo de oliva constitue um tratamento effcaz do rheumatismo chronico.

A injeccão é praticada de dois em dois dias na região glutea tendo-se o cuidado de introduzir profundamente a solução na massa muscular, de não reconduzir-a ao

tecido subcutaneo quando retira-se a agulha e de não repetir a injeção no mesmo local já injectado.

Uma vez attingido o resultado, suspende-se o tratamento para reinicial-o cerca de seis semanas após, para consolidar os resultados precedentemente adquiridos.

De momento, nunca é possível, dictar leis definitivas sobre a conducta do tratamento. E' a evolução da doença que determina a decisão a tomar.

Os resultados obtidos são classificados da seguinte maneira: melhora completa e permanente: 60 %; melhora ligeira, mas persistente: 10 %; melhora temporaria: 25 %; resultados nulos: 5 %.

R.

O figado crú pode determinar accidentes lithiasicos. V. WALTER, Spitalul. Bucarest, Setembro 1929. L'Immunité, Março 1930.

Durante o tratamento pelo figado crú, certos doentes attingidos de anemia perniciosa, têm visto surgir accidentes de lithiase renal. Nesses casos o tratamento pelo figado em natureza é contra indicado e deve ser substituído pela administração do extracto de figado, inoffensivo para a lithiase e activo para a regeneração do sangue.

Em summa, é muito admissivel que o figado administrado em doses massiças, com todas as suas proteínas, provoque nos individuos predispostos, a formação de calculos uraticos. Eis ahí uma razão a mais para ensaiar a opotherapie hepatica que parece ser aliás cada vez mais empregada e ter sido quasi collocada no estado actual.

R.

Dois doentes attingidos de pyelo nephrites gravidicas de forma septica, curados por auto-vaccina. PIGEAUD, Société Nationale de Médecine et de Sciences Médicales de Lyon, 29. Janvier 1930. L'Immunité, Março 1930.

Os casos eram particularmente graves. Durante a discussão desta comunicação, alguns admittiram que só a lavagem do bassinette dá resultados. M. Raffin julga, que não se tem o direito de fallar de cura, sinão quando se obtem uma cultura negativa das urinas.

Maugrado a apparencia sempre severa, é preciso saber que as pyelonephrites da gravidez são frequentemente menos tenazes que muitas outras. Quanto aos signaes de

cura concordamos com Raffin para dizer que uma cultura negativa das urinas permite affirmar-a. Com L. Phelip admittimos o contrario que a eliminação dos colibacillos e dos enterococcos é habitualmente intermittente; chega-se facilmente a melhorar o elemento intestinal, é muito mais difficil influenciar o elemento renal. R.

Ozena e anatoxina diphterica. LIBERSA ET JOLY, Société de Médecine du Nord, Novembro 1929. L'Immunité, Março 1930.

Actualmente trata-se a ozena no serviço da professor Debeyre, pelas injeções intramusculares d'anatoxina de Ramon, na dose de 4 cc duas a tres vezes por semana. Desde o inicio do tratamento as melhoras são nitidas, depois se fazem mais lentamente e a melhora não se mantem habitualmente, uma vez cessadas as injeções. Torna-se mister continuar as experiencias em um numero mais consideravel de casos para permittir um julgamento definitivo.

Temos relatado já numerosos trabalhos concernentes á applicação, seja do soro anti-diphterico, seja da anatoxina de Ramon na ozena. Sabe-se que todos elles baseiam-se na descoberta de Belfanti de bacillos para-diphtericos nas secreções da ozena. Em todo caso, em nada admira que ensaios levados num curto lapso de tempo não tenham absolutamente alcançado bom exito.

Esta-se habituado a considerar a necessidade de longa perseverança para verificar uma cura na ozena, qualquer que seja a therapeutica empregada.

R.

A inoculação de productos bacilliferos traz no cobaio uma accentuada diminuição de 30 a 50 % dos globulos vermelhos. R. TRICOIRE, Société de Biologie, 22 de Fev. 1930. L'Immunité, Março 1930.

Esta modificação especifica constante e duravel permittirá dar o resultado de inoculações após 15 e 20 dias de observação. Observa-se ao mesmo tempo um augmento dos mononucleares não granulosos.

Esta descoberta apresenta um interesse consideravel. Com effeito, habitualmente somos forçados a esperar ao menos seis semanas para sacrificar os cobaios. Precisa saber-se si os ultra virus cuja determinação nos ganglios agora é possível, accarretam as mesmas modificações hematologicas. R.

Archivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

COMISSÃO DE REVISTA:

PROF. MARTIM GOMES
Da Faculdade de Medicina

PROF. GUERRA BLESSMANN
Da Faculdade de Medicina

PROF. RAUL MOREIRA
Da Faculdade de Medicina

DIRECTOR: — PROF. ARGYMIRO C. GALVÃO
Da Faculdade de Medicina

Codigo Sanitario.

Varias vezes temos apreciado o interesse do nosso actual e esforçado Director de Hygiene na elaboração do „Codigo Sanitario“ com que, dentro em breve, porá em completa execução a nova organização dos nossos serviços de Hygiene.

Obra vultuosa e ao que nos parece em tudo original, enquadrando-se as nossas necessidades em materia de hygiene publica, sem duvida, só este facto é bastante para justificar a demora com que se vem assignalando a sua apresentação.

Todavia, dada a absoluta necessidade de uma immediata attenção a determinados problemas, é bem de ver a necessidade crescente com que se impõe a existencia de um Codigo Sanitario.

Attentemos, um instante, para o que consta no presente numero, na secção de Revista das Revistas, sob o titulo „COLIBACCILLURIAS, LEITE E SORO“.

Pelo que se lê na referida resenha, os A. A. notaram que as melhoras da doentinha (um caso de pyelite) tinham sido apreciadas quando do emprego do leite após **minuciosa esterelisação e escolha**. De mais, da entrevista feita na cidade de Bordeaux, ficou apurado ser raro o leite entregue ao

consumo e que não estivesse particularmente contaminado pelo colibacillo.

Si lá, conforme salientam os auctores, o facto indicava um ponto pouco assignalado, transportando-o para o nosso meio, parece-nos que algo de interessante ha a registrar.

Não reflecte esta maneira de fallar uma censura e muito menos uma insinuação á nossa allá administração de hygiene. Sabemos que é uma questão de tempo para dentro em breve vermos regularizado a hygienisação do leite consumido em nossa cidade.

No caso, apenas seria digno de estudo saber a possivel relação entre a cifra de pyelites em nossa meio e o gráo de impurezas do leite consumido pela quasi totalidade de nossas creanças.

Acreditamos, não seja difficil aceitar que, dada o facto dos constantes disturbios observados no curso da alimentação artificial pelo leite de vacca, o factor impureza entre em grande conta como elemento etiológico das pyelites correntemente observadas no exercicio da clinica.

A importancia do assumpto em fóco não escapa, quer sob o ponto de visto clinico, quer sob o ponto de vista hygienico.

A. G.

AS TROCAS CHLOROAZOTADAS NA PNEUMONIA.

H. ANNES DIAS, professor da Faculdade de Porto Alegre (com o collaboraço do Dr. Tenak W. de Souza, assistente do Serviço Clínico).

Conhecida e inexplicada, a retenção salina na pneumonia attesta um brusco e profundo desequilíbrio metabólico. Em nenhuma outra doença se observa essa retenção com a mesma intensidade, a ponto de, algumas vezes, desaparecerem da urina por completo os chloretos.

Tão constante é tal facto, que a observação clinica viu, no grau dessa retenção, um dos elementos de prognóstico da pneumonia e Achard, embora julgando que não se pôde avaliar a gravidade desta pela intensidade da retenção, affirma que as variações da excreção dos chloretos estão em relação com a evolução do processo pneumónico.¹⁾

Muito se tem escripto para explicar essa curiosa e brusca retenção. A fraca eliminação chlorelada não é devida á

falta de sal na alimentação, porque, mesmo quando se administra sal aos pneumónicos, estes continuam a retel-o; disso é um exemplo o doente da observação seguinte:

Pneumonia do apice direito. M. L., 45 annos. Leito n° 4, papelela n° 7848. Entrou para a enfermaria a 25-10-29 muito agitado, delirante. Tosse frequente; dyspnéa accentuada (50 respirações por minuto); escarroâ côr de tijolo, Suores profusos; lingua secca e fortemente saburrosa. Maciszez do apice direito, com estertores crepitantes e sopro tubario. Durante 3 dias foi esse o seu estado. A 28 melhorou consideravelmente.

Os exames de chloreto e de uréa, no sangue e na urina deram os seguintes resultados:

Dias	Sangue		Urina			
	Chloretos	Uréa	Vol.	Chloretos	Uréa	Cl.Na.
25	5,15	0,95	350cc.	0,45	25,71	20cc%
26	5,45	0,85	850 „	0,34	23,80	20 „ %
27			850 „			
28	4,93	0,66	900 „	0,45	24,76	
29			820 „			
30			2000 „	0,65	26,70	
31			1650 „			
5			1500 „			
6	5,38	0,38	1200 „	6,31	17,60	

estão fortemente salgados

Sera então essa fraca excreção devida a uma causa renal? Para alguns autores o comprometimento do rim é quasi constante na pneumonia;²⁾ outros fazem intervir o factor renal de modo indirecto. E' assim que MacLean e Snapper,³⁾ observando nos pneumónicos que o chloreto de sodio do sôro sanguineo se conservava abaixo do limiar — 5,60 — acharam que, por isso, não podia elle ser excretado pelo rim, tanto que a excreção melhorava desde que fosse augmentada a sua concentração no sangue. Essa affirmação é fortemente contrariada por Prigge,⁴⁾ que diz haver na pneumonia uma retenção duradoura de Nabl, retenção que se mantem immutavel

mesmo após injeccões dessa substancia, ao contrario do individuo são, no qual, após uma injeccão salina, os chloretos são eliminados rapidamente em 1 a 3 dias, havendo excreção total maior de que a quantidade injectada. Ora, quando se faz uma injeccão hypertonica de sal, augmenta-se, embora passageiramente, a sua concentração no sangue, mas, em vez de passar pelo rim, elle se dirige para os tecidos que o attrahem.

Que o rim não está impermeavel ao sal, temos a prova na descarga deste que sabrevem na convalescença. E' incontestavel que o rim se fecha á excreção salina, não porque haja impermeabilidade renal aos chloretos, mas porque o organismo

¹⁾ Achard-Troubles de Echanges Nutrilife, vol. 1. pag. 247.

²⁾ Landouzy et Griffon — Traité de Thoinot et Gilbert, vol. 19.

³⁾ E. Dubois — Endocrinology and Metabolismo, vol. IV, pag. 127.

⁴⁾ Deutsches Arch. f. Klin. Mediz. 1922, Bd. 139.

precisa alhures do sal; ha uma força que o attrahe para os tecidos, superior á capacidade excretora do rim.

E' facto tambem que ha deficiencia de eliminação da agua, ha oliguria na pneumonia e ninguem dirá que o rim se acha ahí incapaz de eliminar agua; é que esta acompanha o sal na sua migração forçada.

O sal no sangue. Embora Loeper tenha dito que „apezar de sua retenção nos tecidos o sal não apresenta variações em sua taxa no sôro,⁵⁾ Achard e Loeper encontraram ligeiro abaixamento da concentração molecular do sôro nos pneumonicos e o attribuiram á falta de sal e de uréa. Por outro lado Du Bois diz que „praticamente todos os observadores acharam abaixados os chloretos do sôro“,⁶⁾ o que está de accordo com o que temos observado.

Tivemos occasião de verificar que, embora na congestão pulmonar possa haver forte retenção salina, é ahí rara ou muito discreta a chloropenia, ao contrario do que se dá na pneumonia, em que, muito frequentemente, se observam cifras inferiores a 5 grs.

Do exposto se vê que, na pneumonia typica, a não ser nos casos muito benignos, existe, ao lado da grande baixa dos chloretos urinarios, uma chloropenia apreciavel.

Si o sal não passa á urina, si elle se acha em baixa no sangue, só se pôde concluir que esteja refido nos tecidos.

Landouzy e Griffon⁷⁾ fizeram vêr que o pulmão pneumonico pôde chegar a pesar 1500—1700 grs., em vez de 680 grs., peso normal no homem; esse augmento é devido ao exsudato fibrinoso, á agua e aos chloretos que ahí se acham refidos.

Peabody⁸⁾ mostrou que na pneumonia o pulmão doente tem 3 a 4 vezes mais sal que o pulmão normal.

Porque é refido o sal, porque diminue no sangue, porque se accumula no pulmão? Essas tres perguntas, que re tractam as phases do metabolismo salino nos pneumonicos, levantam uma interessante questão de physiopathologia, qual seja a do papel do chloreto de sodio no decurso

da pneumonia. Si o organismo fecha o rim á excreção salina é porque precisa de sal; si este não se acha accumulado no sangue, mas diminuido, é porque é nos tecidos que se faz necessaria sua presença.

Para comprehendermos o papel do sal da pneumonia⁹⁾ se faz mister estudar a evolução bio-quimica desta em face do pneumococco, pois o conceito moderno da pneumonia, como o disse Landouzy⁹⁾ é essencialmente humoral.

O pneumococco vegeta perfeitamente no sangue diluido onde conserva por muito tempo sua vitalidade; sabe-se que elle não vive bem a não ser no sangue desfibrinado, sendo geralmente admittido (Gilbert et Fournier) que todo processo infeccioso acharia na fibrinogenese um meio de defeza. Não julgam Landouzy e Griffon que seja á privação de fibrina que aquelle meio deva suas propriedades culturaes visto não estar provado qua a fibrina seja necessariamente prejudicial ao pneumococco.

Ora o organismo se defende, ao nivel do pulmão determinando ahí uma consideravel precipitação de fibrina, em cujo reticulo se acham em grande numero cellululas e pneumococcos. Trata-se de uma verdadeira exsudação, achando-se a fibrina com uma serosidade fortemente albuminosa; diz Prigge que a quantidade de fibrina precipitada pôde ir de 600 a 1100 gms. No sangue tambem ha um augmento de fibrina, que pelos antigos, era considerado como um signal de bom prognostico. De facto, em certos casos graves, como na „pneumonia plana“ de Schützemberger, ou „serosa“ dos velhos, ou quando sobrevem a infiltração purulenta do pulmão atacado, a quantidade de fibrina é insignificante; ora em taes casos o pneumococco se mostra altamente virulento, ao passo que na pneumonia normal, fibrinosa, elle mostra o minimo de sua virulencia. Sabe-se pôr outro lado, que hyperfibrinose e leucocytose marcham parallelas, donde se conclúe, que, como esta, aquella é um phenomeno de defeza. Aliás, no inicio do processo pulmonar, a necrose dos epithelios alveolares é seguida primeiro de uma exsudação

⁵⁾ Ménetrier e Stévenin — *Traité de Roger-Widal*, vol. I, pag. 214.

⁶⁾ Du Bois, loc. cit. pag. 127.

⁷⁾ Loc. cit. pag. 125.

⁸⁾ Du Bois, loc. cit. pag. 127.

⁹⁾ Loc. cit. pag. 103.

sero-albuminosa com queda dos epithelios e diapedese polynuclear; em seguida se faz a exsudação sero-fibrinosa, coagulando-se a fibrina. Admitte-se, assim, que a necrose epithelial dos revestimentos alveolares determina toda a evolução ulterior do processo, principalmente essas duas phases successivas: exsudação serosa e precipitação fibrinosa. Ora, sabe-se que essa precipitação se faz em presença do chlorreto de sodio. Terá o augmento deste no pulmão por objectivo favorecer ahí a coagulação da fibrina? As observações mostram que no sangue ha excesso de fibrina e falta de chlorreto, ao passo que no fóco pneumonico ha excesso das duas substancias. Não nos parece que seja aquelle objectivo a razão da formidável retenção salina nos pneumonicos.

Será então augmentando a concentração do meio pulmonar que elle vae agir contra o pneumococco.

A questão da concentração mollecular. — Vimos que ha uma maior quantidade de sal no pulmão atacado, que o chlorreto de sodio ahí se acha acompanhado de agua, que ha, como lesão inicial constante, a necrose da parede alveolar; sabemos que, durante todo o periodo febril e mesmo um pouco além deste, o organismo retém sal; que, durante esse tempo, tanto ha falta de eliminação urinaria como abaixamento da cifra sanguinea do sal e que, num dado momento se faz uma descarga de chloretos, duplicando ás vezes, de um dia para outro, a eliminação salina. Conclue-se que o sal se tornou necessario ao organismo e ahí foi retido e que, desde o momento em que o processo inflammatorio cedeu, não mais sendo necessario o sal, o organismo o expelle em massa.

Atrahindo-o e fixando-o no pulmão o organismo consegue elevar ahí a concentração mollecular que, como se sabe, constitue condição desfavoravel para o desenvolvimento do pneumococco. Essa explicação, si bem que razoavel, não alcança todos os aspectos da questão, pois não faz referencia a outros disturbios metabolicos que são coetaneos da retenção salina.

Os disturbios do metabolismo azotado. — Como bem accentuou Du Bois, a pneumonia differê de outras pyrexias por haver nella uma lesão local impor-

tante, com formação e desaparecimento rapidos de uma notavel exsudação e porque, em nenhuma outra, se nota tão baixa taxa de chloretos urinarios, os quaes, como se sabe, pôdem completamente desaparecer. Ao mesmo tempo se observa no periodo de estado, uma diminuição da quantidade das albuminas de sôro, principalmente nos casos graves. Quanto a uréa, Ricard acha sensivelmente normal nos casos não complicados, Meige a encontra augmentada nos casos mortaes e Loeper diz que a taxa azotemica se eleva ao approximar-se a crise da pneumonia, sendo (tambem Achard¹⁰⁾ de opinião que a azotemia se eleva durante a crise. Como elevado gráu de metabolismo proteinico da pneumonia, diz Du Bois, não é surpreendente haver algum augmento dos constituintes azotados do sangue; acha elle que a retenção ureica augmenta na direcção da crise e desaparece rapidamente na convalescença. A observação nos vem mostrando que a azotemia pôde ser precoce nos casos graves e é ahí constante. Jobling, Petersen e Eggstein notaram durante a crise, uma diminuição nas proteoses e no azoto não coagulavel do sangue. Whipple e Van Slyke acharam que o azoto não proteico oscillava entre 0,42 e 0,85. A formação rapida de um exsudato fortemente albuminoso deve occasionar um brusco desequilibrio azotado: além d'isso ha, como vimos, um processo de necrose no pulmão; motivos não faltam, pois, para se admittir que a azotemia esteja na razão directa da desintegração proteinica. Obtemperam alguns que a azotemia é devida á insufficiencia renal e que, cessada esta, a uréa se elimina facilmente, baixando seu nivel no sangue. Esta theoria, seductora á primeira vista, não resiste á critica. Em primeiro lugar o rim não está insufficiente, pois não só o doente pôde eliminar a uréa em alta concentração, como se pôde vêr na observação que apresentamos, como ficou evidenciado o bom funcionamento renal nos casos estudados por Fronthingham.¹¹⁾ Este autor, em quatro casos de pneumonia do typo 1, encontrou a uréa ligeiramente augmentada e normal a prova da phenolsulfonophtaleina; e em seis casos de typo 4, dois tinham a P. S. P.

¹⁰⁾ Loc. cit. pag. 246.

¹¹⁾ In Du Bois, loc. cit.

quasi normal e a uréa ligeiramente augmentada.

Aliás não se comprehende que esteja impermeavel á uréa um rim que mostra azoturia frequente e que, de um momento para outro, dá sahida a quantidades formidaveis da uréa. Em um dos nossos casos observámos uma descarga de 60 gms. e na litteratura medica ha referencias de azoturias até de 130 gms. em 24 horas. A azotemia depende não de um factor renal mas da gravidade do disturbio metabólico. Wells¹²⁾ em 58 observações notou que, nos casos graves, a uréa era mais elevada e o chloreto de sodio sanguineo mais baixo do que nos casos benignos.

O equilibrio chloroazotado na pneumonia. — A nossa observação está de accordo com a de Wells e vamos mesmo mais longe porque achamos que, nessa chloropenia e nessa azotemia dos casos graves, ha mais do que uma coincidência, ha uma relação de causalidade.

Os chloretos cáem no sangue porque são attraídos para o pulmão onde se faz maior a desintegração proteínica, de que é expressão a azotemia. A prova dessa relação physiopathologica nós encontramos não sómente nas coincidencias clinicas, mas nos resultados de uma therapeutica inspirada por essa concepção pathogenica.

A observação seguinte, que fizemos em companhia do Prof. Paulo Esteves, não deixa duvidas a esse respeito.

C. I., 20 annos, solteiro, brasileiro. Enfermára no dia 23 de Setembro de 1929, com arrepios de frio, leve tosse, grande prostração e febre elevada; esta se manteve durante 8 dias nas alturas de 40 graus. O máu estado geral a ausencia de signaes pulmonares, o augmento do fi-

gado e do baço, a lingua extremamente secca e fuliginosa, fizeram pensar, a principio em febre typhoide, tendo sido negativas a hemocultura e a sôro-reacção de Widal. Só tardiamente, já quando cahia a temperatura, apparecerem no ápice direito um sopro tubario e alguns estertores crepitanes; nos ultimos dias o doente se encontrava em completa inconsciencia, muito agitado, delirante, com relaxamento dos esphincteres; muito desidratado, apresentava fuliginosidades nos labios, „lingua de papagaio“, bocca extremamente secca, garganta ressecada, coberta de inductos fuliginosos. A custo engole dois a tres colheres de agua por dia, notando-se que tem dysphagia dolprosa. Ao exame, no nono dia de doença, notámos: temperatura 36°, pulso 60, pequeno, hypotenso, sons cardiacos surdos; ventre flaccido. Deante da gravidade da situação, resolvemos verificar o equilibrio chloro-azotado do caso e pedimos dosagem de uréa e chloretos no sangue e na urina, obtendo os seguintes resultados: Uréa 1,81 no sangue e 22,39 na urina; chloretos 4,63 e 0,34 na urina. Havia, pois, forte azotemia, chloropenia, notavel baixa da eliminacão salina e azoturia, attendendo-se á inanição em que se achava o doente. No mesmo dia foi feita um injectão endovenosa de chloreto de sodio hypertonico (20 grms. de solução a 20%) e uma hypodermoclyse de sôro glycosado (500 cc), além de ter sido prescripto o uso diario de 5 gr. de sal por ingestão. Essa medicação foi continuada no dia seguinte e as modificações bioquímicas observadas constam do quadro seguinte; quanto ás condições do paciente, melhoraram desde o 3º dia desta medicação, na proporção da baixa da uréa.

Data	Sangue		Urina		
	Chloretos	Uréa	Chloretos	Uréa	Volume
2-10-29	4,63	1,81	0,34	22,39	1 litro
3-10-29	5,73	1,71	0,45	19,52	1,5
4-10-29	6,69	1,50	0,34	19,0	600,0
5-10-29			0,52	20,0	1 litro
7-10-29	6,05	0,66	0,82	60,0	
11-10-29	5,25	0,35	6,19	10,0	1,5

Esse caso se presta a uma série de considerações clinicas interessantes. A crise humoral não coincidiu com a crise thermica, mas lhe foi notavelmente pos-

terior. A crise ureica sobreveiu 4 dias antes da crise salina; tem-se a impressão de que a curva thermica caiu quando terminou a luta contra a infecção, mas que o

¹²⁾ Du Bois, loc. cit.

distúrbio metabólico continuou grave até á intervenção da therapeutica salina, e que a crise chlorúrica só se fez quando corrigido o desequilíbrio azotado. Aliás Menetrier e Stevenin já haviam mostrado que as crises clinica e humoral não são simultaneas, sobrevindo a chlorúrica geralmente 2 ou 3 dias após a defervescencia e que, em vez de uma, ha uma successão de crises: toxica, ureica e chlorúrica. Loeper já havia tambem notado que a polyuria toxica e ureica procede sempre a descarga dos chloretos. Segundo Terray (in Du Bois) a retenção chloretada augmenta até á crise, depois diminúe por alguns dias e só no fim de 10 a 11 dias

Data	Sangue	
	Uréa	Chloretos
4-9	4,33	4,27
5-9	1,71	5,201
6-9		
9-9		
10-9	0,66	
12-9		5,03
17-9	0,24	5,40

Fez durante o periodo da doença, uso constante de caldos salgados.

Data	Sangue	
	Chloretos	Uréa
25-10	4,93	0,47
26-10	4,18	0,52
27-10		
28-10	5,07	0,47
29-10		
30-10		
31-10		
5-11		
6-11	5,78	0,33

De todo o exposto resalta a connivencia dos disturbios azotado e chloretado. De inicio, e brutalmente, os chloretos urinaes são retidos, em seguida a propria taxa salina do sangue é abaixada, tanto mais quanto maior é a gravidade do caso. Verifica-se ainda que, sem estar comprometida a excreção azotada na urina, a cifra da uréa sanguinea se eleva nos casos graves, o que traduz a desintegração proteínica. Por outro lado as crises se succedem numa ordem que diz bem com a natureza do processo morbido: dominada a infecção, cae a temperatura e desaparecem os signaes clinicos dependentes daquella, mas ainda continuam até proximo equilibrio as perturbações azota-

o balanço dos chloretos se torna negativo. Roehrich e Wiki observaram um caso no qual, na quarta semana da convalescencia, sobreveiu um consideravel augmento de excreção salina.

Ainda nas observações 1^o e 3^o se póde ver que são os chloretos os ultimos a equilibrarem a sua excreção; no decurso da pneumonia, mesmo quando se administra sal, a retenção continúa; primeiro se restabelece o equilibrio sanguineo e só depois, muito depois, vem a descarga urinaria.

Observação 3^a — Pneumonia a lobar — J. R., solteiro, brasileiro. Leito 4.

Chloretos	Urinas		
	Uréa	Vol.	Temp.
0,34	20,97	450,0	39,5
0,34	22,80	750,0	40,2
0,34	22,84	900,0	40,0
0,23	26,66	2020,0	38,5
0,46	39,52	2000,0	39,3
1,50	32,38	1200,0	38,7
4,27	12,85	1500,0	36,9

A observação 4^o mostra como decorrem as trocas chloretadas, num caso benigno.

Chloretos	Urina			Sal
	Uréa	Vol.		
0,91	26,9	450 cc.		20 cc.20%
1,37	21,42	1250 "		
		1200 "		
0,68	24,76	1200 "		
		950 "		
0,57	20,0	1800 "		20 cc.20%
		1400 "		
		1250 "		
8,14	21,90	1200 "		

das e salinas desencadeadas pela infecção; vem em seguida a descarga ureica, que reflecte a volta á normalidade do metabolismo proteínico, e, por fim, sobrevém a crise salina como a traduzir que, restabelecido o equilibrio nutritivo, o sal, guardião de integridade cellular, abandona em massa o campo de lucta.

Para maior destaque do papel que, na defeza organica, representa o chloreto de sodio, para mostrar como o pulmão doente solicita e attrae o sal, citaremos os interessantes trabalhos de R. Prigge; fazendo injeções hyperlonicas de chloreto de sodio (25%) em pneumonicos e em individuos saos, verificou que, nos primeiros, logo após a injeção, a maior

parte do sal abandona o sangue sem que aumente a excreção renal, podendo mesmo, em certos casos, ainda accentuar-se a baixa da eliminação, ao passo que no individuo normal a injeção provoca augmento rapido da excreção. Não se trata de hydremiana pneumonia, pois os trabalhos feitos a este respeito mostram que não ha grande differença com o sangue do individuo são. Tratando 11 pneumonicos com as injeções hypertonicas de sal, conseguin Prigge a cura de todos e observou logo grande melhora do estado geral, sendo principalmente brilhante o resultado em casos que apresentavam hypotensão. As nossas verificações sobre o equilibrio chloro-azotado e sobre o papel protector do chloreto de sodio explicam bem os resultados acima e os que obtivemos nos nossos doentes.

Em vez de cruzar os braços, sob o pretexto de que a pneumonia é uma doença cyclica, deve o clinico em face dos disturbios humoraes procurar interpretar os phenomenos defensivos do organismo e em seguida apoiar este, fornecendo-lhe os elementos de que precisa para levar a luta a bom termo. E' o que se faz na acidose, é o que se faz em com outras circunstancias clinicas. Achamos, pois, num caso de pneumonia, necessario dar um balanço no metabolismo chloro-azotado para poder corrigir graves distur-

bios deste que não são raros. E' preciso pensar na azotemia, que pôde constituir sério perigo para o doente quando não combatida convenientemente. Schwartz e MacGill, que estudaram a questão da azotemia nos pneumonicos dizem que, dos doentes que apresentaram uma cifra de uréa sanguinea superior a 0,60, só um se salvou. Nas nossas duas observações em que a azotemia foi superior a 1 gramma (respectivamente 1,81 e 1,05) as injeções salinas hypertonicas fizeram baixar aos limites normaes a cifra ureica.

Conclusões: — 1. — Ha na pneumonia um desequilibrio chloroazotado que está em relação com a gravidade do caso.

2º — A retenção salina é uma reacção de defeza em face da desintegração azotada.

3º — O clinico deve acompanhar a marcha das trocas chloroazotadas dos pneumonicos.

4º — Quando se manifesta a azotemia com chloropeina, a therapeutica chlorosodica é indicada.

5º — O sal deve ser dado em injeções endovenosas, hypertonicas, em injeções subcutaneas de sôro artificial e por ingestão.

6º — Nos hypertensos deve-se ser prudente no emprego da medicaçào chlorosodica.

NOTICIAS

Dr. Jacintho Gomes.

Após prolongada doença, acha-se em convalescência o illustrado clinico dr. Jacintho Gomes, ex-presidente da Sociedade da Medicina de Porto Alegre.

Por proposta apresentada em uma das ultimas sessões da Sociedade de Medicina, a Directoria, incorporada, compareceu á sua residencia, para assim testemunhar ao distincto membro da classe medica rio-grandense, a grando satisfação que todos sentiam em vel-o já em plena convalescência.

Após prolongada e amistosa palestra, todas trouxeram a grata satisfação da certeza de, dentro em pouco tempo, poder novamente contar com a presença do illustre clinico no seio da nossa Sociedade de Medicina.

Dr. Homero Fleck.

De regresso de sua viagem á Europa, reencetou sua actividade clinica o dr. Homero Fleck.

Um grupo de collegas e amigos festejando a volta do illustre clinico ao nosso meio, offereceu-lhe no Club do Commercio um banquete.

Com a presença de numerosos collegas a amistosa reunião prolongou-se até cerca dos vinte e quatro horas, tendo sandado ao homenageado o Dr. Maximiliano Cauduro.

Os „Archivos Rio-Grandenses de Medicina“ que têm na pessoa do illustre homenageado um bom amigo e valioso collaborador, valendo-se deste ensejo apresentam egualmente suas amistosas saudações.

NOTAS RADIOLOGICAS.

Cancer do Esophago.

Saint Pastous

Só no periodo de estadio de sua evolução clinica é que o cancer do esophago adquire expressão radiologica propria ou característica.

Em sua phase inicial, porém, os signaes radiologicos verificados nos casos de neoplasma do esophago confundem-se com as imagens espasmodicas, de causas diversas.

Por isso mesmo, toda alteração espasmodica, constatada ao nivel do cardia ou em qualquer ponto dos diversos segmentos do esophago, deve fazer pensar na presença de uma lesão neoplasica incipiente.

Em periodo mais avançado da molestia, a alteração da parede do esophago attingida pelo processo neoplasico traduz-se no exame radiologico por uma imagem característica, que é a *imagem lacunar*.

Imagem lacunar, chamada pelos allemaes *Füllung defekt*, e *Filling defect* pelos inglezes, é como definem essas expressões, uma falha ou uma ausencia parcial e segmentaria da imagem normal do orgão, circumscripção por contornos irregulares e denteados, limitando um segmento que se impregna incompleta e defeituosamente pela substancia opaca (*baryo* ou *bismutho*). A imagem lacunar typica é quasi pathognomica das neoplasias malignas; entretanto, a *syphilis*, a tuberculose, os tumores benignos do esophago pôdem simular, embóra raramente, o aspecto lacunar do cancer.

O cancer do esophago produz fatalmente, e de módo progressivo, a estenose do orgão.

E' elle a causa mais frequente das estenoses organicas do esophago.

Sendo o cancer do esophago de frequencia consideravel e impressionante, é necessario que doentes e médicos não se façam responsaveis pela perda irreparavel do tempo precioso em que a therapeutica poderá ainda deter a marcha temivel do tenebroso mal.

Dizem os especialistas autorizados, como Guizet e outros, que *ao menor indi-*

cio de dysphagia, o paciente deve ser encaminhado ao otorrhinolaryngologista, que procederá a uma esophagoscopia meticolosa e attenta, para decidir da conveniencia de uma biopsia immediata toda vèz que verificar no interior do esophago qualquer vestigio suspeito de uma neoplasia.

O exame esophagoscopico será, pois, completado pela biopsia e, tambem, pelo exame radiologico. Nos meios dotados de recursos medicos, é simplesmente lamentavel, sinão mesmo criminoso, o habito de submeter o doente, portador de uma estenose organica do esophago, a um tratamento de próva pela medicação antisiphilitica, com o intuito de apurar assim a verdadeira natureza do mal.

Esse criterio é por muitas rasões nocivo e censuravel; primeiro, porque um neoplasma pôde coexistir com um terreno syphilitico, sem que a *syphilis actue* como causa do processo maligno, sendo, nesse caso, absolutamente inefficaz a medicação especifica; segundo, porque está hoje largamente demonstrado pela observação clinica que o tratamento antisiphilitico produz uma acção excitante sobre o processo neoplasico, aggravando as condições locais da molestia, com seria repercussão sobre o estado geral do paciente; em terceiro lugar, não sendo de natureza syphilitica a lesão, *tem-se perdido o tempo util de um diagnostico precoce, com seguras probabilidades de successo mais ou menos completo e definitivo de uma therapeutica exacta e bem applicada*.

Diagnosticado precocemente o cancer do esophago, o seu tratamento deverá constar de uma associação da cirurgia, da curietherapia e da röntgentherapia profunda. Feita a gastrostomia, submete-se a séde da lesão á acção do radium por via central (*intraesophagiana*), e simultaneamente, ou em tempo posterior, as regiões e orgãos visinhos ou, mesmo, tributarios do segmento esophagiano doente serão irradiados pela technica especialisada da radiotherapia profunda.