

# Ó Archivo Medico

Jornal official da Sociedade de Medicina de Porto Alegre;  
orgão das publicações da Directoria de Hygiene do Estado.



Director-Gerente:  
ARGYMIRO GALVÃO

Commissão de Redacção:  
GUERRA BLESSMANN — MARTIM GOMES — RAUL MOREIRA



Quatro secções sob as seguintes orientações respectivas:

**1.<sup>a</sup>, Marfim Gomes:**

*Memórias originæes, communicações  
escriptas.*



**2.<sup>a</sup>, Guerra Blessmann:**

*Discussões e relatos orues na Socie-  
dade de Medicina.*



**3.<sup>a</sup>, Mario Totta, Raul Moreira,**

**F. Freitas de Castro:**

*Medicina Social, hygiene, eugenia,  
educação, psychologia medica.*

**4.<sup>a</sup>, Argymiro Galvão:**

*Synthese da litteratura internacional  
do dia, analyses, correspondencia.*



Administração: Rua Vigario José Ignacio n.º 114, Sala n.º 3, Porto Alegre, Brasil



ASSIGNATURA ANNUAL — 30\$000

## Relação dos colaboradores da secção „Synthese da Litteratura Scientifica Internacional“

Almir Alves .....	Pag.	00 (?)
Amarilio Macedo .....	"	00 La Clinique, Repertoire Médical, Polyclinica, Parte Cirurgica, Geburtshilfe und Gynecologie.
Annes Dias .....	"	00 (Archivos de Molestias do estomago)
Azais Duarte .....	"	00 (?)
Basil Sefton .....	"	00 The Lancet.
Bicca de Medeiros .....	"	00 Mayo Clinics Surgical Clinic.
Carlos Bento .....	"	00 (?)
Carlos Hoffmeister .....	"	00 Yarbourn, La Pedialria de Napoli.
Ely .....	"	00 Le Progrés Medicales.
Elyseu Paglioli .....	"	00 (?)
Enio Marsiaj .....	"	48 (?)
Fabio Barros .....	"	00 Revue de Neurologie.
Felicissimo Diffini .....	"	00 (?)
Fernandes Pena .....	"	00 El Dia Medico.
F. Freitas de Castro .....	"	00 (?)
Florencio Ygartua .....	"	36 (?)
Gabino Fonseca .....	"	00 (?)
Gaspar Faria .....	"	00 (?)
Guerra Blessmann .....	"	39 The New England, Journal of Medicine „The Surgical Clinics of North America“, Dtsch. Z. Chir. Annals of Surgery.
Homero Fleck .....	"	00 Archives Franc. Belgas de Cirurgis.
Huberto Wallau .....	"	00 Gynecologia e Obstetricia.
Jacinto Godoy .....	"	00 (?)
Jacy Monteiro .....	"	00 Journal D'Urologie, Archives de Dermatologie.
J. C. Lupi .....	"	00 Brasil Medico.
J. Heredia .....	"	00 Monde Médicale.
José Ricaldoni .....	"	00 Rinacenza Medica.
Leonidas Machado .....	"	42 Bul. de la Soc. des sc. med. de Montpellier.
Lisboa Azevedo .....	"	00 (?)
Luis Guedes .....	"	00 (?)
Mario Totta .....	"	00 Gynecologia e Obstetricia.
Martim Gomes .....	"	40 Surgery Gynecology and Obstetrics, Journal de Psychologie.
Octacilio Rosa .....	"	00 Journal de Chirurgie.
Octavio de Souza .....	"	00 Archivos de Molestias de Creanças. Boletim de la Soc. de Med. de Paris.
Paula Esteves .....	"	44 Lyon Chirurgical. Journal de Chirurgie.
Plinio da Costa Gama .....	"	00 (?)
Raul Bittencourt .....	"	00 L'Encephale.
Raul Moreira .....	"	00 (?)
Ricardo Weber .....	"	42 Münchner M. Wochenschrift,
Saint Pastous .....	"	00 Buletin de la Societé de Radiologie.
Thomaz Mariante .....	"	00 La Prensa Medica Argentina.
Ulysses de Nonohay .....	"	00 (?)
Waldemar Castro .....	"	00 (?)
Waldemar Job .....	"	48 La Presse Medicales.
Walter Castilho .....	"	00 Annaes de Medicina. Prensa Med. Arg. Studio.

NOTA. — Os que collaboraram neste numero tem, após seu nome, o n.º da pagina em que apparece sua contribuição.

„O ARCHIVO MEDICO“ aceita annuncios de preparados, casas de material de laboratorio, cirurgia, automoveis, etc. etc.

A Revista sahirá mensalmente e terá grande circulaçãõ em todo o Brasil, em especial no Rio Grande do Sul.

Os pedidos de annuncios devem ser dirigidos para a caixa postal n.º 442, Rua Vigario José Ignacio n.º 114, sala n.º 3, P. Alegre.

## INDICE

JUNHO DE 1930

### PRIMEIRA SECÇÃO

As relações da gripe com a syphilis.....	pag. 5	<i>Mario Totta</i>
Echinococcus no rim.....	pag. 6	<i>Amarillo Macedo</i>
Considerações sobre a technica da cirurgia nervosa.....	pag. 7	<i>Homero Fleck</i>
Tentativa de nova classificaçãõ.....	pag. 19	<i>Raul Moreira</i>
La choléduodénographie et l'hydroépathose.....	pag. 21	<i>Martim Gomes</i>
Pancreátite e lipiodol.....	pag. 26	<i>Saint Pastous</i>

### SEGUNDA SECÇÃO

Abcesso fétido do pulmão.....	pag. 28	<i>Oclavio de Souza</i>
Sessão do dia 6 de Junho de 1930 .....	pag. 30	(discussão)

### TERCEIRA SECÇÃO

Notas de psychologia e de critica.....	pag. 32	<i>Martim Gomes</i>
Ensino (na Faculdade de Medicina) .....	pag. 32	<i>Martim Gomes</i>
A direcção geral da infancia na Argentina.....	pag. 32	<i>Martim Gomes</i>
Boletim demographo-sanatorio de Porto Alegre... ..	pag. 34	<i>Dir. de Hygiene do Estado</i>

### QUARTA SECÇÃO

O kystico hydatico do cerebro na criança.....	pag. 36	<i>F. Ygartua</i>
Vaccinaçãõ com o B. C. G.....	pag. 37	<i>F. Ygartua</i>
Zona e varicella.....	pag. 38	<i>F. Ygartua</i>
A pleurisia purulenta na primeira infancia.....	pag. 39	<i>F. Ygartua</i>
Sobre o necrose central experimental dos lobulos hepaticos .....	pag. 39	<i>Guerra Blessmann</i>

Incertezas de cholecystographia.....	pag. 40	<i>Guerra Blessmann</i>
Uretra — calculos ureteraes.....	pag. 40	<i>Guerra Blessmann</i>
Duodenite e ulcera duodenal.....	pag. 40	<i>Guerra Blessmann</i>
Obstrucção bronchica e complicações pulmonares post-operatorias .....	pag. 40	<i>Martim Gomes</i>
Osteopathias no hyperparathyrodismo .....	pag. 41	<i>Martim Gomes</i>
Diverticulites do colon.....	pag. 41	<i>Martim Gomes</i>
A theoria e a pratica do tratamento intra-uterino com o pó de carvão em gynecologia e obstetrica	pag. 41	<i>Martim Gomes</i>
Complicações pulmonares e obstrucção bronchial ...	pag. 42	<i>Ricardo A. Weber</i>
Reflexões sobre os tratamentos actuaes da tubercu- lose pulmonar.....	pag. 42	<i>Leonidas Soares Machado</i>
Embolia pulmonar.....	pag. 43	<i>Paula Esteves</i>
As provas da compatibilidade sanguinea na trans- fusão de sangue.....	pag. 44	<i>Paula Esteves</i>
A proposito de um caso de ependymite serosa ...	pag. 45	<i>Paula Esteves</i>
A redistribuição da respiração após a paralyisia do diaphragma .....	pag. 46	<i>Martim Gomes</i>
Hepatite subordinavel á cholecystite chronica.....	pag. 46	<i>Martim Gomes</i>
A anemia „physiologica“ da gravidez.....	pag. 46	<i>Martim Gomes</i>
Ulceras da perna.....	pag. 47	<i>Martim Gomes</i>
O rim dos velhos.....	pag. 48	<i>Waldemar Job</i>
Pesquisas sobre as dôres de parto e sobre um novo processo de analgesia obstetrica.....	pag. 48	<i>Enio Marsiaj</i>
Cortes . . . na pelle .....	pag. 50	<i>Mario Totta</i>

## EDITORIAES

Novos trabalhos a sahirem no „O Archivo Medico“	pag. 51	<i>Martim Gomes</i>
A capa da nossa Revista.....	pag. 51	<i>Argymiro Galvão</i>
O chloral nas affecções cardio vasculares.....	pag. 52	<i>Argymiro Galvão</i>
O Archivo Medico.....	pag. 53	<i>Argymiro Galvão</i>



# PRIMEIRA SECÇÃO

## As relações da gripe com a syphilis.

Por Mario Totta.

Prof. cath. da Faculdade de Medicina, director da Maternidade da S. C.)

Velha tecla, á farta tangida na litteratura medica, e sempre a trazer vigilante o espirito do clinico no labor diario, é a sabida influencia que pôde exercer a gripe em varios estados morbidos preexistentes, sobretudo nos que assentam no aparelho respiratorio, no circulatorio, no nervoso e no renal.

Conhecem-se á saciedade as tuberculosos que ella desperta, as psychopathias que accôrda, as nephritis que della promanam e os desconcertos cardiacos que a influenza origina.

Mas em lettras medicas (e as procurei com empenho) não encontrei reparo especial ás manifestações syphiliticas que as grandes epidemias de gripe põem em relevo e que são singularmente interessantes.

Já por volta da pandemia de 1918, tinha chamado a minha attenção a curiosa influencia que a molestia de Pfeiffer exerce nos individuos lueticos, no tocante á evolução da infecção grippal. Sob os meus olhos passaram, naquella epocha, dezenas de casos sobremaneira instructivos.

Não era, porém, possível, mercê do trabalho tumultuario com que o terrivel flagello nos assoberbou a todos, fixal-os na escripta, para os trazer opportunamente á baila, em observações precisas e completas.

Outros surtos da influenza, tão useira na frequencia das suas visitas, nos bateram á porta e eu pude, então, melhormente focar o assumpto.

A feição da gripe, no periodo inicial e no de estado, conserva-se sempre a mesma. Penda a molestia para esta ou para aquella forma, a syphilis, apparente ou recondita, controlada ou ignorada, não dilue nem carrega as tintas do quadro clinico. Mas a partir da phase em que o declinio por via de régra se inicia, então quando começam

a amainar todos as symptomas puramente grippaes, é que a lues exsurge desconcertando inteiramente o natural evoluer da defervescencia. Mais raramente, já em plena convalescença, as manifestações lueticas fazem sua entrada em scena.

Ruidosa a principio, com a subitaneidade da sua aggressão, com a multiplicidade das suas algias, com a sua febre alta e a sua accentuada asthenia geral, a gripe, encarada na sua fórma commum, atenua-se a breve trecho para rematar na cura sem resquicio.

Nos syphiliticos, porém, sobretudo por occasião das epidemias graves, muda geralmente a scena: não descamba logo a molestia para a esperada resolução e ás portas do exito feliz e já de ante-mão contado, começa para os lueticos uma verdadeira via-crucis.

E' neste uma cephalalgia que já amainára e que revém agora com exasperante tenacidade; é naquelle uma insomnia que de improviso se installa e cada vez mais vigila; é aqui uma adenopathia local ou generalisada que insolitamente surge; é ali uma congestão visceral que surprehende, é acolá, e do rol dos accidentes observados cabe a este o ser o mais sylvestre, uma febre vesperal de média altura, rondando os 38°, que teimosamente se apóssa do doente e não o deixa por muitos dias em fóra.

Inicia-se dest'arte, na esteira da gripe, um segundo periodo morbido, longo, arastado, chocante e rebelde ao tratamento commum da influenza.

O dismantello do quadro, por fugir ao estalão conhecido, origina o tresmalhe do diagnostico. Sobretudo quando a febre vesperal é o symptoma dominante o juizo clinico estaca indeciso na bifurcação de duas estradas: tuberculose? suppuração? Mas as pesquisas do laboratorio são negativas e a febre continua... Fica-se então sob a coberta da gripe protrahida.

Não é mais a gripe. A chave do problema está nas mãos da syphilis; o tratamento especifico remove de prompto a situação e fecha, pela cura, o cyclo da molestia.

## Echinococcus no rim.

Pelo Dr. Amarillo Macedo  
(Cirurgião dos Hospitales).

O caso que vamos relatar, nos parece digno de menção não só por ser entre nós pouco frequente o kysto hydatico, como sua localização no rim rara.

O enfermo com 26 annos de idade, de construcção robusta sem antecedentes pessoaes e familiares dignos de nota, reside em São João do Camaquam, na campanha onde se occupava com a criação de ovelhas; diz ter habitado algum tempo na Republica Uruguaya, tendo lá ido pela ultima vez ha dez annos.

Ha onze mêses mais ou menos, notára que seu ventre se desenvolvia grandemente, attingindo proporções enormes. Quando nos procurou, o tumor extendia-se 3 dedos transversos do rebordo costal esquerdo até 6 dedos transversos abaixo do umbigo, prolongando-se alguns centimetros além da linha mediana para o lado direito. Para traz abrangia toda a região dorsal indo 4 dedos transversos da crista iliaca. O tumor apresentava uma fluctuação bem nitida. A primeira vez que vimos o enfermo, percebia-se na face anterior do tumor, um fremito bem accentuado. O estado geral do paciente, era optimo sem apresentar a menor perturbação, apenas uma sensação de pezo na região lombar.

O exame de urina nada revelou e o de sangue:

Polynucleares neutrophilos .....	83 %
eosinophilos .....	1,6%
basophilos .....	—%
Monocytos .....	4,4%
Lymphocitos .....	10,4%
Formas de transição .....	0,6%
	100—

Leucocytos..... 9.800 por mm.<sup>3</sup>

Radiographia e cystoscopia não foram feitas diante da recusa do enfermo.

A diagnose de echinococcus, fizemos antes da intervenção apesar do resultado negativo do laboratorio, não só por termos observação de alguns casos como tambem por exclusão, visto não acharmos no sexo masculino, um tumor com fluctuação que possa attingir proporções tão consideraveis, sem alterar absolutamente o estado geral do enfermo e além d'isto, a existencia do fremito perceptivel ao proprio enfermo, que informou não mais o sentir ha alguns

dias. A diagnose de séde, pensamos ser no rim. Feita a delimitação do tumor, encontramos entre este e o rebordo costal, uma zona tympanica bem nitida, excluindo assim o baço. A localização no epiplon excluimos, pois que os tumores ahí, se caracterizam pela sua grande mobilidade e o que não apresentava o caso. No mesenterio, não pensamos, visto fallarem signaes caracteristicos como dores que costumam acompanhar os tumores e pela falta de compressão do tractos intestinal. Resolvida a intervenção que nos foi auxiliada pelos Drs. Martim Gomes e Argymiro Dornelles, abordamos o tumor, por uma incisão transversa (Bazy). Seccionado o tecido subcutaneo e afastados os musculos, abrimos o peritoneo; apresentava-se-nos o tumor de coloração esbranquiçada, liso sem adherencia. Puncionado com a seringa de Pravaz extraimos um liquido puralento sem cheiro. Com o aspirador electrico, esvasiamos o kysto retirando cerca de 9 litros de puz. Introduzindo na cavidade uma pinça, nos foi possível extrair parte da membrana e muitas hydatides tambem com puz no seu interior. Foi feita a formolisação, isto é, uma solução de formol a 10%, um litro na cavidade. Drenagem, com um tubo de caoutchout n.º 40. Sutura da parede do kysto á aponevrose. Sequencia operatoria, sem a menor elevação termica acima de 37 graus. O rim augmentado de volume, é sensivel á palpação. Caso appareçam perturbações para o lado do rim, aconselhamos á nephrectomia. Conclusão: O echinococcus apesar de raro no Rio Grande, é mais frequente do que imaginamos. Com este caso, é o settimo que temos observado, sendo que cinco com localização no figado e o outro na região temporal (musculo). Observa-se commummente na fronteira onde existe criação de ovelha.

O nosso caso apresenta particularidades clinicas: O fremito hydatideo muito nitido, symptoma este negado por Cardarelli como sendo patognomonic no kysto hydatico. Os allemães observam com bastante frequencia e os francezes ao contrario, muito raramente. Quasi ausencia de eosinophilia, pouco accentuada. Sabido é que o kysto hydatico caracteriza-se por elevada eosinophilia. A nenhuma alteração do estado geral apesar da grande quantidade de puz; sendo manifesta a perturbação das condições geraes do enfermo quando o echinococcus supura.

## Considerações sobre a técnica da cirurgia nervosa.

Pelo Dr. Homero Fleck.

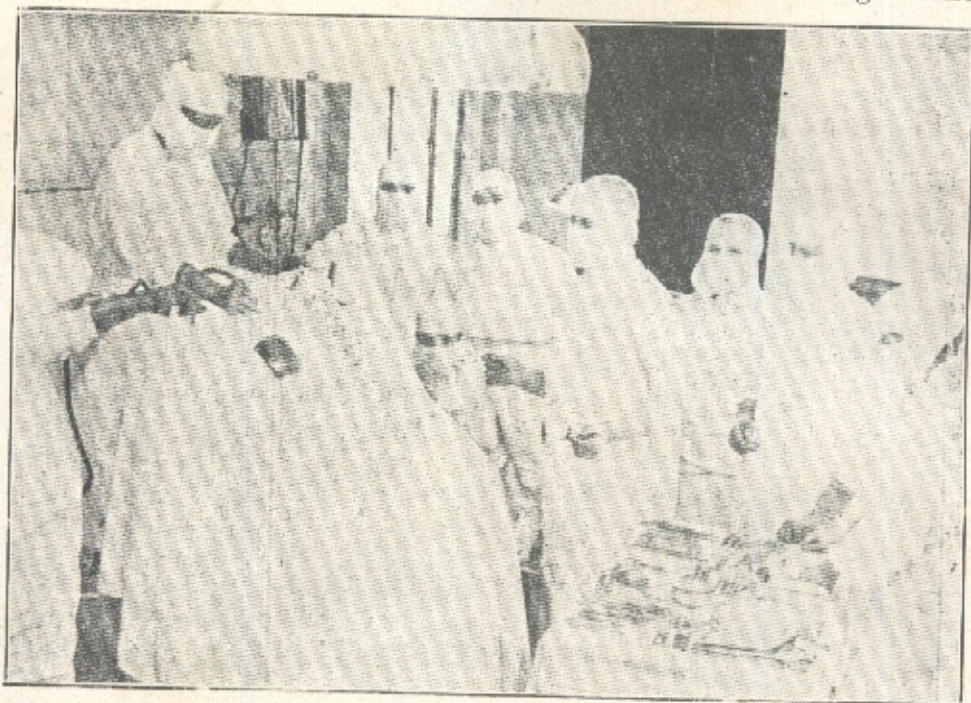
Conferencia feita na sessão de 16-5-1930 na Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

Ex.<sup>mo</sup> Sr. Presidente — Caros Collegas!

Convidado pelo nosso illustrado Presidente para trazer á Sociedade de Medicina de Porto Alegre alguma impressão colhida nos centros cirurgicos Europeus, escolhemos aquella que nos causou a NEURO CIRURGIA.

neurologista-cirurgião, resolveu fazer um neuro cirurgião, sob seu molde e dirigir seus passos. O preferido foi De Martel. Desde então todos os casos que requeriam uma intervenção eram entregues ao jovem operador, guiado sempre pelo mestre neurologista.

Dedicando-se, posteriormente, em exclusivo, á cirurgia, De Martel passou a operar na Casa de Saude da rua Vercingetorix onde, incentivado por Pierre Marie e Babinski e ao lado de Clovis Vincent, durante varios lustros, trabalhou pelo engrandecimento e gloria da neurologia franceza.



Si conseguirmos, dentro deste thema, vos dizer algo de interessante teremos alcançado nosso desideratum.

A cirurgia nervosa, verdadeiramente embryonaria entre nós, ensaiou seus primeiros passos como uma especialidade independente, em França, ha mais ou menos 20 annos. E, si ella occupa, hoje, uma posição comparavel áquella dos grandes centros cirurgicos yankees é devido aos esforços de Thierry De Martel, o pioneiro e verdadeiro creador desta cirurgia em França.

Não se pode roubar, entretanto, a Babinski, o titulo de pae espirital deste genero de cirurgia. Foi elle quem, comprehendendo o auxilio que a cirurgia poderia prestar aos doctes attingidos de tumores cerebraes, e a importancia da symbiose

Collocou-a assim, graças aos seus esforços e intelligencia creadora, em posição digna de figurar ao lado daquella occupada pelos demais ramos da cirurgia e inscreveu seu nome ao lado de Victor Horsley e Cushing.

E é a maneira, todo especial, de fazer a cirurgia nervosa seguida por De Martel e sua escola que procuraremos descrever, tal como observamos e comprehendemos.

### Preparação do campo operatorio.

As operações sobre o cranco e a medulla durando, sempre, varias horas é natural que a protecção da pelle desempenhe um importante papel.

Para bem garantir esta protecção De Martel, na vespera de operação, faz raspar todo o couro cabelludo do operado, lava-lo

com ether e envolve-lo em compressas esterelizadas. No momento da operação, depois de uma nova lavagem com ether ou alcool, e bem secca-lo com um aparelho a ar quente, recobre todo o campo operatorio com um verniz especial, imaginado por elle proprio e denominado Lucéol. Este verniz, que dá ao campo bella côr azulada, tem por fim recobri-lo de uma delgada camada protectora, antiseptica e impermeavel e que o põe ao abrigo de toda contaminação vindada pelle.

Quando se faz a incisão do couro cabelludo o bisturi corta a camada protectora e ao terminar a operação o campo está completamente secco ao passo que fora delle a pelle se conserva molhada de suor. Para retirar o Lucéol usa-se o seu dissolvente o anti-Lucéol.

Esta util camada protectora é empregada por De Martel não só na cirurgia da cabeça e medulla mas também das articulações, onde os perigos de infecção são tamanhos.

Como poderéis ver nas photographias que vos mostramos, o doente é completamente coberto por enormes compressas, algumas delias impermeaveis, para protege-lo contra a

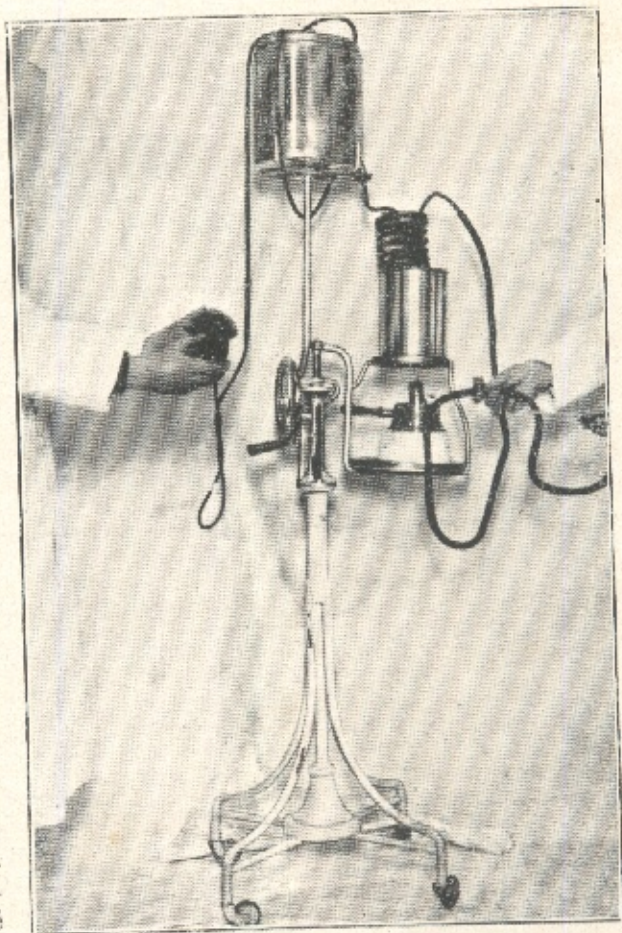
#### Irrigação com serum aquecido.

Este methodo constitue um dos mais efficazes meios de defeza contra o choque. Foi elle preconizado por Sir Victor Horsley para combater a deseccação e o resfriamento do systema nervoso, por sua exposição ao ar.

A continuidade da irrigação representando importante papel, e o emprego de compressas embebidas em serum quente não sendo aconselhado, De Martel fez construir um dispositivo especial que permite

uma perfeita e continua irrigação do tecido nervoso. Consta elle de um deposito hermeticamente fechado, contendo serum e communicando com um tubo metallico enrolado em espiral que termina na outra extremidade por um tubo de borracha a que está adaptada fina pipeta. Uma pera de cautechou communicando com o deposito permite augmentar ou diminuir a pressão interior, augmentando ou diminu-

indo a quantidade de liquido a passar pelas serpentinas. Estas serpentinas mergulham mais ou menos em um recipiente contendo agua aquecida por uma lampada collocada no aparelho. Uma cremalheira permite fazer subir ou descer o recipiente dagua, com a lampada, mergulhando as serpentinas menos ou mais na agua o que faz variar a temperatura do serum. Na extremidade do tubo de borracha, ao lado da pipeta, existe um thermometro que indica, a todo o momento, a temperatura do serum. Este dispositivo, cuja photographia vos mostraremos, pode fornecer, durante horas, um fino filete de serum aquecido



à temperatura constante.

#### Posição.

Observando como se conserva relativamente exangue a pequena bacia quando se opera em Trendelenburg forçado, De Martel julgou que o mesmo se devia produzir com a cabeça. Lembrou-se assim de tentar suas intervenções sobre o eixo cerebro espinal, em posição sentada.

Vencidas as primeiras difficuldades e encontrando na nova posição unicamente vantagens, adoptou-a systematicamente, executando nesta posição todas as suas



intervenções de cerebro e medulla. Com este fim fez construir pela casa Guyot uma esplendida cadeira que permite diversas posições e optima exposição para todas as regiões do craneo ou medulla. Nesta cadeira fica o doente, mui confortavelmente installado, com a cabeça solidamente fixada sem, entretanto, pressão excessiva e podendo, para evitar ou combater a syncope, passar, por um dispositivo especial, repentinamente, da posição vertical á horizontal.

De Martel resume as vantagens dessa posição, quanto á syncope, na seguinte phrase:

Em posição sentada, em um doente acordado, o cirurgião arrisca transformar um ser vivo em um ser adormecido, ao passo que em posição horizontal e sob anesthesia geral ha o risco de transformar um adormecido em um morto.

Alem da grande diminuição da hemorragia, nesta posição, por serem avalvuladas as veias da cabeça e do pescoço, a ponto de ser esta redução calculada por De Martel em  $\frac{3}{4}$  partes, é ella a que mais facilita os movimentos respiratorios. Para a medulla, afora a commodidade de exposição da região, a procura dos tumores é facilitada nesta posição, não tendo o escoamento do liquido cephalo racheano a importancia que lhe querem dar.

### Anesthesia.

A cirurgia nervosa, por si só demorada, exige do cirurgião uma extrema delicadeza e vagarosidade. Delicadeza pelo facto de qualquer toque intempestivo no eixo cerebro

espinal poder determinar uma queda perigosa da tensão arterial. Vagarosidade principalmente pelo tempo gasto em debellar a hemorragia.

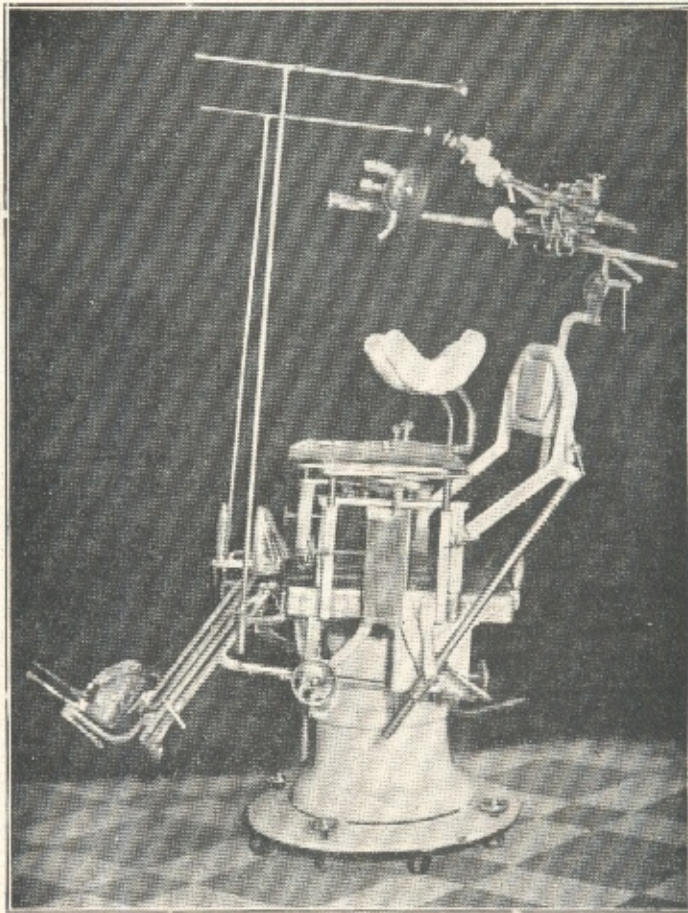
Deante da importancia da vagarosidade é natural, pois, que a anesthesia represente um papel preponderante nos resultados desta cirurgia.

*Historico:* A historia do gráo de perfeição attingido, hoje, pela anesthesia nas operações do encephalo e medulla, pode-se resumir na historia da anesthesia de Thierry De Martel. De facto, é devido aos esforços deste neuro cirurgião que a anesthesia para a cirurgia do systema nervoso central alcançou um limite que podemos qualificar de quasi ideal. E si bem que já anteriormente citada e experimentada por outros cirurgiões, é elle quem, ha 17 annos, a vem praticando systematicamente, aperfeiçoando-a e mostrando suas vantagens.

A historia da anesthesia local para cerebro e cerebello é distincta daquella da medulla.

*Encephalo.* De Martel começou a cirurgia do cerebro em 1907, usando a anesthesia geral por inalação, principalmente do ether.

Durante o anno de 1911, empregou ether por via rectal. Julgava este methodo bom e hoje ainda o defende, não o utilizando, por não poder ser perfeitamente calculada a dose ideal. Como o anestesico deve ser administrado de uma só vez pode



acontecer que a dose seja ou insufficiente ou demasiada.

No primeiro caso o doente permanece, durante toda a operação, muito agitado e podemos ser forçados a recorrer á inalação. No segundo o operado fica como que em estado de coma muito desagradavel.

Em fevereiro de 1912, na Allemanha, Bier dizia ser possível operar cerebro sob anesthesia local. Neste mesmo anno Küttner fallava nas vantagens desta anesthesia e a recommendava, da mesma forma que Borchardt. Por

essa mesma epocha Eiselsberg e Rangé insinuavam as vantagens de começar a intervenção, sob anesthesia local afim o doente inhalar menos anesthe-sico e diminuir a hemorragia

Na Inglaterra, em 1912, não se cogitava da possibilidade de operar cerebro com outra anesthesia que não fosse geral. O unico ponto em discussão era a escolha do anesthe-sico. Sir Victor Horsley empregava systematicamente o chloroformio. Raw-

ling administrava, tambem, de preferencia esta droga, reconhecendo, entretanto, seus inconvenientes e fallando da importancia de ser manejado por um pratico experimentado. Preferia este cirurgião inglez o chloroformio, apesar de conhecer sua funesta acção abaixadora da tensão sanguinea, unicamente pelo facto de produzir menos vomitos.

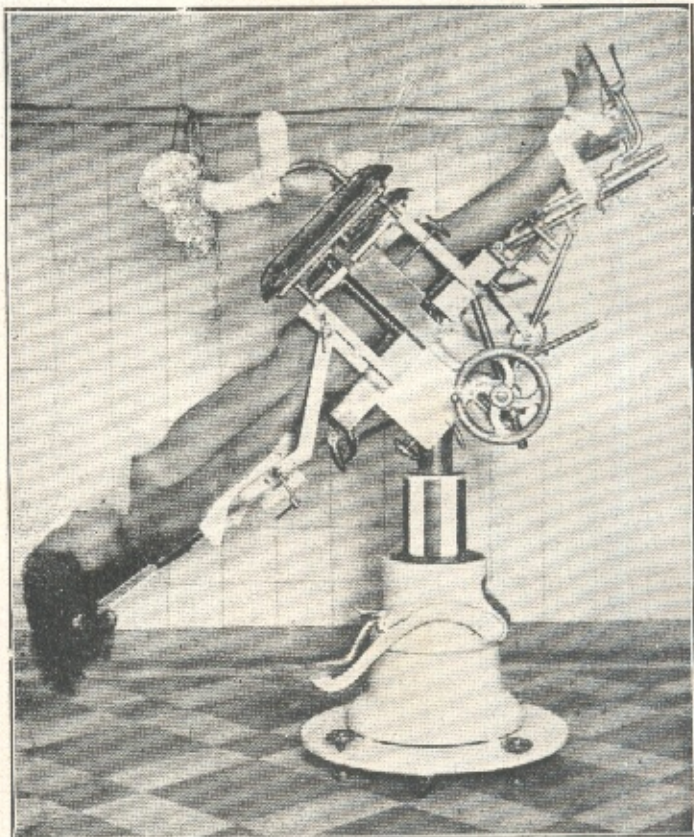
Nos Estados Unidos Cushing e Elsberg empregavam, ambos, com bons resultados, diziam, o ether,

Até a segunda metade da Guerra Europea, Cushing combatia a anesthesia local achando dever ella apresentar algumas

vantagens por ser usada por De Martel. Em Novembro de 1913 De Martel dizia, pela Gazette de Hôpitaux, preferir como anesthe-sico, a mistura de oxygeneo e protoxido de azoto, sob pressão, segundo o methodo de Paul Bert. Allegava a preferencia que dava a este methodo por ser a intoxicação nulla e pela rapidez com que o doente dorme e accorda, podendo ser considerado o factor anesthesia como quasi negligenciavel no insucesso operatorio. Por esta epocha, entretanto, De Martel já en-

saiava, na cirurgia do cerebro, a anesthesia local. Pois, em 1912, experimentando, por motivo que já vimos, a posição vertical para a cirurgia do systema nervoso central. De Martel notou a grande dificuldade contra a qual precisava lutar afim de administrar a anesthesia geral. Tentou, por isso, todos os methodos compatíveis com esta posição, em particular, a lavagem com o ether e a anesthesia endovenosa pelo serum etheriza-

do, sem grande satisfação. Foi então, que De Martel, lendo uma observação de Cushing, resolveu operar seus doentes portadores de tumores do cerebro empregando a anesthesia local. Na citada observação o cirurgião americano dizia ter operado, sem anesthesia, num segundo tempo, um doente trepanado anteriormente, retirando-lhe um tumor subcortical com perfeita tolerancia do paciente que se interessou até pela marcha da operação. Conhecedor dos bons resultados da anesthesia local para o osso e couro cabelludo, o cirurgião francez previu o exito desta maneira de anesthe-siar.



Os optimos resultados que obteve estimularam-no a proseguir e intensificar cada vez mais este modo de anesthesia attingindo a optima posição que apresenta hoje.

*Medulla.* A perfeita maneira de anesthesiar localmente a columna vertebral foi mais tardia e difficil de conseguir do que aquella para o cerebro.

Com effeito, durante a Grande Guerra os insuccessos da anesthesia local em cirurgia medullar foram tamanhos que De Martel julgava ser esta impraticavel.

Abandonou, assim, por completo este modo de anesthesiar até 1923, quando, operando um tumor das partes molles, sob anesthesia local, attingiu, avançando cada vez mais, a dura mater, sem um signal de queixa do doente.

Desde então não mais operou medulla sob anesthesia geral e nós o assistimos praticar, alem de varias laminectomias, por tumores da medulla, a um cancer do cardia, por via posterior, inteiramente sob anesthesia local.

Frazier julga que a anesthesia local determina uma especie de *shock psychico* e que o medo pode, por si só, causar serios aborrecimentos. Que, alem disso, a ablação das apophyses espinhosas é dolorosa, assim como as manipulações no interior do sacco dural. Por isso Frazier emprega, como Robineau a anesthesia pelo ether, via rectal. Robineau usa 1 grammma de oleo e 2 de ether por kilo do doente. Delagenière em sua these sobre „Tumores da medulla“ defende este methodo, citando seus inconvenientes e os meios de remedia-los.

### Technica.

*Craneo:* A maneira de fazer a anesthesia local para as intervenções sobre o cerebro varia conforme os casos. As vezes, é preciso fazer uma anesthesia ao mesmo tempo regional e local; outras, só a local é sufficiente.

Naquelle caso faz-se primeiramente uma injeccão de novocaína a 1 por cento, intradermica, segundo uma linha parallela ao plano da base do craneo e passando um pouco acima da orelha. Secundariamente uma nova injeccão é praticada, seguindo a mesma direcção, mas em contacto com o osso, abaixo do musculo temporal. A anesthesia local faz-se injectando, em 2 camadas tambem, a mesma percentagem de novocaína, segundo uma linha que en-

quadre o desenho do futuro postigo. A quantidade de anesthesico depende do tamanho do postigo e da sensibilidade do paciente. Poucas seringas de 10 cm<sup>3</sup> são geralmente sufficientes.

*Medulla.* A anesthesia dos planos superficiaes da medulla pouco ou nada apresenta como difficuldade. O anesthesico é o mesmo que para o craneo e a finalidade a mesma: enquadrar sob um perfeito muro de anesthesico a zona a operar.

Quando se attinge a dura mater a conducta a seguir por De Martel modificou-se nestes ultimos annos. Ha pouco tempo ainda usava uma injeccão sub-arachnoidena de stovaina ou novocaína e depois collocava um tampão embebido em solução anesthesica sobre a medulla. Praticava deste modo a anesthesia por estar convencido que o toque de instrumentos na medulla, não anesthesiada, determinava dores intoleraveis e um reflexo capaz de produzir a morte.

Desejoso de se orientar, no curso de uma cordotomia, do momento do desapparecimento da dor, De Martel renunciou a esta anesthesia medullar e viu, com grande surpresa que a secção dos cordões antero-lateraes não era dolorosa e que o toque da medulla, sem qualquer especie de anesthesico, pode determinar a baixa da tensão arterial, mas nunca a morte.

### Vantagens.

Creemos que será superfluo fallar das vantagens da anesthesia local no genero de cirurgia que nos occupa actualmente. Qual cirurgião ou clinico não conhece perfeitamente os perigos dos anesthesicos geraes e a inocuidade quasi absoluta da novocaína! E', alem disso, a anesthesia local, como muito bem diz De Martel, uma especie de freio contra o excesso de velocidade daquelles que se iniciam-estando o doente em condições de advertir o cirurgião de qualquer gesto menos destro que este possa ter e que poderá ser tão prejudicial á sequencia operatoria.

Sob esta anesthesia, o doente se tem facilmente sentado, posição cujas vantagens já procuramos demonstrar. O paciente operado com anesthesia local está em condições de attender aos pedidos do operador, facilitando-lhe grandemente a missão. Assim, uma forte hemorragia venosa, pode ser detida pela profunda inspiração que o cirurgião pedirá ao operado.

O doente não tosse e não vomita, o que tanto prejudica o operador, sobretudo quando as meninges já foram incisadas. Não existe com este genero de anesthesia o perigo do augmento de tensão arterial e da secreção do liquido cephalo racheano determinada pelo ether, nem a hypertensão cerebral causada por este anestesico. Sob anesthesia pela novocaina o volume do cerebro não é modificado.

A anesthesia local só não é applicavel em se tratando de doentes muito agitados. Não a usam systematicamente os cirurgiões commo-

distas que não querem se sujeitar ao trabalho e á paciencia que ella exige.

Este methodo que, como já dissemos, se pode chamar de De Martel por ter sido o primeiro a mostrar suas vantagens e emprega-lo systematicamente, é, actualmente seguido pela quasi unanimidade dos cirurgiões francezes, assim, como por Cushing e Elsberg, na America, ambos por inspiração de De Martel.

Durante o tempo que seguimos o serviço de De Martel e Clovis Vincent na rua Vereingetorix e as operações deste ultimo no Centro Francez da rua Boileau, muitissimo poucas foram as intervenções que assistimos com anesthesia geral. Tratava-se geralmente de mulheres nervosas que exigiam o anestesico. Nestes casos, fieis á posição sentada, ambos empregavam o ether administrado com o aparelho de Ombredanne, facilitado pelo dispositivo que podeis ulgar pela photographia.

Estas anesthesias locais foram as mais perfeitas que temos assistido. Nunca uma intervenção quer sobre o cerebro quer sobre

a medulla exigiu anesthesia geral para sua terminação. Nunca ouvimos a menor queixa dos doentes, nem mesmo quando De Martel lhes practicava a ablação das apophyses espinhosas ou manipulações do sacco dural.

Como attestado da optima impressão que causa a anesthesia local nestas intervenções narramo-vos o seguinte: Nos primeiros dias do mez do Março p. p. encontramos no Centro Francez um gynecologista argentino que devia, em breve, ser operado de um tumor cerebral, por Clovis

Vincent. Assistimos este dia á difficil ablação de um tumor do lobo temporal, sob anesthesia local.

Pois bem, terminada a operação, disse-nos este medico estar com animo e coragem para supportar sua operação sob anesthesia local.

#### Alliança: Posição sentada — Anesthesia local.

A associação da anesthesia local com a posição sentada constitue, inegavelmente, uma das grandes

causas dos successos que obtem, hoje, De Martel em suas intervenções sobre o eixo cerebro espinal. Esta alliança, adoptada por alguns, tem sido por outros, recebida com restricções. Assim, ao passo que uns aceitam a anesthesia e repellem a posição, outros preferem esta recusando aquella. Allegam todos, entretanto, motivos ou pouco acceptaveis ou fracos. Frazier, como já vimos, teme que seus doentes morram de medo, quando operados sob anesthesia local! Olivecrona prefere operar o doente deitado por ser esta posição mais commoda para o cirurgião!

No decorrer do anno 1928, auxiliamos ao Dr. Alfeu Bica de Medeiros, em duas



intervenções sobre o craneo. Em ambas tratava-se de traumatismos. A primeira por arma de fogo e a segunda fractura da abobada por coice de cavallo.

Como decorren o primeiro caso muitos de vós deveis estar lembrados.

A não ser a deficiencia de material, tudo correu do melhor modo: a intervenção foi quasi exangue, o paciente nada sentiu, acompanhando todos os tempos da operação, a ponto de receber em sua mão o projectil, quando retirado; não teve o menor choque, apesar da demora da intervenção, offereceu-se para voltar para a enfermaria por si só, caminhando, e as sequencias operatorias foram optimas. O segundo, realizado poucos dias depois, não se passou como o primeiro.

O paciente tossia ou vomitava a todo o momento, a hemorrhagia abundantissima mascarava o campo, a grande congestão do cerebro difficultava as manobras sobre o cortice. As sequencias da operação, não foram tambem as mesmas, sendo o paciente obrigado a guardar o leito por um grande numero de dias, inquieto e agitado.

A primeira destas intervenções foi praticada em posição sentada sob anesthesia local; a segunda sob anesthesia geral e em posição horizontal!

### Hemorrhagia.

Si a infusão e a hemorrhagia são os dois grandes inimigos da cirurgia geral, a hemorrhagia, a infecção e o choque constituem os maiores tropeços da cirurgia nervosa.

Contra a perda de sangue teremos em vista as hemorrhagias que se produzem no couro cabelludo, no osso, nas meninges e no proprio tecido nervoso, e procuraremos indicar os meios de evita-la ou combata-la.

### Couro cabelludo.

Sabemos todos como sangram os vasos do couro cabelludo e como é algumas vezes, assustadoramente abundante a hemorrhagia destes vasos. Não nos surprehende, assim, a quantidade de meios propostos para combata-la. Estes meios têm em vista, além da perfeição da hemostase, a rapidez de execução.

Com effeito, a collocação de pinças communs e sequente ligadura dos vasos do couro cabelludo é de uma difficultade que não escapa a ninguem. Afim de evitar a consideravel perda de sangue e de tempo com estes methodos, diversos cirurgiões

empregam, para a abertura do couro cabelludo, um dispositivo que denominam de torniquete ou garrote. Dispostos de formas diversas, estes aparelhos constam, todos, de um anel de borracha, do estylo da banda de Esmarch, que circunda a cabeça, passando pela região frontal, por cima das orelhas e pela região occipital.

Além do torniquete muitos outros methodos de hemostase são utilizados para o couro cabelludo:

- 1) O alfinete de segurança hemostatico de Vorschütz,
- 2) As suturas hemostaticas de Kredel,
- 3) O bloqueio da proposta incisão por uma sutura continua que passe até o osso, e muitos outros.

Para De Martel o torniquete não tem valor.

Este cirurgião empregou durante muito tempo as conhecidas pinças em T que julga praticas e que permitem uma hemostase perfeita e rapida, mas apresentam o inconveniente de, quando retiradas, requererem uma sutura muito exacta e bem afrontada do couro cabelludo.

Por este motivo De Martel substituiu-as pelo methodo que emprega hoje:

Incisando o couro cabelludo em pequenos cortes, comprime com o bordo da mão cada lado da incisão, pinçando as arteriolas com pinças especiaes, providas de um bico que facilita o deslissamento do fio. Emprega, para isso, fio de linho muito solido e fino, dizendo que o cat-gut afrouxa. Completa a hemostase fixando aos labios da incisão, com linho ou com agrafes, os bordos das compressas.

Este methodo, mais moroso que os outros, torna-se mais rapido por não necessitar uma tão cuidada sutura hemostatica, no final da intervenção.

### Hemorrhagia do osso.

A perda de sangue produzida quando se perfuram os ossos do craneo pode ser mortal. Com effeito, De Martel cita um caso de morte por hemorrhagia do *diploe* ao praticar a perfuração do craneo pelo trepano manual.

A hemorrhagia ossea durante a perfuração ou secção do postigo deve ser combatida por uma substancia molle a uma temperatura relativamente baixa e bastante dura á temperatura do corpo. A substancia que mais possui esta propriedade é a cera, pela primeira vez usada por Horsley e hoje

frequentemente empregada por De Martel e outros. Esta cera, que vos apresentamos, aqui, é mergulhada em serum aquecido a mais ou menos 60 grãos, no qual ella toma uma consistencia ideal. Quando se seccionam grandes veias emissarias, o uso da cera não é sufficiente. Empregam-se, assim, ou pequenos pedaços de osso do proprio doente ou então cavilhas de madeira, marfim ou osso. De Martel prefere estas ultimas. Possue, para isso, pequenas hastes osseas que introduz como um prego no orificio de passagem do vaso, seccionando-as bem rente a superficie craneana.

#### Vasos meningeos.

Quando a hemorragia se produz nos vasos das meninges ou no proprio tecido nervoso, uma efficaz maneira de hemostase é o emprego do musculo. Este methodo foi usado pela primeira vez por Sir Victor Horsley, continuado por Cushing, a ponto de ter seu nome para alguns e aperfeiçoado por De Martel. Para se estancar uma hemorragia basta collocar sobre o vaso que sangra, durante alguns segundos, um pedaço de musculo. Este musculo é retirado de outro paciente, do temporal ou da coxa do proprio doente.

De Martel, ha já alguns annos, não utiliza mais musculo humano. Nas primeiras intervenções que lhe assistimos empregava o musculo fresco da coxa do coelho jovem, musculo este retirado com toda asepsia, por um auxiliar, durante a propria intervenção.

Actualmente, no Instituto Neuro Cirurgico de De Martel, é usado o musculo de pombo ainda mais activo que o do proprio coelho.

O mechanismo da acção hemostatica do musculo permanece aiada hoje mais ou menos vago.

Surprezos e porque não dizer meio incredulos, foi, com grande admiração, que vimos a maneira perfeita como se portava este hemostatico que nunca tinhamos visto empregar.

Este modo de hemostase é util para pequenos vasos das meninges e para aquelles do tecido nervoso. Quando se trata de grande vasos da meninge dura, deve-se tentar fazer a ligadura passando um fio com agulha bem fina. Para isso conseguir é necessario um grande cuidado afim de não ferir uma das veias superficiaes do cerebro.

Evitando estes inconvenientes Cushing ideou um pequeno agrafe de fio de prata que tem seu nome. Estes agrafes com a forma de um V, dispostos em um magazin, são retirados nos dentes de uma pinça, especialmente construida para este fim, e presos nos vasos que sangram ou a seccionarem. Eis aqui o magazin com seus agrafes e a pinça de que vos fallo.

#### Hemorrhagia do cerebro.

A hemorrhagia dos vasos superficiaes do cerebro é, geralmente, produzida por falta de cuidado na abertura da dura mater. As lesões destes vasos são produzidas principalmente quando ha um grande augmento de pressão intra-craneana, o que favorece a formação de hernia. Para evita-la, a dura mater deve ser incisada com uma thesoureromba sobre uma tentaculanula protectora.

As perdas de sangue que se dão, quando ha lesão do cerebro, são combatidas pela compressão leve de algodões embebidos em soro physiologico aquecido.

Nestes algodões De Martel faz a aspiração, seccando-os sobre a propria superficie cruenta.

A passagem de fios de sutura na substancia nervosa é combatida por De Martel.

Por varias vezes o vimos recobrir com musculos de coelho ou de pombo um cerebro que sangrava e esperar alguns minutos ou mesmo transferir a operação, deixando sua terminação para um segundo tempo.

#### Incisão do couro cabelludo.

Quasi a unanimidade dos cirurgiões aconselha fazer a incisão do couro cabelludo para as intervenções sobre o encephalo, e em forma de ferradura. Os ramos rectos da ferradura, dizem, devem ser dirigidos para baixo e suas extremidades mais ou menos aproximadas para maior facilidade de fractura do postigo, quando se trata de uma craniotomia. Esta vantagem para o cirurgião apresenta, entretanto, o inconveniente da possivel secção, de vasos indispensaveis e, consequente, mortificação do retalho do couro cabelludo.

Com o fim de obviar este perigo Deltad aconselha afastar bem os ramos verticaes da ferradura, e traçar, em meio caminho das duas extremidades, outra incisão, onde será feito novo orificio. Este dará passagem a uma serra de Gigli que enfraquecerá as porções osseas compreendidas entre elle e os dois perforados nas extremidades dos ramos verticaes da ferradura.

Si o corte do osso, geralmente praticado por serras de Gigli, deve, forçosamente seguir uma linha recta e si a adaptação das superficies incisadas é mais facil e a hemostase mais perfeita, em se tratando de incisões rectilineaes, não comprehendemos o motivo de se seguir linhas curvas para a incisão do couro cabelludo!

De Martel rarisimamente as emprega. Suas incisões, sempre rectas, encontram-se formando angulos de aberturas varias, nem sempre com formas muito determinadas.

Procura, entretanto, quando possivel, approximar-se de um trapezio de grande base superior e a pequena correspondendo á charneira do retalho osteoplastico.

### Abertura do craneo.

Para a exposição das meninges e do cerebro, dois methodos podem ser empregados: a craniotomia e a craniectomia.

*Craniectomia* consiste na perfuração de um orificio e seu angmento, para tamanho e feitos requeridos, por meio de pinças especiaes.

*Craniotomia* é a formação de um postigo do couro cabelludo e do osso.

O primeiro destes processos tem o inconveniente de acarretar uma perda substancia ossea e de dar um pequeno acesso no interior do craneo. — Na craniotomia, pelo contrario, o acesso é amplo e o volet ou postigo osseo é conservado de sorte que, finda a intervenção, o encephalo é resguardado pela sua protecção habitual. E', por isso, esta ultima a operação quasi que exclusivamente praticada hoje.

Vimos De Martel empregar a craniectomia sómente para a neurotomia retro gasseriana e para a trepanação descompressiva de Cushing que, podem ser, perfeitamente executadas por este methodo. Consideram alguns autores que a reseccão osteoplastica deve ser contraindicada nas operações cerebellares, por ser muito difficil a reposição do postigo e por não ser a fina parede da fossa cerebellar adaptada á formação do retalho osteoplastico.

De Martel empregava, nestas operações a incisão em bésta de Cushing, até o anno p. p. quando, procurando um meio de conseguir mais espaço e de poder observar os dois lobos e o vernis conjunctamente, imaginou um novo postigo que tentaremos descrever. Este postigo que não só é mais commodo é rapido que qual quer outro methodo até hoje empregado, vimos De Martel praticar, pela primeira vez, em vivo,

no dia 26 de Novembro de 1929. E, em se tratando de uma maneira inteiramente nova de pôr a descoberto o cerebello e não tendo sido até hoje (salvo um resumo de comunicação de De Martel á Société Nationale de Chirurgie) publicada uma perfeita descripção deste postigo, com figuras elucidativas, resolvemos executa-lo no cadaver e trazer aqui as photographias que delle possuímos. Como podeis observar nos diapositivos que vos focaremos em breve, consiste a incisão no seguinte:

Por excepção é este postigo traçado em forma de ferradura, cujo ramo transversal vac de uma orelha a outra, passando a uma distancia de mais ou menos dois dedos transversaes acima da protuberancia occipital externa. Os ramos verticaes seguem por dentro dos bordos internos das apophyses mastoides, descendo até ao nível de uma linha transversal que passa pelo buraco occipital.

Entre os dois ramos verticaes, bem na linha mediana, é traçada nova incisão que, partindo de pouco mais de 1 cm da linha transversal da ferradura desce até abaixo da apophyse espinhosa do axis. Esta incisão, passando entre os dois trapezios, atinge a escama do occipital, o buraco occipital e o arco posterior do atlas, cuja ablação é praticada por meio da pinça.

A escama do occipital é perfurada pelo trepano, orificio este que é augmentado, com a pinça cortante até o buraco occipital cujo contorno é destruido, principalmente no sentido transversal.

Nas extremidades dos ramos verticaes são perfurados dois orificios e no ramo transversal e nos verticaes tantos outros quanto forem necessarios.

Entre estes furos são passadas serras de Gigli, com excepção da pequena porção inferior da escama que é facilmente fracturada por um leve movimento. Com esta incisão o retalho osseo, como podeis ver nas photographias, ficou solidamente fixado pelos musculos da nuca, cujas inserções não são tocadas.

A abertura do craneo é o unico tempo que convem ser executado com rapidez, na cirurgia do encephalo. Deve, assim, o cirurgião dispor de toda instrumentação que lhe possa permittir ganhar tempo e poupar esforços.

Occupar-nos-emos, aqui, unicamente do trepano de De Martel, existente, actualmente em quasi todos os serviços de neuro-

cirurgia do mundo e aquelle que mais preenche as finalidades exigidas.

Receiando não poder vos dar uma perfeita descripção do aparelho e de seu modo de funcionar, preferimos trazer-lo á vossa presença e executar, com elle algumas perforações afim de melhor poderdes julga-lo.

Focar-vos-emos, primeiramente o encontro (butéc) automatico do instrumento de De Martel que é a parte de mais interesse do aparelho.

Como podeis ver, temos aqui o trepano em quatro tempos differentes de seu funcionamento. As porções cinzentas giram, tudo que é branco está immovel. Na figura n.º 1, o eixo A é a unica parte que gira, levada pelo motor. Na figura 2, a pua B, apoiando sobre o craneo, engrena no eixo A, formando com elle uma só peça e fazendo girar, tambem, a porção C, que é engrenada em B. Na figura 3, penetrando a pua B, no craneo a ponta D toca a superficie do osso, solidarisa-se com C e gira com ella. — Mas, observaes o sentido das flexas, ao passo que a porção A B gira em um sentido, a C D gira em sentido contrario. Assim, enquanto que a pua B penetra no osso, a ponta D diminue a medida que B avança na espessura ossea. Cessando a resistencia opposta pelo craneo, B desliga-se automaticamente de A, deixando, portanto, de girar, assim como C D, engrenada a B.

O encontro (butéc) D impede que a pua B fira a substancia nervosa. E' o que observamos nã figura 4.

A ligação entre os diversos orificios trepanados é feita por tres serras:

- 1) A vertical,
- 2) A circular,
- 3) A de Gigli.

A serra vertical é parte integrante do aparelho de De Martel. Consiste numa especie de verruma que gira em torno de um eixo introduzido em pequeno orificio existente num supporte em forma de arco e terminando em um escudo que protege a meninge dura.

Para utilizar esta serra é necessario estar bem seguro do perfeito descolamento da dura mater.

Apresenta ella os inconvenientes de uma larga secção com muita perda de substancia e de ser a linha de secção perfeitamente vertical.

A serra circular é empregada sómente com uma grande protecção das meninges, o que é feito com o descolla dura mater.

Dos tres methodos o melhor parece ser ainda a serra Gigli que é a preferida por De Martel. Julgamos ser esta

preferencia motivada pela pequena perda de substancia ossea e por ser possivel, com esta serra, fazer uma secção mais ou menos obliqua; o que facilita a adapção do postigo osseo.

#### Abertura da dura mater.

A abertura da dura mater deve ser feita em forma de cruz.

Depois, de uma pequena incisão, executada com muito cuidado, erguem-se os seus dois labios com pinças finas e termina-se a secção sobre uma sonda canellada.





Os pequenos ramos arteriaes são cortados entre dois agrafes de Cushing.

### Libertação e ablação do tumor.

A libertação e ablação dos tumores cerebraes depende muitissimo da localisação e genero destes neoplasmas.

Com effeito, comprehende-se facilmente que um *osteoma*, desenvolvido ás custas da parede craneana e perfeitamente localizado pelo exame radiographico, deva ser extirpado sem a menor obstaculo, por ser extraído conjunctamente com o retalho osseo.

Quanto aos meningeomas, si bem que sua ablação as mais das vezes não apresente difficuldade, quando são extracerebraes, outros ha que seu desenvolvimento é para dentro, tornando assim a extirpação mais difficil, pela hemorrhagia que se produz. Esta hemorrhagia não se pode, entretanto, comparar a de certos endotheliomas ou gliomas, tumores estes que são quasi sempre friaveis e que devem ser extirpados com a maxima prudencia.

O neoplasma precisa ser afastado do tecido são com a maior delicadeza, por meio de tampões de algodão molhado em serum ou por pequenos pedaços destes cigarros de algodão que vos apresentamos.

Quando a hemorrhagia se produz, deve-se recobrir a superficie que sangra com algodão embebido em serum. Sobre este algodão faz-se a aspiração, e continua-se o deslocamento em outro ponto.

Em se tratando de kystos de extirpação impossivel, De Martel abre o tumor,

extrae de suas paredes os nodulos solidos e o banha com liquido fixador de Zenker (sublimado 6, bichromato potassia 2,5, acido acetico glacial 1, agua q.<sup>s</sup> para 100) ou então formol.

Os kystos parasitarias (kystos hydaticos p. ex.) rarissimos na Europa e que não o devem ser muito entre nos, são de facil extracção.

Com o fim de diminuir a hemorrhagia que se produz durante a extirpação de

certos tumores cerebraes, Cushing emprega frequentemente as correntes de alta frequencia, fazendo a ablação por meio de uma alça cortante. Cita este cirurgião americano varios casos de neoplasmas inoperaveis pelos methodos ordinarios, em virtude da forte hemorrhagia e perfeitamente extirpados pela electro-coagulação. Durante os primeiros mezes do anno p. p. assistimos algumas ablações de neoplasmas intracerebraes, praticadas por De Martel, segundo este methodo.

Ultimamente não mais o vimos

empregar.

Como adjuvante dos detalhes que acabamos de vos expor, De Martel opera sempre com a sala a uma temperatura a mais ou menos 28 até 30 grãos centigrados.

Um auxiliar é encarregado, durante todo o tempo operatorio de controlar a tensão arterial, o que é feito com o sphygmomanometro de Pachon. Quando ha uma baixa da tensão a operação é suspensa, para continuar alguns minutos após, si se dá a alta e transferida para um segundo tempo, que é realizado uns 8 dias depois, si ella se conserva baixa.



Contra o choque é usado, principalmente, no Instituto Neuro-Cirurgico na rua Vercingetorix, a transfusão de sangue puro, feita com o aparelho de Jubé, geralmente durante a propria intervenção.

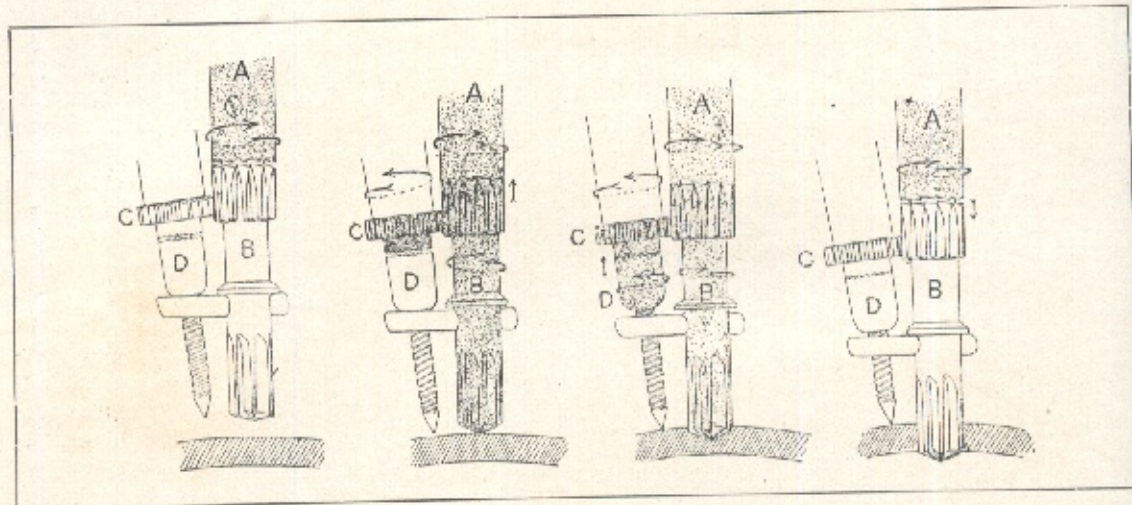
#### Fechamento do craneo.

De Martel dedica um cuidado todo especial ao fechamento do craneo, levando, este trabalho, algumas vezes, o mesmo tempo que a abertura.

O retalho osseo é fixado por 2 ou 3 fios metallicos. As partes molles saturadas em 3 camadas, todas com fios separados.

a baixar a cifra da mortalidade em cirurgia dos tumores cerebraes, de 60 por 100 em 1920 a 25 por cento, actualmente. Ahi incluídos todos os casos, pois, nos neoplasmas do lobo frontal o numero de mortes é somente de tres para cem intervenções.

E' sua opinião que esses optimos resultados são devidos, não só ao magnifico aparelhamento, mas, sobretudo, á precocidade com que é indicada a operação. Para isso é mister que o neurologista envie os doentes ao cirurgião, antes do apparecimento de todo o cortejo de estragos produzidos pela hypertensão.



A primeira comprehende o epicraneo e é executada com linho ou seda, muito fino. A parte profunda do labio cutaneo será suturada em segundo plano e com a mesma qualidade de fio. Finalmente para a parte superficial do couro cabelludo usam-se fios de crina. Estes fios são todos primeiramente passados e depois amarrados e devem ser muitissimo approximados uns dos outros.

Esta maneira de sutura é a unica que garante o perfeito fechamento do craneo, evitando, assim, a fistulisação do liquido cephalo racheano, relativamente frequente com uma sutura em um só plano.

Ilustrados Collegas!

O notavel cirurgião francez chegou, pelo seu aperfeçoamento cada vez maior,

E' preciso que o especialista em ouvido esteja alerta todas as vezes que alguém se queixa de surdez de um lado, acompanhada de dores de cabeça e vertigens. E' necessario que o ophthalmologista pense na possibilidade de um tumor cerebral desde que encontre um edema da papilla ou modificação no campo visual sem causa certa.

Só do concurso desses especialistas, alliados ao neuro-cirurgião pode a cirurgia dos tumores cerebraes colher os extraordinarios resultados que já lhe são communs na França e nos Estados Unidos, onde ella é melhor do que a do cancer do seio, do estomago e do proprio utero.

Porto Alegre, 16 de Maio de 1930.



## Tentativa de nova classificação\*

Pelo Prof. Raul Moreira  
(cathedratico de pediatria).

E' certo que o clinico sente-se melhor apoiado, desde que haja afinidade entre sua observação diaria e a de outros experimentadores.

E' fatal, nos casos em que o diagnostico se precisa e a therapeutica se torna efficaz, a tranquillidade maior de sua vida pratica.

Eis o que senti, tentando nova classificação dos disturbios nutritivos dos lactentes, mórmente na alimentação artificial.

Ella traz de original, apenas, a inclusão de typos nosologicos, que a minha consciencia clinica obrigou alinhá-os entre as syndromes das classificações pre-existentes.

Dei-lhe o feitio da simplicidade, caminho directo para a clareza do assumpto, não negando a minha sympathia pelo criterio etiológico.

Pareceu-me, igualmente, pratica e concisa a denominação adoptada por O. Cozzolino, no seu „Trattato di pediatria“, de *Dystrepsia*, significando bem, na articulação da palavra grega, a difficuldade, a alteração do estado nutritivo.

Em medicina, mais ainda no terreno da hygiene infantil, assiste-se, dia a dia, ora á confirmação, ora á negação de um novo aspecto pathologico.

Foi grande o movimento, quando a escola pediatrica allemã, chefiada por Czerny, Finkelstein, Keller, Langstein e Meyer, chamou attenção sobre o desequilibrio das funcções basicas do lactente, alterando-lhe mais ou menos o metabolismo, ficando de parte muitas modalidades clinicas, que então se interpretavam como doenças *in loco* do apparelho digestivo.

Para deter duvidas, como que um esquema de toda a pathologia, nada melhor que uma boa classificação, sobretudo si esta obedece á etiologia dos casos confirmados pela observação clinica.

Sempre fui de parecer que essas desordens do estado geral de um lactente não devem estar restrictas, tão só, ao factor alimenticio. Não ha negar que o disturbio

de nutrição é caminho aberto para a infecção, assim como esta está de braços dados com o disturbio nutritivo.

Assim, pois, ao lado de entidades clinicas, na dependencia absoluta do alimento, outras se enxertam, dominadas por phenomenos bacteriologicos, diathesicos e anatomicos.

O proprio Prof. Finkelstein tem modificado, e muito, quer quanto á etiologia, pathogenia e clinica, o seu modo de encarar o assumpto, e vemos sempre um novo quadro, em cada edição de seu tratado.

Embóra cabendo á escola allemã a primazia de chamar attenção sobre o terreno da chimica biologica, ligando os disturbios ao desequilibrio metabolico do individuo, concórdo que, no movimento moderno de hygiene infantil, sobejas razões tem o nosso illustre patricio Dr Pedro de Alcantara, quando acha não haver divergencia entre as escolas franceza e allemã.

O seu minucioso trabalho foi publicado, nos numeros de Fevereiro e Março de 1929, na *Pediatria pratica* de São Paulo, onde é interessante lêr-lhe as conclusões:

1.º) O que caracteriza a escola franceza de pediatria, hoje, como desde antes de 1909, é o espirito eclectico, reconhecendo em cada uma das doutrinas uma parte de verdade, e não se prendendo systematicamente a nenhuma dellas.

2.º) Maiores são as differenças entre os membros de qualquer das duas escolas allemã e franceza de pediatria, que entre ambas, tomadas em conjuncto.

3.º) No aspecto do problema referente ás classificações, existe na escola franceza a classificação clinica de Hutinel-Nobécourt e na allemã a classificação clinica de Finkelstein, ambas tão semelhantes que se pôde admitir: „A classificação de Hutinel-Nobécourt-Finkelstein“.

Tendo adoptado, de começo, tanto na pratica como em aulas, as classificações dos celebres professores berlinenses Czerny e Finkelstein, inclinei-me, mais tarde, para a do illustre livre-docente da Faculdade de Medicina do Rio, Dr. Leonel Gonzaga.

O anno passado, esse nosso esforçado collega modificou o seu quadro primitivo, conforme elle explica:

\* Um dos trabalhos a serem apresentados ao 2.º Congresso Internacional de Pediatria, a reunir-se em Agosto deste anno, em Stockholm.

„Adoptando as criticas que surgiram ao meu primitivo quadro, simplificando-o, transpondo typos clinicos de um para outro *item*, supprimindo aqui, accrescentando alli, modificando acolá, eis o novo echema que organizei.“

Alli o citado autor estabelece quatro columnas, uma para a designação geral, outra para os typos clinicos e outra para a terminação possivel das dystrophias.

Em synthese, para discernir a dystrepsia que se estabelece num lactente, é mister ter sempre em mira os tres typos classicos, caracterisando o individuo na primeira infancia, do normal ao gráo da cachexia. Taes são o *eutrophico*, o *dystrophico* e o *atrophico*.

Sabe-se que a eutrophia se manifesta pelo augmento constante e regular das curvas ponderal e estatural; a criança tem o aspecto florido, o turgor tenso, o tono normal, evolução regular do paniculo adiposo, somno tranquillo, ao lado da regularidade de todas as suas funcções.

O eutrophico ainda apresenta nitido gráo de resistencia ás exigencias da vida, assim como ás condições alimentares e toxi-infecciosas.

Accentue-se, porém, que o limite entre as tres phases da nutrição nem sempre é bem estabelecido.

A barreira desaparece, quando se vê o lactente, até então de apparencia normal, cahir no disequilibrio de funcções, por simples mudança de alimento, por infecção banal, architectando a dystrophia, no seu primeiro grito de alarma.

O transtorno digestivo, infeccioso ou toxico, póde levar a dystrophia ao ultimo gráo de resistencia organica, ao atrophico, por alteração profunda de suas cellulas.

No que tange aos phenomenos digestivos, bem se affirma o conceito de Pfaund-

ler, asseverando que, ao lado da digestão propriamente dita, existe uma digestão interna, a primeira se processando no aparelho digestivo, no preparo dos alimentos para a assimilação ulterior, a segunda, transformando os principios nutritivos immediatos nas proprias cellulas do organismo.

E com essas ligeiras ponderações, entrego a minha classificação ao criterio dos doutos.

### Dystrepsias dos lactentes.

(Principalmente na alimentação artificial.)

#### A) *Dystrepsias alimentares*:

- 1) Distrepsia por sub-  
alimentação { quantitativa  
qualitativa
- 2) Dystrepsia por superalimentação
- 3) Dystrepsia por carencia hydrocarbonada
- 4) Dystrepsia farinacea { fôrma atrophica  
" atrophico-hydr-  
" hypertonica
- 5) Escorbulo infantil
- 6) Dyspepsia gastro-intestinal
- 7) Decomposição alimentar de Finkelstein.

#### B) *Dystrepsias por toxi-infecção*:

- 1) Entero-colite aguda simples
- 2) Entero-colite toxi-infecciosa
- 3) Toxicose de Czerny-Keller
- 4) Dysenterias.

#### C) *Dystrepsias por allergias*:

- 1) Diathese exsudativa
- 2) Catarros intestinaes iosinophilos de Neubauer e Stäubi.

#### D) *Dystrepsia por entero-colite chronica*

#### E) *Dystrepsias por deformidades*:

- 1) Doença de Hirschsprung
- 2) Atresia congenita das vias biliares.

Maio de 1930.



## La choléduodénographie et l'hydroépathose

Par Martin Gomes

(prof. à la Faculté de Médecine, chirurgien des hosp.).

Quand je fait une cholécystostomie, je crois devoir pratiquer une radiographie combinée du *duodénum* et de toute la *bile* contenue dans les voies biliaires: c'est la *choléduodénographie*.

Elle permet d'étudier sur le vif la dilatation de l'arbre biliaire, ce que McMaster, Broun et Rous ont appelé hydrohépathose.



Fig. 1.

On voit que le cholédoque est si dilaté qu'il a la moitié du diamètre d'un corps vertébral. Il se termine coupé en ligne droite. On voit ici, comme dans les trois autres figures, l'ombre de mon doigt, pendant qu'il fermait la fistule, par laquelle j'avais fait l'injection. À côté de lui, un renflement, que est le trajet dans la paroi. Chemin faisant, le trajet trouve deux autres renflements contigus, juste avant de toucher au cholédoque: le 1.<sup>er</sup> est la vésicule atrophiquée, le 2.<sup>er</sup> son bassin.

Elle a aussi pour but de permettre de trouver des lésions et des modifications importantes, et de dépister quelques observations qu'aucun autre moyen ne peut donner.

Si, pour une raison quelconque vous croyez que cela sera toujours un procédé d'examen très rare, à cause de la rareté même de la cholécystostomie, il faut considérer qu'à l'heure actuelle, cette opération est encore fréquente, sans toutefois reprendre la position, qu'elle avait autrefois, d'opération de choix.

John B. Deaver, Lankenau Hospital, Volume 5, 6 number of the Surgical Clinics of North America, pg. 1518.

„In both the calculous and the non-calculous type of cholecystitis the pathology usually is in the walls of the organ and not in the mucous lining. This fact of itself is sufficient to account for the failure in most cases of medical treatment. And as with appendicitis, so in cholecystitis, removal of the source of infection gives the best chance of obtaining a cure.“

The technic of cholecystectomy to the

abdominal surgeon presents few difficulties, so that the radical operation is preferred except in certain special conditions when the conservative operation is the wise procedure, especially as a preliminary to secondary, removal of the gall-bladder.

Cholecystostomy is indicated in *acute cholecystitis* where there is *pus* and where the condition of the patient forbids extensive surgery. Also in disease of the pancreas demanding drainage it is better to drain (through the gall-bladder,) other things being equal. The drainage operation like-



Fig. 2.

En inclinant un tout petit peu le corps de la malade, on a eu cette modification. C'est à dire que l'ombre transversale s'écarte de la fin de l'ombre du cholédoque: elle n'est donc pas due à l'intestin, c'est un trajet souscutané, laissé par l'incision, qui avait été fait transversalement lors de l'opération. On peut bien voir ici, entre l'ombre du bassin et celle du cholédoque, un petit point juste sur la paroi-vésiculaire: cela est un *sinus de Rokitansky-Aschoff*.

wise is indicated in cases where the fundus of the gall-bladder is diseased and the body not involved. In such cases cholecystostomy provides a chance for the diseased tissue partially to recover and makes the secondary cholecystectomy a safer procedure."

Pag. 1517:

You gentlemen know as well as I do that in cases of cholecystitis it is occasionally difficult to make a diagnosis even after you have opened the abdomen.

Voyons maintenant Max Danzies, Volume 6, 1400.

Analysis of 215 Cases Gall-Bladder Disease:

"Question: Do you take out the gall-bladder in every case?

Answer: This was a debatable question until recently, and even at the present time one may find an occasional warning in the surgical literature against its adoption as a routine procedure. The problem is a fundamental one. There is still some diversity of opinion regarding the part that the gall-bladder plays in the human organism. Medical literature is re-

plete with voluminous reports and exhaustive studies both by clinicians and research workers regarding its function. The conclusions drawn by various investigators are of a divergent character and often baffling to the surgeon.

The two most important arguments advanced against the operation are:

1. The higher mortality rate of cholecystectomy over that of cholecystostomy in the hands of the occasional operator.

2. Injury to the bile-ducts, a serious accident which is not infrequent even

the bands of the most skillful and experienced surgeons.

I must confess that I was in a doubtful state of mind regarding this question until four years ago, but after studying the end-results of a fairly large series of gall-bladder operations which included almost an equal number of cholecystostomies and cholecystectomies, I came to a definite conclusion that the gall-bladder should

ligé de faire la cholecystostomie. Mais il arrive justement que dans ces cas là il y a toujours des complications sérieuses, dont le diagnostique complet n'est pas possible. Or, il devient possible si l'on fait la choléduodénographie. On n'a qu'à injecter par la fistule une solution d'iodure de sodium à 25%, aseptiquement.

Cela est mieux que le lipiodol, que Pauchet, à l'exemple de Cotte, recommend

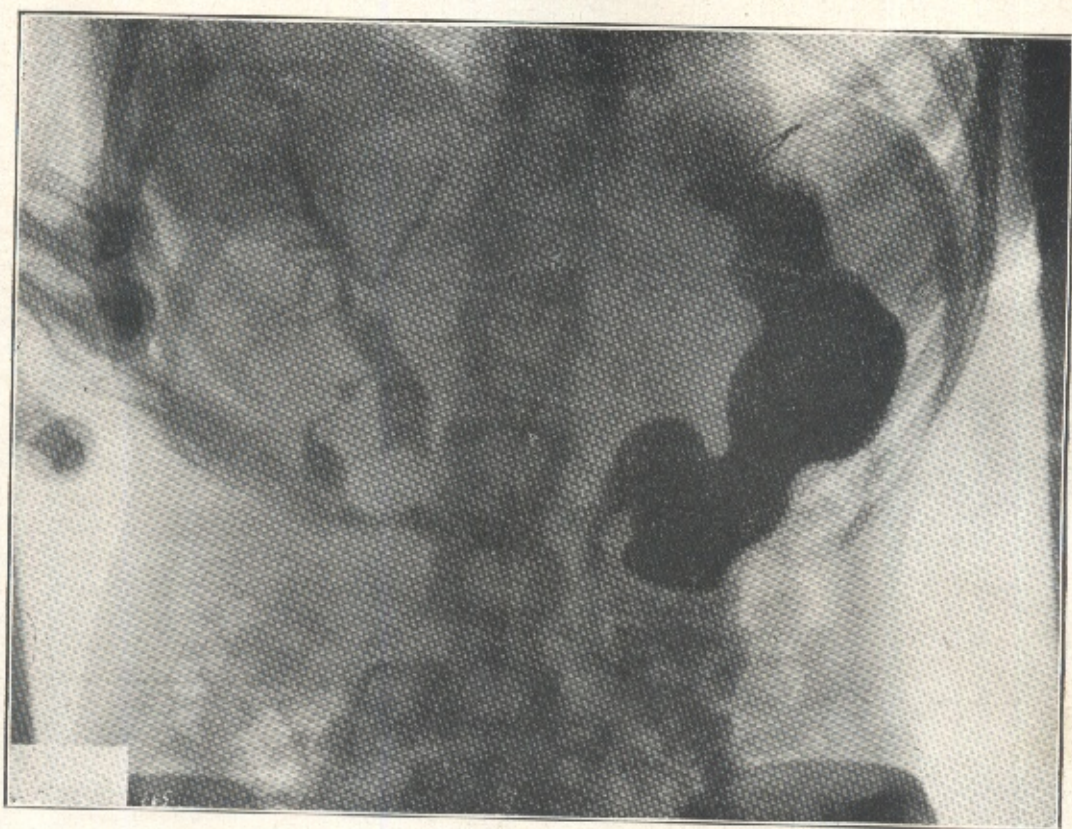


Fig. 3. Le volume de la vésicule est très diminué, à cause de la resorption de sa paroi. Il n'y a plus de renflement au niveau du bassinet. Le cholédoque ne montre pas non plus la même ligne droite: il se termine en une ligne courbe bien nette, ce qui est dû à ce que de la boue biliaire en est sortie, au moyen du drainage. Le cito-baryum a déjà passé, mais on n'y voit pas encore le duodénum.

be removed in every case *provided there are no definite contraindications to the operation.*

We reserve the operation of cholecystostomy only for the *very old or for those suffering from chronic or hazardous diseases, such as chronic or acute pancreatitis or acutely inflamed and gangrenous gall-bladders* that can only be removed with great difficulty and with considerable risk to the patient."

En générale, donc, on est des fois ob-

d'introduire dans les trajets fistulaires, avant de fermer la fistule, ou dans des opérations itératives.

On peut comprendre les services qu'une telle méthode est en mesure de rendre, rien qu'en regardant les photographies ci-jointes.

Ce procédé est réellement susceptible de convenir:

a) Toutes les fois que la région est masquée par des adhérences anciennes, fermes ou très infectées.

Lorsqu'il y a sous le foie une masse homogène, où l'on doit se guider uniquement par la palpation, il est très important de savoir, par la photographie, quel

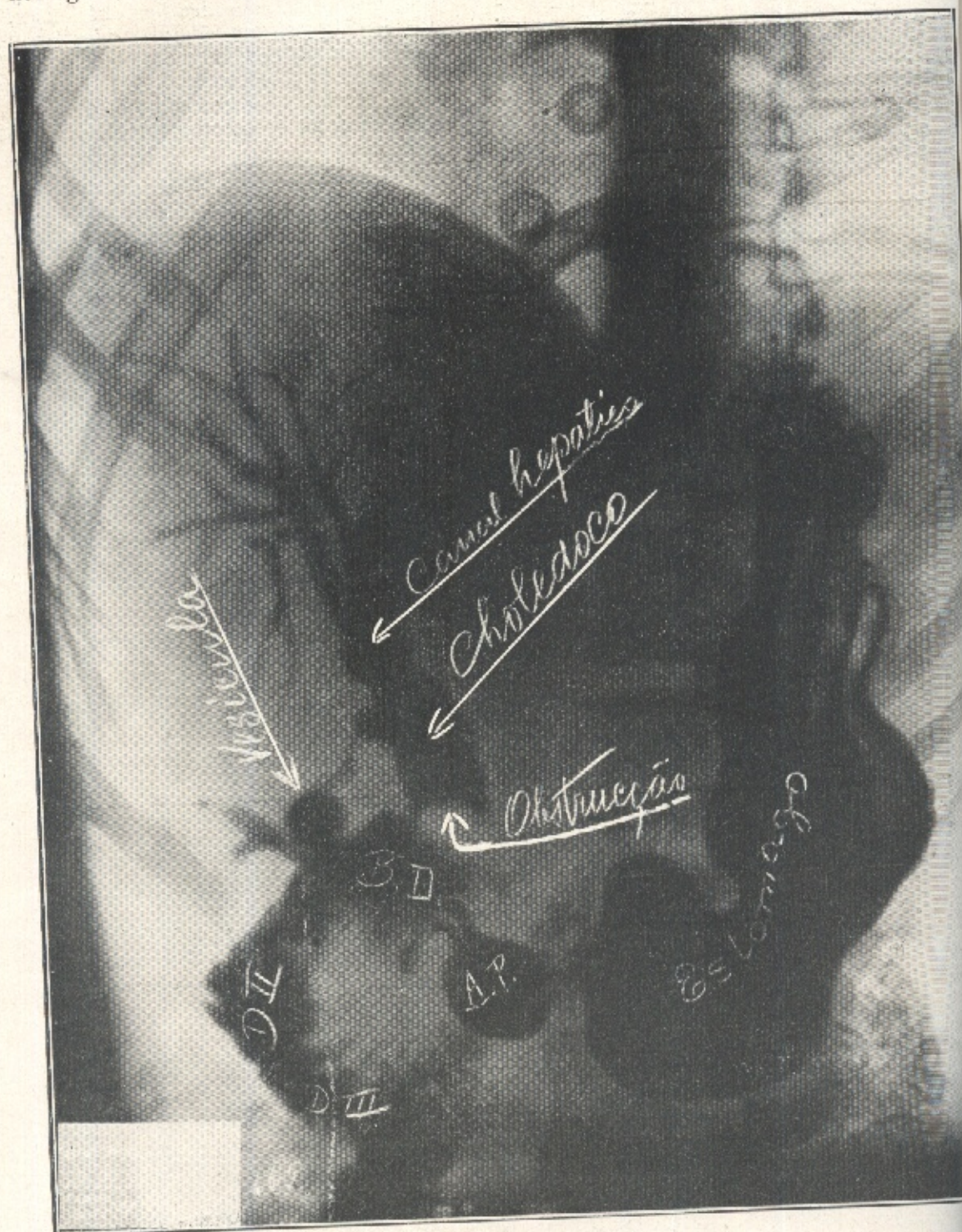


Figure 4. On voit que l'obstruction est très loin de la *caruncula major*. On y voit un cercle régulièrement rond, qui pourra être abordé sur le bord du bulbe duodénale, en se guidant sur le pylorus sans décoller la 2.<sup>ème</sup> portion du duodénum, en perdant son temps, dans cette masse d'adhérences.



est l'aspect ou l'anomalie du cholédoque, du cystique, de l'hépathique, des 3 premières portions du duodénum; la dimension du carré formé par ses 4 portions; la hauteur où se termine le cholédoque et où commence l'hépathique; s'il y a une portion du cholédoque en haut du duodénum, dont la constance et la fixeté peut révéler l'ulcus, etc.

b) Pour déterminer le point où le cholédoque présente l'obstruction.

c) Pour faire, sur le vif, le diagnostique du calcul biliaire intrahépathique, et de la stricture des voies biliaires; peut-être de l'obstruction maligne, et peut-être aussi de l'obstruction par cholangéite. Parce qu'une maladie peut avoir une infection, visible dans la suppuration de sa bile, mais avoir en même temps un calcul, qui fait les frais de l'obstruction les plus importantes. Et cela d'autant plus que cette cholangéite peut s'accompagner d'une péri-hépatite, dont l'intensité arrive à masquer tout-à-fait le calcul cherché par la palpation, lors de la cholécystostomie qui a évité la mort de la malade. Fig. 1, 2, 3 et 4.

d) Quand l'un des canaux pancréatiques, le Wirsung, au lieu de s'ouvrir au cholédoque, s'ouvre dans l'intestin, directement, il est impossible qu'il soit injecté par l'intermédiaire du cholédoque. Mais, au cas contraire, cela n'est pas impossible. Dans un cas d'*oddite rétractile*, cela aurait une grosse importance pratique, à cause du danger beaucoup plus grand de pancréatite, par infection biliaire de proche en proche.

e) En observant plusieurs fois sur le même malade, ou pourra peut-être résoudre cette question de la guérison de la dilatation au moyen du drainage. Parce que l'on ne sait rien là-dessus.

f) Voici un malade qui traîne sa fistule biliaire depuis des années, ayant fait une cholécystostomie probable, et qui demande guérison. Ce procédé dira s'il y a eu une suture à la paroi, ou du moins la part de cette condition, on montrant, en même temps, les renseignements cités plus-haut.

g) Le cas échéant, on pourrait tenter de mesurer ainsi le *tonus* du sphincter, (normalement il va depuis 60,0, jusqu'à 300,0 m. mercure). S'il est trop bas, il ne faut pas attendre de la dilatation post-opératoire.

Voyez, par exemple, la fig. 1, où l'hydrohépathose est due à une obstruction, parce que le cholédoque se termine coupé en ligne droite, ce qui fait penser à une compression par tumeur. En réalité c'était un calcul, régulièrement rond. La sécrétion épaisse, de la boue biliaire explique la rectification de la masse calculense.

La fig. 4 montre cela, après quelques jours.

Regardez l'aspect du cystique, et la moindre dilatation du cholédoque à son niveau.

Dans les figs. 1 et 2 on voit, à partir du doigt qui ferme l'ouverture de la fistule, un trajet irrégulier, qui touche presque le point obstrué du cholédoque, et pourrait être pris par une communication s'ouvrant dans l'intestin. Il n'en est rien.

Les figs. 3 et 4 montrent, avec l'image du duodénum, que le point est très loin de la *caruncula major*.

Et encore la fig. 2 montre, dans une incidence légèrement différente des rayons, que cette tache s'écarte du cholédoque, après la fig. 1. Elle ne s'écarte pas du doigt; c'est un trajet souscutané. La seconde opération l'a confirmé.

Lors de la première intervention, on a fait une cholécystostomie, et l'on a trouvé un calcul rond, d'un cent. de diamètre. Le canal cystique était obstrué, pendant plusieurs jours la fistule ne donnait que de la bile blanche et un peu de pus.

Il y avait eu de la fièvre; pouls à 105, et 36,6 de temp, lors de l'opération, avec, en plus, de l'ictère intense, de l'acholie, et de la cholurie.

La malade n'avait eu qu'une seule colique hépathique, à forme gastralgique, juste avant le commencement de l'ictère. Courbature, somnolence, état générale très mauvais, avec une pulsation filiforme et avec grande hypotension. Opérée d'urgence.

Elle avait une subhépatite, où l'on ne voyait rien, et où l'on ne sentait presque rien par la palpation, la dureté de la tête du pancreas étant continuée par d'autres duretés, du côté des voies biliaires invisibles, encore, après des longues dissections.

Cela a été, tout de même, très bien supporté, parce que j'ai fait l'anesthésie splanchnique postérieure, des deux côtés.

Malgré tout, je ne dis pas que c'est la seule cholécystostomie qui a sauvé la maladie, et la choléduodénographie.

Mas il est hors de doute que cette exploration m'a falicité la deuxième intervention, et que le drainage a rompu l'un des trois cercles vicieux du foie, et derivé l'infection lymphatique qui allait au pancréas.

Mais le traitement médicale que l'on a fait entre les deux opérations n'aurait pas autrement le même résultat: insuline, glycose, suc hépathique, vitamine, urotropine, paneréon, chlorure de calcion; (en injection, tout cela, sauf le paneréon.)

Je rapelle quelques figures de Counseller et Indoe, (Surgery, Gynec., and obst, n.º 6, vol. XLIII;) elles démontrent l'hydrobepathose, étudiée *sur le cadavre*, au moyen de la solution de la cellulose en acetone, par injection des voies biliaires.

Je tiens à remercier à mon ami le dr. Saint Pastous, dont la compétence en radiologie a seule permis de surprendre les belles radiographies du duodénum.

Les opérations ont été faites avec l'aide de mrs. les drs. Wallau, Brenno Alves, et Argemiro Dornelles, et des internes S. Ribeiro et S. Baldino.

## Pancreatite e lipiodol

Comunicação feita à Sociedade de Medicina

Pelo Dr. Saint Pastous

(Do Instituto de Radiologia Clinica.)

(Professor da Faculdade de Medicina.)

No numero 168, correspondente ao mez de Abril de 1930, dos „Bulletins et Mémoires de la Société de Radiologie Médicale de France“, vem transcripta uma comunicação de Mr. e Mme. Kaufmann sobre „Le radiodiagnostic lipiodolé des lésions des voies biliaires après fistule.“ Sobre este assumpto os relatores declaram terem lido, em um periodico de cirurgia, interessante trabalho, cheio de observações e clichés muito demonstrativos.

Nesse trabalho o autor tem occasião de confessar a sua surpresa por não ser mais frequentemente empregado o referido methodo, uma vez que elle é „isento de todo perigo“.

Desta conclusão discordam Mr. e Mme. Kaufmann, os quaes tendo verificado em uma das radiographias o refluxo de Lipiodol ao canal de Wirsung, viram nesse facto reproduzido o mecanismo etiogenico da pancreatite hemorragica, provocada experimentalmente por Claude Bernard com injeção de materia gordurosa (manteiga derretida, oleo, banha, etc.) no canal de Wirsung. Um dos relatores demonstrou, com experiencias realizadas no laboratorio do Prof. Charles Richet, que o lipiodol injectado no canal de Wirsung é capaz de produzir os mesmos effeitos de qualquer substancia gordurosa, a saber que elle é capaz de ocasionar a morte por pancreatite hemorragica.

Referem á seguinte experiencia:

„Cão B, de 8 kilos e 500 grammas, comeu repasto gorduroso ás 9 horas. Ás 16 horas, sob anesthesia por chloralose, foi descoberto o canal de Wirsung e injectados 2 a 3 cc de lipiodol. No dia seguinte pela manhã, o cão estava morto.“

Resultado da autopsia: Chyliferos ainda visiveis, cabeça do pancreas destruida, canaes pancreaticos bem desenhados nos folhetos do mesoduodeno, em quanto o tecido glandular estava substituido por sangue viscoso.

Nada de liquido intraperitoneal nem cystosteatonecrose.“

Conclusões propostas pelos relatores

1) Quando se injecta uma fistula biliar com lipiodol, este oleo pode refluir ao canal de Wirsung (Cotte).

2) Si o succo pancreatico é activo quer em consequencia da leucocytose por infecção das vias biliares, quer pela presença do lipiodol no intestino (o que é visivel na maior parte dos clichés apresentados pelo autor), ficam preenchidas as condições necessarias á realização experimental da pancreatite hemorragica.

3) Não parece pois que este methodo seja isento de perigo; mas visto o grande interesse que elle apresenta, convem que se o estude empregando uma substancia opaca reconhecida sem perigo para as vias biliares e pancreaticas.

### COMMENTARIO.

No caso clinico que deu motivo á comunicação sobre „Choleduodenographia Hydrohepathose“ apresentado pelo Pr

Martim Gomes á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, em sessão de Abril de 1930, as vias biliares foram injectadas com *solução de iodeto de sodio a 25%*.

A substituição do lipiodol pela solução de iodeto de sodio parece resolver a questão proposta por Mr. e Mme. Kaufmann.

A solução de iodeto de sodio, sendo capaz de produzir effeitos de opacidade identicos aos do lipiodol, tem sobre este a vantagem de não offerecer os riscos da pancreatite hemorragica por introdução de substancia gordurosa no canal de Wirsung.

Nota: para a discussão veja á pagina 30).

---

A heredo lues do segunda geração, quando não cuidada, transmite-se como a de primeira, e tem quasi a mesma gravidade que a primaria.

*Juliano Moreira.*

---

O „*cherchez la femme*“, nascido evidentemente de bocca masculina, póde ser substituido por um „*cherchez le sexuel*“.

*Porto-Carrero.*

---

*O Estado normal, quanto ás reaccões do individuo, depende da harmonia entre a sua „intelligencia mental“ e a sua „intelligencia social“.*

*Georgel Wallace.*

*O que, sobretudo, importa é o visivel progredir da convicção temperante no espirito dos legisladores . . . .*

*(Trabalhos de antialcoolismo)*

*Hernani Lopes.*

*Toda la influencia pedagogica debe encaminarse a desarrollar, desde temprano, la tendencia viril del niño.*

*Marañón.*

## SEGUNDA SECÇÃO

Relatos oraes na Sociedade de Medicina.

### Abcesso fétido do pulmão.

Por Octavio de Souza.

(Cathedratico de Clinica Medica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.)

Classicamente os abcessos do pulmão, exceptuados os traumaticos que se observam em consequencia de ferimentos e os pyemicos multiplos e pequenos, verificados nas septicemias, se restringiam a duas especies: broncho-pneumicos e pneumicos.

São os primeiros, frequentemente multiplos, verdadeiras alveolites suppuradas peribronchicas, e os segundos complicação rarissima das pneumonias graves.

Entre os abcessos do pulmão e a gangrena (exceptuada a gangrena pneumonica, macissa, embolica que aliás é rarissima) não ha uma demarcação nitida. A pathologia de

ambas é geralmente sub-aguda ou chronica e a permanencia ou intermittencia ou apparencia tardia da fétidez difficulta uma exacta classificação nosographica.

Bezançon e Yong dizem que os antigos clinicos não diagnosticariam gangrena pulmonar na maior parte das observações actuaes. A noção da etiologia é primacial: são infecções putridas que podem ir desde simples suppurações fétidas até á gangrena. Tuffier em um estudo sobre os focos septicos do pulmão negava toda demarcação entre abcesso e gangrena.

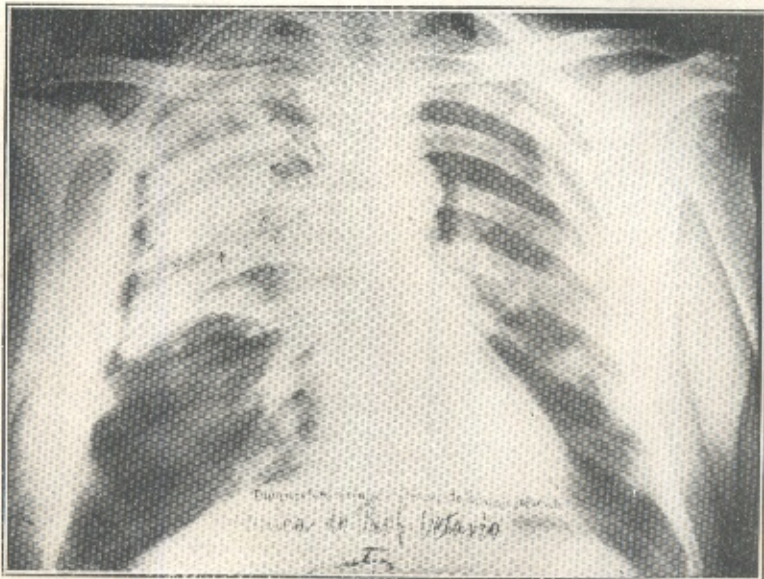
A opinião de Leon-Kindberg, que muito se tem dedicado a este estudo, é que no pulmão os abcessos — de inicio ou secundariamente — são quasi sempre gangrenas.

Os americanos englobam todas as suppurações pulmonares em um mesmo grupo. As causas etiologicas dos abcessos do pulmão são além da pneumonia e broncho-pneumonia, a amibiase, as bronchites chronicas, sinusites, as operações cirurgicas quer abdominaes quer as que se praticam no rhinopharynge, seios da face, etc.

Sergent e Bordet incriminaram em uma operada de hysterectomia a inalação do anesthesico.

As pesquisas bacteriologicas para identificar os germes responsaveis por estas sup-

purações pulmonares têm demonstrado grande variedade delles. De facto encontram-se pneumococcus, pneumobacillo de Friedländer, estreptococcus, diferentes espirochetas, associações fusoespirillares, anaerobios, amebas etc.



Nas suppurações pulmonares os meios de diagnostico mais acurados, o auxilio da radiologia, as injeções intra-tracheaes de lipiodol, as intervenções cirurgicas e os estudos anatomopathologicos têm provado ser o abcesso do pulmão bem mais frequente do que o pleuriz interlobar.

Este apparece excepcionalmente, emquanto que o abcesso é a regra. As suppurações pulmonares se processam em duas phases que Sergent denomina syndroma de suppuração aberta. A primeira é longa e muitas vezes silenciosa, a segunda apparece com a vomica.

Estas suppurações resultam da infecção do pulmão por via sanguinea, por via lymphatica, ou por via bronchica.

Os germes vehiculados por qualquer destas vias vão formar no pulmão um fóco de infecção com reacção defensiva que envolve a collecção suppurada. Este envolvimento na maior parte das vezes não é resistente, o abcesso procura rompe-lo e assim se esvasia na pleura ou no bronchio conforme a localisação central ou peripherica constituindo um pleuriz ou a vomica.

A. Ch., 53 annos, casado, branco, russo.

Antecedentes hereditarios: sem importancia.

Antecedentes pessoas: nunca teve molestias de importancia, exceptuadas as proprias da infancia. Ha longo tempo tem uma bronchite chronica que pouco o incommoda. Não bebe. É grande fumador.

No dia 12 de Março á noite teve dôr de cabeça, calefrios, febre, quebramento de forças. Assim se conservou durante alguns dias com esta symptomatologia; estado geral peiorando cada dia acompanhando de insomnia, anorexia, leve tosse e quasi aphonho.

Nos ultimos dias de Março as temperaturas eram baixas pela manhã e altas á tarde (40—41) precedidas de fortes calefrios e seguidas de grandes crises sudoraeas. Sobrevieram-lhe tambem dôres em diversas articulações que muito o atormentam.

No dia 2 de Abril vi o doente pela primeira vez; encontrei-o febril, anemiado, com dôres no ventre e nas articulações. Tinha calefrios e suores abundantes. Estado geral máu, anciedade, tosse, aphonho. Fígado augmentado de volume, dois dedos transversos da arcada costal na linha mamillar, doloroso. Havia contractura dos rectos abdominaes de modo a não se poder fazer a apalpação do ventre.

A dôr pela pressão digital era muito

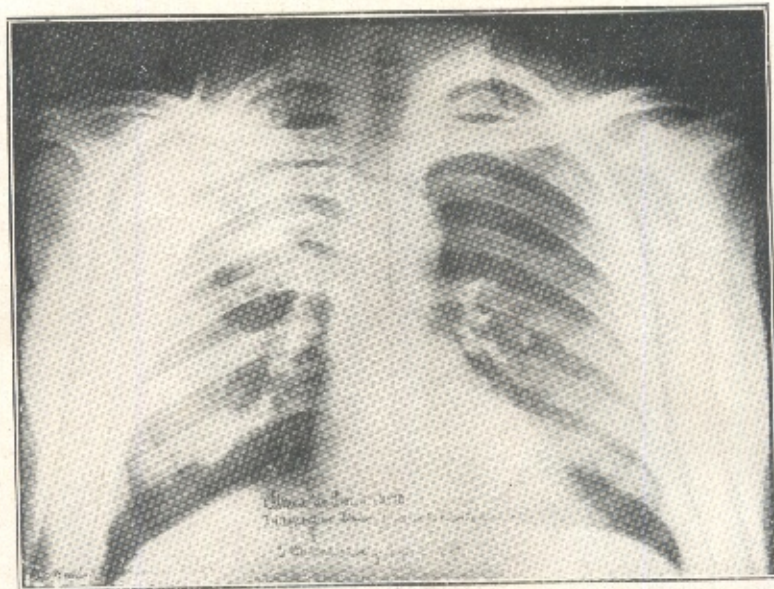
intensa em toda a região hepatica. Nos pulmões havia estertores grossos de bronchite e uma zona de maçiszez oval suspensa na região escapular direita, onde a respiração era soprosa. Na região sub-clavicular direita havia sub-maçiszez e diminuição da respiração. Fizemos uma contagem de globulos brancos que alcançaram a cifra de 30.200 por mm<sup>3</sup>. Apparelho urinario bom, apenas traços de albumina. A vista da symptomatologia apresentada pelo doente acréditamos tratar-se de um syndroma de suppuração cuja séde localisamos no figado. Recolhido o doente ao Hospital Allemão, pedimos ao Dr. Blessmann que fizesse puncções, no figado, que resultaram negativas. Na mesma occasião a puncção na zona de maçiszez thoraxica tambem foi branca.

Na noite anterior o doente em um forte acesso de tosse expectorou abundantemente com grande fétidez.

Como resultassem negativos estes exames, resolvemos radiographar o pulmão do nosso doente. Encon-

tramos então o seguinte: sombra densa de forma circular, tom cardiaco, contornos nitidos, situada na região sub-clavicular; zona de transparencia viva tomando o seio costo-diaphragmatico e parte da base, nitidamente limitada por um contorno denso que se estende da convexidade diaphragmatica á região da axilla.

Nesta occasião a temperatura se conservava entre 38 e 37,8 mais ou menos continua e depois de 7 dias oscillou entre 37 pela manhã e 38 á tarde. Tosse seguidamente por acessos tão fortes e prolongados que quasi o asphixiam, principalmente quando procura deitar-se ou mesmo mudar de posição. Sentado acha-se bem, e só nesla posição consegue dormir. Expectora-



ção abundante, purulenta, com fétidez insupportavel. Por diversas vezes teve evacuações diarrheicas e vomitou. A tosse fatigava-o muito. O exame bacteriologico do escarro revelou ausencia de bacillos de Koch e a presença de estreptococcus e estaphylococcus. Pela cscnta do pulmão direito, em sua parte superior e posterior signaes francos de excavação. A temperatura se manteve ainda durante 15 dias da mesma forma para então ir pouco a pouco diminuindo. Em principios de Maio estava apyretico, pouca tosse e os escarras, apesar de fétidos, tinham diminuido muito. Em meados do Maio o nosso doente principiou a convalescer; animado, bom appetite, augmento de peso, muita pouca tosse e a fétidez dos escarras desaparecida.

A radiographia feita em Junho revela na região sub-clavicular uma zona de transparencia circular, limitada por um contorno denso com aspecto cavitario.

O tratamento constou de injeções de emetina de 0,06, vaccina antipyogena Bruschetine e vaccinas antigenas feitas pelo Prof. Pereira Filho. *Per os* administramos tintura de alho, hyposulfito de sodio, digitalina, adrenalina, balsamicos.

Quando vimos o doente pela primeira vez fizemos á vista do quadro morbido apresentado (caiefrios, febre alta, suores intensos, aenemia, máo estado geral e leucocytose) o diagnostico de um syndroma de suppuração. Apesar de encontrarmos maçiszez suspensa no pulmão direito, como a região hepatica era extraordinariamente dolorosa á simples pressão digital e os seus limites estavam augmentados pensamos primeiramente em um abcesso hepatico, muito mais frequente no nosso meio do que as suppurações pulmonares.

As puncções brancas no figado nos obrigaram a prestar mais attenção ao pulmão onde a radiologia demonstrou o abcesso.

NOTA: Como o doente desta observação é pobre e da clinica particular não se poderam fazer todos os exames radiologicos e de laboratorio que o caso exigia.

## Sessão do dia 6 de Junho de 1930

(Veja a comunicação escripta do dr. Saint-Pastous, á pagina 26<sup>o</sup>).

*O Dr. Martin Gomes:*

Peço a palavra, sr. presidente, menos para commentar a comunicação do sr. Dr. Saint-Pastous, que para explicar a razão da escolha, que fiz, do processo, e da substancia.

O canal cystico offerencia certa resistencia, que fôra verificada, e a vesicula encontrava-se no centro de uma extensa massa de subhepatite. Em vista disso, acreditei que a pressão pudesse facilmente injectar os vasos, e, através destes, produzir lesões hemorrhagicas no pancreas, porque o lipiodol facilmente dá hemoptyses, com febre, e demoradas, quando a pressão passa de certos limites, na hystero-graphia.

O dr. Saint-Pastous ha pouco se referiu a isso aqui.

Eis ahi uma das razões porque preferi a solução de iodureto de sodio a 25 % que na pyelographia dá imagens que manifestam minucias que o corpo oleoso, mais consistente, difficilmente poderia proporcionar.

A outra razão é que eu desejava ter uma visão completa das arborizações finas, intrahepathicas, das vias biliares. Eu desejava observar o aspecto da arvore biliar em casos de possíveis lesões juncto das ultimas ramificações, taes como tumor, calculo intrahepathico, cholangeite, etc.

Ora, eu apenas de leitura sabia que Pauchet, e Cotte injectavam lipiodol no trajecto das fistulas biliares, a fim de orientar-se na operação iterativa. Comó elles não faziam referencia, que eu soubesse á, visibilidade de calculos, e de finos ramos biliares, preferi empregar o iodureto, mais diffusivel no meio liquido, e que talvez desse aquillo que provavelmente Cotte não teria conseguido, visto que não referiam, sobre esse ponto, nada absolutamente, as noticias que tive.

Quando á retirada do liquido, logo após a radiographia, só pela compressão do abdomen, é mais facil, a meu ver, quando a droga empregada foi o iodureto. Devo acrescentar que a injeção de agua oxygenada favorece essa manobra, tendo ainda a vantagem da desinfeção.

Eu a utilizei para isso, após as injeções que fiz.

Empreguei-a tambem por occasião da segunda operação, quando fui retirar o calculo do choledoco. E tive opportunidade de notar que ao cortar o ducto sahiu, com a bilis, abundante espuma. Isto importa em augmentar a defesa contra a infecção. E na verdade, tendo sido demorado o trabalho pelas adherencias, e pela anesthesia esplanchnica, todos quantos assistiram á intervenção notaram que eu suturei a incisão do choledoco, minuciosamente, e que na occasião ainda sahiu espuma, apezar do tempo que fazia desde que a operação começára.

Todos puderam ver que só no primeiro dia houve signal de bilis nas gazes do curativo, trazida pelo pequeno dreno deixado juncto do ponto suturado.

Dada esta explicação, desejo fazer algumas considerações que visam diminuir o temor que infunde a communicação citada pelo dr. Saint-Pastous, e da qual os Kaufmann tiram as seguintes conclusões:

1) O lipiodol injectado na fistula biliar pode refluir pelo canal de Wirsung.

2) Si o succo pancreatico é activo, durante essa injectão, está realizado o que é preciso para fazer a pancreatite hemorrhagica aguda. Ora, o succo pancreatico se reactiva: a) pela kinase dos leucocytos da infecção biliar; b) pela presença do lipiodol no intestino, que os clichés revelam.

3) Este methodo da injectão não é isento do perigo da pancreatite fatal.

Pois bem; eu devo dizer francamente que esse temor não é o que me preoccupa mais, quanto ao emprego do lipiodol.

Acredito mesmo que nos casos infectados e antigos, essas obstrucções do choledoco difficilmente confirmarão o perigo da pancreatite hemorrhagica.

Porque na clinica, o que em geral leva á cholecystectomy é a obstrucção calculosa, neoplasica, infecciosa: e nessas condições, si havia infecção ella exclue o Wirsung tributario do choledoco, pois, si desaguasse neste, já teria dado a pancreatite hemorrhagica. Si não deu, e não matou o doente, é que o Wirsung desembocava no intestino.

Quando, porém, não haja obstrucção infectada do cholédoco, desde o hepatico até á *carumcula major*, pode haver maior perigo em injectar o lipiodol, como, por exemplo, numa cholecystite chronica, ou calculosa ou não, num velho cuja idade impoz a ostomia; ou uma gangrena limitada ao cholecysto. Não havendo segurança de infecção trajectando pelo choledoco, cuidado! Não se pode conjecturar como termina o canal de Wirsung, si directamente no intestino, ou só através do choledoco. Mas no caso contrario, *quando* já existiu infecção da arvore biliar, não creio no perigo do lipiodol ir ao Wirsung, pois o que tinha que acontecer já aconteceu. Neste caso, a falta da pancreatite deve permittir suspeitar que a terminação anatomica do Wirsung não se faz no choledoco.





# TERCEIRA SECÇÃO

## Notas de psychologia e de critica.

Os povos americanos continuamos isentos de certos vícios antigos, que nas raças europeas se infiltram até ás raizes da sua evolução social.

Organismo em mocidade, cada povo da America respira nessa liberdade que o europeu não conhece, e não comprehende. Não tem os hombros vergados ao peso morto das dynastias e dos preconceitos.

Entretanto, desinçado de más heranças, deve o povo adolescente abrir os olhos e aproveitar a lição conereta do velho mundo, estudando-lhe o solo revolto e torturado, sem imitação automatizada, sem cópia servil e traiçoera.

Apprenderia assim a fazer com amor e consciencia a estrutura da sua tradição, que apenas vai repondo, hesitante, aqui e ali, com o brilho ephemero das flores abertas de manhan, para estiolar no fim do dia.

Essa orientação esclarecida pela cultura do povo, pelos rudimentos da instrucção, naturalmente teará á crença num progresso indefinido, sem as visões anniquiladoras, dos crepusculos, e difundirá a emulação nobilitante dos recordes, e seguramente ha de compor o optimismo sadio, que os Yankees tiveram facilitado pela fecundidade economica, e que os sulamericanos devemos cultivar como uma condição de vida, como um ponto de honra, até chegarmos á consciencia do nosso proprio valor, abandonando o mau veso de só encergar o merito estrangeiro, a tal ponto que parece que ainda o talento e a virtude só se reconhecem, aqui, quando pagam direito na alfandega, e falam mal a lingua nacional...

Essa tradição, porém, para vingar e continuar, precisa duma continuidade na ordem publica, como toda integração animada pela vida.

A necessidade vital do culto da ordem precisa ser um sentimento collectivo, unica hypothese em que ella orientaria bem o povo joven, na alegria irrequieta das suas administrações, no ingenuo descuido de seu futuro, no alvoroço do sentir, na carencia do pensar, no arremesso ineluctavel das revelações.

Mas a semente da ordem não germina com golpes de estado, nem com o amanho da violencia.

A ordem só estará bem assegurada, quando a sua evolução alcançar aquelles pinaculos illuminados onde já não mais domina o gosto da ferocidade, o culto dos odios diminutos, e o orgulho humano de impôr a humilhação, como unico prazer ensinado pela consideração da historia.

Só o sentimento do ideal pode tirar as dôres da lueta pela vida.

**Martim Gomes.**

## ENSINO.

Na Faculdade de Medicina.

Acaba de abrir-se novo concurso para professores, na Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

O prazo é de 6 mezes a contar do dia tres de Julho, para a inscripção a esse importante concurso. Versará elle sobre *Chimica Geral e Mineral, Clinica Ophthalmologica, e Clinica Oto-rhinolaryngologica.*

Para as theses respectivas foram sorteados os seguintes pontos:

1.º) — Estudo chimico dos acidos, bases e saes;

2.º) — Interpretação dos symptomas occulares nas affecções da systema nervoso central;

3.º) — Otagia reflexa.

Cremos, com orgulho, que os concursos na nossa Faculdade tem sido sempre justos, rigorosos e seleccionadores de capacidades de eleição. Sem examinar a fundo as bases desta crença, nesta nota deixo a minha satisfação pelos indicios claros, que vejo, da corrección inflexivel que se entremostra, cada vez mais firme, fazendo desnecessaria qualquer advertencia corajosa e nobilitante, lembrando que a nossa Faculdade não se destina a ser um „*asylo de mendicidade intellectual*“.

**Martim Gomes.**

## A direcção geral da infancia, na Argentina.

Por Martim Gomes.

O prof. Victor Delfino, da Argentina, escreveu, para os „Archivos Brasileiros de Hygiene Mental“ um estudo analysando o projecto abaixo transcripto, sobre eugenia e hygiene mental. E' fóra de duvida que o appello ao poder publico, ás leis, não prescinde do esforço geral do povo, além

do mestre escola, do lar, do medico, etc. Mas não basta a iniciativa particular, para alcançar esses idéas. Eis o projecto do Dr. Carlos J. Rodriguez, que quer para o seu paiz a „creação de uma Direcção Geral da Infancia, mais ampla e perfeita que as estrangeiras, nas quaes sómente se contempla um aspecto — e não sempre, o mais importante — da creança, o aspecto escolar, ou social, descunhando-se o análogo-physiologico e psychico, de tão grande relevancia“:

„O Senado e a Camara de Deputados da Nação sancionam com força de lei o seguinte projecto:

Art. 1.º — Fica creada a „Direcção Nacional da Infancia“, instituição que terá por objectivos problemas de eugenia, para modelar a raça do porvir.

Art. 2.º — Esta „Direcção Nacional“ terá sua séde na capital federal e compôr-se-á de um presidente, quatro vogaes, cinco especialistas em ramos da eugenia, nomeados pelo Poder Executivo, pelo prazo de tres anno.

Art. 3.º — A Direcção Nacional tratará de immediatamente estabelecer juntas ou commissões federaes nas capitaes de provincias e nas dos territorios federaes, constituídas de cinco membros, pessoases especialmente idoneas e alli domiciliadas e cuja nomeação, pelo prazo de tres annos, será proposta ao Poder Executivo.

Art. 4.º — As attribuições da Direcção Nacional serão as seguintes:

a) Realizar estudos relativos a nossos problemas de eugenia;

b) Estabelecer commissões federaes nas capitaes das provincias e territorios;

c) Administrar todos os fundos que lhe outorgem a lei de Orçamento e outras espeesias;

d) Nomear os funcionarios nos Institutos de sua dependencia;

e) Crear Institutos e Commissões necessarios á realização de seus fins;

f) Organizar um regimento interno sujeito á approvação do Poder Executivo;

5.º — As juntas constituirão dispensarios dirigidos por medicos especialistas em syphilopathias e clinica infantil, em seus ramos endocrinologicos e neurologicos, e pedagogos especializados em psycho-pedagogia, e terao por principal funcção tratar o problema da raça em sua dupla face de eugenia e puericultura;

Art. 6.º — Faça estabelecer sem demora, e como principal finalidade, o registo medico de toda a população escolar da republica (1.ª e 2.ª infancia), creando a ficha

medico-escolar. Na ficha medico-escolar estarão incluídos os exames pedagogico e medico, physico e mental.

O exame medico comprehenderá:

a) o estudo das doenças hereditarias e congenitas que hajam podido influir sobre a intelligencia da creança (syphili-, alcoholismo);

b) o diagnostico das alterações nervosas que compungem sua deficiencia intellectual;

c) o reconhecimento das alterações somaticas (deficiencias auditivas ou visuaes, vegetações adenoides, rachitismo, mixema, que influem sobre sua deficiencia), e

d) exame neurologico completo;

Esta junta indicará o plano de trabalho e ainda a assistencia aos pre-tuberculosos.

Art. 7.º — Os dispensarios serão verdadeiras laboratorios de psychologia infantil e se procederá, em suas duas secções principaes, ao exame pedagogico e psychico da creança. Em conexão com esses serviço, haverá laboratorios de exames serologicos, bacteriologicos, radioscopios, etc., e estarão providos dos elementos essenciaes aos exames anteriores.

Art. 8.º — No estudo da creança, resultado d'esse exame medico, sob as aspectos somatico e psychico, haverá o proposito de estudar e caminhar a vocação da creança, para o que serão annualmente annotadas em sua ficha as observações pertinentes;

Art. 9.º — As juntas indicadas ficam constituídas em Tribunaes de Menores, annexando-se-lhes os já existentes e tendo por unica finalidade o conceito de que a creança delinquente é uma creança doente e de que a missão das referidas juntas é sanatorial e reformadora.

Art. 10.º — Serão creados Sanatorios Reformatorios para a reforma somatica e psychica da creança anormal ou delinquente, sobretudo em seu aspecto endocrino-dystrophico, annexando e transformando os já existentes para os incorporar ás finalidades da lei, e creando-se sanatorios de mar e de montanha;

Art. 11.º — Serão creados os Seminarios para professores e as escolas especializadas de creanças anormaes ou retardadas, que exigem os propositos e finalidades em vista;

Art. 12.º — Os gastos que demande esta lei tirar-se-ão de rendas geraes e serão incluídos no Orçamento Geral das Despezas da Nação;

Art. 13.º — Communique-se, publique-se, etc.



**METEOROLOGIA**

(Resumo das observações feitas durante o mez Janeiro pelo Instituto Astronomico e Meteorologica da Escola de Engenharia de Porto Alegre para a Directoria de Hygiene).

Pressão barometrica media.....	757,5 m/m
Pressão barometrica maxima.....	762,1 m/m no dia 31
Pressão barometrica minima.....	751,0 m/m no dia 26
Temperatura do ar média.....	25,0
Temperatura do ar maxima.....	35,6 no dia 12
Temperatura do ar minima.....	15,8 no dia 19
Valor médio da Humidade Relativa.....	47,5 %
Chuva total.....	182,5 m/m
Insolação total.....	218,0 horas
Vento predominante.....	ESE
Numero de dias de:	
Chuva.....	13
Encobertos.....	9
Claros.....	1
Nevoeiro.....	0
Geadas.....	0
Saraiva.....	0

**RESUMO DO MOVIMENTO DEMOGRAPHICO:**

Nascimentos.....	409	Nascidos mortos.....	44
Idem no igual mez do anno anterior.....	565	Idem no igual mez do anno anterior.....	31
Obitos.....	352	Casamentos.....	122
Idem no igual mez do anno anterior.....	459	Idem no igual mez do anno anterior.....	136

**Valores extremos diarios da Pressão Barometrica — Mez de Janeiro de 1930**

Dias	Maxima	Minima	Dias	Maxima	Minima
1	765.1	752.7	17	759.5	755.1
2	765.3	753.3	18	760.1	758.4
3	757.7	754.0	19	759.3	757.7
4	758.8	757.0	20	760.0	758.0
5	757.9	756.5	21	759.3	756.3
6	756.2	752.6	22	761.2	758.7
7	755.2	751.9	23	761.4	759.9
8	757.2	755.5	24	760.4	752.1
9	761.8	756.0	25	753.5	751.1
10	761.4	758.2	26	757.3	751.0
11	758.7	755.6	27	759.7	757.1
12	758.2	753.5	28	758.9	755.0
13	760.2	757.0	29	756.2	753.4
14	731.4	759.3	30	759.3	754.2
15	760.9	756.1	31	762.1	759.0
16	756.5	753.3			

**MORTALIDADE DIARIA**

Dias	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Obitos	9	20	17	13	5	14	12	15	12	13	11	15	16	19	13	16	16	11	18	17	10	15	10	9	13	9	16	14	9	8	11

**NOTIFICAÇÃO DE MOLESTIAS INFECTO-CONTAGIOSAS**

Variola (alastrim).....	0	Sarampo.....	1
Peste.....	0	Coqueluche.....	1
Parotidite epidemica.....	0	Dysenteria.....	1
Meningite epidemica (confirmada).....	0	Varicella.....	1
Febre typhoide e paratyphoides.....	3	Encephalite leth.....	1
Tuberculose.....	5	Inf. puerperal.....	1
Diphtheria.....	0	Lepra.....	1
Escarlatina.....	1	Heine-Medin.....	1
Alastrim.....	1	Parotidite epidemica.....	1
TOTAL.....		12	

## QUARTA SECÇÃO

### 0 kysto hydatico do cerebro na criança.

Por L. Morquio

(Professor cathedr. de Clinica Pediatria do Uruguay.)

O pediatro uruguayo, n'uma conferencia realisada na clinica do Prof. Sergent, em Paris, fez um completo estudo sobre o kysto hydatico do cerebro na criança, que lhe valeu os mais entusiasticos elogios do corpo medico francez.

O autor diz no seu trabalho: entre as localizões existe uma que, por sua gravidade e por suas modalidades pathologicas, merece uma menção especial: é o kysto hydatico do cerebro.

No espaço de 25 annos, desde 1902 até 1927, o autor, estudou 38 casos de kystos hydaticos do cerebro, em crianças de differentes idades. Desses 38 casos, 30 pertencem ao hospital e 8 á sua clinica particular.

Todas estas crianças tinham habitado ou habitavam na campanha do Uruguay, considerando isto um elemento etiologico de maior importancia.

O sexo masculino foi mais preferido: 22 meninos para 16 meninas, concluindo que o kysto hydatico é mais frequente nos meninos, porque estão mais expostos, que as meninas, ás contaminações.

Não se encontra o kysto hydatico na primeira infancia e é excepcional abaixo de 5 annos.

Dos 38 casos, 24 foram operados; 18 no hospital pelo dr. Pena, com 16 mortes e 2 curas; 6 na cidade, todos mortos.

Dos 14 restantes, 10 morreram por diversas causas: enfermidades intercorrentes, ou, mesmo por causa do kysto. Ignorou o autor a evolução de 4; accredita, porém que tenham terminado fatalmente. Resumindo: sobre 38 casos, 36 mortes e 2 curas post-operatorias.

O autor relata que a idade infantil e por circunstancias não explicadas sufficientemente e offerece um terreno de predilecção, que, conforme as estatísticas, será de 1 para 7, com relação ao adulto.

Lembra que sobre 31 casos observados por Herrera Vegas e Cramwell, 27 pertencem a crianças.

Attribue-se a predilecção pela criança a uma susceptibilidade própria da idade,

dependendo de uma actividade particular da circulação encephalica e das condições favoraveis das circulações hepatica e pulmonar, para dar passo ao *scolese*, o que favoreceria a penetração nos centros nervosos dos elementos parasitarios e dos agentes infecciosos.

Diz o autor: Em nosso meio, na presença de um caso suspeito de tumor cerebral, pensamos immediatamente no kysto hydatico, sobretudo se se trata de uma criança que procede da campanha.

O autor, com grande documentação scientifica e experiencia profissional relata em multiplas considerações os casos clinicos estudados sob os mais variados aspectos, no que concerne á symptomatologia (cephalea, vomitos, convulsões, parestias, paralyrias, contracturas, alterações do equilibrio, phenomenos oculares, alterações da sensibilidade, alterações mentaes, alterações craneanas, manifestações confusas e associadas).

Depois do autor relatar com os minimos detalhes esta rica symptomatologia do kysto hydatico cerebral, afirmando não existir nenhum pathognomico, e, sem um syndrome de tumor cerebral com expressões clinicas muito variadas.

Para base do diagnostico, entra o autor, em considerações sobre a procedencia do doente, sobre o syndrome do tumor cerebral, alterações da motilidade, phenomenos oculares, amollecimento craneano, reacções de laboratorio, exame radiologico e finalmente no diagnostico differencial entra em considerações sobre a epilepsia, enxaqueca, encephalites, tumor cerebral, relação do estado anatomico com as manifestações funcçionaes e assim conclue:

O kysto hydatico do cerebro é uma enfermidade particularmente grave, porque sua cura expontanea é muito difficil, senão impossivel e porque sua evolução se faz de tal forma que, quando se chega ao diagnostico é quasi sempre muito tarde. Não tomamos em consideração alguns casos de regressão, que tem sido assignalados, e porque são muito discutidos. Devido a isto é que as estatísticas indicam uma mortalidade total ou quasi total, com intervenção cirurgica ou sem ella.

A punção racheana, que, as vezes, se emprega com um fim de diagnostico ou para determinar uma descompressão — não se deve fazer, senão com grande precauções, porque pode ser perigosa, como em todos os casos de tumor cerebral. Um dos nossos enfermos do hospital, falleceu pouco depois de uma punção intra-racheana.

O unico tratamento actual do kysto hydatico cerebral é a intervenção cirurgica. Não nos cabe descrever sua technica, nem fallar das particularidades operatorias, nem post-operatorias. Basta saber que, graças á operação, alguns doentes se curaram. Sobre 18 casos operados, o dr. Pena obteve 2 curas, mantidas cinco annos depois, no momento de ser apresentados a nossa Sociedade de Pediatria.

Este resultado, bastante pobre, porém estimulante de accôrdo com as circumstancias que conhecemos, permite esperar que uma intervenção praticada mais cedo ou em melhores condições, possa dar resultados favoraveis.

E' por isto que devemos esforçar-nos por descobrir o kysto hydatico do cerebro desde suas primeiras manifestações, tratando de fazer o diagnostico o mais precocemente possível, auxiliado por todos os meios de que dispomos, reconhecendo as difficuldades que existem para isso, não só por condições etiologicas particulares, senão também, e sobretudo, por circumstancias proprias á natureza da enfermidade.

F. Ygartua.

### Vaccinação com o B. C. G.

na „Cura“ da casa da criança (Montevideo)  
por Julio A. Bauzá (director) e Julio E. Moreau (chefe do Laboratorio de Dispensario Calmette)

Archivos Argentinos de Pediatria, anno 1, n.º 1, pag. 5, Abril de 1930.

Os A. A., em Maio de 1927, iniciaram na Cura da casa da criança de Montevideo, a vaccinação antituberculosa por via oval, conforme o methodo de Calmette, em crianças menores de 7 dias. Desde essa epoca até 1.º de Março de 1930, a vaccinação pelo bacillo biliado B. C. G. foi applicada em 272 crianças, sendo que 197 foram seguidas durante mais de um anno.

Os A. A. fazem longas considerações sobre a resistencia dos vaccinados e dos não vaccinados, estudam o B. C. G. pela via

subcutanea, a sua efficiencia, minocuidade, etc. e concluem:

Que applicaram a premunição por via oval, conforme o methodo de Calmette, durante um periodo de 3 annos, em 272 crianças, menores de 7 dias, pertencentes á Cura da casa da creança de Montevideo, sendo que 197, foram de perto acompanha-dos durante mais de um anno.

Nenhuma acção desfavoravel, que pudes-se ser motivada pela acção do B. C. G., pode ser demonstrada em nenhum caso.

A mortalidade por causas geraes neste grupo de crianças não foi influenciada pela vaccinação, sendo quasi identica á observação em um grupo quasi igual de crianças pertencentes aos 2 annos anteriores e não vaccinados.

Do estudo que os A. A. realisaram concluíram que a cuti-reacção, sobre os 60 casos em que foi estudada resultou positiva em 20%. Applicando a intradermo-reacção nos não vaccinantes ao Pirquet obtiveram 56,2% de casos positivos. Em total, sobre 60 casos, obtiveram 39 reacções positivas entre o primeiro e segundo anno de idade, o que representa 65%.

A circumstancia de observar-se uma elevada proporção de intradermoreacções positivas, ao caldo na mesma diluição que com a tuberculina, poderia tirar valor ás estatisticas que dão uma proporção extraordinariamente elevada de intradermo-reacções positivas.

Julgam que a vaccinação por via oval é inoffensiva, porém, não sufficientemente fiel, não possuindo um meio seguro que lhes permita reconhecer até que ponto ella é effizaz.

A revaccinação das creanças maiores de 1 anno, e a vaccinação das crianças maiores de 10 dias depois de comprovar a ausencia de infecção tuberculosa, deve praticar-se por via subcutanea e com dosis não maiores de  $\frac{1}{50}$  mgs. equivalentes a 800.000 bacillos approximadamente.

A juízo dos A. A. nada se oppõe a que as crianças que vivem n'um ambiente tuberculoso, ou n'um meio familiar de hygiene deficiente e se lhes applique a vaccinação por intermedio do B. C. G. sem deixar de aconselhar as medidas hygienicas correntes de prophylaxia antituberculosa pois, com os meios actnaes de investigação não é possível assegurar si a criança vacci-nada, obtem immuniidade em todos os casos, nem o tempo que durará o gráo de immuniidade que possa ter adquirido.

F. Ygartua.

### Zona e varicella.

Pelo Dr. Mario Olinto.

Archivos de Pediatría de Rio de Janeiro, anno II, fascicula 18, pag. 556, Março de 1930.

O autor lembre um caso de varicella n'um menino de 6 annos de idade, cuja mãe 15 dias antes teve uma erupção herpetiforme, muito dolorosa, com localisação no trajecto de um nervo da região sacro-lombar. A semelhança da erupção fez com que a mãe do pequeno chamasse aquelle clinico julgando a senhora que se tratasse de zona.

O autor recorda, não ser esta confusão predicado dos leigos porque ella existe tambem entre os medicos e os pesquisadores.

O autor em interessantes considerações sobre o zona e a varicella em resumo diz:

Achard distingue o herpes banal, que surge commumente em algumas doenças infecciosas, do herpes zoster como sendo affecções differentes. Lembra as dores neuralgicas que precedem, geralmente a erupção cutanea, constituida de vesiculas agrupadas em forma de cachos, contendo um liquido claro ou turvo e que se torna mais tarde purulento ou hemorrhagico. Lembra, tambem, que na criança as dores são leves ou mesmo podem não existir no quadro clinico.

O autor cita que Grüter ha quasi dois decenios chamou a attenção para o possivel parateseo do virus da vaccina com o do herpes zoster. Pelos estudos de Head e Campbell (1900) ficou demonstrado tratar-se de uma doença autonoma, infecciosa, cyclica e contagiosa, apparecendo em pequenas epidemias ou isoladamente.

O contagio se dá geralmente pelo contacto directo ou por intermedio de roupas contaminadas.

O virus parece ser da classe dos filtraveis e invade o organismo por via venosa. Inoculado no systema nervoso central produz encephalite.

Elle tem as mesmas propriedades do virus da raiva que com o da poliomyelete anterior aguda e o da encephalite lethargica formam, pelas affinidades a que obedecem entre si, as chamadas ectodermoses neurotropicas (Remlinger e Bailly).

O autor faz considerações sobre a varicella. O agente causador é desconhecido, mas provavelmente pertence, tambem á classe dos filtraveis. Faz commentarios sobre a inoculação do conteúdo das vesiculas.

Cita a opinião de Lesage: a varicella é a mais contagiosa das doenças exanthematicas; até pelo ar se pode adquiril-a.

Faz considerações sobre o zona e a varicella, dizendo: Já vemos que ambas as doenças são produzidas por germens, provavelmente filtraveis, que o periodo de incubação é identico em ambas; que o aspecto das vesiculas é semelhante, differendo apenas a maneira de distribuição. Ambas conferem immunnidade permanente e o que é mais interessante já se tem observado varicella transmittir zona e zona ser a causa de muitos casos de varicella.

Janos von Bokay, em 1888, foi quem chamou a attenção para o simultaneo apparecimento de casos de herpes zoster e varicella.

Ha 10 annos para cá a opinião de Bokay, tem preocupado os investigadores e uma centena de trabalhos tem surgido quer apoiando o professor hungaro, são os unicistas; quer fazendo-lhe serias contestações, são os dualistas. Entre os primeiros sobresahem pelo valor dos trabalhos Magda, Feer, Evoa, Backmeister, Lampe, A. Netter etc.

Continúa o autor: vejamos agora o que dizem os dualistas. Dita a opinião de Cozzeno, relatando um caso de uma criança de 8 annos de idade, com herpes zoster na região sacro-lombar. Puncionadas estas vesiculas foram vaccinados por escarificações 4 crianças. A inoculação permaneceu negativa: entretanto 16 e 18 dias depois do apparecimento do herpes na primeira criança, surgem respectivamente duas crianças com varicellas.

Kundratitz affirma ter conseguido immunnidade contra a varicella inoculando em pessoas que não a haviam tido o conteúdo das vesiculas do zona. O autor cita outras opiniões a este respeito e tira as seguintes conclusões:

1.º — Ainda é cedo para affirmar cathegoricamente a mesma identidade dos germens da varicella e do herpes zoster.

2.º — O isolamento do mesmo e a sua caracterisação seria o melhor meio de pôr termo á questão.

3.º — Parece que o responsavel pelas duas entidades morbidas pertence á classe dos virus filtraveis o que vem, no estudo actual da sciencia, difficultar o seu estudo.

4.º — Os casos observados de transmissão de varicella em zona e vice versa, e a identidade do periodo de incubação fallam a favor do unicismo imaginado por von Bokay.

F. Ygartua.

### A pleurisia purulenta na primeira infancia.

Por Mamerto Acuña

(cathedratico de clinica pediátrica de Buenos Ayres)  
e M. T. Vallino.

Archivos Argentinos de Pediatría, anno 1, n.º 1, pag.  
47, Abril de 1930.

Os autores apresentam um trabalho muito bem documentado. Reuniram 20 observações clinicas, devidas a complicações de broncho-pneumonias e pneumonias. O germe mais frequente foi o pneumococco, seguido em frequencia do estreptococco, o estaphylococco e associações microbianas.

Para fazer o diagnostico os autores empregaram os raios X, punção pleural e o exame clinico.

O prognostico é grave, pois as estatisticas deram até 80% de mortalidade no primeiro anno de vida. Para a extracção do pus realisaram processos cirurgicos e medicos.

Dos 20 casos estudados curaram 13, havendo 7,35% de mortalidade. Punções simples e vaccinothérapie, mortalidade 66 por cento; punções evacuadoras ou injecções modificadoras (azul de methyleno optoquinina) tratadas, 3; curadas 3. Punções, injecções intrapleuraes, sôro, optoquinina, resecção costal, tratados 5, curados 5. Pleurotomia com resecção costal immediata sem preparação previa, 9 casos; curados 4; fallecidos 5. Pleurotomia com resecção costal precoce e immediata, dá uma elevada porcentagem de mortalidade, superior aos processos medicos. A punção evacuadora com injecções intrapleuraes de optoquinina, dá resultados mais satisfactorios; e a pleurotomia com resecção costal, previa preparação da criança com injecções intrapleuraes de substancias modificadoras é muito superior em seus resultados á operação precoce do empiema. Logo a pleurotomia deferida, previa preparação da criança deram os melhores resultados.

Dizem os autores: A nossa conducta, em face de um caso de pleuresia purulenta, será, pois, conforme relatam no seu trabalho, tratar de curar por meios medicos, dando preferencia ás punções evacuadoras, seguidas de dosagens com solução de optoquinina a  $\frac{50}{100}$ , esperando, emquanto o estado geral, deduzido do exame clinico, nos revele melhoras; em caso contrario ou quando o pus se reproduz rapidamente,

faremos praticar a abertura da pleura; esta pleurotomia deferida, previa preparação do paciente, nos tem dado os melhores resultados, pelo que nos julgamos autorizados a recommendar este methodo na pleurisia purulenta da criança pequena.

F. Ygartua.

### Sobre a necrose central experimental dos lobulos hepaticos.

Por Fischler u. Hjaerre.

Zh. für Chir., 29 de Junho de 1929, pag. 1648.

Esta necrose central apparece principalmente em consequencia de narcose chloroformica ou de outras intoxicações, como pela tetrachloratana, sulfato de hydrazina, etc. bem como depois de fistulas de Eck. A chamada hemoglobinuria puerperal que se encontra em vaccas uma a tres semanas depois do parto tem excluida naturalmente qualquer causa exogena, ficando só a possibilidade de que a lesão seja produzida no figado pela acção damnificadora de albuminas provenientes da desintegração proteica no nivel do utero.

Os AA. experimentaram em coelhos e verificaram que nos animaes alimentados tendo o figado rico em glycogenio, nada sobrevinha, ao passo que quando o figado era pobre, seja em animaes esfomeados, seja quando tratados previamente pela phloridzina ou insulina, com facilidade encontrava-se a necrose. Esta apparece immediatamente quando os animaes são submettidos previamente a injecções paraenteraes de albumina de ovo. As mais fortes necroses são encontradas nos animaes que receberam estas injecções e foram submettidos á fome ou á intoxicação pela phloridzina.

Como conclusão de suas pesquisas acham os A. A. que a morte tardia depois de uso de chloroformio é produzida por uma serie de circumstancias que concorrem para o apparecimento de uma necrose lobular do figado, entre ellas representando importante papel a inundação albuminosa do figado e sua deficiencia em hydrato de carbono. A necrose se faz por antolyse á custa de fermentos proprios do figado. Como conclusão therapeutica aconselha o uso de sôro glicosado.

Guerra Blessmann.



**Incertezas de cholecystographies.**Por *W. Wordmann.*

Zb. für Chir., 29. Juni 1929, pag. 1660.

O A. refere-se a seis casos nos quaes faz duas vezes injeções de tetraiodo só conseguindo em uma vez em um caso vêr uma sombra vesicular normal. O apparecimento de uma sombra normal para este auctor depende de seis factores: 1) sufficiente concentração do meio de contraste no sangue; 2) da capacidade do figado para excretar o meio de contraste; 3) permeabilidade do choledoco e do cystico; 4) a capacidade da vesicula de se encher e de se esvaziar; 5) a capacidade da vesicula de concentrar o corante; 6) um funcionamento irreprehensivel do esphincter na extremidade do choledoco.

*Guerra Blessmann.***Uretra — Calculos ureteraes.**

Estudos sobre o ureter, tratamento conservador dos calculos ureteraes.

Pelo dr. *Lurz.*

(Univ. - Kl. Heidelberg, prof. Enderlen). — D. Z. für Chir. 211, B. 1/3, H. Agosto 1928.

Com anesthesia lombar, paravertebral e esplanchnica não é alterada a actividade do ureter. A psycaina quando injectada na luz do U. tambem não altera a sua actividade. A papaverina é activa: mais em applicações locais, menos per os ou em injeções hypodermicas. 2,5 cc. de uma solução de papaverina a 4 % no ureter provoca nitida atonia ureteral. O cateterismo de demora não produz resultados apreciaveis quanto aos calculos (Hirth).

Em dous annos, usando a papaverina em injeção intraureteral conseguiu o A. a salida espontanea de 70 á 74 % dos calculos.

*Guerra Blessmann.***Duodenite e ulcera duodenal.**Por *William L. A. Welbrock.*

Da clinica de Mayo, Ann. of Surg. Abril 1920, 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 eroção ou ulceração, duodenite chronica e duodenite ulcerada curada. Nas condições mais agudas encontram-se lymphocytos, polynucleares, plasma-zellen 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.

*Guerra Blessmann.***Obstrucção bronchica e complicações pulmonares postoperatorias.**Pol. N. *Coryllos.*

A ideia capital deste longo estudo (do *prof. de clin. cirurgica de Corneel, New York*), é que, em vista da estagnação das secreções bronchicas, ou exsudatos, na arvore bronchica, logo após uma intervenção cirurgica, pôde sobrevir uma oclusão bronchica e levar á atelectasia.

O tamanho da parte bronchica obstruida determinarã a distribuição anatomica da doenca: multilobar, lobar ou lobular.

O autor commenta as tres theorias desses affecções:

- 1) theoria diaphragmatica e muscular;
- 2) theoria bronchoconstrictora;
- 3) theoria do reflexo vasomotor.

Examina as semelhanças *clinicas, pathologicas e etiologicas* entre a

bronchite,  
atelectasia,  
pneumonia.

A possibilidade duma infecção secundaria da *atelectasia*, como o autor lembra, de *Etwyn*, „não resolve a questão; afasta-a. A questão é — *como acontece o collapsio do pulmão?*“

O autor parte d'ahi para orientar suas pesquisas e concluir que a *obstrucção é o inicio da pneumonia lobar ou lobular*, e talvez dos abcessos. E' pois o mucus estagnado que traz a infecção, porque a

defeza natural decahe, em razão das alterações da evaporação, expectorações, actividade do epithelio ciliar, e da mesma acção bactericida do mucus recente normal.

Dessa theoria vem a seguinte *technica*:

Immediatamente depois da operação, e qualquer que fosse a anesthesia empregada, o paciente respira uma mixtura contendo approximadamente 5 a 10 por cento do dioxido de carbono e oxygenio.

Logo após ás primeiras inhalações, a respiração augmenta em profundidade.

Bastam 4 a 5 minutos, cada 3 horas.

O autor indica a bronchoscopia, quando, havendo atelectasia, não ha siquer a reacção pela tosse, e a expectoração é nulla. Acha que issò pode ser um salva-vidas: *life saving procedure*.

*Martim Gomes.*

### Osteopathias no hyperparathyroidismo.

*Edward L. Compère.*

De Surgery, Gynecology and Obstetrics. Maio 1930.

Descreve o autor um caso de osteomalacia, no qual faz o diagnostico de tumor da parathyroide, e hyperparathyroidismo. Confirma-se o diagnostico pela operação. Uma segunda parathyroide foi incisada e achada normal.

Discute mais onze casos semelhantes a esse, da litteratura recente.

A melhora symptomatica foi verificada em seu caso, em consequencia da remoção do adenoma parathyroidiano.

Nos casos referidos após, a extirpação dos tumores dos glandulas parathyroides não deram uma cura completa.

Entretanto, a melhora symptomatica, a evidencia chimica do augmento na calcemia; e a prova, aos raios X, da densidade ossea augmentada, em poucos casos, durante um periodo post-operatorio bastante longo, são resultados que, segundo o autor, permitem indicar a intervenção em casos semelhantes, mórmente dado o facto do risco operatorio ser diminuto.

*Martim Gomes.*

### Diverticulites do colon.

*Fred. Rankin e Philip Brown*

(Rochester, The Mayo Clinice).

Concluem os autores que a diverticulite apparece em 17 por cento das diverticuloses,

e é quasi sempre chronica, e entre-cortada de reincidencias de aggravações.

A etiologia é obscura. Mas é provavel que as causas principaes sejam:

1) a constipação, 2) obesidade, 3) atonia.

Nos 227 casos da Clinica Mayo, houve 4 casos transformados em malignos.

O symptoma dominante é a *dôr*, em geral situada na porção esquerda do abdomen, e em baixo. Quasi sempre se lhe associa a constipação. A hemorragia não é commum na diverticulite. Tambem não é na diverticulose: sua presença levanta a suspeita de malignidade.

Como tratamento medico: expectação armada, repouso, lavagens sedativas (chlorreto de sodio etc.), oleos mineraes.

As complicações consistiram no *abscesso*, na *fistula*, e na *perforação*. Requerem a cirurgia. Mas a mortalidade é alta quando se faz a resecção em presença de inflamação diffusa. E', por isso, preferivel a operação em dois tempos, nessa eventualidade:

1.º drenagem,

2.º resecção e anastomose.

Muitas vezes a drenagem prolongada pela colostomia deu uma remissão tal (recession), nos symptomas, que a cura foi assegurada sem nova intervenção.

*Martim Gomes.*

### A theoria e a pratica do tratamento intra-uterino com o pó de carvão em gynecologia e obstetrica.

*Pelo dr. H. Nahnmacher,*

Mainz, Allemanha.

O autor empregou lapis de pó de carvão, de 3 a 5 centímetros de comprimento, 5 millímetros de grossura, fabricados por E. Merck, de Darmstadt. Muito friaveis, estes lapis se quebram antes de dar qualquer traumatismo.

Por meio de numerosos experiencias, ficou provado que o pó granulado de carvão, introduzido num meio contendo venenos, antes da acção toxica sobre os tecidos, evita a propagação do mal. Ha um *effeito prophylactico*, que evita muita affecção severa, e mesmo a morte.

H. N. emprega o carvão em

1.º — casos de aborto infectado, antes ou depois de esvasiado o utero segundo a condição da paciente;

2.º — em casos de metrite puerperal, não antes do 7.º dia de puerperio;

3.º) — como prophylactico, nas resecções cezarianas, depois da ruptura das membranas.

A technica exige uma asepsia rigorosa, e absoluta ausencia de traumatismos, durante a collocação dos tres lapis necessarios para encher o utero.

Verifica-se uma queda da temperatura, no dia seguinte, e desaparece o cheiro dos liquidos uterinos.

O autor estuda a acção therapeutica da injeccão intravenosa de pó de carvão fino, na tuberculose.

*Martim Gomes.*

### Complicações pulmonares e obstrucção bronchial

*Pelo P. N. Coryllos*

Surg. Gyn. and Obst. Maio de 1930.

Coryllos, num longo e magistral trabalho estuda as diversas theorias etio-pathogenicas das complicações pulmonares post-operatorias. Commenta as causas da atelectasia pulmonar nas suas hypotheses neuro-reflexas; a theoria diaphragmatica e muscular, a theoria vaso-constructora e, finalmente, a theoria vaso-motora, para chegar á conclusão que a unica causa determinante da molestia reside na obstrucção bronchial. Estuda, dentre os factores etiologicos principaes das diversas pneumonites, a aspiração de conteudos scepticos da bocca, congestão hypostatica, resfriados, pequenas embolias e retenção da secreção mucosa dos bronchios.

Coryllos considera esta atelectasia em suas differentes formas (multilobal, labol ou lobular) devido á bronchite pre- ou post-operatoria, sendo não sómente um prenuncio da pneumonia (p. ex) ou bronchopneumonia, mas sim como uma parte inicial e integral deste syndrama pulmonar. A gravidade depende do tempo da duração da obstrucção pulmonar e da especie e violencia dos microorganismos presentes (aerobios ou anaerobios) e d'ahi as diversas formas clinicas, benignas ou graves.

Estudando o tratamento, concluiu que a prophylaxia das complicações pulmonares post-operatorias deve visar, prevendo a formação do exudato mucoso e a diminuição da ventilação dos pulmões, especialmente dos lobulos inferiores.

Chega a este desideratum diminuindo a virulencia do pneumococco grupo 4 pela

asepsia e anti-sepsia previa da bocca, pharynge, dentes etc.; transferir uma operação na presença de simples resfriados. Chama a attenção para um outro agente therapeutico de grande valor, a inalação da mistura gaz carbonico e oxygeneo ou ar que age principalmente pela hyperventilação dos pulmões, augmentando as excurções respiratorias e, secundariamente, diminue o ionio hydrogenio dos exudatos (inhibindo a cultura do pneumococco); portanto a inalação desta mistura produz uma menor virulencia do germen e facilita a liquifacção e expulsão do exudato. Já se deixa ver que os meios curativos secundarios tambem deverão ser empregados, taes como posição do doente, atropina, tosse expulsiva (deitando o doente diversas vezes sobre o lado são), etc.

O auctor entra a seguir nos detalhes technicos da inalação da mistura gaz carbonico-oxygenio; usa simples balão de borracha; a mistura contem mais ou menos 5 ou 10 de gaz carb: e oxygenio; recorre á mascara ou sonda nasal; cada vez 3 a 5 minutos, cada 2 ou 3 horas, ao mesmo tempo, mudar-se-á a posição do doente, qualquer que tenha sido a gravidade do acto operatorio. Recorre egualmente, quando necessario á aspiração bronchoscopica do exudato.

*Ricardo A. Weber*

### Reflexões sobre os tratamentos actuaes da tuberculose pulmonar.

*Pelo dr. C. Lamaison (de Bayonne)*

Journal de Médecine de Bordeaux, no. 31, de 30 de Novembro de 1929.

Mais se considera o estado actual da phtisiologia e mais se é tocado pela extensão sempre crescente do seu dominio, pelo numero dos tuberculosos. O numero será maior que outrora? E' provavel. A guerra foi um factor de diffusão da molestia e, sobretudo, agora examinam-se completamente os doentes e precocemente, ajuntando-se á auscultação, a exploração radiologica e o laboratorio. Mais procuram-se os tuberculosos e mais se os encontra. Os resultados são comparaveis aos dos syphilligraphos. Dois factos novos: de um lado, os doentes se prestam mais facilmente aos exames medicos e d'outro lado, os medicos estão mais bem armados e mais treinados para esses exames. Quaes são os tratamentos actuaes para os tuberculosos? A velha noção

da *mudança de ar* continua a dar fé e com ella as curas de planície, de media e de grande altitude e a cura sanatorial. Isso constitue um poliatrío. Urbain Guinard procurou o que se deu com os doentes que passaram pelo sanatório de Bligny entre 1903 e 1913. Resultou que 63 % tinham morrido nos 5 annos que seguiram á sua admissão e 75 % no fim de 10 annos. Ora, isso é o que acontece aos tuberculosos que não realizam essas condições?

Os medicamentos falliram. O ultimo nascido, o sal de ouro, será logo abandonado. Numa menina com lesões discretas, bom estado geral, sem febre em que o pneumothorax foi contra-indicado, fez-se uma phrenicetomia e a conselho dum collega especialisado, fizeram-se injecções de sal de ouro (allochrysin). Desencadea-se um diarrhea tenaz, impossivel de se combater. A doente morreu 4 mezes depois. Das vaccinas e serum a lista é longa mas o balanço é breve. Ausencia de resultados tangiveis de tão pouco e com indicações tão restrictas que o medico termina por ignora-los. O autor, cita as palavras de dr. Troemé, de La Rochelle; que convencido de bons resultados do pneumothorax, aconselha a fazer precocemente o diagnostico clinico e radiologico de tuberculose pulmonar. O autor pensa que é preciso sobretudo pôr em evidencia a tuberculose pulmonar no inicio — a tuberculose incipiente de Ricou. E' preciso pensar sempre nos falsos tuberculosos (insufficiencia naso-pharyngéa). O exame clinico e auscultações repetidos devem ser acompanhados de radiographia — que não mostram tudo — e analyse de catarrho em serie. As analyses podem ser negativas e entretanto ha presumpção de tuberculose. E' a tuberculose sem bacillos apparente, a dos virus filtraveis.

O tratamento será a collapsotherapie porque ella domina, de hoje em diante, a questão de tratamento da tuberculose pulmonar. O primeiro processo a empregar deve ser o pneumothorax de Forlanini. O pneumothorax pôde dar muito. Os casos felizes ficam muito ignorados. Julga-se o methodo pelos insuccessos, que são numerosos. O autor é adversario de pneumo bilateral. E' um exercicio de trapezio therapeutico.

Ao lado do pneumothorax se colloca o oleothorax therapeutico cuja prioridade cabe a Bernois. Tres são os indicações: 1.º) derrames purulentos da pleura, secundarios ao pneumothorax, 2.º) as perfurações

pleuro pulmonares e o pneumothorax espontaneo aberto: resultados insufficientes; 3.º) a symphise precoce: é a melhor indicação. O oleo thorax é um methodo que pode ser um precioso complemento da collapsotherapie.

Quando o pneumothorax artificial for impossivel ou abandonado e que seja necessario agir ainda sobre o pulmão no sentido de colapso é preciso pensar na phrenicectomia. E' uma bella operaçãosinha, racional e judiciosa, sem perigo verdadeiro. E' preciso, ao menos theoreticamente que as lesões sejam lateraes. A séde das lesões (base ou apice) não tem importancia. E' preciso praticar não só a secção do nervo, mas a reseccão a mais extensa. Indicação: lesões ulcerosas graves, inactivas.

Na ordem de colapso pulmonar, a thoracoplastia é evidentemente ultima ratio. As suas indicações resultam das impossibilidades ou das insufficiencias do pneumothorax artificial e da phrenicectomia. Mas é uma operação grave, dolorosa, cruel. Exige 1) uma integridade absoluta do outro pulmão, 2) uma notavel resistencia geral, 3) circumstancias exteriores favoraveis de meio e duração.

Conclusões geraes.

1.º) A tuberculose pulmonar é uma doença muito espalhada, muito grave. E' a menos curavel das doenças, ao inverso do que dizia Gaucher.

2.º) A cura de ar é um palliativo, geralmente perigoso, no sentido de que ella pôde fazer perder um tempo precioso.

3.º) O tratamento deve ser a collapsotherapie precoce, isto é, no momento em que as lesões são unilateraes.

4.º) E' preciso sempre começar pelo pneumothorax, pois o colapso completo do pulmão continúa a forma ideal da therapeutica.

*Leonido Soares Machado.*

### **Embolia pulmonar.**

*Pelo S. Seneque.*

Journal de Chirurgie. T. XXXV n.º 4, Avril 1930

O A. refere, em analyse, os resultados de cinco casos de embolia pulmonar operados a Trendlenburg e Meyer, sendo tres de Nyström e dois de Crawford (Acta Chirurgica Scandinavia) - T. LXIV - Fasc. 1-2 pag. 110-121 e 172-183.

No primeiro caso de Nyström, a paciente, de 48 annos, apresentando a em-

bolia após a operação de hemorróidas, viveu trinta horas da operação executada por via transpleural; no segundo, mulher de 45 annos, occorrendo a embolia após a cholecystectomia e operada pela technica de Mayer - pericardotomia, reclinando o fundo de sacco pleural esquerdo - sobreviveu cinco horas; o terceiro, homem de 35 annos, com embolia no quinto dia de appendicectomia, operado tambem por via extrapleural, curou. Neste caso o A. empregou um aspirador especialmente construido para conseguir a retirada completa dos coagulos. Nos dois ultimos casos foi injectada adrenalina na aorta. Quanto á interrupção sanguinea foi de 60" no primeiro, 65" no segundo e 104" no doente que foi salvo.

Os casos de Crawford foram operados com successo integral. O primeiro se refere a uma paciente de 54 annos que apresentou a embolia 48 horas após uma pyelographia (apresentando, todavia em seu passado pathologico uma trombophlebite do membro inferior E.); operação por via extrapleural permitindo retirar do ramo direito e esquerdo coagulos de 13 centimetros de comprimento; injeção de 1,5 cc. de adrenalina a 1%, na aorta e ventriculo direito; estado de inconsciencia durante 6 horas; cura.

O segundo caso é de uma paciente de 52 annos submettida a uma hysterectomia sub-total por fibroma. Doze dias após se produz a embolia, sendo operada de immediato, sem anesthesia, estando a paciente fria e sem pulso. A operação permite retirar coagulos na extensão de 18 cm.; injeção de 3 cc. de solução de adrenalina na aorta e coração direito. O ventriculo direito recomeça a bater normalmente e a paciente recobra a consciencia, sendo necessarios 35 cc. de ether para anesthesia geral, afim de ultimar a intervenção. Em ambos os casos o exame radioscopico ulterior revelou ausencia de lesão cardiaca, vascular ou pulmonar salvo infiltração da base pulmonar direita, no primeiro caso.

Em face, pois, de tão suggestivos resultados não será temeridade afirmar que a cirurgia hodierna, em casos de tamanha gravidade, permite lograr a salvação de vidas que se extinguem, através de apurada technica magistral.

Paula Esteves.

### As provas da compatibilidade sanguinea na transfusão de sangue.

E. e F. Dorom.

Assistentes da Universidade de Gand (Belgica). Trabalho da clinica cirurgica de Gand (Prof. F. de Beule). Journal de chirurgie T. XXXV No. 4, Avril 1930.

Os A. se propoem a chamar a attenção do pratico sobre as precauções exigiveis, quanto á escolha de um doador apropriado.

Após referencias ás pesquisas de Lansteiner, Sturli, von Decastello, Jansky e Moss, entram na apreciação das provas biologica e hematologica. A primeira, em opinião unanime, é insufficiente perse, como elemento que permita a pratica da transfusão. E' de valor relativo a escolha de um parente proximo do doente, pois já aconteceu, mais de uma vez, serem examinados 4 a 5 membros de uma familia, sem encontrar doador aceitavel.

E' facto demonstrado hoje que os accidentes da transfusão não são por vezes immediatos, podendo surgir 30 minutos após a pratica da mesma.

Apreciando a prova hematologica affirmam-no os A. que a prova directa constitue o methodo de escolha, bastando que o sôro do receptor não agglutine os globulos vermelhos do doador, para que se permita a transfusão. Ha duas technicas aconselháveis pela rapidez de obtenção do sôro e pelos resultados fornecidos. A de Weil: colher sangue do doente em um provete contendo um cc. de soluto de citrato de sodio a 5%; ao cabo de 10 minuto a sedimentação globular permite obter algumas gotas de sôro para o exame; a de Numberger „das tres gotas“: misturar uma gota de soluto de citrato de sodio a 10% a uma gota de sangue total do receptor e do doador. Em caso de agglutinação a transfusão poderá ser perigosa.

A prova hematalogica indirecta de Beth-Vincent é baseada sobre a determinação dos grupos sanguineos, sendo bastante ter á disposição sôros testemunhos dos grupos II e III.

Ha, no emtanto, duas causas de erro que convem salientar: *modificação* importante de suas propriedades agglutinantes (Weil e Lamy) e o *desapparecimento* do poder agglutinante dos sôros testemunhos. Poder-se-ia ainda preferir a difficuldade de leitura da prova, no que tange á differenciação de uma pseudo agglutinação de uma verdadeira agglutinação.

Como elemento de elucidação e comprovação os A. se referem a Forsman, que relatou um caso de morte por incompatibilidade sanguínea, após a transfusão. Neste caso, a prova de Beth-Vincent catalogara doador e receptor no grupo IV, e a verificação *post-mortem* com outras amostras mostrou que o doador pertence ao grupo II.

A observação dos A. é muito interessante. Tratava-se de uma doente que devia se submeter a uma operação sobre as vias digestivas e na qual foi feita uma transfusão preoperatoria. A prova indirecta (Beth-Vincent) classificou o doador (marido da doente) e o receptor no grupo IV. É feita a transfusão com a seringa de Bécard. Decorrida meia hora, já no leito a doente, surgem phenomenos graves de incompatibilidade, só melhorando, a paciente de sorte a ser considerada fóra de perigo pelo dia seguinte.

Estudados, então, experimentalmente os sôros testemunhos empregados, no proprio laboratorio que os fornecera (Bruneau), chegou-se á conclusão que taes sôros testemunhos tinham perdido o seu valor, o que foi plenamente comprovado, em face de resultados disparatados, á luz fornecidos pela prova directa.

Como conclusão de grande valor na pratica corrente: desde que não seja possível o emprego de sôros testemunhos (II e III) rigorosamente frescos, a prova indirecta poderá ser sempre substituída pela directa. Desta sorte, evitar-se-ão surpresas desagradáveis que poderão empenhar o grande valor therapeutico da transfusão de sangue.

*Paula Esteves.*

#### A proposito de um caso de é pendymite serosa.

*G. Tisserand e A. Gallois - D. Bezançon.*  
Lyon Chirurgicale, T. XXVII n.º 2, Mars, Avril 1930.

É de todo interessante resumir a observação apresentada pelos A. não só por se tratar de affecção bastante rara, como principalmente pelo resultado colhido com a thrapentica operatoria.

A 20 de Outubro de 1928 é chamado o Dr. Juilliard (de Rioz) para attender a uma criança de seis annos de idade, com perturbações meningeas; vomitos, constipação rebelde, cephaléa intensa, esboço

de Kernig, rigidez da nuca, D-38°. Institue-se therapeutica symptomatica e decide-se o Dr. Juilliard a praticar no dia seguinte pela manhã, a punção lombar; mas com surpresa os accidentes meningeos se amainaram consideravelmente, permitindo pensar em origem verminosa e prescrever santonina e calomelanos. A exoneração intestinal não elimina parasitos. Nos dias seguintes a cura se intégra. Ao cabo porém de 10 dias, ha reiteração da syndrome meningeia, a que se aliam signaes cerebellosos: asynergia, marcha ebria (zig-zag). A punção lombar fornece 15 cc. de liquido claro, em jacto. Uma segunda punção, não obstante a precedente, regista ao manometro de Claude, tensão de 35; liquido francamente albuminoso (2,5 gr.), sem elemento cellular.

Ao dia seguinte, sem prodromos, cegueira absoluta, que não é modificada por nova punção.

Internado na clinica Clermont, é operada por Tisserand que pratica a trepanação descrompressiva na região temporo-parietal esquerda. A criança recobra a visão ao cabo de 3 dias e deixa a clinica, a 17 de Novembro, completamente restabelecida. A cura se mantém 16 mezes após. No caso, o diagnostico se impoz e o resultado da interveção o confirmou.

É uma fórma reduzida de inflamação meningo-ependymaria, de tão longuinquo carácter infeccioso que se alvitra antes um mecanismo angioneurotico, através de origem antes toxica que propriamente microbiana. Como elementos de diagnostico tornam-se apreciáveis: a) phenomenos geraes da syndrome meningeia; b) hypertensão manometrica á punção lombar; c) estase papillar; d) aspecto normal do liquido sempre amicrobiano; hyperalbuminose, por vezes lymphocytose. A estase papillar consoante a opinião de Terrien só se differencia da produzida pelos tumores cerebraes por caracteres secundarios - „edema sobre tudo juxta-papillar, avançando para cima e para baixo ao longo dos vasos, sobre toda a retina peripapillar até a macula“.

Na differenciação diagnostica ha que pensar na reacção meningeia de origem parasitaria, parecendo aos A. que a administração de antihelminticos bastará para eliminar esse diagnostico. O evoluer por surtos successivos, a ausencia habitual de febre, os caracteres do liquido permitirão afastar o diagnostico de meningite tuberculosa ou especifica. A possibilidade de

abcesso torpido do cerebro bastará a ausencia de traumatismo, supurações pulmonares, otiticas, etc., a par das reacções differentes do liquido. Filigrana diagnostica se estabelece porém com o glima de marcha rapida maximé na sua variedade de „glioma amaurotico“, appellando-se para a marcha regularmente progressiva do glioma, em contraste com os surtos successivos da ependymite. Em face porém, de signaes cerebellosos, como no caso citado, o diagnostico differencial com um glioma do cerebello ou ponto cerebellar é quasi impraticavel.

A fallencia da therapeutica medica e os resultados por vezes brilhantes do acto cirurgico, si bem que puramente symptomatico, estabelecem a indicação primacial da trepanação descompressiva, considerada até de urgencia, quanto á amblyopia por estase.

*Paula Esteves.*

## **Surgery, Gynecology and obstetrics.**

### **A redistribuição da respiração após a paralysis do diaphragma.**

*Jerome R. Head.*

(Do „Surg. Research Laboratory“, Univ. of Illinois).

O exame de varios casos mostra que a paralysis do hemidiaphragma é sobretudo compensada por um augmento da respiração costal do lado homolateral e assim por uma maior expansão, transversa e antero-posterior, do pulmão homolateral.

As observações mencionadas no trabalho mostram que „esta redistribuição pode ser alterada por varios factores pathologicos; isto offerceria uma explicação do „resultado variavel“ que se segue á operação da *phrenico-exerese*, no tratamento da tuberculose pulmonar.

Tambem suggere, por isso, novas indicações e contra-indicações á operação, e á redistribuição da respiração. Essas indicações são assim resumidas:

1) — A operação deve convir mais á cura das lesões da base pulmonar.

2) — Quando usada em casos de lesão dos apices, deve-se esperar o melhor resultado, desde que a fibrosis do pulmão previne o augmento na excursão costal. Fora disso, é de esperar máu resultado.

3) — Havendo adhérencias entre o diaphragma e a parede thoraxica ou derrame abaixando a abóbada, a operação dará um

grande augmento na respiração do pulmão homolateral, e nesses casos pode-se anticipar os peores resultados.

4) — Na tuberculose unilateral, processos accessorios devem-se empregar para auxiliar a limitação dos movimentos respiratorios, quando a operação é empregada.

*Martim Gomes.*

(Do mesmo n.º da Surg., Gynecology and obstetrics.)

### **Hepathite subordinavel á cholecystite chronica.**

*Harry Köster, M. A. Goldzieher, W. S. Collens*  
(Crown Heights Hospital).

Muitos cholecystectomizados continuam soffrendo. Os symptomas residuaes não se explicariam por um estado neurotico, senectude, nem lesões cardiovasculares. Ha-de haver outras causas. Examinaram-se 27 casos. Só em 2 destes casos não havia signaes histologicos de lesão hepatica, e inflammação da vesicula. Um, desses dois, mostrava clara infiltração lipoide da submucosa (strawberry gall blader), mas nada havia de inflammação. O outro foi operado sob o diagnostico de cholecystite, mas a vesicula estava histologicamente san, e o doente apresentou uma ulcera peptica do pylorio.

Em resumo: ha lesões hepaticas que acompanham a cholecystite; estas lesões são de hepatite chronica; estas predominam no tecido periportal.

Ha varias razões que fazem pensar que a hepatite é secundaria, e a cholecystite a sua causa: é difficil acceitar a drenagem lymphatica, como quer Graham, sahindo do figado para o cholecysto. Ao contrario, a absorpção dagna, na vesicula (Rous e McMaster), confere a infecção biliar a possibilidade da precedencia morbida. Além a distribuição anatomica das lesões, e dos lymphaticos.

*Martim Gomes.*

(Do mesmo n.º da Surg., Gynecology and obstetrics.)

### **A anemia „physiologica“ da gravidez.**

*P. Brooke Bland, L. Goldstein, and A. First*  
(Jefferson Medical College Hospital). Philadelphia.

Além da anemia *physiologica*, descoberta em 1836, por Nasse, eventualmente podem sobrevir, no estado gravidico, dois

outros typos de anemia: 1) o *typo pernicioso*, descripto por Channing, em 1842; e, 2) a severa *anemia hemolytica*, disentida por Rowland, Allan e outros.

a) Em mil pacientes examinadas em varios periodos da gestação, 47,4 por cento deram anemia, com uma contagem de erythrocytos de 3,5 milhões e outros.

b) Uma clara hemoglobinemia de 70 por cento, ou menos, occorreu em 58,6 por cento das gravidias em observação.

c) Só 24,7 por cento deram moderada ou severa anemia nos dois primeiros trimestres, ao passo que no terceiro trimestre a porcentagem foi de 56,7.

d) Melhora accentuada veio em 7 a 10 dias do post-partum, em 72,6 por cento de 106 anemicas.

e) Em 2 a 6 mezes, após o parto, houve uma nitida melhora em 92 por cento de 100 examinadas. Em 95 por cento dessas houve tambem accentuada melhora na hemoglobinemia.

*Martim Gomes.*

(Do mesmo n.º da Surg., Gynecology and obstetrics.)

### Ulceras da perna.

*H. O. McPheeters.*

Min. Minnesota.

Na discussão do *diagnostico deferencial*, devemos considerar as ulceras varicosa, syphilitica, tuberculosa, maligna, e outras mais raras, como a actinomycosica.

I *Ulceras Varicosa* E' a mais commum. Tem todos os tamanhos, formas e condições. Associa-se-lhe em geral uma area de reacção inflammatoria, que pode espalhar-se por varias pollegadas para além da ulceração aberta. E' cousa accerta que as veias varicosas, dilatadas, com a onda de refluxo, e a consequente congestão, constituem a causa do mal. Estas varizes quasi sempre podem ser encontradas junto da area ulcerada. A's vezes a veia vac ter directamente dentro ou em baixo da ulcera. Neste caso o diagnostico é positivo.

II. A *ulcera syphilitica* é de bordos em geral destacados, e talhados, cortados, nitidos. E' mais profunda que as outras. Base vermelha escurecida, granulada. O serum que transuda não têm aspecto de puz. Aspecto variavel. Historia e R. Wass. positivos.

III. A *ulcera tuberculosa*, é rara na perna. Bordos indefinidos, em geral. As-

pecto cinzento, de exudato, ás vezes. Em geral secundaria, a outra localisação tuberculosa

IV. A *ulcera maligna*, rara nesta região, nunca produz a zona de inflammação da ulcera varicosa. Só por coincidência viria com varizes, e da cura destas não lhe vem nehuma melhora. Nada de R. W., nada de tuberculose; deve-se fazer uma biopsia.

V. A *ulcera trophica*, geralmente pode ser diagnosticada pela consideração da historia clinica do caso.

VI. A *ulcera actinomycosica* é uma abertura de um modelo, que expõe uma base necrotica, onde se notam granulações amarelladas. Rarissima. Deve-se suspeitar actinomycose nos casos de grande rebeldia a todo tratamento. E' preciso curetar o fundo, e requisitar o exame.

### TRATAMENTO

Nunca é satisfactorio.

O de Unna é o melhor apparelho. Inumeros tratamentos têm sidos empregados. Quando é a veia a principal causa, a injeção esclerosante é o melhor tratamento. Usa o seguinte methodo, sendo que o essencial é injectar bem dentro da veia, (usa o salicylato a 30 ou 40 por cento, quando não ache resultado com o sal a 20 %):

1. Injectar e esclerosar toda veia que é achada.
2. Applicar localmente o nitrato de prata, numa concentração de accordo com o typo da granulação.
3. Cortar um disco de esponja de borracha, das de banho, que possa ser 1 cent. maior que a ulcera.
4. Cobrir a ulcera com gaze.
5. Applicar sobre a ulcera a esponja de borracha.
6. Cobrir tudo com duas camadas de algodão.
7. Apparelho elastico, com algodão, na perna.
8. Mudar cada 2 ou 3 dias.
9. Continuar a pressão com a esponja de borracha até fechar a ulcera.
10. Em certos casos, empregar o enxerto cutaneo, para andar mais depressa. Isto só depois de curar as varizes, e tratar a ulcera.
11. Em todos os casos, logo depois da cura, empregar o apparelho de Unna. E isto ainda é mais essencial quando houve necessidade de recorrer ao enxerto. Mudar esse apparelho uma ou duas vezes por mez.

*Martim Gomes.*





*Prof. Martin Gomes*

## Córtes . . . na pelle.

*Prof. Martin Gomes.*

Este, quando nasceu, não chorou: olhou o mundo com uma cara interrogativa e com essa cara ficou até hoje.

Quem lhe quizesse pespegar nas costas o velho brocardo que ensina aos de vista curta que pelo dedo se conhece o gigante, teria de arriar a mochila, pois nunca tão bem assentou num individuo aquelle outro, mais avisado, que lá dizia: as apparencias enganam.

E aqui enganam redondamente. Observando o homem, tem-se a impressão perfeita de estar deante de uma oleographia. Não ha mais nitida symbolisação do inexpressivo. Nem a mais leve revelação de vida na mascara. Todo elle é de uma frialdade extrema.

Tudo isso, porem, é por fóra, na casca. Lá dentro ha uma vibração intensa. Vibração de intelligencia a forjar, na bigorna de uma cultura massica, trabalhos notaveis que já transpuzeram, aureolados de brilho, as nossas fronteiras. Aquella exteriorisação de impassibilidade sente, lá dentro, a fascinação da belleza como a lua, na sua frigidez marmorea, sente a fascinação de uma onda verde.

Anda agora a divagar nos paramos dos sonhos. Não cuidem, porém, os malabaristas do jogo do bicho, que elle lhes dará palpites. O sonho d'elle é uma revelação da realidade.

De resto, como neurologista preclaro e como cirurgião de escol, poucos, como elle, sabem penetrar . . . nas entranhas do proximo.

Para a pedra da sua cova ja foi lavrado o seguinte epitaphio:

Ao transpôr esta mansão  
onde as entradas são francas  
trazia todo o caixão  
coberto . . . de flôres brancas.

*Mario.*

# O ARCHIVO MEDICO

Jornal official da Sociedade de Medicina de Porto Alegre;  
orgão das publicações da Directoria de Hygiene do Estado.

Toda correspondencia deverá ser dirigida ao Dr. Argemiro Galvão, C. P. 442, ou á rua Vigário José Ignacio 114, sala no. 3.  
A responsabilidade dos conceitos emitidos nos artigos de collaboração cabe exclusivamente ao seus signatarios. Nada será publicado sem conter a assignatura do autor por extenso.

## EDITORIAES

### Novos trabalhos a sahirem n' O Archivo Medico.

O prof. Gonçalves Carneiro prepara-nos um relatorio referente ás contribuições suas, pessoasas, e ás do prof. Olinto, sobre paralyisias na infancia.

O prof. Moysés documentará interessantes curas pelo radio.

O dr. Vicente Dutra, da estancia de aguas do Irahý, contribuirá com suas observações all.

Os prof. de Clinicas da Faculdade, que pretendem orientar todas as theses dos doutorandos de 931 para dentro das questões relativas ao *figado*, e *vias biliares*, sobre isso começarão a organizar desde já um verdadeiro *Symposium*, de trabalhos enfeixados dentro desse objectivo.

Assim, neste anno, já ouve um começo de organização de theses em torno do *duodeno*, e o trabalho sobre *choleduo-denographia*, que se vê neste n.º, já é uma transição entre os dois annos.

Muito ha que esperar da organização dos trabalhos na 4.ª Secção, dado o inicio aqui verificado.

Para a 2.ª Secção, tem havido a difficuldade em encontrar um estenographo efficiente, para as sessões da *Sociedade de Medicina*. O apannado feito pelo respectivo secretario será, por ora, a salvação de muito facto clinico de valor, si o dr. Hugo Pinto Ribeiro, e o prof. Annes Dias tiverem tempo para isso.

O prof. Mario Totta dirigirá varias contribuições dentro da hygiene e da obstetricia, além da sua secção humoristica de perfis, que elle fará sempre para regalo de todos menos da victima do dia, até que alguém lhe faça o seu, entre um forepex e uma lyra.

Os prof.º Aurelio Py, Fabio Barros, Raul de Bittencourt, bem como os demais prof.º estão trabalhando.

A directoria de hygiene contribuirá com os seus trabalhos, na maioria applicados ao Estado.

A 3.ª Secção é franqueada a todo trabalho que vise o bem publico, especialmente de educadores, inclusive as senhoras professoras publicas.

O dr. Belisario Penna nella revelará o seu apoio

*Avisa-se, entretanto, que os da commissão combinámos evitar qualquer elogio atrado a pessoas vivas, e simplesmente adjectivados, isso por*

*pura sobriedade e ordem dos trabalhos. Recebem-se com alegria os elogios que adherem a factos documentados, e consistem na impressão boa ou excellente que não são formulados pelo articulista, mas registrados por elle como facto consumado.*

Nada se publicará, tambem, que não traga a assignatura por extenso.

Não faço, aqui, appellos a ninguem, nem mesmo aos que uma rixa pessoal incompatibilizou em face dos interesses superiores da comunidade.

Mas não deserele da contribuição indigesta delles. Espero-a

Publica-se, entretanto, a lista incompleta dos jornaes de medicina que, esperamos, serão revisados pelos collegas que estão emfrente dellas, como, aliás, para confusão da deserença, começa de acontecer desde já...

Além disso, dentro em breve, a *commissão da revista* estará reintegrada nos seus quatro membros, com a volta de Raul Moreira, que está para a europa, e a libertação de Guerra Blessmann, que vinha manietado aos trabalhos de inauguração do *Hospital São Francisco*.

Então já não seremos só dois os que trabalhamos mais directamente.

E' de suppor que o dr. Pedro Vergara nos dá alguma collaboração, dentro da *Medicina Social*, e da *psychologia*.

Eu mesmo tenciono apreciar, á luz da observação, o valor de alguns conceitos com que me interessou o alludido dr. Pedro Vergara. Será no segundo numero.

MARTIN GOMES

### A capa de nossa Revista.

No fundo, aprecia-se um aspecto das ruinas de S. Miguel a existentes no nosso Estado, num dos territorios das antigas Missões.

Taes ruinas marcam uma phase afastada da nossa civilização, mas plenamente assignalada pela energia do homem, e pela grandeza do seu espirito civilizador.

Assim, tambem muitos factos assignalaram na medicina épocas afastadas do conceito scientifico actual, mas que tambem deixaram entrever no imprisimo d'então algumas das verdades de hoje.

Evocando um periodo da nossa historia e um rastro de arte, na hora presente, não sym-

bolisando o surgir de um novo jornal — O ARCHIVO MEDICO — sobre as ruínas do jornal científico Røtgrandense, na primeira pagina de nossa Revista, sobre o symbolo de progresso de uma época, fazemos repousar a esperança de uma resolução sadia.

Do exemplo do passado, alliamos a tenacidade reformadora do presente.

Veneendo a indiferença de alguns, o pessimismo de muitos, avançaremos sempre na esperança de melhorar e, assim tambem melhor, mais fortes, nos apresentarmos aos olhos do mundo scientifico ou á critica elevada, aquella que sonstróe e não é caçada no egoísmo dos homens.

*Argymiro Galvão.*

## O chloral nas affecções cardio-vasculares.

Segundo Martinet (Energetique Clinique) a maioria dos tratados classicos, sem precisar a razão de ser, consideram a verificação de uma lesão cardio vascular como uma contra-indicação formal ao uso do chloral. Ainda, diz o mesmo autor, esta proposição transmittiu-se de autor a autor e muito contribuiu para privar a therapeutica circulatória de uma substancia efficazmente hypotensiva, mais efficaz e muito mais inofensiva que os derivados nitrados cujo conceito pharmacologico é tão injustificado.

Faz apreciações em torno deste thema e salienta que, quando se compulsa a litteratura medica consagrada á acção do chloral sobre o coração e os vasos, nota-se ser ella exclusivamente baseada em experiencias praticadas em animans: rãs, coelhos, cães, relacionando-se a maior parte de taes experimentos á observação dos factos apreciados quando da injeção de doses toxicas.

Sobremodo impressionante é o seguinte periodo e que se lê no livro acima citado: „E. Labbé, Artoing, surtout, cités par Pouchet, ont publié á ce sujet des protocoles d'expérience, des courbes respiratoires et esphygmomanométriques vraiment impressionantes; la mort se produit par arrét progressif de la respiration et du coeur. Mais ces expériences n'ont que des rapports très éloignés avec les conditions de l'observation clinique.“

Entre as suas considerações, Martinet exhibe a phrase de Stokvis *“on a beaucoup redouté l'action du chloral sur le coeur“* e acrescenta que *como para o chloroformio, tem-se exaggerado muito o perigo.* Entre outras considerações, salienta a ausencia de qualquer menção relativamente ás lesões encontradas no coração, nos casos de autopsias realizadas em individuos que succumbiram em chloralismo agudo, parecendo então que, no que concerne, á intoxicação aguda, a alteração do myocardio não parece gozar sinão um papel secundario.

Por ultimo allude, entre outros factos, a extraordinaria resistencia de certos individuos, taes os atingidos pelo tetano e relata a classica observação d'Oré, citado por Pouchet, referente a um doente que recebeu nos tres primeiros dias, 30 grammas de chloral em injeção

intravenosa (10 grammas por dia); os dois dias seguintes, 28 grammas de chloral por via oral (14 grammas por dia) e que curou-se do tetano sem ter apresentado accidentes cardio-vasculares. Reforçando esta ultima citação, refere a observação de Nigay que teve occasião de tratar o tetano e confirmar este ultimo facto. Nigay, durante varios dias, administrou a muitos tetanicos a dose quotidiana e enorme de 28 grammas de chloral e não observou nenhum accidente circulatorio.

A leitura desta serie de considerações e expensas pelo grande clinico francez, levou-nos igualmente a fazer outro conjuncto de apreciações.

A experimentação bem conduzida assignala factos que, sem contradita, correm em auxilio da clinica. O transportar dos factos colhidos na meza do laboratorio, deve ser feito com as devidas reservas e sobretudo após analyse e conclusão segura. Outro tanto a dizer, respeito á critica por vezes somente amparada no raciocinio ou na observação superficial de determinados phenomenos colhidos no terreno da clinica. Neste particuliar, no que pese a opinião do grande clinico já desaparecido, entendamos terem sido, em parte, erroneas as suas conclusões e em grande parte distadadas pela observação intelligente, mas distanciada dos factos emanados do estudo pharmacodynamica ou experimental. Temos referentemente á acção do chloral sobre o aparelho cardio-vascular, não só o apreciar dos factos laboratoriales, como tambem aquelles que nos são fornecidos pela clinica.

Attentamos um instante para o que nos ensina a pharmacodynamica do chloral. A acção hypnotica do chloral é a mais saliente e importante. Porém, a acção que acabamos de referir varia, como aliás se observa em todo o medicamento, com a qualidade do individuo que reage a cada substancia medicamentosa. Justamente por não se levar em conta tal particularidade, é que, como diz Pouchet, certos autores negaram ao chloral o seu poder hypnotico, uma vez que não se o empregue em doses exaggeradas, isto é, capazes de provocarem disturbios.

A analyse dos factos experimentaes não deixa duvida sobre a acção electiva do chloral sobre o systema nervoso central. Si focarmos particularmente a acção do chloral sobre o aparelho cardíaco, veremos que, quando presente no meio interior, elle actuará como um excitante energico e, em determinadas circumstancias, poderá produzir uma parada subita por simples acção de contacto sobre os ganglios auto-motores ou ainda em consequencia de um reflexo provocado por intermedio do bulbo. Tal parada, ainda, pôde ser interpretada pela excitação á origem dos nervos accessorios no centro bulbo espinhal, o que corresponderia aos factos physiologicos apreciados quando da excitação faradica dos vagos. A acção irritante, inhibitora, exercida sobre o proprio myocardio, a acção vaso dilatadora ou mesmo o gráo de parálisis dos vasos periphericos, seriam outros tantos factores a invocar para a explicação do enfraquecimento das contrações cardíacas.

A observação dos phenomenos por nós colhidos na meza do laboratorio, autoriza-nos

a dizer que, a acção violenta do chloral sobre o coração nunca será só apreciada quando do emprego de doses toxicas. Temos apreciado, em trabalhos experimentaes, que a sua acção sobre o coração se faz sentir, com apreciavel intensidade, mesmo quando do emprego de doses moderadas.

O estudo bem condicionado da acção do chloral sobre o aparelho cardio vascular, parece-nos conduzir a observador a aceitar o conceito de Pouchet: „*Sur le coeur et la circulation, le chloral agit d'une façon toute particulière et intense; et, en définitive il constitue un véritable poison du coeur.*“

Um exame retrospectivo de tudo quanto acima dissemos, parece conduzir o leitor a por em duvida as palavras inicialmente citadas, respeito ao optimismo da Martinet.

Travando maior conflicto, e isto sob o ponto de vista clinico, temos as seguintes considerações de Martinet: „*Le chloral, correctement administré-nous entendons par là à doses convenables et dans des cas convenables: est un des médicaments cardio-vasculaires les plus recommandables qui soient, car il jouit de cette propriété élective d'être un inhibiteur du centre vaso-constricteur, de déterminer en conséquence une vaso-dilatation générale souvent si précieuse, comme chacun sait.*“

O apreciar de todos os phenomenos salientados pela experimentação e mais aquelles revelados pela clinica, (casos de tetano intoxicação pela estrechnina) tudo, em ultima analyse, leva-nos à seguinte conclusão: Dada a acção particularmente electiva do chloral sobre o systema nervoso, dada a sua acção secundaria sobre o aparelho cardiaco, acção como sabemos neuro-muscular, o seu emprego nas affecções cardio vasculares será sobretudo muito limitado.

Os factos clinicos salientados por Martinet encontram sua plena justificação. Temos, no caso, a considerar as condições especiais de resistencia do systema nervoso central e impostas pela toxina tetanica. Tal particularidade allás já se acha ha muito prevista na tabella de Nothnagel e Rossbach, em cujo estudo se vê a capacidade de resistencia à acção do chloral, quando se trata de sua administração a individuos em que o systema nervoso apresenta-se em condições especiais (oleoclasias, loucos.)

Parece pois não ser erroneo aceitar com reservas as considerações de Martinet.

Tas reservas ainda mais se impõem, quando se vê como fecho de suas considerações o seguinte:

„On voit, en conséquence, quel agent cardiologique précieux peut constituer le chloral. On en peut condenser comme suit les indications: *érbisme neuro-cardio-vasculaire avec insomnie, hypertension, oligurie.*“

Les contre-indications sont inverses: *asthénie neuro-cardio-vasculaire, hypotension, somnolence, qu'il y ait ou non oligurie.*

Terminando, será permittido registrar o significativo facto de, inicialmente, parecer, segundo o autor em apreço, estar o chloral destinado a uma tão importante acção na esphera da therapeutica cardio vascular e, finalmente,

como acabamos de ver, acabar guardando quasi o mesmo lugar, isto é, ficar reservado a seu emprego áquelles casos em que as condições particulares de resistencia do systema nervoso permittam empregar-o sem maiores receios, e isto mesmo, com pleno conhecimento de sua acção electiva sobre o systema nervoso central e secundaria sobre o coração. Nesta, o melhor argumento a invocar será a curva esphygmographica e caracterizada no accentuadissimo afastamento entre os tempos systolico e diastolico.

Argymiro Galvão

## O Archivo Medico.

Surge hoje o primeiro numero d'O Archivo Medico.

Conforme ficou assignalado no numero de Maio dos Archivos Rio Grandenses de Medicina, trata-se do mesmo jornal e orgão official da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, e hoje tambem das publicações dos trabalhos da Directoria de Hygiene de nosso Estado.

Com a sua finalidade plenamente attingida, rotulado apenas com outro titulo, a simples leitura do presente numero deixa plenamente perceber a sua radical transformação.

Durante cerca de cinco annos, como já dissemos em outro editorial, quasi só emparamos a vida do nosso unico jornal scientifico de publicação mensal.

Hoje, o Orgão Official da Sociedade de Medicina de Porto Alegre sente-se fortemente amparado pelo nosso corpo medico. As suas quatro secções dizem bem do seu programma, ainda em breve a ser ampliado com uma secção de correspondencia da medicina no estrangeiro.

Do apresentarmos o primeiro numero d'O Archivo Medico, esperamos ver coroada de absoluto successo a nova phase do jornal da nossa Sociedade de Medicina.

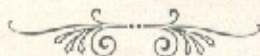
Nelle, conforma se lê no editorial de Martin Gomes, só serão publicados os trabalhos que contemham a assignatura do respectivo autor por extenso.

O seu programma é grande e elle aspira ser um dos melhores jornaes medicos do nosso paiz

Nelle tudo será ventilado de accordo com o seu programma, salvo, conforme tambem assignalou Martin Gomes, o elogio dos vivos.

Entregando O ARCHIVO MEDICO á leitura da classe medica nacional, promettemos na sua direcção tudo fazer pela perfeição do ideal que ha cinco annos alimentavamos e que hoje, após tantos tropeços, vamos finalmente realizardo.

Argymiro Galvão.



# „O Archivo Medico“

## Preços para annuncios:

Uma pagina, por 6 mezes .....	600\$000
„ „ por vez .....	120\$000
Meia pagina, por 6 mezes .....	330\$000
„ „ por vez .....	70\$000
Um quarto de pagina, por 6 mezes .....	250\$000
„ „ „ „ por vez .....	50\$000
2.ª pagina da capa, por 6 mezes .....	800\$000
Menos de 6 publicações, por vez .....	150\$000
3.ª pagina da capa, por 6 mezes .....	660\$000
Menos de 6 publicações, por vez .....	130\$000
4.ª pagina da capa, por 6 mezes .....	900\$000
Menos de 6 publicações, por vez .....	200\$000

Para annuncios em duas côres cobra-se mais 30 % sobre os preços acima

Nas paginas da capa só serão acceitos annuncios de uma pagina

Annuncios de menor espaço, por vez, 4\$000 o ctm. de columna

A redacção só publicará os annuncios que satisfizerem ás ex-gencias da lei de imprensa, e que estejam devidamente autorizados pelos fabricantes ou representantes dos preparados

Os annunciantes que occuparem mais de tres paginas, gozarão de um desconto especial

Sobre de paginas no texto — preços a convencionar — por isso que trata-se de annuncios na parte da materia scientifica.