

Archivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

COMISSÃO DE REVISTA:

DR. MARIO TOTTA
Prof. da Faculdade de Medicina

DR. DECIO MARTINS COSTA
Do Hosp. São Francisco

DR. WALDEMAR JOB
Do Hosp. São Pedro

SECRETARIO DA REDACÇÃO:

DR. LEONIDAS SOARES MACHADO
Da Directoria de Hygiene

EXPEDIENTE: A correspondencia deverá ser dirigida para a caixa do correio no. 872

A CIRURGIA EM FACE DAS ESPLENOMEGALIAS*)

Pelo Dr. Homero Fleck, Cirurgião da Santa Casa

A hipertrofia patologica do baço, denomina-se esplenomegalia.

O baço é um dos principaes órgãos hematopoiéticos do corpo humano, funcionalmente comparado ao figado, á medula ossea e aos ganglios linfaticos.

Ocupa o abdomen superior, está profundamente situado no hipocondrio esquerdo e suas funções eram, até bem pouco tempo, mal conhecidas.

É sobre a cirurgia deste órgão — enclausurado no ambito ferreo que lhe formam o estomago, o rim, o diafragma, o colon e as costelas, furtando-se á perspicacia profissional, cuja patologia se debate ainda num verdadeiro caos e a respeito do qual apenas dealba a fisiologia — que vamos experimentar, deante de vós, Caro Presidente e Ilustres Colegas, lançar um pouco de ordem nos conhecimentos actuaes.

A cirurgia do baço é muito antiga. Cita-se um caso de esplenectomia por hernia do baço, praticada em 1549; assim como uma baço extirpado em 1738 em virtude de um abcesso.

Na segunda metade do seculo passado, teve um grande impulso, a cirurgia esplenica.

No decorrer desta faze, as primeiras observações uteis foram as de Bryant, em 1866 (esplenectomia por leucemia) e uma

esplenectomia por cisto, realizada um ano após, por Pean. A primeira extirpação de baço por ferimento, parece ter sido praticada por Roddik, em 1885.

Este desenvolvimento, porem, se processava de uma maneira mais ou menos empirica. As indicações eram indecisas, o acto cirurgico só se praticava em casos de tal modo avançados que a mortalidade ultrapassava qualquer limite passivel de indicação operatoria.

A despeito destes pessimos resultados, a cirurgia do baço desenvolvia-se quantitativamente.

Com a comunicação de Février ao Congresso Francês de Cirurgia, em 1901, citando as favoraveis tentativas de esplenectomia, no mal de Banti, esta primeira época cede o lugar a uma mais racional e de maior importancia pratica. Em 1903, praticavam-se as primeiras extirpações de grandes baços na ictericia hemolitica.

Mas, a perfeita precisão de indicação e uma mortalidade operatoria razoavel, com melhoras apreciaveis, só se conseguiu depois dos celebres estudos fisiologicos praticados na segunda decada do seculo actual, notadamente por Aschoff, Landau e Rosenthal; trabalhos estes que culminaram, no Congresso de Cirurgica de Roma, em 1926, inicio da idade de ouro da cirurgia esplenica.

*) Conferencia realisada em Sessão da Sociedade de Medicina, 10 de Julho de 1931.

A morosidade no progresso desta cirurgia é devida, em grande parte, á impossibilidade de se reproduzir, experimentalmente, nos animais, a maior parte das doenças do baço. E' assim, que os resultados cirurgicos têm contribuído, para o edificio funcional do baço, com a pedra angular de suas fundações.

Procura-se, hoje, indicar as intervenções sobre o baço, baseados em dados fisiologicos, determinando, com uma certeza tão absoluta quanto possível, os casos em que a sua presença é nefasta e esforçando-se por compensar, com vantagem, os riscos operatorios, daquelles decorrentes da permanencia do órgão.

O facto de estar provado ser a vida compatível com a esplenectomia, não justifica a exérese de um baço sem que minuciosos exames, principalmente do sangue, indiquem ser o filtro esplenico um verdadeiro servidor do demonio.

A perfeita sobrevida após a extirpação do baço parece em franca opposição á afirmativa de desempenhar este órgão importantes funções vitales. Este pseudo paradoxo é explicado pelo facto do baço exercer suas funções, não como simples órgão, mas como parte de um sistema — o sistema reticulo-endotelial — as outras partes integrantes do qual se hipertrofiaram para compensar a perda do baço.

Intervenção

Nos casos de esplenomegalia, uma unica intervenção é, hoje, quasi que unanimemente aconselhada e praticada: a esplenectomia total.

Foi este, tambem, o primeiro acto operatorio executado sobre o baço.

Nos ullimos anos, entretanto, desde que se pratica mais comumente esta operação, Weinert propoz, nos casos de alterações sanguineas „uma cirurgia mais conservadora“. As ideias de Weinert tiveram muito poucos adeptos, que propuzeram fazer a ligadura da arteria ou arterias esplenicas ao nivel da gastro epiploica esquerda.

Este modo de proceder ficou quasi que no esquecimento, por ser esta ligadura mais difficil que a esplenectomia. Foi ella, assim, reservada aos casos de adherencias especiais, como aquele publicado por Lanz, em que o baço era soldado á bexiga. Blain cita, entretanto, um caso em que esta ligadura ocasionou a necrose do baço.

A *esplenotomia* pode ser praticada em se tratando de abcessos ou cistos do baço.

Nos casos de ferimentos, a sutura é aconselhada, por alguns. Parece-nos, entretanto, de difficil, sinão impossivel realização, pela consistencia do tecido esplenico. E' esta a opinião dos mais avisados cirurgiões que aconselham, em caso de ruptura do baço a esplenectomia total, operação que não apresenta maiores difficuldades pelo tamanho do órgão, a completa ausencia de adherencias, e evita as hemorragias tardias, tão proprias á esplenorrafia. E' assim a esplenorrafia aplicada exclusivamente ás feridas superficiais, atingindo a capsula, unicamente; ou, então, ás pequenas rupturas, quando se pode tentar a sutura, tomando o cuidado de por gordura, musculo ou aponeurose sob os pontos, para que não cortem o tecido esplenico.

A esplenopexia não tem indicações dentro do assunto de nossa comunicação.

A esplenectomia parcial é passível das mesmas objeções da esplenorrafia.

A esplenectomia

Esplenectomia, como seu nome indica, é a extirpação do baço.

Para Moynihan, a remoção de um baço pode ser uma operação da maior simplicidade e de insuperaveis difficuldades. Tudo depende da ausencia ou presença de adherencias com as partes vizinhas. O tamanho do órgão e o comprimento do pediculo, com ausencia de adherencias são factores de menor importancia.

Estas adherencias tambem acarretam o principal perigo da esplenectomia: a hemorragia. Hemorragia esta que se processa abundantemente quando se rompem os laços que ligam o baço ao diafragma, rim, figado epiplon, colon e algumas vezes á parede abdominal. E' excepcional, entretanto, que deante de um diagnostico claro, com uma bem condusida indicação operatoria, os beneficios obtidos não compensem o risco da intervenção.

Na conduta a ter em uma esplenectomia, os principais tempos são aqueles que nos vão dar uma boa luz sobre o órgão, com sequente mobilização e luxação do baço antes de ligar o pediculo. A drenagem deve ser evitada e uma transfusão, momentos antes da intervenção é aconselhavel.

Tecnica

Incisão: Quando o baço é grande e movel, a incisão mediana é a preferida por

observação clinica, e do fracasso da terapeutica até então existente. Também aos pediatras nacionais impressionava mais o estado geral do organismo do que mesmo a séde anatomica das lesões por acaso existentes. Mais do que as tentativas de terapeutica especifica lhes preocupava a modificação do estado geral do organismo, ela só capaz de melhorar o estado morbido. Outra não é, igualmente, a orientação de Martinho da Rocha Junior.

Finkelstein, em cujo livro ha ainda um capitulo consagrado a *pielite*, embora não lhe modifique o nome, mostra-se pessimista quanto ás tentativas de terapeutica urinaria e prefere igualmente cuidar do estado geral do organismo.

Guiados, pois, todos esses autores pelo *critério clinico*, dão mais atenção aos distúrbios de nutrição do que ás manifestações morbidas localizadas.

Si, porém, de acordo com as abalizadas opiniões de centro científicos diversos, mais deve impressionar o estado do lactente do que a manifestação urinaria e si, por si só, póde a *deshidratação originar o síndrome urinario*, necessario se torna o conhecimento exato das condições em que ela desidratação se instala com tão grave ameaça ao organismo do lactente.

Esse estudo, embora me pareça de capital interesse, não o vi em nenhum dos capitulos sobre *piurias*, nem mesmo no de Schiff.

E' que só mais tarde, em 1929, publicou esse autor seu notavel trabalho sobre „Das Excicose Problem“.

Nele procurando demonstrar a patogenia da *toxicose alimentar de Czerny*, publica a serie de pesquisas experimentais que conseguiu realizar, tendo sempre por base a limitação de quantidade dagua nos alimentos.

Como muitas de suas interessantes conclusões me pareçam elucidativas quanto a genesi das *piurias*, resolvi resumí-las aqui.

Se fôr limitada a taxa dagua em lactentes alimentados com alimentos ricos em albumina (foi empregado o leite em pó), verifica-se em 2 a 3 dias o seguinte quadro: Inquietação, apatia e sonolencia. A pele torna-se palida e fria. A turgidez diminue e o peso em dous ou três dias cái mais de 100 gramas. A fontanela se deprime. A mucosa da boca se apresenta extremamente seca,

O coração se acelera e o pulso é apenas perceptível. Em muitas crianças mostra o raio X notavel diminuição da sombra cardiaca (coração em gota). Quasi metade das crianças nessas condições têm temperatura alta (39—39 ½).

São algumas crianças mais sensiveis do que outras no suportar a falta dagua (exsudativas).

Schiff põe em destaque ser bastante aumentar a quantidade dagua na alimentação para que se verifique o desaparecimento de todos os sintomas. A' experiencia em cachorros foi observado o mesmo quadro clinico que em crianças, assim como se pode verificar serem tanto mais intensas as reações, quanto maior fôr a taxa de albumina na alimentação e, ao contrario, *deixarem de se processar os fenomenos toxicos desde que se propine alimentação livre de albumina*.

Para indice do grau de Excicose nas crianças valeu-se Schiff dos exames de concentração do sangue.

Sómente — diz ele — quando a carencia dagua originar uma *anhidremia*, isto é, um espessamento do sangue, póde-se falar propriamente de *Excicose*, pois, deve haver um paralelismo entre a taxa dagua do sangue e a dos tecidos.

As seguintes tabelas de Schiff — Eliasberg e Beyer, dão uma exata noção do papel de albumina na genesi da Excicose.

	Taxa	
	de albumina em % no sôro sanguineo	Alimentação comum
	Administração dagua normal	limitada
Criança J.	5,9	7,24
„ B.	5,0	6,0
„ G.	6,5	7,8
„ Sch.	6,98	8,1
„ F.	5,9	7,34
„ L.	6,5	7,8
.Em crianças com alimentação livre de albumina		
	Administração dagua normal	limitada
Criança B.	5,36	5,36
„ L.	6,1	5,68
„ G.	5,36	5,36

Não continuaremos, porém, a acompanhar os interessantissimos trabalhos de Schiff, senão no que eles, mais diretamente, dizem respeito ás perturbações funcionais do rim.

„Ha na excicose experimental, em regra, um resultado patologico ao exame de urina. Aparecem leve albuminia, cilindros hialinos e granulosos assim como leucocitos e em alguns casos eritrocitos.

Varia, porém, a pesquisa urinaria. Em muitos casos sobresai a cilindruria, enquanto noutros ha abundancia de leucocitos e raros cilindros. A s vezes aparece no principio da Excicose a cilindruria, para ser substituida pela leucocituria.

E' interessante comparar o resultado das pesquisas experimentais, com o das observações clinicas de *Toxicose*.

Escrevem, assim, Czerny e Moser:

„Em muitos casos é o aspeto do sedimento como na nefrite, em outros consiste a maior parte dele em corpusculos de pús (Eiterkörperchen). Os exames de urinas divergentes não condicionam quadros clinicos variados.“

Ha, como se vê, a mais perfeita analogia entre os exames de urina da *Excicose experimental de Schiff* e os da *Toxicose de Czerny*, o que tudo leva a crêr deva existir entre a pobreza de agua do organismo e o aparecimento de leucocitos na urina, estreitissimas relações.

De que maneira, porém, conseguem essas estreitas relações originar as allerações urinarias descritas, é questão ainda imprecisa.

Bever acredita ser a perturbação funcional do rim devida á insufficiente irrigação sanguinea.

Baseado na affirmacão de Barkroff que diz ser o rim, de todos os orgãos aquele que maior necessidade de oxigenio tem, acredita Schiff na possibilidade de originar a insufficiente irrigação sanguinea uma carencia no fornecimento de oxigenio, o que causaria a perturbação funcional.

Outros autores, como Feuchtwanger e Lederer, querem attribuir o syndrome urinario a uma acidose renal. Partem da suposição que attribue ás celulas renais grande sensibilidade ao acumulo de gaz carbonico, accumuldo que a pobreza de oxigenio, em virtude da anoxemia, não poderia atenuar, processando-se assim uma *acidose renal*.

As investigações de Feuchtwanger e Lederer e, mais ainda, a constatação de que a ingestão de acidos em abundancia pôde dar lugar á cilindruria, fazem supor ser muito provavel que a *acidose renal desempenha papel preponderante na genese dos produtos normais da urina*.

Si resumir, pois, o estudo do primeiro grupo de piurias que constituem o objeto de nossa palestra, é possível concluir:

- 1.º) E' necessaria ao lactente uma certa quota dagua, sem o que desfaz-se a relação entre os diversos componentes alimentares e pôde aparecer a *excicose*.
- 2.º) Em regimes alimentares igualmente pobres em agua, origina excicose aquele que fór mais rico em albumina.
- 3.º) O organismo em regime alimentar livre de albumina suporta grande privação dagua sem entrar em excicose.
- 4.º) E' muito variavel a suscetibilidade das crianças á falta dagua, sendo mais sensiveis as exsudativas.
- 5.º) Deve ser attribuida a uma acidose renal, por excicose, o aparecimento de pús na urina.

Piurias satelites

Chamam-se assim as piurias que se verificam no evoluer ou como consecuencia direta de uma molestia infecciosa, e que podem ser observadas tanto no periodo de lactencia, como mais tarde.

Uma otite, uma rinofaringite, uma angina, um apendicite, uma piodermite, emfim o mais leve fóco supurativo são capazes de a desencadear.

Czerny chama atenção para circumstancia de serem as doenças infecciosas, como a escarlatina, por exemplo, que mais comumente originam a *nefrite*, exatamente aquelas que muitas vezes dão logar á piuria.

E — diz ele — parece bem provavel que pequena seja a diferença entre os dous processos. O globulo vermelho estaria para a nefrite, assim como o globulo branco para a piuria.

São estas piurias muito comuns em crianças de primeira infancia e amiúde se repetem na mesma criança, o que, mais uma vez, vem chamar atenção para o estado geral do organismo e o carater personalissimo da hidrolabilidade renal.

No rim encontram-se pequenos abscessos, cujo pús, por vezes, apresenta o germe causador da infecção geral, que — admite a maior parte dos autores — chegue ao rim por via limfatica ou hematica.

Nobecourt, além das afecções das vias respiratorias, aponta o sarampo e a escarlatina como causadores de piurias, ambos curaveis.

A primeira — do sarampo — em poucos dias, e a da escarlatina de marcha mais demorada.

Comby e Morquio citam casos de piúria por febre tifoide, tendo sido encontrado na urina presente o b. Eberth.

A cura se processou sempre entre um a dous mêses. Nobecourt cita um caso de doente de piúria por sarampo, no qual era alta a pressão arterial, 18 maxima e 14 minima (Pachon). As urinas dessa doente (uma menina de 3 anos) eram palidas, turvas, flocosas; formavam depositos abundantes, contendo globulos de pús e cristais de fosfato amoniaco-magnésiano e albumina em pequena quantidade; não havia sangue nem cilindros.



Megalo ureter

A uréa do sangue era de 0,67 por litro e, depois de ingestão quotidiana de 15,0 de uréa, durante 3 dias, de 1,28, portanto notavel.

Não havia, pelo contrario, cloruremia. Apresentava, pois, o doente sinais do que chama Nobecourt *nefrite hipertensiva azotemica*, com esse carater notavel: *piúria*.

Semelhantes observações refere Faerber dando á doença o nome de *nefrite purulenta*.

As observações desses autores parecem vir confirmar a opinião de Czerny quanto a analogia entre as nefrites e certas fórmas de piúria.

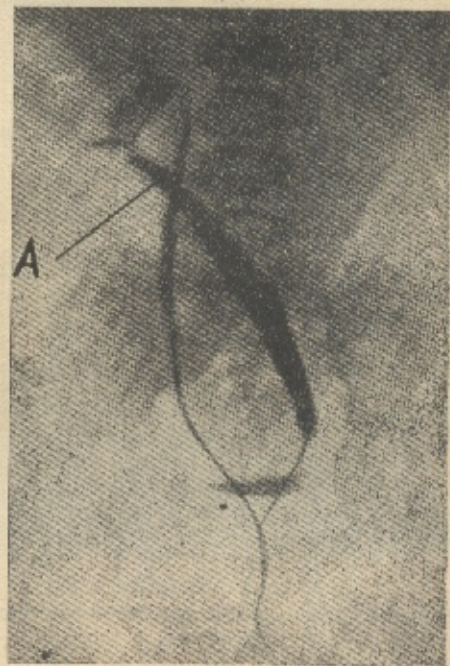
Bastante discutido é o papel do colibacilo na etiologia das piurias satelites.

Como já acentuei, não é encontrado o colibacilo no pús dos abscessos renais, embora existam em grande abundancia na urina.

Nobecourt, assim como Faerber, chamam a atenção para casos indubitaveis de *colibacitúria* e até mesmo de *colibacilémia*, nos quais não era encontrada a *piúria*.

Divergem, entretanto, neste ponto, as cadeiras de medicina e de Higiene Infantil da Universidade de Paris.

Emquanto Nobecourt, catedrático de Medicina Infantil, como digo, nega o papel do colibacilo, e propõe as designações



Ureter esquerdo dilatado e deslocado para a direita

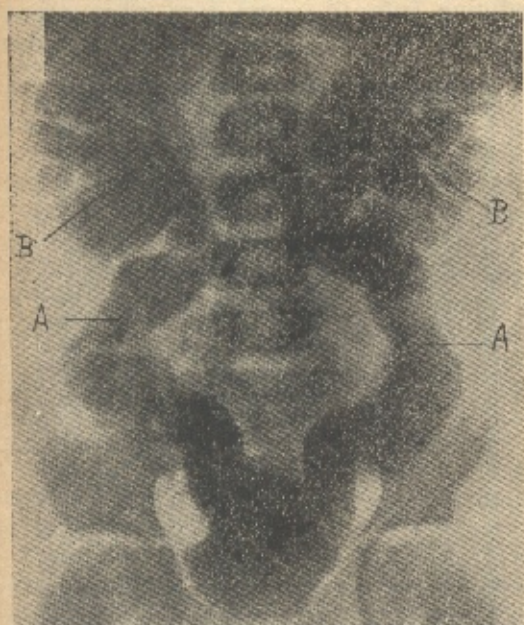
de *pielonefrites* e *cistopielonefrites*, acha Lereboullet — catedrático de Higiene Infantil — imprecisa a nosologia que obedece á orientação anatomica e propõe o nome de *colibacilose* para descrever todas as manifestações que se caracterizam pela *piúria*.

Seja, porém, qual fôr o processo infeccioso responsavel pela infecção renal, não pudemos jamais esquecer a influencia que, principalmente nos lactentes, têm a *excicose* na evolução dos processos infecciosos.

Schiff e Bayer observaram experimentalmente, a funesta consequência da exci-cose em relação aos processos infecciosos. Valeram-se de ratos, dos quais uns recebiam quantidade de agua muito limitada, enquanto outros tinham-na á vontade. Injetaram depois por via endovenosa culturas de Estafilo e Estreptococo nuns e noutros.

Dos 87 ratos observados na experiencia apresentou Schiff e Bayer a seguinte tabela:

Animais com sede (Dursttiere) morrem no 1.º dia 37,5 % e até o 4.º dia 100 %; e dos testemunhos: no 1.º dia — 0 e até o 4.º dia 19 %.



Bexiga hipotonica.

Cistograma: A) Megalo-ureter com refluxo da bexiga.
B) Pionefrose.

Ao grupo das piurias satelites deve pertencer tambem as piurias tuberculosas, de marcha torpida, quasi sempre acompanhadas de hematuria.

Piurias por anormalidades ou por corpos estranhos no tracto urinario na infancia

Chegamos enfim ao ultimo grupo de piurias que devem merecer nossa atençao.

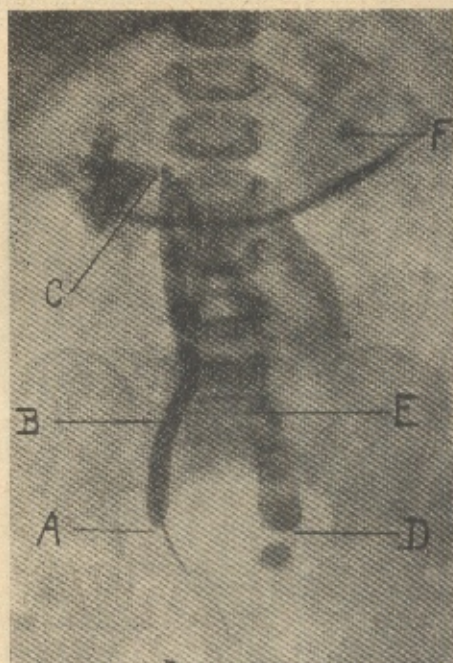
Escapam essas piurias aos processos diagnosticos clinicos e devem ser objeto de estudo dos urologistas.

Quero, porém, chamar bem a atençao para a circunstancia de serem, geralmente, as piurias condicionadas por malfor-

mações, calculos ou corpos estranhos urina-rios, que são chamadas de piurias cronicas, as que se manifestam clinicamente por surtos dolorosos, principalmente dores paroxisticas periumbelicais.

São mais comuns na segunda infancia e idade escolar, embora tambem encontradas no periodo de lactencia.

Tanto impressiona a dor abdominal como sintoma de calculo urinario que no serviço de ambulatorio da Charité Kinder-klinik, de Berlim, era sempre examinada a urina de todas as crianças que se queixassem de dor epigastrica.

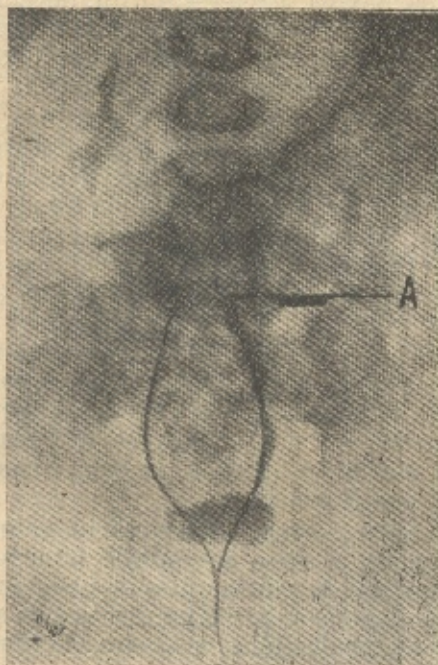


Vasos aberrantes produzindo obstrução ureteral.
A) Obstrução devida a vasos aberrantes. B—E ureter dilatado. C—D obstrução devida a vasos aberrantes. F: Pionefrose.

Tive oportunidade de verificar quão comum era a presença de piuria e que enorme auxilio diagnostico vinha dar o raio X, mostrando a presença de calculos, a indicação operatoria e a consequente cura do doente.

Lembro-me tambem de uma menina de 7 anos, na qual além da sintomatologia clinica de calculo urinario, foi encontrado piuria e hematuria. O exame de raio X nada revelou. Foi, apesar disso, feito o diagnostico de calculo por concreções de acidos urico e fosforico, permeaveis ao raio X. A criança foi operada com confirmação diagnostica e cura.

Bem expressivo do grande concurso prestado pela urologia á pediatria, é o recente trabalho de Rei Craig do „Babies Hospital“, de Nova York, que apresenta nada menos de 10 radiografias^a todas elas evidenciando os mais variados diagnósticos, a originarem — não cesso de acentuar — o mesmo quadro clinico da piuria. Desse trabalho, publicado no „The Medical Clinics of North America“, extrai algumas das radiografias, bem expressivas do grande auxilio que nos póde dar a piclografia e a radiologia para o diagnostico de uma piuria. (Vide clichés.)



Piclograma.

A' esquerda: Ureter deslocado para a direita, mostram o a obstrução á substancia opaca em A.

Para cistoscopiar uma criança — diz o Dr. Uzeda Moreira em artigo na *Pediatria Pratica* — bastam-lhes alguns vapores de narcofila, enquanto se passa o aparelho pela uretra.

Eu mesmo tive oportunidade de ver grande numero de cistoscopias em crianças (meninas em regra) de baixa idade. Em uma menina de 10 menses vi fazer até uma litotricia, o que exige, como é facil compreender, material apropriado para urologia infantil.

Czerny, porém, não cessa de aconselhar prudencia no recorrer aos aparelhos de urologia, o que só se deve fazer quando estritamente necessario.

Incontestavelmente, porém, muito tem a pielografia endovenosa auxiliado no diagnostico dessas afecções.

De todo exposto e a despeito das mais variadas fórmas clinicas de piurias, da marcha aguda, sub-aguda e cronica, cabem todas elas dentro de uma classificação etiologica.

Penso que a exemplo das perturbações de nutrição do lactente, podem as piurias estar compreendidas segundo sua etiologia na propria classificação de Czerny, que é o grande arcabouço da *Pediatria Moderna*.

Teriamos assim as

Piurias ex-alimentatione — Piurias por desidratação

Piurias ex-infectione — Piurias satellites

Piurias ex-constitutione — Piurias por anormalidades do tracto urinario.

Tratamento das piurias

Si em toda minha exposição fiz questão de acentuar sempre a necessidade de descobrir o fator determinante da piuria e si ficou evidente serem muito diversas as causas que a determinam, logico parece o concluir que não ha um tratamento geral de piuria e sim póde haver o tratamento desta ou daquela piuria.

1º) *Tratamento das piurias ex-alimentatione ou piurias por desidratação*

Si é fóra de duvida estar a piuria por desidratação, condicionada — conforme o diz a denominação — á falta dagua, outro não póde ser seu tratamento sinão o que visar a hidratação e atender ás necessidades caloricas do organismo.

Daí a proposta ao chamado „Zucker-tag“, dia de assucar.

Lembro que ao prescrever o „Zucker-tag“, retiramos a albumina da alimentação do lactente e o pomos em melhores condições de combater, ou previr a anhidremia.

Czerny aconselha dar 20—25,0 por quilo de peso do doente, para um volume liquido variavel, segundo as condições do doente, a estação (inverno ou verão), etc.; assim como aconselha manter mais 24 horas dessa alimentação, caso haja ameaça de quadro toxico.

Na realimentação do lactente é preferivel começar pelo emprego do leite, para voltar, aos poucos, a alimentação normal, sempre enriquecida de hidratos de carbono.

Aron e Hirsch recomendam para crianças maiores taxa menor de assucar 10 até

15,0, por quilo de peso, e insistem também no cuidado de diminuir a taxa de albumina na alimentação.

É claro que sendo difícil a ingestão da água, pôde ela ser administrada por via retal ou hipodérmica.

Os antitérmicos pôdem ser usados assim como as demais medicações sintomáticas. Em casos graves são feitas transfusões de sangue.

Proscreever vacinas, antisépticos urinários, etc., parece-me até desnecessário, em vista das noções etiológicas dos modernos estudos.

Aliás, foi mesmo a insegurança dos processos terapêuticos até então empregados contra a pielite que originou a grande revolução no capítulo dela. Finkelstein, por exemplo, que a descreve ainda em seu monumental trabalho, manifesta a descrença por todos esses processos terapêuticos, inclinando-se um pouco para a terapêutica americana do citrato de potássio, por considerar que dela pôde resultar benefício para o equilíbrio metabólico.

2º) Tratamento de piurias ex-infectione

Nas piurias ex-infectione, deve-se modificar o tratamento segundo o caso clínico e a idade da criança. Nos lactentes e crianças de baixa idade, principalmente no primeiro surto de piúria, é necessário o dia de assucar que atenderá, em todo o caso, ao estado geral, favorecendo não só o trabalho do rim, mas ainda agindo como lavagem de dentro para fóra.

Deve em seguida ser cuidadosamente investigada a fonte da infecção inicial (Adenoides, Otitis, Apêndice, Dentes, Pio-

dermites, etc.) e extinta para que, de logo, cesse a piúria.

Em alguns desses casos seria admissível o emprego de vacinas autógenas.

A maioria dos autores, porém, mostra-se descontente com os resultados obtidos.

Quanto á nefrectomia em casos de tuberculose, diz Eliasberg, não evitar o exilto fatal, o que aliás se verifica depois de uma melhora passageira que se segue de tuberculose miliar.

3º) Piurias ex-constitutione

Condiçionadas por calculos, malformações da Bexiga, Ureteres e Rim, devem ter as piurias ex-constitutione, tratamento não operatorio, ao menos de urologista, escapam assim á alçada do pediatra.

Lembro, entretanto, e para terminar, que diz o Dr. Uzeda Moreira em seu interessante estudo sobre a criança em face da urologia moderna: Na Rússia, „berço da litíase urinária“, ha autores que já operaram algumas centenas de calculosos infantis, com índice de mortalidade perfeitamente cabível ao redor de 3%.”

Ora, não é a rara litíase vesical no Brasil, conforme as estatísticas de Resende, Puech e Souza, de S. Paulo, Malaquias Gonçalves e Arnobio Marques, de Pernambuco, Martagão Gesteira, da Baía, todos citados por Nobecourt.

Cumpré é que a investiguemos cuidadosamente, a ela e aos outros fatores determinantes de piúria antes de nos conformarmos com a anódina terapêutica de anti-sépticos, de alcalinos, de ácidos, de vacinas enfim . . . de hipóteses.

ALCOOLISMO MEDICAMENTOSO

Evitae-o, receitando a NEO-VITAMINA L. B. C.

Extracto de vitaminas anti-rachíticas, anti-neuríticas, anti-escorbúticas, não contendo alcool nem conservador tóxico.

Os „ARQUIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA“ aceitam anúncios de preparados, casas de material de laboratório, cirurgia, automóveis, etc. etc.

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

Os pedidos de anúncios e informações devem ser dirigidos para a caixa postal n.º 872, Porto Alegre.

Do estado atual dos metodos de tratamento da tuberculose osteo-articular na criança

Memoria apresentada ao II Congresso Internacional de Pediatria, reunido em Stockolm (Suecia), pelo professor **Nogueira Flores**, catedratico de clinica pediatrica, cirurgia e ortopedia e membro da Academia Nacional de Medicina²⁾.

Abordando em linhas gerais a terapeutica da tuberculose osteo-articular na criança, devemos declarar que é um dos problemas complexos, podemos mesmo dizer ainda insolúveis, quanto a um meio medicamentoso seguro, senão especifico.

As tuberculinas preparadas por sabios da Europa, tão apregoadas pela sua innocuidade e pelas suas virtudes curativas e profilaticas, ainda não lograram sucesso e assim não nos devem inspirar confiança. Freitas (prof. de Microbiologia da Faculdade do Recife), em suas lições de 1929, diz: *infelizmente, na pratica, tão altos designios terapeuticos e profilaticos não foram verificados absolutamente.*

Presentemente veio até nós a tuberculina do Prof. Friedmann (de Berlin) por iniciativa do dr. Carlos Bento e recebemos do Prof. M. Isaacson (da Faculdade do Paraná) um trabalho sobre as vacinas de Friedmann na luta anti-tuberculosa, publicado em Fevereiro de 1930, por cuja leitura nos chamou atenção.

As tentativas a respeito tem sido feitas desde 1890, cuja prioridade coube a Koch, o descobridor do bacilo, do preparo de uma tuberculina extraída do bacilo acido-alcool-resistente e cujos resultados, aliás, muito longe se mostraram das fagueiras esperanças que todo mundo depositou por algum tempo.

Aguardaremos, pois, os seus efeitos profilaticos e curativos bem apurados e verificados pela consciencia do medico. Oxalá que esta vacina Friedmann seja alvixareira na cura da peste branca!

Releva-nos, entretanto, repetir as palavras lapidares e que ainda estão de pé e não perderam o valor de um aforismo cujo conceito de Bernheim é: *a tuberculose é das doenças cronicas a mais curavel*; bem compreendemos a intenção com que se manifesta este internista quanto a curabilidade da tuberculose em boas condições, e não podemos contestar o fato averiguado e documentado através dos anos.

Massart (Comunicação á Sociedade dos Cirurgiões de Paris a proposito do tratamento das tuberculosas cirurgicas, Novem-

bro de 1929) expõe pormenorizadamente que: „o tratamento ideal seria uma vacina ou soro que permitiria agir nos bacilos virulentos; daqui alguns anos, si a vacinação pelo B. C. G. corresponder a nossas esperanças e se generalisar, veremos desaparecer estas formas osseas particularmente graves da tuberculose.

Em materia de tuberculose, tem-se o direito de ensaiar tudo, baseado em dados experimentais, de utilizar um processo, uma tecnica ou um produto quimico de laboratorio ou de um serviço, oferecendo todas as garantias scientificas e proceder com metodo, começando por casos simples de fiscalisação facil e agindo em muitos doentes.

E' com este modo de pensar que lhe interessa os sôros e as vacinas. O soro de Marmoreck não parece ser mais utilizado. Vi-o empregar em doentes que tratava com os metodos de Vaudremer, depois com o de Boquet; é dizer que não pede senão possuir um meio de ação eficaz o o dia em que um tratamento qualquer agir no processo tuberculoso de modo seguro, quizera ser dos primeiros em fazer beneficio a estes doentes que na falta dos melhores, submete a immobilisações rigorosas, prolongadas. Para que a immobilisação produza um grande bem, é mister vigiar pela boa higiene do tuberculoso, e é incontestavel que é mister fazê-lo demorar na praia, na serra e em curas solares; são meios de primeira ordem para conservar um bom estado geral, para manter o apetite, porém lhe recusa toda ação na tuberculose. Não é preciso atribuir ao ar do mar uma ação especifica na tuberculose, nada mais falso; não ha na beira da praia uma regressão rapida dos focos tuberculosos e si estes aqui se curam em maior numero, não se curam mais depressa que na cidade.“

Sorrel, Pediatra-Cirurgico (do hospital de Berek, França) escreveu em Janeiro de 1929, um artigo sobre o tratamento do Mal de Pott, na Semaine des Hôpitaux de Paris; sob o ponto de vista geral após numerosos ensaios, o iodo, os fosfatos, os

²⁾ O congresso de Stockolm reuniu-se em Agosto de 1930.

sais de calcio ainda ficaram os medicamentos utilizados com a reserva de não exagerar a medicação calcica para evitar accidentes renais ou vesicais de litiase. A vacinoterapia e a sôroterapia ainda que parecendo cheias de futuro, não são de utilisação pratica interessante. Proclama altamente o valor do clima maritimo e da helioterapia.

Consideramos um tratamento geral e um tratamento local.

Tratamento geral. Não deve a criança ser abandonada á si mesma com a sua tuberculose cirurgica, si escapar á generalisação, á fistulação, se curará expontaneamente com deformidades mais ou menos consideraveis.

Pois é mister encarar 3 dos seus mais importantes problemas terapeuticos e principais: 1.º) Tratar o tuberculoso portador de um fóco bacilar; 2.º) evitar a fistulação, e 3.º) prevenir as deformidades.

A criança deve ser bem alimentada, aumentando-lhe o mais possivel as reservas de gorduras e dando a ingerir oleo de figado de bacalhau, manteiga e conservas preparadas com azeite. Deveis abrigar a criança, sobretudo, enquanto fór fragil e por varios anos do sarampo, da coqueluche e da varicela. A estadia constante ao ar livre, dia e noite, janela aberta, em todas as horas e em todos os tempos no campo, basta a criança de modo quasi constante, para obter um estado florescente.

Si a criança, portador de uma tuberculose ossea, tiver sido retirada do meio urbano, si fór submetida á uma vida em pleno ar constante, podemos considerar a cura certa.

Comtudo, deveis ter conhecimento, que nem o tratamento marinho, nem o tratamento pelo sol encurtam de um dia a duração fatidica da doença. E' mister, pois, não esperar destas medicações senão além do que podem dar, i. é, uma ação poderosa do estado geral, uma ação um tanto analoga ao que se obtem passageiramente pelo uso de certos medicamentos, tais como: sais de terras raras, oleo de figado de bacalhau, iodo em alta dóse, etc., que aumentam assim a resistencia do organismo doente e se cura mais facilmente.

E' muito proveitosa e bem util para as formas de tuberculose externa e de intensidade media, a medicação helio-marinha ou a helioterapia na serra ou ainda melhor, a feita com alternancia dos cli-

mas que se tornam indispensaveis nas fórmas graves.

„D'une manière générale un climat épuise son action après quelque temps C'est l'alternance des climats qui donne les résultats les meilleurs.“ (Roederer.)

Sobreleva-se á cura climatica, representada na permanencia na praia, no campo e na serra, como um poderoso adjuvante de primeira ordem, convindo, para uns a demora prolongada e continua, ficando assim nas melhores condições higienicas e fornecendo o maximo de probabilidades para conduzir a sua cura, e para outros, duas estadias de um mês na praia no mesmo ano, são mais eficazes, por ser de grande beneficio o choque em seu organismo.

A ação dos climas especiais não são de efeito nulo, longe disto. O clima marinho em particular, com seu ar vigoroso e puro, estimula o apetite, tem uma ação excitante da pele, carregada dos rocios do mar que traz o vento do largo.

As costas do oceano de Berck-Plage (França) é a praia tipica, pelos seus rocios estimula o apetite, excita a pele, dá uma manifesta chicotada no organismo das crianças, portadoras das fórmas torpidas da tuberculose, basta muitas vezes uma semana, para que o aspeto dos pequenos doentes se transforme. Arcachon é outra praia da França, mais abrigada da costa, lado do Mediterraneo, de ação sedativa, convem para as fórmas de marcha aguda e na associada á tuberculose pulmonar, excepcional na criança.

Comparados estes climas da França com os do Estado do Rio Grande do Sul, vemos que para os primeiros acima referidos, i. é, os de ar vigoroso e puro, carregados dos borrifos de oceano, são as praias da Cidreira e de Tramandaí, etc., e para o segundo, i. é, de ação sedativa e abrigados da costa do oceano, são as praias de Torres e do Saco da Mangueira.

No clima de allitude lemos Leysin (Suissa), já bem conhecido pelo memoravel Sanatorio de Rollier, que fez escola pelo seu meodo original de ensolação progressiva, coroados dos melhores resultados possiveis, alenta á circumstancia da pureza do ar, abrigado de poeiras e do intenso poder de luminosidade dos raios, provavelmente atinicos e da admiravel direção tecnica deste professor, no tratamento de inumeras doenças e em particu-

lar a tuberculose nas suas modalidades clinicas.

E' mister que a ensolação feita na sera, na praia e no campo produza bons resultados terapeuticos sejam ministrados com uma tecnica inteligente, tambem sejam estas localidades abrigadas das poeiras atmosfericas e possuam um ambiente puro. Vallot (diretor do Observatorio de Mont-Blanc) mostrou que o unico prejuizo na helioterapia era a presença de poeiras atmosfericas e que as praias (rivages des mers), como as altitudes das montanhas eram tambem muito aptas á helioterapia, si o céu que os cobre é habitualmente puro.

Nas tuberculosas cirurgicas fechadas atuam certamente, fazendo desaparecer as contraturas e nas fórmas fistuladas auxilia o fechamento rapido ao mesmo que tem uma ação pronto e poderosa no organismo enfraquecido.

Malgat considera 3 modos de proceder-se a ensolação: 1.º — Banhos frios de 18°; 2.º — banhos medios entre 18° e 40°, e 3.º — banhos quentes além de 40°.

Respingando, o que escreve o Pediatra-Cirurgico Ovidio Meira (do Rio de Janeiro — Helioterapia e Verão, 1927); que a temperatura de 8° á sombra é desconhecida no Rio de Janeiro, assim como a de 20° ao sol, no entretanto, todos que aqui vivemos, temos colhido bons resultados com a temperatura muito elevada.

Straube e Aímes chamam atenção para o grande espaço que separa os extremos: 50° ao sol e 8° á sombra. E' por isso que Straube afirma dar prazer, ser um estimulante, vivificante para o doente, quando a temperatura oscila entre 18° á sombra e 50° ao sol. Meira admite em tese a helioterapia durante nosso verão, e é impropria salvo, nas praias e serras nas primeiras horas do dia.

Finikoff (de Petrograd) imaginou um metodo pela liatura de iodo adicionada ao oleo de oliva em injeções intra-musculares a medicação recalcificante, no tratamento da tuberculose cirurgica, fazendo um pormenorizado e interessante estudo que foi publicado e bem documentado na (Presse médicale de Dezembro de 1925), assim fala este Cirurgião do Hospital Oboukoff que: „seu metodo não é revolucionario e consiste no emprego de injeções de oleo iodado e na remineralisação intensa do organismo pelos sais de calcio.

E' baseado, como tantos outros tratamentos pela exaltação dos meios de defeza do organismo que se podem reunir em 3 grupos: 1.º) Poder lipolitico do sangue; 2.º) poder proteolitico sobre o bacilo, e 3.º) poder recalcificador do organismo, reagindo contra a desmineralisação observada sempre nos casos de tuberculose. Justifica o autor do metodo que, é exaltando um dos 3 poderes, os tratamentos deram algum sucesso e, então, torna mais extenso, porque exalta os 3 poderes simultaneamente, i. é, os 3 grupos de defeza do organismo, se propondo a tratar a tuberculose cirurgica.

Estudando devidamente, cada um destes poderer tem-se: 1.º) O poder lipolitico do sangue e dos orgãos limfaticos, é devido ao fermento lipodieretico — a lipase, e é a razão pela qual se atribue ao sucesso no tratamento pelo regime gorduroso, alimentando os tuberculosos com oleo de fígado de bacalhau, toucinho e crêmes.

Entre os povos, cuja alimentação é muito rica em materias gordurosas, por exemplo, os Esquimãos, segundo Meldorf, a tuberculose, ainda que muito espalhada, oferece um carater lento, torpido e benigno. Ao contrario, a carencia das gorduras, observada durante a guerra na Alemanha e a revolução na Russia, abaindo a quantidade de lipase alimentar, observaram muitos casos de tuberculosas latentes, provocando o aumento do numero dos tuberculosos.“

Infelizmente, o regime gorduroso, nem sempre é suportado, tolerado pelo tuberculoso, cujo aparelho digestivo é sempre delicado e, por isso, não se deve abusar das gorduras para não ruir esta praça fórte, como assim o podemos chamar com o fisiologo Daremberg, em vez de manter-se resistente e levantar as forças combalidas do doente. Muífas vezes causa nauseas, vomitos, diarreia e em vez de fortalecer o doente enfraquecê-lo.

„E' assim que foi racional a ideia de combinar as injeções de substancias gordurosas (oleo vegetal) com algumas doses de iodo. 2.º) — O poder proteolitico do sangue sobre o bacilo tuberculoso, consiste em uma desagregação dos elementos proteicos albuminoides de seu protoplasma pelos polinucleares. (Muller e Jadimann.)

A ação proteolitica do iodo; conhecida desde muito tempo; é devida a seu efeito leucocitogeno, assim uma simples embro-

cação de tintura de iodo, produz uma reação de iodoform, empregando-se em doentes que tratava com rinha ou a nelioterapia na serra ou ainda uso de certos medicamentos, tais como: ação leucocitaria local com predominância dos polinucleares nos processos inflamatórios no tecido subcutâneo.

Introduzindo iodo em suas injeções de óleo, pode apoiar-se, ainda sobre fatos clínicos adquiridos vasta experiência no hospital Oboukoff em espaço de tempo de 12 anos. Aplicou sob a direção do Prof. Grekoff em 1500 doentes hospitalizados e vários milhares de doentes do consultório, o tratamento pelas injeções intra-musculares de glicerina iodoformada, proposto por Hotz. A proporção do iodoformio é ao decimo e as injeções são feitas todos 7 ou 8 dias na dose de 10 cc de glicerina iodoformada adicionada a 1 cc de tintura de iodo por injeção, com o fim de aumentar a leucocitose e a limfocitose em particular.

O resultado foi de 70 % de curas, 20 % de melhoras e 10 % de insucessos, apesar das más condições de hospitalização em face das guerras, revoluções e epidemias, que tornaram deploráveis os serviços de assistência hospitalar.

Estes resultados são o fato da feliz combinação na polinuclease e a monocitose, devido ao iodo, (Niskoykaga), enquanto que a polinucleose só, provocada por injeções de nucleato de sodio, não produzia senão pouco efeito no processo tuberculoso.

E' mister, pois, ter conhecimento que contrariamente á opinião corrente, o iodo produz uma ação extremamente benéfica no tratamento da tuberculose cirurgica. No entanto, não podemos dissimular, apesar do seus efeitos notáveis, o tratamento de Koltz-Grekoff pode apresentar graves inconvenientes: introdução de iodoformio em dose maciça (1.º por injeção) em produzir intoxicações passageiras, a eliminação do iodo pelo organismo provoca, ás vezes, ataques de congestões dos pulmões, diarréa, irritação das vias urinarias (albuminurias, nefrites e hematurias).

Em seu tratamento se reduziu as doses de iodo ajuntada ás injeções de óleo a um minimo indispensavel e inofensivo, i. é, 1 cc de tintura de iodo ao decimo para 10 cc de óleo.

Praticando-as pode verificar um fato importante: as injeções intra-musculares de óleo puro, produzem infiltrações dolo-

rosas, rebeldes, que duram de 5 a 12 dias, enquanto que ajuntando na mesma quantidade de óleo, o iodo mesmo em doses muito reduzidas, vemos a emulsão se reabsorver no fim de 4 a 6 dias no maximo. A adição do iodo provocou uma polinucleose primitiva, abundante e mais duravel, seguida de uma forte limfocitose, o que acelerou a reabsorção do óleo.

Comprovou este valor ou este fato, pelas experiências em cobaios que pode encontrar plena confirmação de suas observações clínicas.

Finalmente resta o 3.º poder que pertence ao grupo do meio de defeza do organismo contra a tuberculose; a descalcificação do organismo durante a evolução da afecção e a hipercalcificação, quando o organismo sai vitorioso da luta.

Os memoraveis trabalhos de Robin e Ferrier sobre o papel da remineralização do organismo na tuberculose mostravam a grande influencia dos sais de calcio na evolução desta doença, porém não explicaram a origem da descalcificação.

Para isso, foi mister analisar a evolução do bacilo de Koch no organismo; o envoltorio ciro-gorduroso do bacilo se compõe, segundo Kressling, de 77 % de ácidos graxos e 6 % de materias soluveis nagua. E', pois, em estado de gordura neutra que se apresenta no organismo; sob a ação da lipase este envoltorio se decompõe em ácidos graxos e em glicerina. Ora, os ácidos graxos são fortemente toxicos. Tiegerstaedt demonstrou que a intoxicação pelos ácidos graxos, em injeções intra-venosas, é neutralizada pelo calcio sanguíneo, e é a precipitação do calcio que provoca a morte do animal.

Na luta contra a tuberculose o organismo é intoxicado pelos ácidos graxos, produtos da desagregação do envoltorio do bacilo e ele os neutraliza pelo seu calcio que empresta ou na alimentação ou no esqueleto (Servenat e Rabattu). Isto confirmou-se pelo exame radiologico dos doentes curados de tuberculose, nos quais observou-se uma hipercalcificação do esqueleto e algumas vezes uma transformação calcarea dos tuberculosos, tornados inofensivos para o organismo (Metchnikoff). E', pois, de grande importancia recalificar intensamente o doente, sem que o tratamento da tuberculose pela aumento da lipase lhe causar grandes prejuizos.

E' assim que, baseado em suas inumeras observações, foi compelido a elaborar

seu metodo que se condiciona no seguinte: 1.º) Em aumentar a quantidade de lipase e a limfocitose pelas injeções intra-musculares de oleo vegetal reabsorvivel; 2.º) em estimular a polinucleose pela adição da tintura de iodo em doses minimas, suficientes para ser leucocitogeno sem ser nocivos, e 3.º) em recalificar o organismo pelos sais de calcio para evitar a intoxicação pelos acidos graxos e a desmineralisação.

Praticamente, o metodo consiste em uma serie de injeções intra-musculares de oleo vegetal neutro, esterilizado e adicionado de tintura de iodo a 10 % para a quantidade de oleo; faz tomar ao mesmo tempo, sais de calcio, tricalcina, holos, etc., em doses variaveis, segundo a idade, o estado geral do doente e a evolução da doença. E' mister, ajuntar ao regime habitual do tuberculoso, repouso, imobilisação pelo gesso ou melhor pela extensão, nutrição abundante e rica em materias gordurosas e albuminoides. Repete-se, periodicamente, as injeções todos os 5 a 7 dias nos musculos das nadegas; estas injeções provocam uma reacção discreta, muito mais fraca que o tratamento de Hotz, e a temperatura se eleva de meio grau, o estado geral do doente, durante as primeiras 24 horas, é menos lisongeiro que o ordinario. No lugar da injeção existe de 1 a 3 horas sensação de queimadura: uma pequena induração se observa durante 4 a 5 dias. Sobre o fóco tuberculoso a reacção é mais notada. Si ha uma fistula, supura mais; si o fóco está fechado ha aumento de volume, dá uma sensação de incomodo e peso, e algumas vezes a dor aumenta. Tudo isto não dura muito tempo, ao cabo de 2 a 3 dias, tudo volta ao seu estado normal. As injeções ultteriores provocam reacções menos fortes, porém não é senão no fim do tratamento que começa a desaparecer.

Algumas vezes, as primeiras injeções dão reacção de tal maneira fracas que passam desapercibidas; convem então aumentar a dose do oleo e iodo. Começa habitualmente no adulto com 10 cc de oleo e 1 cc de tintura de iodo para chegar rapidamente a 20 cc de oleo, 2 cc de tintura de iodo, dose ativa que dá quasi sempre uma reacção nitida e porém nunca brutal.

As injeções são completamente inofensivas, quando tomamos as precauções habituais de todos as injeções de oleo.

Esterilisa-se o oleo por aquecimento ao banho Maria e em seguida por ebulição durante 5 minutos até 140°, sem deteriorar o oleo. Ajunta-se a tintura de iodo no momento da injeção, porque a adição prematura do iodo decompõe o oleo e se formam acidos graxos, o que provoca infiltrações dolorosas.

Em mais de mil injeções, nunca leve complicações desagradaveis que teriam entravado a marcha para a cura.

Para poder julgar do estado das defezas do organismo, assim como da influencia do tratamento na evolução da doença, recorreu a exames hematologicos praticados antes, durante e depois do tratamento.

As formulas de Richard e Arneft guiaram sempre na apreciação dos pontos fracos do organismo do doente. Quando o exame hematologico mostra, segundo Richard, uma *formula de resistencia*, leucocitose media, não excedendo 10.000 ao milimetro, limfocitose bastante pronunciada com ligeira eosinofilia, aplica os três agentes supra mencionados em doses fortes.

Si se trata de uma *formula de defeza*, a hiperleucocitose, polinucleose abundante, mononucleose com diminuição dos eosinofilos e dos limfocitos, diminue a dose de iodo, aumentando a quantidade de oleo e de calcio.

Si se trata de uma *formula de decadencia*, com forte hiperleucocitose, de 16 a 20.000, polinucleose atingindo 90 %, com diminuição dos limfocitos e ausencia de eosinofilos, procura evitar o desastre com doses fortes de calcio e doses muito fracas de oleo iodado. O exame do sangue mostra, que sob a influencia do tratamento, a leucocitose aumenta de 7 a 12.000, a limfocitose sobretudo sofre um aumento apreciavel de 25 a 30 % no começo; acaba por aumentar até 40 a 50 e mantem-se neste nivel no fim do tratamento com oscillações passageiras.

A taxa em lipase, é, ás vezes, muito baixa no começo do tratamento de 3 a 4 unidades, sobe ao cabo de 2 a 3 meses, até a normal que é de 8 a 10 unidades e se eleva em seguida até 18 a 20 unidades para ficar neste nivel até a cura clinica.

Os efeitos do tratamento aparecem depois de 4 a 5 injeções e a cura sobrevem em 6 a 8 meses, senão o caso deve ser considerado como insucesso e o tratamento deve ser abandonado; porém, segundo as

observações, esta eventualidade é muito rara.

São justificáveis do método, os casos de tuberculose ossea, articular, ganglionar e peritonite bacilar. Parece contra indicado nas formas pulmonares e viscerais evolutivas. O Prof. Delbet (da Universidade de Paris. Comunicação á Academia de Medicina. Paris-Médicale de Setembro de 1926) se referiu a casos de sucessos em seu serviço do Hospital Cochin: 5 doentes cujo estado não era desesperado, mas para quem o tratamento cirurgico deveria ser mais mutilante ou apresentando dificuldades, foram tratados por este método. Um tumor branco, enorme, fistulado e supurando abundantemente, curou-se em 7 meses; uma sacro-coxalgia, fistulosa, curou-se em 4 meses e 16 injeções, e três casos de abscessos frios com fistulas multiphas, curaram-se em 3 a 7 meses. Outros casos menos graves estão em tratamento. Tal é este tratamento que é uma feliz modificação das terapeuticas antigas. Aqui o Dr. Finikoff não procurou modificar o proprio fóco tuberculoso, fazendo as injeções longe do fóco, procura suscitar a defeza geral do organismo contra as lesões tuberculosas e, por isto, lança mão de dois medicamentos que fizeram provas no tratamento da tuberculose: iodo e tricalcina.

Corroborando o que o Prof. Delbet declara sobre o iodo, medicamento que já fez prova na tuberculose, vem, pois, muito a propósito reportar-nos, como nota historica, as palavras do medico brasileiro Dr. Nogueira da Silva (da Universidade de França, da Academia Imperial de Medicina e clinico na então Provincia do Rio Grande do Sul), escreveu e publicou em suas observações medico-cirurgicas de 1891: „Ha perto de 30 anos um medico francês começou a usar cigarrões de iodo, e os fazia fumar pelos doentes atacados de tísica pulmonar e assim conseguiu curar boa porção deles. O dito medico apresentou 30 e tantos curativos por este meio, fez sensação no mundo científico, todos os jornais publicaram estas observações e depois não se falou mais nisto. Quando teve conhecimento destes fatos pelos jornais de Porto Alegre, lançou mão dos ditos cigarrões no primeiro caso de tísica pulmonar, e vendo que desagradavam e quasi sufocava o doente, abandonou este método; e sabendo que o iodo é muito volátil mesmo na temperatura ordinaria, tratou de encerrá-lo em um vidro comprido, bem seco

e bem tapado, e mergulhando-o em um vaso com agua quente, o calor desta fez desenvolver uma nuvem de côr violacea que depois de encher o vidro fiz inspirar pelo doente, tapando-lhe uma das narinas e deixando a outra uma pequena abertura para poder respirar a vontade. Ficou o doente no uso de três inspirações por dia, continuando com os outros remedios.“

Cita o Dr. Nogueira inumeros casos de cura com este método em crianças e em adultos, não deixando o referido clinico de verificar em exames posteriores praticados nestes doentes a permanência da cura.

Releva dizer que vimos empregando a iodo-calcioterapia, método de Finikoff, ha mais de 5 anos em nossa clinica privada e hospitalar, obtendo bons resultados na maioria dos casos, de resultados mediocres em uns casos e muito poucos insucessos em outros casos, concludo continuamos a empregar este tratamento nas coxalgias (fistuladas na sua maioria), tumores brancos, no Mal de Pott, nas spina-ventosas, nas adenites e peritonites bacilares por considerar pratico e curativo.

Mosberg (da Alemanha) empregou o sabão verde e baseou-se nos trabalhos de Kappesser e Kollmann para a applicação em fricção, a maneira de fazer-se a unção da pomada mercurial, usando um produto quimicamente puro com o fim de tratamento das tuberculosas cirurgicas.

Kappesser preparou então este produto que denominou *Sudian* e contem 3 % de enxofre precipitado e 17 % de sapeno.

O enxofre visa combater certos estados anemicos que não se deixaram influenciar pelos sais de ferro e o sapeno, por sua vez, favoreceria a absorção.

Seu efeito é de uma medicação geral e não é applicado na região afectada. Sua posologia é de 5 a 8 gramas por cada fricção diaria e de 5 minutos por sessão, após a este tempo, se cobre a região com flanela; meia hora depois se poderá lavar a região, sem o menor inconveniente, com agua morna, afim de retirar o excesso do medicamento.

Releva declarar que este método é pratico por ser asseiado e não manchar as vestes.

A presença do alcali neste produto modifica as condições fisico-quimicas do organismo, i. é, mantem o equilibrio acido basico do sangue. Ademais, as pesquisas modernas feitas pelos alemães que atri-

dada e, que agora, causas ainda desconhecidas não permitem, na maioria dos casos, encontrar, pois affirma Perry haver achado em passaros doentes do jardim zoologico de Londres, recentemente importados, um bacillo que pode identificar com o de Nocard?*)

Anatomia pathologica: Muito poucos são neste capitulo os auctores que estudaram as anteriores epidemias de psittacose pois apenas se referem ás lesões pulmonares, em tudo comparaveis ás da pneumonia gripal.

Os exames anatomo-pathologicos hodiernos são mais completos, e, além das lesões pulmonares já conhecidas, descrevem como, as mais frequentes após aquellas, certas lesões da parede abdominal, hemorragias, degeneração das fibras musculares; tambem foi notado augmento do figado, do baço e dos rins, especialmente da camada cortical (Marianne Romme).**)

Estudo clinico: Na descripção do quadro clinico, mui pouco ha a accrescentar ao que já disseram os antigos auctores, Dupuy, Gilbert e Fournier, etc., aos quaes irei pedir a feitura deste capitulo.

Para maior clareza e precisão convem descrever a doença primeiro nos psittacídios e depois no homem.

Symptomas no papagaios: Estas aves habitualmente alegres e irrequietas mudam de character, tornam-se tristes, immoveis, as pennas arrepiadas, as azas cahidas, continuamente somnolentas, mantem os olhos fechados, recusando todo e qualquer alimento. Surge logo diarrhéa profusa por

*) Genesis Pacheco e Otto Bier em seus esplendidos estudos laboratoriais sobre a psittacose, publicados nos „Archivos do Instituto de Biologia de S. Paulo“, chegaram a conclusão que o virus encontrado em alguns psittacídios que adoeceram espontaneamente em S. Paulo, sem terem soffrido os accidentes de uma longa viagem e as consequencias da mudança de clima, não era o mesmo que havia determinado as epidemias no estrangeiro, entre outros motivos pela sua nenhuma virulencia para o homem, pois, no laboratorio, embora não houvesse cuidado especial por parte dos empregados, nenhum fôra contagiado. A minha observação reproduzindo, por assim dizer, experimentalmente, as condições de apparecimento do mal nos papagaios exportados, origem das epidemias observadas no estrangeiro, parece antes demonstrar que o virus necessita dessas condições para adquirir toda a sua virulencia e consequente capacidade de aggressão ao homem.

**) Este capitulo é estudado, nos papagaios, de uma maneira exhaustiva por J. R. Meyer em seu admiravel trabalho dos „Archivos do Instituto de Biologia de S. Paulo“, Vol. 4, 1931.

vezes hemorragica, que suja a gaiola, as azas, as pennas, etc, Geralmente a morte sobrevem ao termo de 8 a 10 dias, havendo no emtanto casos de cura, ficando, muitas vezes, a ave um portador de germes.

Symptomas no homem: O quadro é o de uma septicemia muito grave, com symptomas ao mesmo tempo gastro intestinaes e pulmonares.

Após um periodo de incubação que varia, em média, de 8 a 9 dias, podendo ir a 12 e 13, surgem os signaes de invasão, analogos aos das grandes infecções do typo typhoide: máo estar, quebrantamento, cephalalgia intensa, dôres nos membros, mórmente nos inferiores, que obrigam o doente a acamar-se, calafrios, épistaxis, disturbios gastro-intestinaes multiplos: lingua saburosa, anorexia, nauseas, vomitos, diarrhéa; tambem se pôde observar, em alguns casos, angina, stomatite pseudo-membranosa, edema peri-boccal. Desde este periodo inicial que o doente respira com difficuldade, havendo estertores bolhosos disseminados, nos dois pulmões. Outras vezes, esta phase pôde ser insidiosa, sem signaes premunitorios, e o doente entrar logo em plena infecção: na maior parte dos casos, porém, é após, um periodo inicial de 4 a 5 dias, ou apenas de 48 horas, que tal se dá. A temperatura attinge 39°, 40° e 41°, e, assim se mantem durante a evolução do mal, sem remissões matinaes pronunciadas, em alguns casos; em outros, porém, e estes são a maioria segundo Dupuy, a curva thermica apresenta como factos caracteristicos a sua marcha desordenada e seu maximo matinal. E', tambem, observavel após alguns dias de febre continua, uma queda de temperatura até ás vizinhanças da normal e mesmo abaixo della, seguindo-se nova ascensão ao nivel primitivo (Fiessinger e Decourt — meu caso). O pulso é frequente sem relação directa com a temperatura, algumas vezes dicroto. A sêde é intensa, as nauseas e os vomitos persistem, sendo em alguns casos incessantes; os disturbios intestinaes são agora quasi nullos, o ventre pouco inchado, teimosa constipação succedendo á diarrhéa inicial. Pôde haver augmento do figado e do baço.

As urinas se tornam escassas, escuras, carregadas de albumina.

O doente sempre muito abatido, apresenta-se, na mór parte dos casos, profundamente prostrado, sub-delirante e, mesmo delirante. Estes disturbios nervosos se

accentuam ainda mais por occasião do apparecimento das complicações pulmonares, bronchite generalizada com congestão das bases, pneumonia, broncho-pneumonia com ou sem determinações pleuraes; estas, quasi que constantes, são precoces e parecem, por sua intensidade e gravidade, dominar a scena (Gilbert e Fournier), mas, na opinião de Dupuy, o que domina é o estado congestivo do pulmão, julgando deva ser considerado como um dos caracteres mais typicos da doença a fugacidade dos focos congestivos e sua evolução por surtos, a cada um dos quaes corresponderia uma elevação da temperatura. A tosse, mais ou menos intensa, pôde ser secca, quintosa, ou com expectoração muco-purulenta banal, ás vezes sanguinolenta.

A estas complicações pulmonares e á sua repercussão sobre o coração e o aparelho circulatorio, é que, muitas vezes se deve attribuir a morte, que se dá em mais de um terço dos casos. Após uma recrudescencia da febre (41° e mais) e dos phenomenos nervosos (hallucinações, carphologia, sobresaltos tendenciosos), o doente tomado de dyspnéa extrema, cahe no coma terminal, a morte sobrevindo ordinariamente no decorrer da 2.^a ou 3.^a semana.

Quando a doença envolve para a cura, após um periodo de estado de 8 a 10 dias progressivamente desaparecem os symptomas e se processa a defervescencia; em 4 a 5 dias a temperatura volta á normal, mas a convalescencia é sempre longa.

Formas clinicas: Ao lado dessas formas intensas e graves, foram diagnosticadas formas attenuadas e benignas, sobretudo frequentes nas creanças e jovens e, nas quaes a symptomatologia se limita a febre moderada (38°—39°) acompanhada de cephalalgia, quebrantamento, máo estar e de alguns disturbios digestivos: estado saburral, nauseas, etc.; a doença findando em poucos dias, uma semana no maximo.

Enrique Barros observou na recente epidemia Argentina de psittacose as seguintes formas clinicas, todas ellas calçadas nas lesões pulmonares predominantes:

a) Formas pneumonicas: maciszez, sôpro leve, estertores crepitantes e, raramente, expectoração sanguinolenta.

b) Forma com congestão das bases.

c) Forma com cortiço-pleurite: maciszez, diminuição murmurio vesicular, ausencia de crepitantes finos, dôr a percussão da cavidade thoraxica.

d) Forma com broncho-pneumonia prolongada.

e) Forma com hepatisação, sem sôpro, com estertores crepitantes e sub-crepitantes.

Em todos os casos notou dyspnéa e cyanose mais ou menos accentuada.

Diagnosticó: Seja, embora, para despertar a nossa attenção um estado toxi-infeccioso, logo de inicio grave e accentuadamente typhico, em que se associam disturbios gastro-intestinaes e pulmonares com o aspecto acima descripto, o diagnosticó da psittacose é muito difficil, quasi impossivel, sem os esclarecimentos etiologicos, e sem o caracter epidemico da doença. São esses elementos, ao lado da negatividade dos exames laboratoriales que permitem distinguil-a das grippés intensas complicadas de accidentes pulmonares graves, assim como de certos pneumonias infecciosos e contagiosos, capazes de determinar verdadeiras epidemias de familia ou de habitação e das febres do grupo typho-paratyphico.

Nicolle propoz, como elemento positivo de diagnosticó a sôro-agglutinação do bacillo de Nocard, mas, além desta ser geralmente negativa, já vimos o que se pensa hoje desse germen.

Prognostico: Exceptuando as formas benignas a psittacose comporta um prognostico sempre serio, mais de 30% de mortes. Segunda a maioria dos auctores o prognostico é tanto mais grave quanto maior a duração e a intensidade do contagio, parecendo a alguns que a psittacose transmittida pela bicada da ave seja a mais grave, o que, de facto, nem sempre se tem observado (casos de Pagniez e Plichet). A idade, sobretudo a velhice e as taras organicas ou humoraes anteriores, cardiopathias, nephrite chronica, obesidade, diabetes, etc., são outros elementos a escurecer ainda mais o já sombrio prognostico da psittacose humana (Gilbert e Fournier).

Tratamento: Não se sabendo ainda ao certo qual o agente causal da doença dos papagaios, ainda não é possivel pensar num tratamento especifico da mesma, a não ser de algum modo, si tentassemos o sôro dos convalescentes, o que, creio ainda não foi feito; devemos, pois, contentar-nos com o tratamento habitualmente usado nesses casos: levantar as forças e estimular as defezas do paciente, tonificar-lhe o coração, facilitar a diurese e diminuir o engasgamento pulmonar.

Prophylaxia: É esta simples para o individuo e consiste em evitar o contacto, com papagaios que tenham viajado ou estejam mal cuidados, mante-los á distancia e em observação, pelo menos de 14 dias, «13 dias da incubação humana mais um», e, ao menor signal de doença elimina-los. O perigo de contagio inter-humano sendo minimo, basta ter cuidado com objectos de que se serve o doente, separando-os e desinfectando-os com agua fervente; não esquecendo a hygiene das mãos. Quanto ás collectividades e para evitar o descredito para o nosso paiz, pois, em toda parte é elle accusado de exportar um mal, de que aliás, parece não soffrer as consequências, a ponto de, escreve Cunha Lopes, „os jornaes allemães, que tão pouco fallam do Brasil, publicarem que a psittacose aqui manifestada, *grassa epidemicamente em nossa população*“, convem não só provar, por uma serie de estudos rigorosos sobre a saúde dos nossos psittaceos e pela analyse minuciosa das infecções aqui reinantes, que tal doença é quasi desconhecida em nosso meio, como tambem tomar serias medidas no sentido de acautelar, como lembra Cunha Lopes o commercio dessas aves, que não deixa de ser rendoso, para o que seria sufficiente: regulamentar o commercio dos psittaceos, fazendo-os examinar e observar durante 14 dias por pessoa competente antes de permittir o embarque, exigir da companhia de transporte que este seja feito com todas as regras da hygiene e conforto para essas avesinhas, afim de que não estranhem muito a mudança de clima, nem sofram com a viagem, e, finalmente só entrega-las ao commercio após novo praso de 14 dias, de observação no porto de importação, só sendo permittida a venda dos que se mostrarem de perfeita saúde.

Após as linhas que acabo de escrever sobre a psittacose, julgo ter bem justificado o meu diagnostico e contribuindo, de algum modo, para o melhor conhecimento, em nosso meio, de tão interessante infecção.

Porto Alegre, 16—7—1930.

Bibliographia:

A. Gilbert et L. Fournier — Nouveau Traité de Médecine, de Brouardel, Gilbert et Thoinot — edição de 1912, vol. IV, pagina 366.

Thoinot et Ribierre — Nouveau Traité de Médecine — de Brouardel, Gilbert et Thoinot — edição de 1913, vol. III, pagina 1285.

Dopter — Bibliothèque Gilbert et Fournier — Maladies infectieuses, Pathologie Interne, edição de 1912, pag. 201.

Vidal-Lemierre et Abrami — Nouveau Traité de Médecine, edição 1924, vol. III, pag. 51.

Nouveau Petit Larousse Illustré, edição 1925.

Enrique Barros — Revue Sud-Américaine de Médecine et Chirurgie, Tome I, n.º 3, Mars 1930 — La Psittacose.

Cunha Lopes — Imprensa Medica, anno 6.º, n.º 6, pag. 20, Março 1930 — Psittacose epidemica.

Marianne Romme — La Psittacose; La Presse Médicale, n.º 19, 5 Mars 1930.

E. Sacquépée et L. Ferrabouc — Sur l'étiologie de la Psittacose; La Presse Médicale, n.º 34, 26 Avril 1930.

Etienne Chabrol, Krainik, Charcellay et Waitz — Une épidémie familiale de psittacose; Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hospitaux de Paris, n.º 14, 21 Avril 1930.

Ph. Pagniez et A. Plichet — Un cas de psittacose; Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hospitaux de Paris, n.º 15, 28 Avril 1930.

Noël Fiessinger et Philipp Decourt — Un nouveau cas de psittacose; Bulletins, mesmo numero.

Netter — Discussion; Bulletins, mesmo numero.

Rivet — Discussion, un cas très comparable; Bulletins, mesmo numero.

E. de Mossary — Discussion, Deux nouvelles observations; Bulletins, mesmo numero.

L'Information Médicale n.º 5, 1.º Mai 1930.

V. S. já se alistou no Sindicato Medico do Rio Grande do Sul?

Sobre um caso de pancreatite hemorrágica operada com sucesso

Pelo Dr. Jacy C. Monteiro, cirurgião da Santa Casa.

O. B., de 18 annos de idade, baixa a enfermaria 7^aA da S. Casa, a 20 de Março passado, accusando forte dôr na região epigástrica, grande prostração e temperatura elevada.

Historia relatada.

Dia 16 de Março, 4 dias antes de ser admittida no hospital, trabalhava em sua casa, quando sentiu um dôr bastante forte na *boca do estomago*, teve falta de ar e abandonou o trabalho; tudo isto durou uns dez minutos, voltando depois a se sentir bem; no dia seguinte estava a porta de sua casa comprando verduras, quando foi novamente acometida de fortes dôres no estomago, que duraram pelo espaço de 20 minutos mais ou menos, melhorando em seguida; isto foi as 8 horas da manhã; ao meio dia sentindo-se bem almoçou com regular appetite, a 1 hora da tarde a dôr voltou a maltratar-a porém com uma intensidade muito mais accentuada, foi para cama, um tanto desacordada, e vomitou todo o alimento que ingerira no almoço; não obstante o vomito, a dôr continuava constante, com paroxismos accentuados durante a noite; pela manhã do dia seguinte tomou um purgativo que a fez piorar ainda mais. Vendo que não melhorava resolveu baixar a Santa Casa onde foi dirigida á enfermaria 7^aA ocupando o leito n.º 2.

Antecedentes familiares e pessoas.

Pae morto de tuberculose pulmonar aos 27 annos de idade. Mãe forte; duas irmãs sadias. Com 3 annos de idade teve meningite, até 11 annos caminhava bem, depois começou a sentir rigidez nos membros inferiores, cahindo seguidamente de joelhos, o que ainda hoje acontece frequentemente. Mais tarde não sabe precisar bem a data, teve sarampo, varicella e grippe. Ultimamente gosava boa saude.

Exame clinico.

Do exame clinico deparamos com uma rapariga, bastante emagrecida, deitada na cama com desconforto, physionomia soffredora, olhos escavados, nariz afilado, labios seccos, ligeira dispnéa. Ha 4 dias esteve doente e accusava forte dôr no estomago. Ventre normal, si bem que emagrecido, com excepção da região epigástrica que era levantada por uma saliência ou um tumor situado na linha xypho-umbelical, do tamanho de um punho, pelle normal,

não haveria alteração de coloração, nem solução de continuidade.

Ausencia de ictericia e passado hepatico. Pela palpação notamos que o tumor era duro, não elastico, não movel, não adherente, ou fazendo parte da parede do ventre, e sobretudo muito doloroso. Som macisso a percussão, macissez esta que se continuava com a hepatica. Acima e abaixo do tumor som tympanico. A porção restante do ventre era igualmente tympanica a percussão, molle a palpação e não apresentava dôr apreciavel com ponto algum, prisão de ventre ha 3 dias. Urinas poucas e carregadas. Ausencia de vomitos depois que chegou ao hospital. Lingua saburrosa, dentes mãos, garganta limpa. Apparelho respiratorio normal, coração bom. Temperatura pela manhã 37,5, a tarde 39,3. Pulso 120, tensão boa. Respiração 26 movimentos por minuto.

Exames de Laboratorio.

Exame de urina — revelou: traços nítidos de albumina, densidade 1024, ausencia de glycose, e nada mais de anormal.

Uréa 0,38.

Chloretos 5,616 $\frac{\%}{100}$.

Globulos brancos 19,373.

Forma leucocytaria. Polynucleares neutrophils 82 $\frac{\%}{100}$.

Grandes e medios monucleares 8 $\frac{\%}{100}$.

Lymphocytos 8 $\frac{\%}{100}$.

Formas de transição 1 $\frac{\%}{100}$.

Periodo pre-operatorio.

Como o estado da paciente foisse precario prescrevemos no dia da entrada toni-cardiacos, sôro physiologico e solução Dastre; no dia seguinte não havia melhora no estado geral. Temperatura 37,5 pela manhã e 39 a tarde; o estado de desconforto continuava e a dôr era persistente e intensa e o emagrecimento se accentuava fortemente; nosso mestre Dr. Bica de Medeiros resolveu então operar o paciente; a intervenção foi realisada no terceiro dia de admissão no hospital.

Como diagnostico pre-operatorio tinhamos o seguinte: tumor do andar superior do ventre, região epigástrica possivelmente, abcesso subphrenico, dada a symptomatologia apresentada pela paciente.

Operação.

Anesthesia geral pelo ether e cargo do interno José Eboli. Operador Dr. Bica de Medeiros. Assistente o autor destas linhas.

Incisão mediana xypho-umbelical, interessando pelle tecido cellular sub-cutaneo, aponevrose e musculo; incisado o peritoneo notamos uma massa dura totalmente recoberta pelo epiploon gastro-cólico que adheria tambem fracamente ao peritoneo parietal, donde foi facilmente descolado; o tumor que tinha o volume comparavel ao de uma cabeça de feto era limitado na sua parte superior, pela grande curvatura do estomago e na parte inferior pelo colo transverso, sendo que estas duas visceras não faziam corpo commum com o tumor.

Feita com um trocard uma punção na massa em questão, obtivemos sangue enegrecido. Depois da punção penetramos no tumor que occupava a retro cavidade dos epiploons atravez do omentum gastro-cólico cahimos numa massa compacta, formada de coagulos sanguineos, vermelhos escuros, e de uma substancia branca acinzentada como espermacete que o laboratorio Dr. Waldemar Castro esclareceu tratar-se de tecido pancreatico necrosado (esteato necrose). Uma vez retirada grande quantidade desta massa que formava o tumor, a loja por ella occupado foi cuidadosamente seccada com compressas, e a hemostase feita da melhor maneira possível, foi necessario a collocação de um Mickulicz para drenar a formidavel cloaca deixada pela retirada da massa formada pelos coagulos e tecido pancreatico-necrosado. Possivelmente duas terças partes da glandula pancreatica tinha sido destruida. O ventre foi fechado em tres planos, e receitamos sôro glycosado toni-cardiacos insulina e succo pancreatico.

As sequencias operatorias foram bastante favoraveis, não houve choque operatorio devido a rapidez da intervenção, como é aconselhavel nestes casos, a temperatura baixou rapidamente á normal, o pulso normalisou-se e o Mickulicz foi retirado facilmente 8 dias depois a intervenção. Nos dias subsequentes foi notado a saída pelo orificio deixado na parede do ventre pelo Mickulicz, de um liquido espesso, acinzentado e azedo, que foi considerado como proveniente do pancreas, estabelecendo-se assim uma fistula pancreatica post-operatoria. Não obstante o estado geral da doente melhorou consideravelmente, o apetite e as forças reapareceram, a febre desapareceu, e 30 dias depois de operada a paciente teve alta com boas condições, pois a fistula pancreatica regredindo lentamente graças um regimen antidiabetico e atropina; deixava ver

ligeiro pertuito com tendencias a desaparecer, dando saída ainda a pequena quantidade de liquido com os caracteres acima descriptos.

Ligeiro commentario.

Eis ahi pois um caso rarissimo de pancreatite hemorrhagica, operada com optimo resultado, digo rarissimo pois ha 9 annos que privo nos serviços de cirurgia, inclusive um anno passado nas clinicas cirurgicas da Europa, e este foi o primeiro caso que deparei, aliás corroborando nesta affirmativa, Soupoult da clinica cirurgica de Gosset na Salpêtrière, diz que a pancreatite hemorrhagica é tão rara, que todo o cirurgião que tiver operado tres casos, está fortemente autorisado para falar em cirurgia.

No caso presente tratava-se de uma pancreatite hemorrhagica da forma sub-aguda, muito bem estudada por Leriche e Carnot, de evolução menos rapida que a forma aguda, sem o *grande drama pancreatico* de Dieulafoy, sem os signaes alarmantes e gravissimos de peritonite generalisada com obstrucção intestinal. A tumefacção que a paciente apresentava na região epigastrica, era formada ou constituida pela hypertrophia do pancreas infiltrado de coagulos sanguineos. Dispensome de fazer commentarios sobre formas clinicas, ethiologicas, pathogenicas, e diversas theorias sobre a acção dos fermentos pancreaticos, anatomia pathologica e etc. por julgar que isto tudo acha-se muito bem descripto nos tratados clinicos, e por ser daquelles que pensam que as communicções nas sociedades scientificas, não devem ser feitas sobre a forma de longos discursos, mas sim de ligeiros commentarios em que appareça por muito pouco que seja o coefficiente pessoal do observador.

Dada a raridade da pancreatite hemorrhagica, o pancreas é commumente esquecido na diagnose das affecções agudas do abdomen. Nós tambem o esquecemos lealmente o confessamos, mas pancreatite hemorrhagica como no caso presente, abcesso sub-phrenico como era o nosso diagnostico pre-operatorio, ou qualquer outra modalidade clinica que coubesse dentro do quadro symptomatologico apresentado pela nossa doente, a therapeutica tinha que ser uma só a intervenção cirurgica, a unica victoriosa e proveitosa para a paciente, e foi esta que recorremos com um successo operatorio completo.

A mortalidade infantil em Porto Alegre*)

Pelo Dr. Leonidas Soares Machado, chefe da
Seção de estatística demographo-sanitária da
Directoria de Hygiene.

Se é possível como já se affirmou, avaliar o grau de adeantamento de um povo pelo seu coefficiente de mortalidade infantil, em confronto com outras partes do mundo, Porto Alegre não poderia re-

presentar o Brasil, sob pena de deixalo pessimamente collocado, o que poderemos verificar lançando, um olhar para os dados estatísticos abaixo, os quaes extrahimos de um trabalho de Morquio.

Mortalidade infantil nos paizes da Europa:

	Em 1912	Em 1927
Suecia	72 por mil nascimentos	52 por mil
Suissa	123 " " "	56 " "
Inglaterra	192 " " "	97 " "
Holanda	137 " " "	59 " "
Italia	157 " " "	119 " "
França	159 " " "	83 " "
Espanha	162 " " "	127 " "
Belgica	167 " " "	92 " "
Allemanha	192 " " "	97 " "
Austria	207 " " "	123 " "
Hungria	207 " " "	168 " "
PORTO ALEGRE	217 (em 1915) "	237 " "

O confronto acima é humilhante e desolador. Enquanto nos paizes da Europa a mortalidade infantil decresceu de 30 a 40% em 15 annos, em Porto Alegre

augmentou. Nos Estados Unidos a mortalidade infantil é de 65 por 1000 e na Nova Zelandia 39 por mil.

(Morquio.)

Comparemos agora o coefficiente de mortalidade infantil de Porto Alegre (1927)

com o de outras cidades, estrangeiras e nacionaes (nº de obitos p^a mil nascimentos vivos):

Cidades estrangeiras:

Berna	38,04 por mil	Paris	96,66 por mil
Haya	38,46 " "	Montevideo	100,70 " "
Oslo	43,65 " "	Bruxellas	111,38 " "
Sidney	49,26 " "	Madrid	117,64 " "
Stockolmo	52,39 " "	Budapest	122,18 " "
Washington	64,70 " "	Assumpção	125,17 " "
New-York	65,54 " "	Moscovo	127,01 " "
Londres	67,43 " "	Varsovia	128,62 " "
Hamburgo	75,47 " "	Yokoama	146,84 " "
Roma	80,30 " "	Santiago	152,92 " "
Barcelona	80,65 " "	Ceylão	180,68 " "
Baltimore	81,80 " "	Constantinopla	223,76 " "
Munich	82,81 " "	PORTO ALEGRE (1927)	237,0 " "
Buenos Aires	83,56 " "	Cairo	255,32 " "
Vienna	88,07 " "	Mexico	480,61 " "
Riga	93,72 " "		

Como vemos, é consideravelmente grande o coefficiente de mortalidade infantil de Porto Alegre, que supera de

muito o da maioria das principaes cidades do mundo. Confrontemos com algumas cidades brasileiras:

*) Em estatística demographo-sanitária, mortalidade infantil é a relação entre o numero de obitos de creanças de zero a um anno de idade para 1.000 nascimentos vivos.

Cidades nacionaes:

Campinas	122,67	por mil	Florianopolis	206,14	por mil
Ribeirão Preto	133,23	" "	Belém	232,30	" "
São Paulo	160,23	" "	Victoria	235,72	" "
Rio	164,12	" "	Aracajú	289,84	" "
Curityba	170,85	" "	São Salvador	290,32	" "
Bello Horizonte	190,56	" "	Rio Grande (1928)	313,0	" "
Santos	193,71	" "	Pelotas (1928)	329,0	" "
São Luiz	201,98	" "	Natal	376,70	" "
PORTO ALEGRE (1928)	205,0	" "	Maceió	572,28	" "

Como se verifica, a situação de Porto Alegre, melhorou um pouco, mas isso mais devido a que os coefficients das outras

cidades são muito elevados do que á pequena baixa que o seu coefficiente apresenta, de 237 para 205.

Mortalidade infantil na cidade de Porto Alegre

Examinemos os coefficients de mortalidade infantil da cidade de Porto Alegre, para vermos si as medidas postas em pratica pelas autoridades sanitarias conseguiram o

exito esperado, o nobre e importantissimo desideratum de poupar para o Estado e para o Paiz, milhares e milhares de vida, representando um immenso e precioso capital.

Coefficientes de mortalidade infantil em Porto Alegre:

1915	217	por mil	1923	229	por mil
1916	215	" "	1924	209	" "
1917	246	" "	1925	215	" "
1918	292	" "	1926	193	" "
1919	210	" "	1927	237	" "
1920	279	" "	1928	205	" "
1921	221	" "	1929	249	" "
1922	286	" "	1930	224	" "

Demonstrado á saciedade quão grande e excessivo é o coefficiente de mortalidade infantil na nossa capital, diremos algumas palavras sobre os factores determinantes de tal anormalidade. Esses factores são multiplos e complexos. Apenas vamos enumeral-os.

- a) Falta de cuidados pre-nataes.
- b) Partos em más condições.
- c) Alimentação inadequada da creança.
- d) Limitação do numero de filhos pelo aborto provocado.

e) Falta de cuidados com a creança: doenças contagiosas, principalmente a tuberculose, habitações anti-hygienicas etc.

f) Falta de protecção das mães. Diz Morquio: „La proteccion del Niño radica esencialmente en la proteccion de la madre. Luego es necessario proteger a las madres, si queremos conservar la vida del niño“ Diz também: „La madre con el hijo en su casa. Esto no siempre es posible, pero a ella tienden los organismos y la filantropia, a fin de conservar intacto el binomio madre-hijo, como expresion, la más exacta, de la proteccion infantil.“

g) A ignorancia dos paes. E' sabido que, como affirmou um pediatra: „as creanças na primeira idade, morrem exclusivamente, por culpa dos paes.“ Explica-se isso porque as mães, promptas a darem a vida pelos filhos do seu coração, sendo a vida o menos que lhes pódem dar, ignoram completamente o modo de crial-os. Puericultura para ellas, é uma nebulosa, não passa de um vocabulo complicado.

h) Extrema pobresa: para Morquio: „La mortalidad infantil es, sobre todo, una cuestion economica.“ De facto, nos meios mais pobres a colheita da morte é muito maior do que nos mais remediados ou abastados. A pratica e a estatistica confirmam essa asserção. As numerosas causas de mortalidade infantil acima enumeradas, que não são todas, mas que são as principaes, indicam que a lucta contra a mortalidade infantil não póde ficar entregue aos paes, nem a associações de caridade ou congeneres, ella tem que ser mantida e dirigida pelos poderes constituídos, é uma lucta de interesse nacional, que exige grande aparelhamento e muito dinheiro.

Lucta contra a mortalidade infantil

Transporto para aqui o programma da lucta contra a mortalidade infantil, organizado pelo prof. F. Freitas e Castro, que com tanta superioridade e competencia dirige a Directoria de Hygiene e Saude Publica do nosso Estado:

1.º) Promover a organisação da estatistica demographo-sanitaria, sobretudo no que diz respeito a infancia, de modo a fazer desaparecer as falhas e deficiencias e diminuir, tanto quanto possivel, as causas de erros. Só assim poderá servir de orientação segura.

2.º) Reprimir a industria do aborto, punindo severamente os que a praticam.

3.º) Educar as gestantes, por meio da propaganda intensa e de conselhos, para que aprendam os perigos a que estão expostas, os cuidados que devem ter para com os filhos que vão nascer e os principios de puericultura.

4.º) Obter leis de protecção á mulher grávida que trabalha, assegurando-lhe o repouso um mez antes e outro após o parto.

5.º) Promover a fundação de maternidades e auxiliar o desenvolvimento dellas, principalmente quando se destinarem ao amparo das mães destituidas de recursos.

6.º) Obter por propaganda e conselhos que o maior numero possivel de mulheres deem á luz nas maternidades e fiscalisar rigorosamente o trabalho das parceiras, fazendo-as punir severamente todas as vezes que se tornem responsaveis por accidentes no parto.

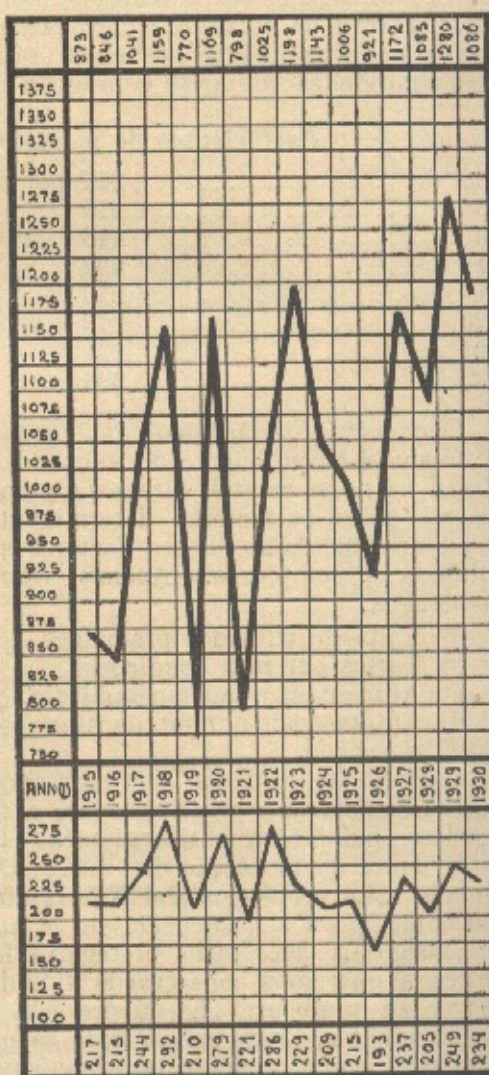
7.º) Assistencia constante á infancia desde o nascimento até o fim do periodo pré-escolar.

O presente programma do illustre hygienista encara o problema da mortalidade infantil por todas as faces, e indica as medidas a tomar. Mas o prof. Freitas e Castro não deixou o seu magnifico programma no papel apenas e principiou a realisalo; para isso, fundou em 1929, cinco Centros de Saude em pontos diferentes da cidade. Nesses Centros, a cargo de profissionaes competentes e dedicados, a assistencia á infancia é prestada da melhor maneira possivel, a educação das mães é feita por conferencias, conselhos, cartazes, cinema etc. Na Directoria Central organisou uma Secção de Estatistica Demographo-Sanitaria que se acha a nosso cargo. Auxiliando a acção da Directoria de Hygiene, temos a maternidade no Ho-

spital São Francisco, velha aspiração de seu eminente director prof. Mario Totta, que a ella dedica o melhor do seu tempo, do seu entusiasmo e da sua sciencia. Contrapondo-se á nobre acção da Directoria de Hygiene e da maternidade, a industria do aborto floresce impunemente; a falta de leis que protejam as mulheres grávidas que trabalham para ganhar a vida é muito sensivel e as obras da protecção

Mortalidade infantil na Cidade de Porto Alegre

Numero de obitos de 0 a 1 anno e respectivos coefficients para mil nascimentos



O traçado superior indica o numero de obitos de 0 a 1 anno. O traçado inferior indica os coefficients de mortalidade infantil nos ultimos 16 annos.

á infancia estão na phase embryonaria; a pobreza é grande, o mesmo se dando com a falta de instrução. Entretanto a assistência á infancia dispensada pelos Centros de Saude, as noções de puericultura pelos mesmos transmittidas ás mães que os frequentam, a melhor qualidade do leite fornecido á população infantil devido á acção da Fiscalisação do Leite dirigida pelo dr. Pedro Pereira, a propaganda pela imprensa encetada por medicos especialistas ou não, a hygienisação das casas devido ás exigencias da Hygiene e outros factores de menor importancia, provocaram uma pequenina mas promissora melhora do nosso alto coefficiente de mortalidade infantil, que já começou a baixar. De 249 em 1929, foi a 224 em 1930.

Admittindo-se como regular um coefficiente de mortalidade infantil de 80 para mil nascimentos vivos, o qual já é um tanto alto, concluiremos, por um simples calculo, que em Porto Alegre morrem a mais cerca de 700 crianças por anno!

O prejuizo que representa essa perda para o Estado e consequentemente para a Nação, é facil calcular.

E' um capital fabuloso que se esvahe, é um formidavel tributo que pagamos a mais á morte, são centenas e centenas de esperanças que fenecem e se desfazem.

Emquanto não possuirmos um hospital moderno e sufficiente, emquanto a assistencia social, material e medica á infancia não fôr levada aos lares, emquanto as mães não tiverem os necessarios conhecimentos de puericultura e não forem amparadas por leis protectoras, emquanto não possuirmos as indispensaveis instituições pró-infancia (gottas de leite, crèches etc.), enfim, emquanto os poderes publicos não voltarem a devida attenção para a nossa creança, o coefficiente de mortalidade entre nós, jamais poderá baixar a ponto de attingirmos os brilhantes resultados conseguidos em outras partes do mundo.

Nutrimos, entretanto, a esperança de que aos poucos, em nosso meio, tudo se fará em prol da infancia.

Oxalá, porém, essa epocha aurea, que poderemos chamar a *epocha da creança*, não tarde, para felicidade da infancia e grandeza da Patria.

Aguardemos, pois, „melioribus annis.“

A NOVA

Farinha lactea Nestlé

CONTEM EXTRACTOS VITAMINADOS
DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU
(SEM MODIFICAÇÃO DO SEU CHEIRO,
COR OU SABOR).



AMOSTRAS E BROCHURAS GRATIS

COMPANHIA NESTLÉ

RUA 15 DE NOVEMBRO, 27

TEL. 4993

CAIXA POSTAL, 602

PORTO ALEGRE

Résumé de l'examen histologique d'un processus néoplasique rare*)

Par **Antão de Assis Brasil** (Diplômé de l'Université de Lausanne (Suisse), Ancien Assistent à l'Institut d'Hygiène e de Bactériologie de l'Université de Fribourg en Suisse. Médecin praticien à Santo Angelo (Ést. Rio Grande do Sul, Brésil.)

Par son aspect macroscopique, la pièce examinée ressemble à un Noevus pigmentaire verruqueux (hypertrophique), mais de dimensions considérables.

L'examen microscopique montre cependant qu'il ne s'agit pas d'une mélanose simple, mais d'une néoplasie occupant toute l'épaisseur du derme cutané.

La couche papillaire de la peau est hypertrophiée et déformée. Les papilles, hautes et larges, ressemblent bien plutôt à des excroissances papillomatenses qu'à des papilles dermiques.

L'épiderme n'est pas épaissi; sa couche cornée se soulève ou se détache facilement; un stratum granulosum, bien que mince, existe en tout cas par places; la couche muqueuse (malpighienne) est par places abondamment infiltrée par du pigment noir, dans ses couches profondes principalement. On observe, en outre, des de petits amas aplatis de pigment dans la couche desquamante même de l'épiderme.

Le tissu de la couche papillaire, comme aussi celui de couche sous-jacente, renferment de nombreux cordons, îlots, voire traînées, renfermant de cellules tassées, dont les dimensions et la forme ne sont pas identiques, et qu'ont une certaine ressemblance avec des cellules épithéloïdes. Ces amas cellulaires, dans la couche papil-

laire en particulier, sont abondamment pigmentés. Dans la couche sous-papillaire, l'infiltration devient bien plus diffuse et affecte la forme de traînées.

Les parties affectées renferment encore des follicules pileux et des glandes sébacées, comme aussi des glandes sudoripares.

Les follicules pileux montrent souvent à leurs parties profondes des altérations atrophiques, à la papille en particulier.

Les glandes sébacées annexées aux follicules sont généralement atrophiées et réduites à de grêles tendons. Aux glandes sudoripares, on peut encore reconnaître les parties glomérulées et le canal excréteur; ces glandes aussi sont plutôt atrophiques.

Le tissu interstitiel, interposé entre les parties profondes des follicules pileux et les glandes, se compose d'une trame nettement fibreuse mais semée de cellules mentionnées plus haut, à propos de la néoplasie; la vascularisation de ce tissu interstitiel n'est nullement très abondante. On y trouve encore passeblement de Mastzellen, voire clasmatoctes.

Encore plus profondement, c'est-à-dire à la place de l'hypoderme dans la peau normale, on ne trouve pas de pannicule adipeux, mais une trame fibreuse serrée.

Le 24 Août 1930.

*) La pièce biopsique a été enlevée par nous de la région sous-épineuse de l'épaule gauche d'une jeune-fille d'origine allemande âgée de 14 ans.

Medicos do Interior!

Quando vierdes a Porto Alegre, visitae a séde do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, á rua General Camara 264, 3º andar.

Lá encontrareis um ambiente amistoso e agradavel. Verificareis, tambem, como o Sindicato trabalha pela união e engrandecimento da classe. Para isso elle necessita da colaboração de todos. Enviae sem demora, a vossa adhesão.

SYNDICATO MEDICO DO RIO GRANDE DO SUL

Não arrefeceu o entusiasmo pela fundação do Sindicato, pelo contrario, mantem-se bem vivo, com tendencia a prolongar-se assim por muito tempo. Na capital são raros os medicos que ainda não se alistaram e do interior são innumeradas as adhesões chegadas.

Em 29 de Julho houve a 1ª sessão do Conselho Deliberativo. Tratou-se do emblema do Sindicato que será um escudo com os dizeres: *Omnis sint unum, justum et honestum*. Levará tambem um feixe de varas com uma serpente enrolada e no meio as côres da bandeira riograndense. Já foram collocados 9 mostruários de preparados na Séde do Sindicato.

Em 27 de Agosto p. p. foi realisada a 2ª sessão do Conselho Deliberativo. Foi recebido um officio do S. M. Brasileiro communicando que o 2º Congresso Medico Syndicalista deverá se realizar em Porto Alegre. Tratou-se do memorial sobre a regulamentação do exercicio da medicina. Discutiu-se e approvou-se o regulamento interno.

Em sessão de 10 do corrente, solicitou apoio do Sindicato para a regulamentação do exercicio da odontologia a comissão composta dos drs. Cirne Lima, Waldemar Barbedo, Januario Costa, Mariante Guimarães e Jeronymo Azambuja.

Foi nomeada a seguinte comissão para tratar do memorial ás autoridades competentes, sobre a regulamentação da odontologia: drs. Fabio Barros, Barros Coelho e Decio M. Costa. A acção e o prestigio do Sindicato são indiscutíveis.

O Sindicato está trabalhando e tem funcionado regularmente. Nunca vimos e cremos mesmo que não ha memoria nem precedente de um tão grande e sincero movimento do corpo medico, quer de Porto Alegre, quer do Estado, como o despertado pela fundação do Sindicato. Entusiasmo e conforta tão expressiva união da classe, que tão á margem tem estado das cogitações dos poderes constituídos. Os advogados, os pharmaceuticos já tiveram as suas profissões regulamentadas, só os medicos esperam pacientes a regulamentação da sua, como se „salus populi suprema lex“ não fosse. A fundação dos Sindicatos Medicos do Rio, daqui e alhures, constituem um tonico-estimulante que dissipa a apathia reinante e promove o interesse pelos problemas ligados á medicina.

Aguardemos confiantes que o actual Governo Provisorio que implantou a Nova Republica no Brasil Novo, traga para a medicina uma phase de reivindicações, de segurança, de moralidade e progresso.

L. S. M.

Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Sessões realisadas durante o corrente anno

Sessão realisada em 21 de Agosto de 1931

Presidente prof. Octavio de Souza, secretario dr. Nino Marsiaj. Perante grande numero de collegas, o dr. Alvaro Barcellos Ferreira leu importante trabalho sobre: „Nephrite syphilitica.“

Sobre o assumpto o prof. Annes Dias, que varias vezes teve o seu nome citado, teceu longos e brilhantes commentarios. Como sempre que fala, o prof. Annes Dias foi ouvido com sympathia e grande attenção. Commentaram tambem o assumpto o dr. Hugo P. Ribeiro e o prof. Octavio de Souza que relatou interessante observação a respeito da associação de nephroses e nephrites.

Em seguida o dr. Ennio Marsiaj, com apresentação da peça, relatou um caso de ruptura circular do colo do utero por occasião do parto numa primipara. Pela raridade e importância, o caso foi muito apreciado. A proposito o dr. Decio M. Costa relatou uma observação de sua clinica em Lageado. O prof. Thomaz Mariante citou um interessante caso de transposição total de visceras com ausencia dos caninos superiores e do inferior direito. A uma tia faltam os mesmos dentes.

O dr. Barros Coelho communicou um caso de diagnostico difficil de appendicite em estado de gangrena, numa senhora com pulso 84 e febre de alguns decimos.

Havia membranas e gangrena do appendice. O dr. Ary Vianna descreveu um caso em que havia appendicite chronica e prenhez extra-uterina fazendo corpo. O prof. Octavio de Souza falou, em seguida, na vantagem da precocidade da intervenção cirurgica nos casos de appendicite, prática que lhe tem feito salvar muitas pessoas. Sempre que diagnostica uma appendicite, indica a operação. Só perdeu um caso em que a appendicite appareceu no decorrer duma febre typhoide de forma grave.

Sessão realisada em 11 de Setembro 1931 *)

Presidente prof. Octavio de Souza. O dr. Huberto Wallau fez a sua tão esperada conferencia sobre: „Ventre agudo em gynecologia.“ Pelo espaço de tres quartos de hora o conferencista prendeu a atenção do grande auditorio. O dr. Wallau foi muito felicitado principalmente porque as observações que citou são tiradas da sua longa pratica hospitalar e privada.

O dr. Jacy C. Monteiro citou tres casos a proposito e termina dizendo que a cirurgia moderna tende para a suppressão da drenagem.

Tratando de prenhez ectopica, o dr. Plinio Gama citou 1 caso de hemorragia catoclysmica mortal numa multipara em que as regras estavam atrazadas de 8 dias apenas.

O prof. Blessmann citou o caso de uma moça recém casada, grávida 3 a 4 mezes, 9 annos antes operada de appendicite. Com a gravidez appareceram dores na fossa illiaca. Sobrevindo defeza abdominal e alterações do pulso, foi feita uma intervenção que revelou volumoso kysto de moide do ovario com pediculo torcido duas vezes e meia e de situação muito alta, pois o pediculo era longo e o utero grávido enchia a cavidade pelvica. A gravidez continuou, nascendo a termo linda menina. O prof. Blessmann terminou declarando ser pela limitação da drenagem da cavidade peritoneal, que deve ser praticada em casos muito especiaes.

Sessão realisada em 18 de Setembro 1931

Presidente prof. Octavio de Souza, secretario dr. Nino Marsiaj. O dr. Decio de Souza leu notas previas sobre um caso que acompanha com o dr. Jacintho Godoy,

de: Gynecomastia unilateral. Usa a expressão de Apert que referindo-se ao gynecomasta diz que foi „um seio que se enganou de sexo.“ O paciente, que tem 19 annos, apresenta o seio esquerdo muito desenvolvido, sendo que começou a crescer desde os 12 annos. No lado esquerdo observam-se outros signaes característicos de sexo feminino, pellos mais finos e menos abundantes, nadega mais cheia e gracil etc. O dr. Decio de Souza além de nitidas photographias apresentou o paciente aos collegas que puderam bem apreciar o caso sobre o qual será feito um trabalho completo.

O dr. Barros Coelho citou um caso de Schwarz, da Charitè de Paris, de gynecomastia bilateral com urethrorrhagia mensal e com cryptorchidia. Feita a operação, devido á cryptorchidia, foi encontrado um corpo muscuroso cujo corte revelou tratar-se de um fragmento de utero.

O dr. Oddone Marsiaj lembra a importancia da pesquisa mensal da foliculina na urina do paciente do Dr. Decio de Souza.

Em seguida o dr. Nino Marsiaj apresentou um paciente portador de carbunculo. Teceu consideração a respeito da doença, principalmente da sua therapeutica e terminou falando na vaccina anti-carbunculosa sobre a qual diz ter sahido varios trabalhos do Laboratorio Pereira Filho.

O dr. Wallau relatou um caso de tumor fetal, numa moça com hymen virgem, já no 6º mez de gravidez. Frisa que o hymen não era dos chamados „complacentes“ e diz que não se póderia accusar o cirurgião que em condições identicas fizesse uma hysterectomia, como succedeu a Bier, na Allemanha.

O dr. Oddone citou um caso de vaginismo intenso e teceu commentarios a respeito de 2 signaes de gravidez, um os raios X, após os 6 mezes e o outro, que é positivo em 100% dos casos: a pesquisa dos hormonios da pituitaria anterior, que póde se mostrar positiva 5 dias depois da gestação; para uns basta que tenha havido fecundação e migração; para outros seria necessario haver tambem nidação. Diz que o excitante da pituitaria anterior parece ser o proprio trophoblasto do ovo. Commentou a prova de Ascheim e Zondeck.

O dr. Leonidas S. Machado citou um caso da literatura medica de fecundação d'uma mulher cujas relações sexuaes eram feitas por via urethral.

*) Devido aos exames para livre docencia na Faculdade de Medicina, deixaram de se realisar 2 sessões.

O dr. Ennio falou sobre diagnostico da gravidez e prova de Ascheim e Zondeck.

O prof. Thomaz Mariante citou interessantissima observação do estrangeiro, de uma joven que lavando-se numa bacia com agua morna usada por sua mãe após uma copula, foi fecundada pelo espermatozoide paterno.

Isso, disse o prof. Mariante, demonstra a intensa vitalidade do espermatozoide.

Sociedade de Medicina de Santa Maria

A 30 de Janeiro do corrente anno, em sessão realisada na sala nobre do Hospital de Caridade de Santa Maria, presente grande numero de medicos, foi fundada a Sociedade de Medicina de Santa Maria. Foram aclamados presidente, secretario e thesoureiro da directoria provisoria, respectivamente os drs. Severo do Amaral, Xavier da Rocha e Amaury Lenz. Foram incumbidos para junto com a directoria, apresentar um projecto de estatutos, os drs. Valentim Fernandez e Lamartine Souza. Foi aclamado presidente honorario o decano da classe dr. Astrogildo Azevedo. Em sessão de 25 de Fevereiro foram aprovados os Estatutos da Sociedade. Em sessão de 11 de Março foi eleito a directoria definitiva, que ficou assim constituída! Presidente, dr. Francisco Mariano;

Referindo-se ao caso relatado pelo dr. Wallau, o dr. J. F. Flores Soares encarou a questão sob o ponto de vista medico-legal.

O dr. Wallau respondeu que segundo o codigo, no seu caso houve attentado ao pudor e não defloramento, pois este exige copula com mulher virgem e ruptura do hymen, incompleta ou completa. Sobre o mesmo assumpto falou o dr. Decio M. Costa. Falaram mais os drs. Octavio, Mariante, Nino e C. Hofmeister.

vice-presidente, dr. Eduardo Emiliano; secretario, dr. Raymundo Cauduro; thesoureiro, dr. Amaury Lenz; bibliothecario, dr. Eduardo P. de Moraes. Pertencem á Sociedade de Medicina, todos os medicos de Santa Maria, drs.: Alfredo Ribas, Amaury Appel Lenz, Antonio Xavier da Rocha, Astrogildo Cezar de Azevedo, Bruno Pinto de Moraes, Eduardo Emiliano P. dos Santos, Eduardo Pinto de Moraes, Francisco Mariano da Rocha, Gino Cataldi, Guilherme Rau, José Mariano da Rocha, Lamartine Souza, Nicola Turi, Raymundo João Cauduro, Salucio Brenner de Moraes, Severo E. do Amaral e Valentim Fernandez.

Desempenhou papel saliente na fundação da Sociedade de Santa Maria o nosso amigo e representante naquella cidade, dr. Antonio Xavier da Rocha. L. S. M.

PAGINA DA REDACÇÃO

O corpo medico e os Archivos

A excellente acolhida que teve o nosso numero de Agosto ultimo e as innumeradas demonstrações de sympathia que temos recebido, quer pessoalmente ou por cartas, constituem a melhor recompensa que podiamos esperar no desempenho da espinhosa tarefa de que nos incumbiu a nobre Sociedade de Medicina de Porto Alegre: promover a circulação do seu importante e conceituado órgão official, após quasi um anno de parada completa.

O auxilio da illustrada commissão de revista e a actividade intellectual e boa vontade de numerosos collegas, têm, porém, amenisado o nosso trabalho.

Com tão valioso auxilio e com tão productiva actividade intellectual, cresce e avoluma-se a nossa esperança de que

haveremos de conseguir um feliz exito na nossa passagem pela secretaria da redacção dos Archivos e de que haveremos de corresponder á confiança que a Sociedade de Medicina de Porto Alegre em nós depositou. *)

L. S. M.

Correspondencia:

Dr. A. Xavier da Rocha (Sta. Maria). Recebemos a importancia da assignatura para um anno.

Dr. Raul Panatieri (Rio Pardo). Idem, idem.

Dr. Ilo M. Flores (Encruzilhada). Idem, idem.

Dr. Mario Meneghetti (Pelotas). Não conseguimos ainda o trabalho do collega,

*) Do proximo numero de Outubro em diante, os Archivos adoptarão a nova orthographia.

sobre a vaccina de Umeno e Doi, que nos enviou no anno passado e até agora não recebemos. Será publicado logo que chegar ás nossas mãos.

Instituto Ezequiel Dias (Bello Horizonte). Recebemos a importancia da assignatura para um anno.

Dr. José Athanasio (São Jeronymo). Idem, idem.

Dr. José Lisboa (São Gabriel). Aguardamos as notas que vos solicitamos.

Dr. José Mendonça (Pelotas). Idem, idem.

Dr. Mauricio Infantini (Bagé). Idem, idem.

Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Realisaram-se no corrente mez de Setembro, concursos para livre docencia de diversas cadeiras. Inscreveram-se nos mesmos e foram approvados:

dr. Oddone Marsiaj, clinica obstetrica;
dr. Jacy Carneiro Monteiro, clinica cirurgica e

dr. Ivo Correia Meyer, ophthalmologia.



REVISTA DAS REVISTAS



Tratamento dos bubões pelas injeções de leite esterilizado. *E. Kromayer* (Berlin). — *Klin. Wochenschrift*, N.º 51, 1929.

Apesar de muito conhecido, esse tratamento ainda se não vulgarisou sufficientemente.

Kromayer apresenta uma estatística de 131 casos de adeniles ligadas ao cancro venereo. De 45 casos tratados pelos meios usuaes, apenas 13 % escaparam á operação, ao passo que, dos 87 restantes, 67 % se restabeleceram sem intervenção cirurgica. E é preciso accentuar que, em quasi todos esses casos, já se notava um pouco de fluctuação, ao iniciar-se o tratamento pelo leite.

Technica: Leite bem fresco é fervido, durante 30 minutos, em banho-maria. Cõase por gaze esterilizada, afim de retirar os flocos que se possam ter formado. A injeção é feita nos musculos da região glutea, na porção supero-externa, um pouco abaixo da crista iliaca.

Geralmente bastam de 2 a 4 injeções, com intervallos de 3 a 4 dias. Conforme o estado geral do paciente, as primeiras doses são de 6 a 10 cc e as demais de 10 a 15.

Algumas horas após a injeção costuma apparecer febre que se póde elevar a 40° e mesmo mais, mas que durante a noite desaparece. Em consequencia dessa elevação thermica, o estado geral do paciente é um pouco abalado durante uns 2 dias, havendo tambem certa reacção local, no ponto da applicação da injeção, não podendo o doente deitar-se daquelle lado.

Em compensação, no 2º ou 3º dia as melhoras se iniciam. Dentro de 10 a 15 dias, os ganglios voltam a seu estado normal. Mesmo nos casos desfavoraveis, a formação do pús se precipita, podendo-se intervir mais precocemente. Cicatrização mais rapida.

A medicação pelo leite tambem influencia favoravelmente, tanto o próprio cancro como a balanoposthite que, por vezes, o acompanha.

Este tratamento simples deveria ser empregado, em todos os casos de bubões venereos, e o mais precocemente possivel.

Frederico G. Falk.

Tratamento da tuberculose laryngéa pela dieta de baço. — (*Wiener kl. Wochenschrift*, N.º 48, 1929).

Os excellentes resultados obtidos por Fliegel, em arthrites tuberculosas, por meio da ingestão de baço fresco (*Ars Medici*, 1928), animaram a F. Hutter (Vienna) a empregar a mesma therapeutica em 10 casos de tuberculose laryngéa.

Segundo as prescrições de Fliegel, os doentes ingerem diariamente de 80 a 100 grs. de baço de vitella. Sempre que fór possivel, elle será administrado crú e bem picado. Poderá ser adicionado á sopa, comtanto que ella não esteja muito quente, ou então condimentado por temperos os mais variados, com ausencia de ovos, gorduras etc. Si assim mesmo houver repugnancia por parte do doente, o baço poderá ser assado muito ligeiramente, á semelhança do que se costuma fazer com o figado.

Esta dieta deve durar 4 semanas, seguidas de um intervalo de 15 dias, e assim por diante.

Oito doentes supportaram bem a dieta. Sómente em dois casos houve necessidade de empregar simultaneamente a Acidol-Pepsina.

Já o primeiro caso, aliás o mais grave, foi bem demonstrativo. Tratava-se de um individuo de 29 annos de idade, com tuberculose pulmonar activa e infiltrações e ulcerações extensas do larynge. Após duas séries de dieta, apresentava melhoras surpreendentes, tanto para o lado do pulmão como para o larynge. Augmento de peso 14 kilos. Tratamento exclusivo pelo baço.

Os dois casos seguintes (processo ulcerofibroso) estavam menos adiantados. Augmento de peso $2\frac{1}{2}$ e 8 kilos, com retardamento da sedimentação dos erythrocytos e desaparecimento dos bacillos no escarro.

Os outros casos ainda continuam em observação.

Frederico G. Falk.

Tetano infantil curado pela serotherapie.

Observação de *Leenhardt, Reverdy* e *Cháptal*, publicada na Soc. des Sc. Méd. de Montpellier, de 15—7—1927.

Um menino de 4 annos e meio, cêrca de um mez após uma queimadura do punho direito, apresenta um hemi-espasmo facial esquerdo; 4 dias após trismus e, no dia seguinte, a symptomatologia d'um tetano generalizado muito intenso. TRATAMENTO local da ferida do punho direito com curativos e serum anti-tetânico in venam. Nos dias seguintes, de 2 a 18 de Maio, uma injeção quotidiana intra-rachidiana de serum purificado (10.000 unidades para quasi todas essas injeções). As injeções intra-rachidianas provocam, ás vezes, uma crise de contractura com laryngo espasmo. Em 2 vezes que a rigidez do tronco impediu a introdução da agulha de rachicentése, fizeram-se 2 curtas anesthesias geraes com ether. As 2 ultimas injeções intra-rachidianas tendo provocado accidentes immediatos de anaphylaxia, limitou-se á injeção sub-cutanea quotidiana de serum purificado de 10.000 unidades e ás vezes 20.000 unidades. Urticaria no 11.º—18.º e 27.º dias. Chloral, banhos quentes, isolamento foram empregados durante toda a molestia. Cura perfeita no fim de um mez de tratamento; o hemi-espasmo facial esquerdo foi o ultimo a desaparecer. Além dos 20 c. c.

de serum ordinario do 1.º dia, foram injectados:

1.º) Por injeções quotidianas de 10.000 unidades: 163.000 unidades de serum purificado, em 17 dias, no rachis.

2.º) Por injeções nas veias: 165.000 unidades.

3.º) Emfim, nos ultimos 9 dias 130.000 unidades sob a pelle.

Ao todo, 458.000 unidades de serum anti-tetânico purificado, foram administrados, em 26 dias, a uma creança de 4 annos e meio.

L. S. M.

O que dizem os mestres.

Legueu.

Quando um cystotomizado por retenção aguda apresenta febre, procura-se pelo toque rectal o abcesso prostatico e abri-o sem tardar.

Laubry.

O que é preciso tratar no velho, não é sua tensão arterial, mas d'uma parte a esclerose arterial que é a sua base e d'outra as fraquezas organicas cardiacas ou renaes, que no decurso desta esclerose podem fazer sua aparição.

Hutinel.

E' preciso desconfiar de dois defeitos frequentes, particularmente nos medicos: a credulidade e o scepticismo. *J. F. B.*

Importancia do chloreto de calcio em pathologia digestiva.

G. Faroy publicou no „Le Progrès Medical“ de 30 de Outubro de 1930, um artigo em que insiste nas varias e numerosas applicações do chloreto de calcio, por acção directa ou indirecta, prescripto principalmente em solução.

Ação hemostatica.

O ch. calcio favorece a coagulação sanguinea, sendo a presença de saes de calcio, indispensaveis á formação da thrombina. Na dose de 3 á 4 grs. por dia, elle é formalmente indicado nas hemorrhagias devidas á ruptura de varizes esophagianas ou gastricas; nas gastrorrhagias das gastrites de origem ulcerosa ou cancerosa, ou sobrevindas no curso de estado hemorrhagiparo; nas hemorrhagias de origem intestinal. O ch. calcio é prescripto sob a forma de lavagens quentes contra he-

morrh. gastricas ou pequenas lavagens em caso de hemorrh. intestinaes, ou *pansements* mucilaginosos na colite ulcero-hemorrhagica.

Acção sobre a coagulação do leite.

Elle facilita a coagulação do leite, sobretudo pela precipitação dos acidos graxos.

Acção anti-diarrheica.

Na dose de 4 a 8 grs. por dia, elle é indicado em todas as diarrhéas: enterites agudas, dysenterias, diarrhéas dysenteriformes e hemorrhagicas, surtos agudos de colites chronicas, diarrhéas de fermentação e putrefacção, diarrhéas de origem hepatica, enterites do tuberculosos. Nestes, em particular as injeccões endovenosas são de uma grande efficacia.

Acção sobre os vomitos.

Por via venosa este sal é tambem empregado nos vomitos dos tuberculosos por tosse emetisante.

Acção diuretica.

Nas ascites cirrhoticas, Blum precisou a forte dose de 20 grs. por dia associada aos diureticos mercuriaes.

Acção anti-clasica.

Sua acção amphotrophica constitue um recurso precioso contra a urticaria de origem digestiva. (Puech.)

Acção antispasmodica.

Por via venosa, o ch. calcio é recomendado nas crises de tetania gastrica (estenoses do pyloro) esvasiando-se previamente o estomago.

Acção recalcificante.

O ch. calcio é enfim o mais efficaz dos recalcificantes directos (Loeper). Na dóse de 0,50 a 2 grs. por dia, nas colites, nas enterites tuberculosas ou não, que produzem tantas vezes uma descalcificação do organismo, na lithiase intestinal sobretudo oxalica.

J. F. B.

Um novo tratamento da ulcera do estomago.

Até hoje a therapeutica da ulcera do estomago era orientada para a redução das causas de irritação da mucosa. Actualmente procura-se diminuir a abundan-

cia da secreção chlorhydropeptica por drogas, como a belladonna ou a atropina, enquanto se procura proteger a mucosa mecanicamente por uma especie de *pansement* gastrico. Loeper e Debray obtiveram, por um methodo inteiramente differente, resultados muito favoraveis, injectando no doente uma solução de pepsina. Esta era até então usada unicamente por via gastrica para exeitar a secreção.

Quando ella é injectada por via subcutanea, traduz sua acção por phenomenos geraes, vasculares, colicos, sanguineos, nervosos, que Loeper e Debray já tinham assignalado ha mais de 2 annos, mas pode desenvolver no organismo um verdadeiro poder „anti“ e é este poder que parece representar um papel importante na therapeutica da ulcera.

A solução actualmente empregada contem 0,10 de pepsina por centimetro cubico e uma certa proporção de benzoato de sodio que lhe tira a acidez e causticidade, sem prejudicar sua acção therapeutica. A technica geralmente seguida é: Uma primeira injeccão de 1 cc. é feita na massa muscular da nadeга e permite avaliar a tolerancia do individuo.

As seguintes são todas de 2 cc. e repetidas 3 vezes por semana.

Na quasi totalidade dos casos as dores e vomitos cessam entre a 4^a e a 7^a injeccão.

Durante este tempo, o doente pode seguir um regime alimentar muito largo com carne e legumes, evitando todavia as comidas salgadas, condimentos, conservas e frios.

Depois de uma primeira serie de 10 injeccões, o doente pode ficar sem tratamento durante 3 semanas. Si as dores reaparecem neste periodo, uma segunda serie de 15 injeccões será feita na razão de 3 por semana ou de 2 somente si as perturbações cessam logo.

O tratamento é em geral bem supportado, a injeccão não sendo dolorosa vense acompanhando de qualquer phenomeno reaccional importante.

As injeccões de pepsina realizam no ponto de vista pratico um modo rapido e efficaz.

J. F. B.

Os sabões injectaveis.

Vincent e mais tarde M. Renaud tem estudado desde algum tempo o poder cryptotoxico dos sabões.

Vincent demonstrou que as combinações sodicas de certos acidos da serie acylica possuem notaveis propriedades anti-toxicas.

Em particular o oleato, o palmitato, o margarato de sodio, mesmo em dose infima neutralizam completamente toxinas sincrobianas das mais activas: tetanica, diphterica, dysenterica (b. Shiga), etc.

As toxinas assim influenciadas (cryptotoxinas) não são destruidas, o que independentemente de outras razões, as differencia claramente das toxinas formoladas (anatoxinas). Ellas são inhibidas pela acção physica dos sabões que envolvem suas micellas e formam com ellas um complexo atoxico.

Para dar uma idéa da actividade cryptotoxica de certos sabões, assignalaremos que bastam 2 a 4 milhonesimos de milligramma de palmitato de sodio para neutralizar uma dose mortal para a cobaia de toxina tetanica.

Certamente a estructura colloidal dos saes cryptotoxicos intervem nesta propriedade. O uso therapeutico dos sabões é uma questão de grande actualidade.

Mauricio Renaud já teve occasião de empregar o oleato de sodio como medicamento hypotensor; os outros sabões ou seus derivados sodicos têm igualmente um poder hypotensor notavel. Mas é sobretudo na lucta contra as infecções graves que parece se orientar o emprego desta nova medicação.

Entretanto subsiste uma difficuldade na escolha da preparação a empregar.

Picon recommenda uma solução de ricinoleato de sodio incompletamente neutralizado e tornado irtonico pelo chloreto de sodio (as soluções de palmitato e de oleato de sodio precipitam pelo chloreto de sodio).

A formula de Picon é a seguinte:

Ricinoleato de sodio incompletamente neutralizado	10,0
Chloreto de sodio	7,0
Agua distil. Q. 5. para	1000 cc.

As experiencias em animaes mostraram que o ricinoleato é sempre bem tolerado por via intravenosa na dose de 0,04 por Kilo, mas em compensação na de 0,08 é sempre mortal.

Foram feitos injeções intravenosas desta solução em mulheres que depois do 3.º ou 4.º dia do parto apresentavam uma

forte clavação thermica (39°5 a 41°). Todas as doentes injectadas curaram-se rapidamente mas tambem não ficou provado que suas affecções fossem mortaes. As doses empregadas foram 0,10 de ricinoleato (uma ampoula de 10 cc.) diariamente, algumas vezes durante 11 dias consecutivos. Uma dose de 0,20 em uma só vez foi perfeitamente tolerada.

J. F. B.

Lemos na „Imprensa Medica“ de Julho 5—931, n.º 98

Tratamento das Colites.

Nenhum capitulo das doenças do aparelho intestinal conduz mais ao desapontamento o medico, ao ter de considerar a therapeutica, do que o das colites.

De um lado o regime dietetico, de outro a norma therapeutica determinam a necessidade da firmeza da localização do processo morbido e da sua etiologia.

Tudo corre bem quando o laboratorio esclarece a natureza do elemento infectante e responsavel pelos sintomas apparentes: amebas, infusorios, coccidios, espirilos, vermes, etc. Contra cada agente desta natureza está sufficientemente aparelhado o arsenal therapeutico e os resultados decorrentes de uma applicação justa não se fazem esperar.

A situação do medico muda, porém, de figura quando se lhe defronta um doente queixoso de dores na região abdominal com intermitencias de paroxismos, si si desvia da dieta, de dejeções ora semifluidas com grande quantidade de muco, ora moldadas e escassas, seguida ou não de colicas, evolvendo essa sintomatologia por longo tempo com caracter de cronicidade. Tais doentes emagrecem, ficam irritados, têm insonias, e, em consequencia da condição de renunciarem, contra a vontade, aos prazeres da mesa, tornam-se insociaveis e pessimistas. Fazem assim, incontinentemente, uma transição paulatina para a neurastenia, que os empolga finalmente.

E' bem de ver, portanto, que o tratamento das colites não pode limitar-se a um determinado regime nem a uma medicação de efeito local. E' preciso atentar no estado de intoxicação do organismo, fator principal das perturbações do metabolismo e da debilidade nervosa.

Nestes casos, o subsidio do laboratorio, sem nada dizer sobre a etiologia parasitaria da enfermidade, é todavia da maior importancia para a elucidación da natureza

da flora microbiana predominante, o que representa a base de uma terapeutica racional apoiada na verificação científica de Danyz dos estados anafilacticos, oriundos da absorção continuada através da mucosa intestinal hiperemica e exfoliada, de substancias toxicas secretadas pelas bacterias.

Na asma, nas dermatites, nas perturbações gastro-intestinaes ensaiou Danyz com grandes resultados satisfatorios uma medicação anti-anafilactica, introduzindo por via paraenteral em doentes das referidas enfermidades suspensões microbianas convenientemente preparadas e insuladas das fezes dos respectivos pacientes.

Atribuí Danyz ao aparelho digestivo a função de elaboração de antígenos de natureza alimentar e microbiana, os quaes, passando para a circulação, produzem um acumulo de anticorpos geradores da hipersensibilidade, que se exterioriza por manifestações clinicas contingentes da electividade patogenica do elemento infectante.

A terapeutica de taes casos, consistindo na *entero-vaccina*, realiza o verdadeiro objetivo da desanafilactização do organismo, mercê do qual são readqueridas as defesas naturaes e consequente desaparecimento dos sintomas gerais expressivos da intoxicação, o que importa praticamente na cura da colite.

Os „ARCHIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA“ aceitam anuncios de preparados, casas de material de laboratorio, cirurgia, automoveis, etc. etc.

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

Os pedidos de anuncios e informações devem ser dirigidos para a caixa postal n.º 872, Porto Alegre.

EXIJA O

Café Nacional

como garantia de
um producto puro

COLITES - DIARRHEIAS NAS CRIANÇAS - GASTRO ENTERITIS - AGNE - MELHORA A DERMATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PUTRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL.

