

TRABALHOS ORIGINAIS

A higiene mental da creança

Prof. Olinto de Oliveira

Inspector de Hygiene Infantil (Rio de Janeiro)



A crescente complexidade da vida moderna, principalmente nas cidades, e as illimitadas exigencias que ella impõe aos que tomam parte nas suas competições sociaes e profissionais, vão tornando cada vez mais urgente a preocupação pela saúde mental, que não consiste tão sómente na ausencia de symptomas de alienação do espirito, mas num maximo de eficiencia e de equilibrio capazes de promover um bem combinado jogo de reacções sociaes mutuas, e de trazer com isso a cada individuo o mais alto gráo possível de felicidade e bem estar.

De uma boa saúde mental resultam os habitos sadios que determinam a nossa conducta, regulada em grande parte por factores inconscientes, que deriva a nossa posição na sociedade, com todas as consequencias para a harmonia social em suas diversas categorias — convivencia familiar, escola, profissão, classe, relações administrativas, politicas, religiosas, internacionaes e outras.

Ora, comquanto muito recente, o estudo da Hygiene mental já demonstrou duas verdades que afinal se resolvem numa só, e que devemos ter sempre em vista ao procurar pôr em pratica os seus principios.

Uma é que a idade mais propicia para um trabalho productivo é a infancia. Ella é, como declara W. White, a idade de ouro da hygiene mental. A plasticidade do organismo nessa epoca, a proximidade das causas perturbadoras que ainda não tiveram tempo de tornar definitivos e duraveis os seus effeitos perniciosos, a maior suggestibilidade e receptividade da criança ás influencias modificadoras da educação, justificam plenamente aquella affirmação. E si nos lembrarmos de que a saúde somatica é fundamento imprescindivel á saúde do espirito, e que é axioma banal a necessidade de uma boa hygiene no periodo da infancia para o desenvolvimento integral do organismo nenhuma duvida pôde restar em relação á affirmativa do psychiatria americano.

E' sabido que o caracter do individuo já se acha por assim dizer plasmado em suas linhas geraes aos 5 ou 6 annos de idade. De então em diante elle se vae consolidando dentro do molde que lhe foi fornecido pelos diversos factores que para isso convergiram, e de tal sorte, que, passada certa epoca, impossivel se torna imprimir-lhe modificações fundamentaes. E ahí está a segunda verdade admittida hoje pelos estudiosos da materia.

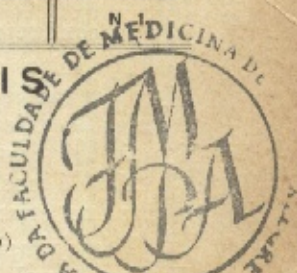
Psychologos e educadores estão de accordo em que, vencida a puberdade, nada mais se pôde obter nese sentido; assentando outros "que

TRABALHOS ORIGINAIS

A higiene mental da creança

Prof. Olinto de Oliveira

Inspector de Hygiene Infantil (Rio de Janeiro)



A crescente complexidade da vida moderna, principalmente nas cidades, e as illimitadas exigencias que ella impõe aos que tomam parte nas suas competições sociaes e profissionaes, vão tornando cada vez mais urgente a preocupação pela saúde mental, que não consiste tão sómente na ausencia de symptomas de alienação do espirito, mas num maximo de eficiencia e de equilibrio capazes de promover um bem combinado jogo de reacções sociaes mutuas, e de trazer com isso a cada individuo o mais alto gráo possível de felicidade e bem estar.

De uma boa saúde mental resultam os habitos sadios que determinam a nossa conducta, regulada em grande parte por factores inconscientes, que deriva a nossa posição na sociedade, com todas as consequencias para a harmonia social em suas diversas categorias — convivencia familiar, escola, profissão, classe, relações administrativas, politicas, religiosas, internacionaes e outras.

Ora, comquanto muito recente, o estudo da Hygiene mental já demonstrou duas verdades que afinal se resolvem numa só, e que devemos ter sempre em vista ao procurar pôr em pratica os seus principios.

Uma é que a idade mais propicia para um trabalho productivo é a infancia. Ella é, como declara W. White, a idade de ouro da hygiene mental. A plasticidade do organismo nessa epoca, a proximidade das causas perturbadoras que ainda não tiveram tempo de tornar definitivos e duraveis os seus effeitos perniciosos, a maior suggestibilidade e receptividade da eriança ás influencias modificadoras da educação, justificam plenamente aquella affirmação. E si nos lembrarmos de que a saúde somatica é fundamento imprescindivel á saúde do espirito, e que é axioma banal a necessidade de uma bôoa hygiene no periodo da infancia para o desenvolvimento integral do organismo nenhuma duvida pôde restar em relação á affirmativa do psiquiatra americano.

E' sabido que o caracter do individuo já se acha por assim dizer plasmado em suas linhas geraes aos 5 ou 6 annos de idade. De então em diante elle se vac consolidando dentro do molde que lhe foi fornecido pelos diversos factores que para isso convergiram, e de tal sorte, que, passada certa epoca, impossivel se torna imprimir-lhe modificações fundamentaes. E ahi está a segunda verdade admittida hoje pelos estudiosos da materia.

Psychologos e educadores estão de accordo em que, vencida a puberdade, nada mais se pôde obter nese sentido; assentando outros "que

muito antes já desse periodo critico são inuteis as tentativas para imprimir uma direcção diversa ao conjunto dos elementos que determinam a conducta?

O adulto, com as suas taras já desencadeadas, com as suas condições organicas profundamente modificadas pelos processos morbidos e pelas intoxicações, com a sua indole inteiramente solidificada, não é mais um caso de hygiene e sim de assistencia.

Não é necessario mais para mostrar a importancia da Hygiene mental na criança.

Nos primeiros tempos da vida ella tende a confundir-se com a Hygiene geral. E esta, por sua vez, coincide em suas normas com as da Educação applicavel a esta idade. Em taes condições torna-se primordial o papel do medico, que terá de exercer a dupla função de medico e educador. O simples enunciado destas duas palavras assim acasaladas traz logo á mente o titulo do precioso livrinho de Czerny, que o nosso eminente collega Martinho da Rocha teve a bella idéa de pôr ao alcance dos que não o podem manusear no original. Compete pois ao medico como educador estabelecer então o que se pôde considerar — as bases da Higiene mental da criança. Ellas podem ser condensadas nos seguintes itens:

- 1.º — Em primeiro logar firmar as condições remotas mais essenciaes da selecção, e o cuidado dos factores germinaes e do seu desenvolvimento — E' o papel muito importante da Eugenia e da Hygiene pré-natal.
- 2.º — Estabelecer para a criança, desde o nascimento, uma completa hygiene somatica. E' o papel da Puericultura, sobretudo attribuido ás mães, a quem compete um serio aprendizado da sua nobre profissão, até agora absolutamente empirica. Ao lado deste aprendizado surge para ellas outro de não menor importancia — a educação do seu proprio espirito em normas de conducta sadia, logica e racional, com o duplo fim de guiar e servir de exemplo.

Em trabalho ha tempos publicado tive já o ensejo de mostrar a importancia suprema desta face da questão. Uma mãe nervosa, impulsiva, inconsequente, creará em torno do filho uma atmospherá favoravel á persistencia e á aggravação de condições morbidas que já são quasi sempre expressão de una tara herdada. Fatal circulo vicioso, difficil de romper, e que viria justificar, quem sabe, pelo menos, até certo ponto, a politica sovietica da sequestração da infancia á influencia da familia. Deduzindo idéas de outros fundamentos, já o nosso eminente psychanalysta Dr. Porto-Carrero propoz aqui ha tempos alguma cousa analogá. Aliás, como therapeutica individual, já ha muito prescrevem os especialistas esta medida drastica, tão difficilmente acceita em nosso meio.

- 3.º — Normalisar o ambiente domestico; a miseria, a doença, a vida irregular ou immoral dos paes, as suas desavengas, o abandono

F. M. P. A.
BIBLIOTECA
Reg. n.º 1065
Em 2/10/66

moral ou affectivo dos filhos, a parcialidade, a injustiça, o rigor, são outras tantas causas directas ou predisponentes de alterações psychicas da infancia. Não menor importancia apresenta o ambiente social, onde vamos muitas vezes encontrar a explanação de certos problemas de outro modo incompreensíveis.

- 4.º — Estudar e acompanhar de perto o processo da formação e do desenvolvimento psychicos da criança, procurando orientar-se em sentido rigorosamente hygido. Sciencia relativamente recente a Psychogenese apresenta ainda numerosos sectores obscuros, difficultando assim a realisação satisfatoria deste requisito. Semelhante circumstancia torna ainda mais imperioso o principio a que alludirei adiante, do estricto respeito á personalidade da criança, á qual não temos o direito de impôr o nosso criterio pessoal, seja elle inspirado nas melhores intenções.
- 5.º — Presentir pela observação cuidadosa da criança, sobretudo na primeira infancia, o apparecimento dos primeiros indicios das manifestações morbidas de natureza neuro-psychica: constituição neuropathica, desvios ou falhas da sensibilidade, das funções psycho-motoras, da palavra, da intelligencia, do caracter; os pendores morbidos, a irritabilidade, a instabilidade, a hyperesthesia cosmica, as perversões, as perturbações do somno, o pavor nocturno, a enurese, os tiques, as convulsões, as cephaléas habituaes, o onanismo, as manifestações da syphilis e as oriundas dos excitantes, café, aleool e outros.
- 6.º — Proseguir nesta observação na puericia e na idade escolar, quando já se tornam patentes certas alterações psychicas, sobretudo as que modificam o caracter e produzem a inadaptação — debeis mentaes, emotivos, deprimidos, indisciplinados, paranoicos, pervertidos, precoces, delinquentes.
- 7.º — Prestar particular attenção ao periodo da puberdade, epoca critica em que fazem muitas vezes explosão taras latentes, e em que factores novos de particular intensidade podem facilmente provocar pronunciados desvios da linha de normalidade.
- 8.º — Nestas tres series de factores que constituem já a parte pathologica, intervir com o tratamento adequado, visando naturalmente cada caso em particular, que será estudado cuidadosamente em seus detalhes etiologicos com o proposito de realisar principalmente a prophylaxia da reincidencia.

Passamos assim a encarar o que poderíamos chamar a face therapeutica da questão, se não houvesse ahi uma impropriedade de expressão, pelo menos apparente.

Com effeito, sendo o intuito capital da hygiene prevenir e não tratar, todos os nossos esforços deveriam convergir no sentido de favorecer a boa direcção do desenvolvimento mental, afastando as causas capazes de perturbar ou desviar este desenvolvimento.

Não esqueçamos, porem, que na pratica temos de lidar, na maioria dos casos, com individuos já profundamente influenciados ou limi-

tados nas suas potencialidades intellectuaes e emocionaes pela herança, pelas suas condições somaticas, pelo ambiente social ou familiar, pelo meio physico. Mesmo nas epochas iniciaes da idade infantil já nos de-
frontamos com casos, sinão francamente pathologicos, pelo menos apresentando indicios mais ou menos accentuados de alteração da normalidade psychica — lactentes instaveis, nervosos, irritaveis; os eho-
rões, os apathicos, os exigentes, os insomnes, e todos os mais enumerados no quinto item, e que se vão manifestando com o evolver da idade.

E' forçoso portanto fazer conjuntamente hygiene e therapeutica, e esta precoce e energica. Naturalmente não entrarei aqui no detalhe das intervenções aconselhadas, sendo intuito unico deste trabalho estabelecer generalidades e chamar a attenção para o assumpto.

Não posso, porem, deixar de salientar a necessidade de ser a orientação geral traçada pelo especialista, o *psycho-pediatra*, pois o surto consideravel deste novo ramo da medicina, os seus fundamentos neuropathologicos e psychogeneticos, a complexidade dos seus objectivos, os seus peculiares methodos de pesquisas e tratamento, e até a sua terminologia propria, impuzeram já o desligamento e a independencia da nova especialidade. Independencia muito relativa, já se deixa ver, e sobretudo de ordem pragmatica, o que transparece principalmente na instituição de diagnostico e tratamento creada pelos americanos do norte, a *Child Guidance Clinic*, que se tem traduzido entre nós por *Clinica de habitos ou de comportamento*, e que prefiro traduzir logo por *Consultorio de hygiene mental*. O primeiro no Brasil, creio, será em breve instalado por iniciativa do actual Inspector de Hygiene Infantil, como anexo a um dos Centros de Puericultura do Districto Federal.

E' preciso dizer logo que um dos elementos essenciaes destes consultorios são as vizitadoras, que conviria especializadas, tão delicado e importante é o papel que ellas têm a preencher na investigação das causas e na applicação therapeutica predominantemente social adequada a cada caso.

Já insisti sobre o papel da familia, e sobretudo da mãe, que precisaria aprender previamente o seu officio, sob pena de fazel-o a todo risco no proprio material precioso que lhe incumbe zelar e trabalhar. Os cursos de Puericultura devem ser disseminados em larga escala, e fazer parte integrante da cultura feminina, em diversos grãos, na escola primaria, como nos cursos superiores. E delles hão de constar com o devido relevo as noções importantissimas referentes ao desenvolvimento psychico da criança, aos caracteres e condições de sua saúde mental, e á influencia preponderante que sobre ella exerce o ambiente familiar e a conducta dos paes. Devem estes, ao envez de procurar fazer pressão sobre os filhos, fazel-a sobre si mesmos afim de melhor se adaptarem ao seu papel de educadores.

Estas difficuldades educativas, a ignorancia em que estamos ainda do verdadeiro sentido do desenvolvimento mental, as difficuldades de interpretação dos moveis da conducta, e os resultados obtidos em pesquisas recentes, revelando neste campo um mundo inextricavel e impressionante de profunda e fundamental significação que apenas co-

meçamos a entrever, tudo isto leva-nos a accentuar cada vez mais o principio hoje vencedor em Pedagogia, como em Hygiene mental, do absoluto respeito pela personalidade da criança, ao contrario dos velhos habitos de repressão e de constrangimento, contra os quaes, aliás, sempre se rebellaram as crianças de caracter forte.

A Psychanalyse já mostrou que um dos melhores meios de garantir uma boa saúde do espirito é permittir e favorecer o franco surto dos impulsos e tendencias individuaes, sem compressão nem lucta, sempre desastrosas. A tarefa do educador consiste antes em estudar as características de cada caso, para orientar-lhe as tendencias e impulsos, e favorecer-lhe as possibilidades espirituaes, procurando sublimar os instinetos, principalmente quando se mostram dominadores.

Esta noção do respeito á personalidade tem de ser, segundo penso, a idéa mestra de toda intervenção educadora ou therapeutica. Entre os seus adeptos mais avançados surgiu mesmo já uma opinião mais extremada, segundo a qual o principio do não constrangimento deve ser tomado em absoluto. A propria suggestão e a persuasão constituiriam, segundo elles, instrumentos coercitivos, destinados a impôr á criança padrões que, do nosso ponto de vista de adultos nos parecem uteis ou beneficos, mas que vão na realidade muitas vezes collidir com tendencias oppostas, provocando reacções e luctas sempre prejudiciaes á formação da psyche infantil. Tolstoi deu, ha muito já, desta opinião radical, uma formula interessante e imaginosa. "Vir ao mundo, diz elle, uma criança sã, que corresponde totalmente aos requisitos de completa harmonia no que se refere á verdade, á belleza, á bondade. Ensinar a educar essa criança é, pois, cousa impossivel e insensata, pela simples razão de que esta criança está mais perto do que eu ou de qualquer outro adulto, de um idéal de harmonia, verdade, belleza e bondade, de que mal nos poderíamos approximar na nossa mais exaltada fantasia."

E', sob outra forma, a mesma idéa de J. J. Rousseau quando affirma que a criança nasce boa, e que a educação e o convívio humano é que a deformam e pervertem.

Em fim de contas uma idéa resalta de tudo isso, e resolve praticamente todas as divergencias: é que a criança precisa ser tratada sempre com amor. Verdade é que o principio, unanimemente reconhecido em these, é ainda muito mal comprehendido e utilizado, mesmo no lar, mas sobretudo fóra d'elle.

O eminente Claparède affirmou, não ha muito, aqui mesmo no Rio, com a sua alta autoridade de psychologo e educador, que o amor pela criança é o fundamento de toda educação. E de outra vez, que, si não houvesse no mundo sinão amor e sympathia, em lugar de prevenções, competições, luctas e odios, não haveria necessidade de uma Hygiene mental. Não vejo como discordar de tão nobre parecer.

Nota — Para corresponder á gentileza da direcção desta revista, foi este trabalho escripto quasi sobre a perna, em prazo curto, com algumas notas reunidas para outro de maior folego. Não se propõe este sinão a gizar em largos traços o essencial de um assumpto pouco estudado e menos ainda versado em nosso paiz, onde entretanto daria a sua applicação racional resultados que poderíamos sem exagero capitular de transcendentés.

Aspéto relevografico patologico do estomago e duodeno. 1)

Relevografia nas gastrites e duodenites

ADAYR ARAUJO

Cirurgião do Hospital Santa Casa

Relevografia e gastroscopia — Classificação relevografica e anatomopatologica das gastrites — Sua expressão radiologica — O denteado da grande curvatura — Criticas e apreciações sobre as mesmas — A expressão radiologica da duodenite.

Nascida aos poucos e gradativamente desenvolvida como vimos, a relevografia gastroduodenal foi rapidamente se firmando no conceito medico graças aos numerosos estudos que se fizeram a seu respeito, mostrando o grande auxilio que ela poderia prestar no diagnostico das gastrites, das ulceras e dos tumores.

Estudaremos agora separadamente os diferentes aspéto fornecidos pelas imagens relevograficas nas gastrites, na ulcera e nos tumores.

O diagnostico de gastrite passou na sua evolução cronologica por tres fases distintas: estabelecida como entidade nosologica por Broussais em 1812, a gastrite começou a ser diagnosticada com uma facilidade espantosa, aumentando-se extraordinariamente o seu campo de ação; depois veio uma fase em que se restringiu muito a sua amplitude e na qual quasi não se lhe ligava atenção, estando em foco nesta ocasião os diagnosticos de "dispepsia nervosa cronica", "gastralgia nervosa", etc. Ultimamente porem o diagnostico de gastrite voltou a ser estudado e aos poucos foi ocupando o lugar que verdadeiramente lhe compete graças a estudos anatomopatologicos e ao advento da gastroscopia. Hoje em dia estudos recentes mostram-nos a enorme importancia da gastrite qualquer que seja a sua forma; e, como meio de diagnostico de primeira ordem, temos atualmente a relevografia.

As pesquisas de Konjetzny, Gutzeit, Klaus Baatz, Albrecht e muitos outros são concludentes. Gutzeit por exemplo procura controlar os resultados fornecidos pela relevografia com os da gastroscopia e acha que êles estão de perfeito acordo na grande maioria dos casos. Klaus Baatz controla os resultados da relevografia pela intervenção cirurgica, pela gastroscopia e pelo estudo do quimismo gastrico, mostrando-se entusiasmado com o processo.

Vejamos pois quais as alterações do desenho relevografico normal capazes de nos dar um diagnostico de gastrite.

As formas sub-agudas e as formas cronicas são as que se mostram mais significativas sob o ponto de vista relevografico.

O fundamento da interpretação das imagens relevograficas é a anatomopatologia e baseia-se nela a divisão das gastrites sub-agudas e cronicas em gastrites hipertroficas ou hiperplasicas e gastrites atro-

1) Capitulo da tésse Relevografia gastro-duodenal.

ficas; são também frequentes as formas mixtas em que ao lado de zonas atrofiadas notam-se, no mesmo órgão, distritos hipertrofiados.

Na imagem relevografica de uma gastrite observamos alterações importantes que se produzem para o lado do numero das dobras, sua disposição, sinuosidade, largura, etc., e, por outro lado, certos aspéto completamente típicos que passaremos a descrever.

O aumento das dobras em espessura e a sua rigidês acentuada nos fazem pensar logo em uma forma sub-aguda ou crônica, mas de evolução recente, da gastrite hipertrofica.

Na gastrite crônica hipertrofica encontramos ao lado da grande irregularidade das dobras, atestada por seu trajeto completamente atípico, por bruscas interrupções, pela sua falta de elasticidade, de deslramento sobre a camada muscular, certos aspéto interessantes tais como a "turvação" ("Schummerung") da imagem relevografica e a aparência engrantada, granulada, da imagem relevografica, tão bem descrita por Gutzeit sob o nome de "Kernige Aufhelungen".



Fig. n.º 3 — Aspéto típico de gastrite que se evidencia ainda mais no antro.

O aumento da camada de muco aderente á mucosa, assim como das outras secreções do estomago, torna-se responsavel por esse aspéto turvo que entretanto nem sempre é expressão patognostica de gastrite, assim como também não tem valor absoluto para decidir da natureza do estado patológico.

Muito mais importante sob o ponto de vista diagnostico é o aspéto granulado da mucosa; as irregularidades podem ter diversos aspéto: granulosa, verrucosa, bolhosa ou poliposa, donde Gutzeit denominar a estas diversas variedades de: gastrites granulosa, verrucosa, bolhosa ou poliposa, de acordo com

a sua forma. Gutzeit que com afincio se dedicou ao estudo deste aspecto granuloso em 60 casos, baseando seus estudos em controles gastroscopicos, chegou á conclusão de que êle é, sinão patognostico, pelo menos de grande valor para o diagnostico da gastrite; devemos entretanto ter sempre o cuidado de eliminar as causas de erro que passaremos a enumerar: bolhas de ar, detritos alimentares têm sido incriminados de poderem produzir tais imagens — Gutzeit responde negativamente quanto aos primeiros, dizendo que em casos nos quais o exame gastroscopico revelou grande quantidade de secreção e ar não apparecia entretanto o aspecto granuloso; quanto aos segundos ha possibilidade de simularém o aspecto gastritico mas as irregularidades serão muito maiores e alem disso, como tambem nos casos de bolhas de ar (alguns autores apesar das observações de Gutzeit continuam a incrimina-las), a radioscopia mostrando a sua mobilidade na luz do orgão desfaz toda a possibilidade de confusão. A mistura da solução opaca com as secreções do estomago pode produzir conglutinações irregulares, produzindo uma densidade irregular da sombra da mucosa; mas tais imagens, que Gutzeit diz ter tambem observado, têm um aspecto floconoso caracteristico, difficilmente se prestando á confusão.

Do estudo destas causas de erro deduz-se mais uma vez a necessidade do esvaziamento previo do estomago por meio de uma sonda.

Na parte superior do estomago, "fornix" e terço superior do "corpus" existem ás vezes zónas irregulares, granuladas, maiores do que as irregularidades gastricas, cercadas por uma aureola de sombra densa e que nada têm a ver com as formações gastriticas, pois são a expressão do entrecruzamento de dobras finissimas do estomago. O seu aspecto e a sua séde servem de caracteres diferenciais.

Por ultimo vejamos o que tem sido interpretado por "estado mamelonado". Alguns autores distinguem duas especies de "estado mamelonado"; um normal, formado pela contração da "muscularis mucosae", outro patologico, caracterizado por granulações irregulares em forma e tamanho e que representam a mucosa que sofreu uma hipertrofia, poliposa ou não, separados por sulcos que representam a mucosa normal; no "estado mamelonado" normal as granulações são iguais e não irregulares como no patologico. Konjetzny é de opinião que se deva reservar a designação de "estado mamelonado" unicamente para a gastrite atrofica hiperplasica, pois foi para ela que Louis a creou. Gutzeit diz nunca ter observado gastroscopicamente tal imagem, do mesmo modo que Schindler diz ser o "estado mamelonado" um aspecto do estomago do cadaver, afirmando que o "estado" descrito por Berg nada mais é do que uma gastrite bolhosa de grandes bolhas.

Adotando a interpretação destes autores, vemos que o "estado mamelonado" em nada diminue o valor diagnostico do aspecto granuloso.

Este aspecto granuloso toma em alguns casos uma grande importancia tal o seu desenvolvimento, formando uma imagem que já

tem sido designada por alguns autores, aliás com muita propriedade, "imagem em ninho de abelha".

Outro ponto que foi muito discutido, no início do resurgimento das gastrites, foi o aspéto irregularmente denteado da grande curvatura, cuja interpretação se prestou a inumeras e acaloradas discussões.

Quando foi assinalado pela primeira vez por Groedel, este batizou-o de "pequeno peristaltismo" julgando ser aquêlo o aspecto radiografico de pequenas ondas peristalticas da grande curvatura. G. Schwarz porem, dedicando-se com mais afineco á questão, chegou á conclusão de que este aspéto era a expressão de um intumescimento da mucosa, que se apresentava nos preparados histologicos, inflamada, de côr vermelho-azulada; assim foi este autor o primeiro que poz em relação o "denteado" da grande curvatura com "uma determinada forma de gastrite". Hoje a interpretação de Schwarz é aceita por quasi todos os radiologistas.

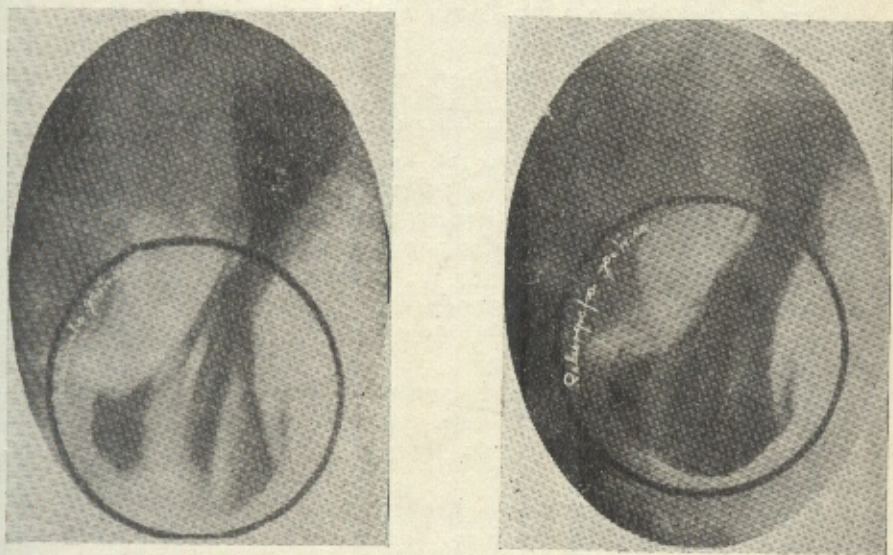


Fig. n.º 5 — Processo de antrite, caracterizando-se pelo aspéto turvo do antro, pregas mucosas aumentadas de volume. Havia no caso uma ulcera duodenal.

Na gastrite atrofica, ao contrario do que na precedente, o que se observa é o aspéto do enfraquecimento generalizado do desenho relevo grafico. Aliás, a forma atrofica pura da gastrite é bastante rara; a propria gastrite cancerosa que é uma das que mais frequentemente se faz acompanhar da atrofia da mucosa, se caracteriza no maior numero dos casos pela forma mixta, isto é, pela gastrite cronica atrofica hiperplastica tal como ela é classicamente designada. Nesta forma de gastrite observam-se ao lado de distritos atrofiados ou em via de atrofia, nos quais o desenho mucoso mal é perceptivel, zônas em que se notam todos os caracteres que acabamos de descrever na gastrite hipertrofica.

Não têm sido porem, forçoso é confessar, unanimes as apreciações sobre o diagnostico de gastrite feito pela relevografia. Schindler por exemplo, acha que a grande variabilidade fisiologica da mucosa constitue uma causa de erro frequente no diagnostico das gastrites; cita, como ilustrativo do que afirma, o caso de um paciente em que sómente após 11 exames, feitos segundo a técnica de Berg e por alunos deste radiologista, foi possível evidenciar uma gastrite. Duval, Roux, Bécélère e Moutier, em comunicação feita ao III^o Congresso Internacional de Radiologia reunido em Paris em Julho de 1931, acham que o diagnostico das lesões gastricas unicamente pelo processo radiologico, deve comportar grandes reservas, pois, estudando comparativamente aspectos macroscopicos, expressões radiologicas e lesões histologicas da mucosa, encontraram que, a aspéto macroscopicos e expressões radiologicas normais, correspondiam estados histologicos variaveis, normais ou patológicos.

Tanto a um como a outro desses autores se poderá responder que, pelo fato de ser o estudo relevografico do estomago um ótimo auxiliar no diagnostico das gastrites, não se pode prescindir dos outros processos: é o conjunto de todos os dados, anamnesticos, laboratoriais, instrumentais, etc., que orientará positiva ou negativamente o diagnostico nos casos mais complicados; na maioria dêles entretanto achamos que a anamnese e um bom exame relevografico, praticado segundo todas as regras, será suficiente para resolver a questão. Não se vá entretanto supôr que a relevografia nos possa informar sobre certas lesões histologicas muito discretas da mucosa, quando nem o aspéto macroscopico da mesma, examinada em preparados de resecção, nos fornece resultados positivos sobre tais lesões, conforme dizem os proprios autores da critica.

Para o lado do duodeno é tambem típica a imagem da duodenite, em que se confundem uns com os outros os finos sulcos do relevo duodenal, dando um aspéto turvo, fosco por assim dizer, á imagem relevografica.

A respeito do valor destas imagens de gastrite e duodenite sob o ponto de vista medico-cirurgico, teremos ocasião de nos referir no proximo capitulo.

Relevografia na ulcera

Conceito anatomopatologico de ulcera — A relevografia em face deste conceito — A imagem estrelada — sua formação e significação — Lesões gastriticas peri-ulcerosas.

Ulcera, segundo a definição mais recente, anatomo-patologica, é todo processo patologico destrutivo que em profundidade excede á "muscularis mucosae". O ataque e a destruição da "muscularis mucosae" constituem pois o principal ponto no diagnostico diferencial entre uma erosão simples da mucosae e uma ulcera jovem. Torna-se necessario dar antes essa definição, pois sempre que nos referimos á

palavra *ulcera* abstraímos por completo de qualquer idéa referente á erosão simples.

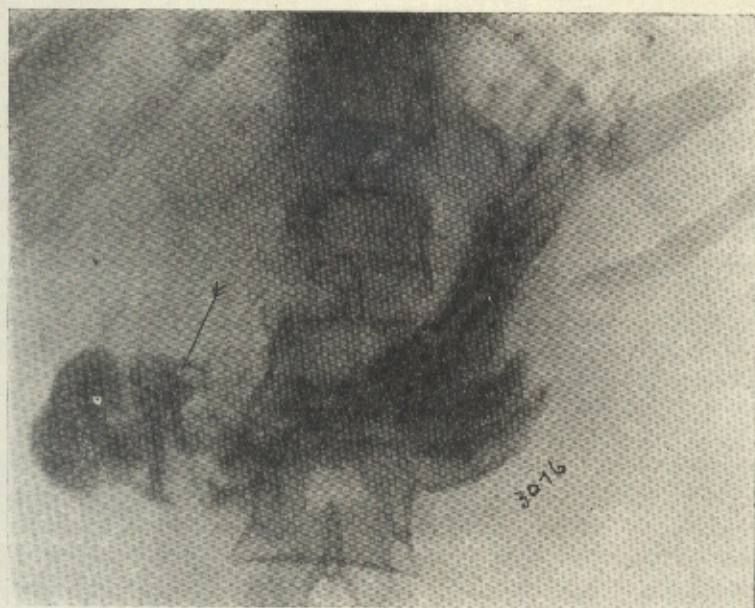


Fig. n.º 4 — Imagem total de estomago e duodeno. Neste já se evidencia uma leve convergencia das pregas mucosas.

Não ha duvida que, nos casos de grandes lesões ulcerosas, atingindo todas ou quasi todas as camadas do estomago e muitas vezes mesmo perfurando-o, a relevografia pouco ou nada adianta sobre o exame classico, uma vez que estas lesões estejam situadas nas bordas do orgão ou proximo a elas, fornecendo por conseguinte uma imagem tipica do nicho de Haudek. Uma vez porem que estas lesões estejam situadas numa das faces do orgão o exame classico pode falhar, mesmo em se tratando de ulceras bem desenvolvidas. Si isto é possivel com grandes ulceras como já tivemos occasião de constatar, que não dizer das pequenas ulcerações que possam ter a sua séde nas paredes anterior ou posterior do estomago? E si, de fato, a ulcera da pequena curvatura e da porção da face posterior adjacente a ela, são as mais frequentes, as outras localizações não são tão raras: entre outras estatisticas podemos citar a de Harslöff feita com 244 casos autopsiados no Hospital Municipal de Copenhague nas quais achou que em 56% dos casos as ulceras estavam na pequena curvatura, em 14% na região pílorica e nos restantes 30% nas faces anterior e posterior, no "fornix", na grande curvatura, etc. (o autor não especifica as respectivas percentagens).

A relevografia tornando muito mais facil o diagnostico de tais lesões abre-nos um novo campo de explorações cujo resultado promete ser fertil.

O aspéto da convergencia radiada das pregas mucosas em torno da lesão ulcerosa é dos mais interessantes e caracteristicos. Descrito pela primeira vez por Eisler e Lenk em 1921, êle tem sido estudado por diversos autores e sua genese é hoje mais ou menos bem conhecida.

Carnot e Dioclès, por estudos experimentais, demonstraram que quando ha uma perda de substancia ao nível da mucosa, a parte da mucosa restante, por um mecanismo de enrugamento provocado pela contração da "muscularis mucosae", tende a encobrir o defeito; por outro lado, quando se produz uma lesão ulcerosa, o edema da sub-mucosa levanta esta camada e produz a sua retração em torno da lesão; ora, sabemos que a sub-mucosa adere mais ou menos intimamente á mucosa e tambem que ambas escorregam facilmente sobre a musculosa. Desse modo compreende-se que uma lesão ulcerosa possa modificar o curso das dobras normais da mucosa gastrica, traindo-as sobre si, provocando mesmo a formação de novas pregas que convergem todas para ela "como os rios para um lago".

Com o processo da cicatrização, produz-se a retração propria a esta, há um endurecimento, uma perda de elasticidade das préguas radiadas, formando o que Gutzeit denominou em seus exames gastroscopicos de "torção das dobras" e que se traduz relevograficamente pela imagem estrelada de Eisler e Lenk.

Carnot e Dioclès descrevem esta imagem estrelada como sinal diréto de ulcera mesmo quando não se tenha obtido simultaneamente a imagem do nicho.

A interpretação da imagem estrelada deve entretanto ser feita com cuidado pois há um certo numero de causas de erro que não devem ser desprezadas: anastomose em rede das dobras normais ("fornix" e terço superior do "corpus" como já vimos) corpos estranhos na cavidade gastrica aglutinando o bario, etc.; um exame cuidadoso entretanto será sempre capaz de eliminar estas causas de erro que poderiam crear dificuldades a um observador não experimentado.

Nem sempre porém a relevografia nos fornece uma imagem radiada como sinal diréto de ulcera. Retrações ou desvios das préguas mucosas sendo a sua genese semelhante á da imagem estrelada: infiltração inflamatória e retração fibro-esclerosa.

A gastrite satélite da ulcera tambem é um sinal de importancia em vista das relações reciprocas dos dois processos e da desconfiança que nos deve inspirar sempre um diagnostico de gastrite pura.

Não tem sido pequeno o numero de casos em que se tem notado a falta de relação entre o tamanho do nicho observado radiologicamente e o da ulcera encontrada pela laparotomia. Muitas vezes mesmo se torna necessaria a abertura do órgão suspeito e a pesquisa minuciosa da lesão na mucosa, pois á palpação da parede éla não se mostra perceptivel; segundo Albrecht seria mesmo necessario em certos casos recorrer-se a cortes em preparados anatomicos. Por outro lado muitos autores têm assinalado o desaparecimento do nicho após o tratamento medico, nas fases de acalmia da lesão ulcerosa e que antigamente se designava como "cura clinica" da ulcera; tempos mais tarde

os sintomas voltavam e um novo exame radiológico mostrava a presença do nicho da ulcera "curada".

Responsavel por estes fatos é, segundo Schütz, a lesão gastrítica em torno da lesão ulcerosa: em redor da ulcera produz-se uma verdadeira hiperplasia adenomatosa. O edema e a proliferação dos elementos inflamatórios produzem nas bordas da lesão uma verdadeira elevação que naturalmente dá na imagem radiologica a impressão de ser o nicho mais profundo. A contração espasmodica de um certo numero de fibras musculares em torno da lesão, viria, segundo alguns autores, ainda aumentar o tamanho desta cratera contribuindo para a formação de uma especie de "poço espasmodico", no fundo do qual se encontra o verdadeiro nicho.

Este anel mucoso circundante da ulcera ("Ringwall" dos autores alemães) tem uma expressão nitida na relevografia; um halo ou aureola clara, porque ao seu nivel a substancia opaca não impregna tão bem a mucosa como nas outras zônas. Tempos mais tarde estando o paciente em condições para ser operado, melhorado por um regime e tratamento apropriados, o cirurgião terá muitas vezes dificuldade em encontrar uma ulcera que aos raios X era nitida. E' que, tendo cedido em parte os fenomenos inflamatórios e espasmodicos, desaparece aquela especie de funil no fundo do qual se encontrava a ulcera e lhe dava na radiografia um aspecto muito maior do que ella realmente tem. Tambem após as hemorragias como é facil de prever, a mucosa ficando menos tumefata, o anel circundante desaparece. O exame relevografico permite seguir a evolução deste anel mucoso, assim como as minimas variações de volume do nicho.

Relevografia nas neoformações gastricas

Sua grande importancia pratica --
Interpretação das imagens — Criticas
de Eisler — Estudo relevografico aos
tumores benignos.

A relevografia nos carcinomas de estomago mostra-se preciosa por dois motivos: primeiro por ser um meio de diagnostico precoce, o mais precoce de todos talvez, dando-nos conta da infiltração carcinomatosa da parede gastrica muitas vezes antes mesmo de se manifestarem os sintomas clinicos nitidos; em segundo lugar porque mesmo quando clinica e radiologicamente está bem constatada a presença de um carcinoma a relevografia nos dá informações incomparaveis sobre a fórmula, séde e extensão dessa neoformação, dados simplesmente admiraveis e utilissimos para discutir as indicações operatorias e para a orientação do cirurgião.

Dois fenomenos caracterizam o cancer gastrico na imagem relevografica: a cessação brusca, a interrupção das prégas ao nivel do tumor e a grande irregularidade e rigidez das mesmas nas vizinhan-

ças da parte lesada. Se o tumor estiver ulcerado encontraremos na zôna correspondente ao desaparecimento do pregueamento uma retenção uniforme ou irregular de bario; em caso contrario nota-se aí apenas uma lacuna irregular.

Estes dois sinais que acabamos de descrever são absolutamente característicos e permitem sempre um diagnostico seguro.. Albrecht assim como Berg, dizem que por este método puderam muitas vezes afastar diagnosticos clinicos suspeitos e outras vezes afirmar diagnosticos clinicamente vagos. Albrecht faz notar que por mais de uma vez observou como um diverticulo duodenal podia simular os sintomas do carcinoma de estomago, principalmente em sua fase inicial e chama atenção para este fato que deveria estar sempre presente na mente do clinico e do radiologista.

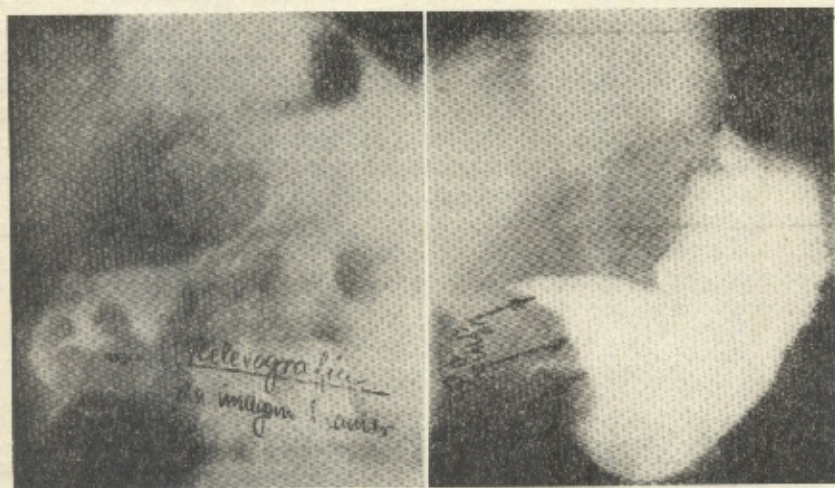


Fig. n.º 7 — Cancer do estomago. Estudo comparativo entre a imagem classica e a relevografica. Note-se a maior riqueza de detalhes da segunda e a mancha de bario no centro do tumor dando a impressão de se tratar de um tumor ulcerado.

Eisler, que se dedicou profundamente ao estudo radiologico dos carcinomas, acha que, no diagnostico dos mesmos, devem ser applicados os dois processos, o da mucosa e o do enchimento total, pois não são raros certos carcinomas que se desenvolvem por baixo da mucosa não modificando ou modificando muito pouco o relevo da mesma; baseando-se em exemplos tipicos procura este autor justificar a sua afirmação.

Nos casos de tumores benignos do estomago, tais como os polipos, nota-se na relevografia tambem o aparecimento de uma imagem lacunar, porém de uma regularidade mais ou menos perfeita, não havendo além disso o carater do endurecimento e da irregularidade das pregas mucosas nas vizinhanças da lesão.

Relevografia na ulcera duodenal

3

O nicho chato de Akerlund — sua interpretação e relação com a relevografia — As deformações bulbares e a duodenite.

A relevografia mostra-se de grande valor na demonstração da ulcera duodenal de face, no nicho chato de Akerlund. Os trabalhos mais recentes de Gutmann chegam á conclusão que o nicho de face não é tão raro como se pensava. Partindo do fato que, no exame radiológico, a maioria das ulceras se mostra numa das curvaturas do bulbo, ao passo que na intervenção élas se encontram mais frequentemente numa das faces deste órgão, Gutmann pensa que, na verdade, o nicho de face é o mais frequente e o que se diagnostica por nicho de uma das curvaturas não é mais do que um "diverticulo pre-ulceroso" (Akerlund) um "pseudo-diverticulo para-ulceroso" (Gutmann).

Pedro Maciel não pensa da mesma fórma: para êle dois fatores influem para mostrar na pequena curvatura um nicho de face — a retração com endurecimento das paredes, deformando as curvaturas normais do bulbo e a posição vertical em que são mais frequentemente tomadas as radiografias e que faz descer, pelo peso do bario, as paredes bulbares não alteradas pela esclerose peri-ulcerosa.

Além destas duas, outras hipóteses têm sido formuladas para explicar tal discordancia; os argumentos por élas invocados porém já foram completamente rebatidos por criticas autorizadas.

As duas hipóteses que transcrevemos, segundo nossa opinião, explicam suficientemente a questão e ambas contêm igualmente argumentos bem fundamentados. Se por um lado, conforme mostra Gutmann, há casos em que o "diverticulo para-ulceroso", por mais minuciosos que sejam os exames, simula perfeitamente, podendo ser tomado e tendo sido mesmo tomado por um nicho de ulcera, lançando confusão nas estatísticas, há outros casos em que prevalece a opinião de P. Maciel: são casos nos quais uma confusão do nicho com o diverticulo seria prova unicamente de um exame insufficiente ou de uma técnica defeituosa e nos quais a sua explicação é a mais plausível de todas: deformação das curvaturas normais devido á retração e endurecimento das paredes e o peso do bario fazendo descer as paredes bulbares não atacadas pelo processo de esclerose peri-ulcerosa.

Tambem as deformações tão frequentes do bulbo ulceroso (bulbos em trevo, coraliforme, etc.) não são visiveis no áto operatorio; a anestesia não póde ser incriminada por este desaparecimento pois êle se produz mesmo com anestesia local. Por este motivo a teoria mais moderna explica estes aspectos como sendo produzidos por tumefacções mucosas, pelo edema da sub-mucosa. Esta hipótese, levantada por Akerlund é sustentada por Gutmann. Para este autor a mucosa bulbar se intumescce, cava-se de sulcos e de reintrancias dando ao bulbo o aspecto deformado que o raio X releva e que o simples olhar na intervenção não percebe.

Estes edemas com as deformações que acarretam pódem ser mi-

nimos ás vezes e em lugar de darem uma imagem deformada, teremos um aspecto bulbar normal. Se esperarmos um pouco para que este bulbo se esvazie ou se lançarmos mão de uma leve compressão (decubito ventral, balão de Chaoul, etc.), poderemos ver muitas vezes um halo claro de edema, semelhante ao que descrevemos para a ulcera gastrica e, no centro, a mancha de bario que representa o nicho de face. Por conseguinte as palavras "...bulbo se enchendo bem e de contornos regulares..." que vemos escritas muitas vezes em relatorios de exames praticados pelo método classico, não nos devem mais impressionar tanto como antigamente; é necessario recorrer, por um processo ou outro, ao estudo da mucosa deste bulbo e muitas vezes constataremos lesões antes insuspeitaveis.

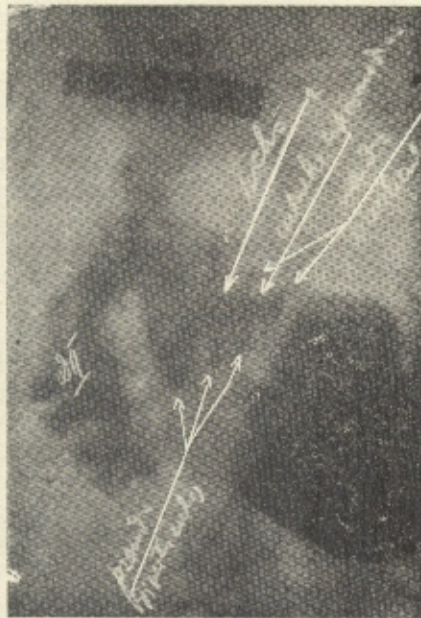


Fig. n.º 1 — Imagem relevografica obtida com uma leve compressão. O nicho se apresenta de face. A relevografia permite distingui-lo facilmente dos pseudo-diverticulos para-ulcerosos.

O valor enorme das radiografias em séric é novamente focalizado: elas nos permitem seguir as diversas fases do esvaziamento do bulbo ou os diferentes aspéctos que o mesmo vai revelando a medida que se vai aumentando a compressão.

Gutmann pensa que sómente nos casos de ulceras pequenas se deva recorrer á processos especiais; em casos contrarios basta observar com cuidado o esvaziamento do bulbo pois a mucosa tumefacta é um verdadeiro compressor estendendo a substancia opaca em camada delgada. O balão de Chaoul sendo porém de um manejo tão facil e o bulbo custando tanto em alguns casos a se esvaziar, pensamos que nada poderá contraindicar o uso de uma leve compressão externa que muito auxiliará ao radiologista.

Relevografia no estomago operado

A evolução post-operatoria da gastrite — A tumefacção das pregas mucosas em torno da boca da anastomose — A ulcera peptica — Suas relações com a relevografia.

No estudo das lesões do estomago operado a relevografia corre poderosamente.

O sucesso da intervenção cirurgica praticada por uma ulcera gastro-duodenal, como uma gastro-entero-anastomose ou uma resecção, depende em grande parte da evolução da gastrite para-ulcerosa. Não têm sido raros os casos de ulcerados que sofrem a gastro-entero-anastomose e que voltam tempos depois ao consultorio medico queixando-se de uma sintomatologia, senão identica, pelo menos muito semelhante a que tinham antes da intervenção. E' que, nestes casos a gastrite continuou sua evolução e tornou-se responsavel pelos sintomas então dominantes.

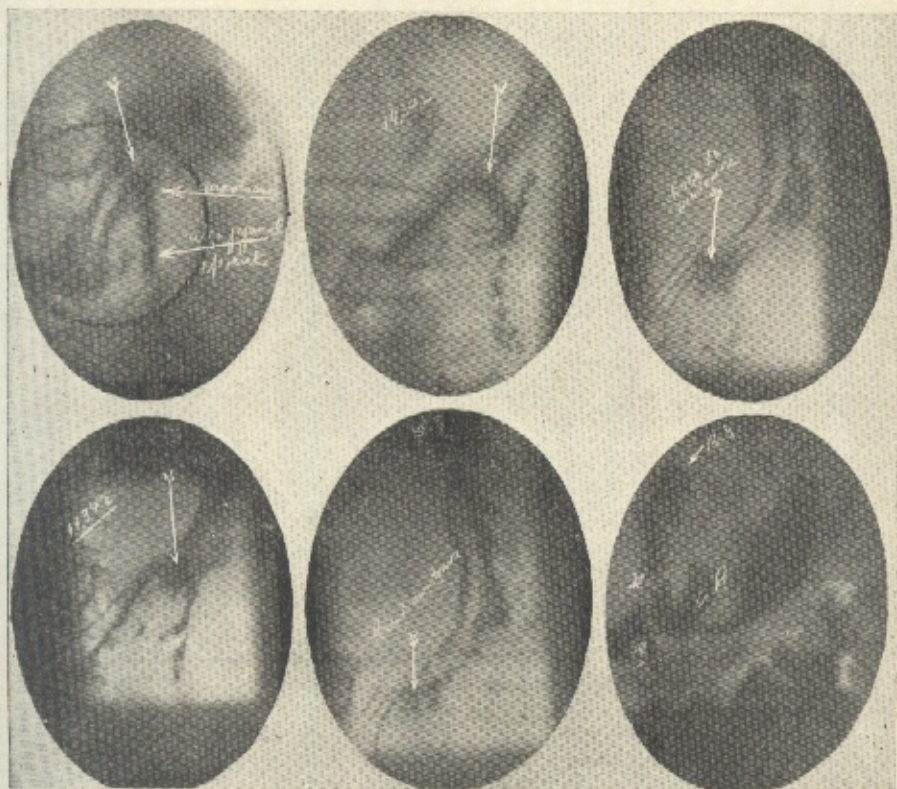


Fig. n.º 14 — Diversos aspectos relevograficos do estomago mostrando as pregas mucosas convergindo para a boca da anastomose e a sua disposição no resto do estomago.

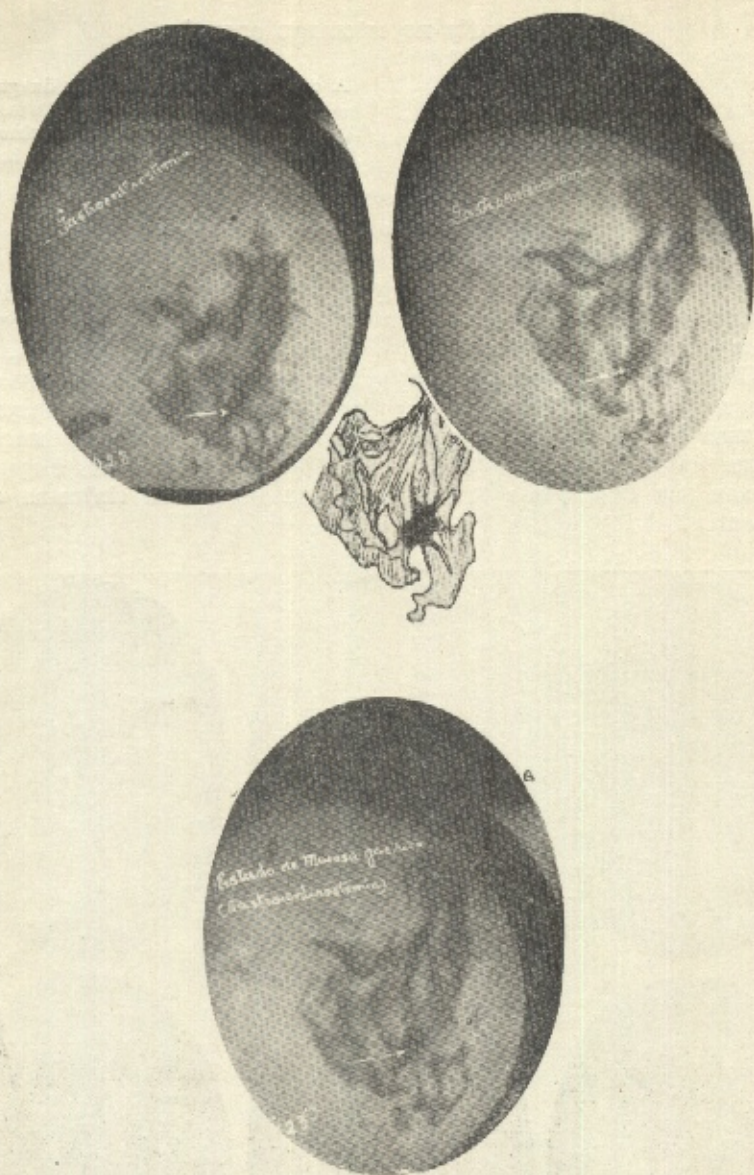


Fig. n.º 6 — Imagem relevografica da boca anastomótica, vendo-se assinalada por uma seta a ulcera paptica. As pregas mucosas estão aumentadas de volume.

Praticamente não há quasi diferença entre os sintomas clinicos da gastrite e os da ulcera não complicada: exclusivos da ulcera são unicamente a dôr da infecção, da perfuração ou do tipo solar e a estenose organica do piloro.

Por isto não é de admirar que uma gastrite post-operatória não tratada simule perfeitamente a lesão ulcerosa, dando ao paciente e a um medico menos avisado a impressão de ter sido a cirurgia infrutífera. A relevografia diagnosticando com facilidade esta gastrite muito auxiliará ao pratico. A observancia de um regime post-operatório o mais rigoroso possível é a conclusão pratica de maior importancia a tirar destas considerações.

Outras vezes produz-se uma tumefacção das préguas mucosas, em virtude da inflamação, em torno da boca da gastro-entero-anastomose, estenosando-a e simulando ao mesmo tempo, pela sua sintomatologia, a ulcera peptica.

A relevografia nos mostrará as préguas da região aumentadas de volume e deformadas; as préguas mucosas da boca da gastro-entero-anastomose se dispõem de maneira a servirem á modificação funcional para a qual foi forçado o órgão: na altura do orificio anastomotico as dobrás da grande curvatura, que são paralelas ao eixo do estomago, se encurvam em angulo réto em direção ao jejuno, quer dizer na direção dos alimentos; as préguas mucosas do jejuno tambem modificam sua orientação de maneira a ficarem com a mesma direção que as dobras gastricas. Chaoul chama atençaõ para esse fáto como um argumento em favor de sua teória que diz serem as préguas mucosas uma consequencia da contração, em determinada direção, da "muscularis mucosae".

São estas dobras as responsaveis pela estenose inflamatória da boca anastomotica com todo o seu cortejo sintomatico.

A dicta, o regime, a atropina, etc., contribuindo para a sedação dos fenomenos inflamatórios e espasmodicos, sedação esta que póde ser perfeitamente acompanhada por exames relevograficos, produzem ao cabo de alguns dias a melhora do paciente.

A presença da ulcera peptica tambem poderá ser perfeitamente notada pela relevografia. John D. Camp assim descreve o aspecto relevografico da ulcera peptica: "...rugas em torno da boca anastomotica com um grau variavel de aparente invaginação da grande curvatura na boca da anastomose...", "...a boca anastomotica e a porção contigua do jejuno têm uma apparencia tubular ou funicular devido á obliteração das préguas mucosas normais pela induração inflamatória. O sinal da ulcera jejunal é um estreitamento desse órgão e as saliencias normais das valvulas coniventes estão obliteradas pela reação inflamatória."

Tratamento da insuficiencia cardiaca

Prof. Otavio de Souza

Catedratico da 1.^a Clinica Medica

A insuficiencia cardiaca é a impossibilidade para o coração de se adaptar ás necessidades da circulação. Não podendo desempenhar-se do trabalho a que está obrigado, ele recorre á sua força de reserva; si esta não é bastante para o esforço requerido temos o primeiro passo da insuficiencia cardiaca que se vai agravando então com o enfraquecimento da força atual do coração. No começo, os accidentes apparecem apenas durante esforços, mais tarde mesmo no repouso elles se observam. Devido a fraquesa do musculocardíaco dá-se no organismo uma estase cardio-vascular que obriga o coração a maiores esforços que mais o enfraquecem constituindo-se verdadeiro circulo vicioso.

A terapeutica da insuficiencia cardiaca tem por finalidade diminuir a estase que se processa ora na pequena circulação ora na grande ou em ambas, e dar maior energia ao coração para que ele possa assegurar a circulação do sangue nos vasos. Na insuficiencia cardiaca leve empregamos como meio depletivo um drastico (aguardente alemã), ventosas escarificadas na região toraxica posterior; nos casos graves aliviemos o organismo da sobrecarga sanguinea por meio de uma sangria que orce por 200 gramas. Em geral é esta a quantidade de sangue que retiramos de uma veia do cotovelo. Todos nós temos tido occasião de verificar que após a sangria, quando indicada, o doente sente-se bem, aliviado da dispnea, da ansiedade e consegue conciliar o sono, o que durante varias noites não lhe era possivel fazer. Nos casos de edema agudo do pulmão a quantidade de sangue retirado deve ser maior. Na insuficiencia cardiaca global com grandes edemas principalmente nos membros inferiores, com liquido livre nas cavidades pleural, peritonial, é necessario alem da sangria retirar estes liquidos que representam barreiras perifericas contra as quais o coração, mesmo ajudado pela medicação tónica, não tem eficiencia. Para remover estes derrames empregamos de preferencia os diureticos mercuriais: neptal, novasurol etc.

Ha pouco tempo acompanhei um doente de grande insuficiencia cardiaca do qual pretendi retirar liquido ascitico por meio de um trocar que não poudo penetrar na cavidade abdominal tal o edema com que se apresentava a parede do ventre. A injeção de uma ampola de neptal produziu-lhe uma diurese de 7 litros em 24 horas, no dia seguinte 4 litros e com mais duas injeções intervaladas de tres em tres dias os edemas desapareciam. Este doente quando me procurou já havia tomado varias veses digibaina, digipuratum, santeose, sem obter melhoras. Ha casos em que os diureticos mercuriaes depois de aumentar a diurese no primeiro dia esgotam logo a sua ação de modo a ser

preciso fazer uma injeção de tres em tres dias durante algum tempo. Conjuntamente com o emprego dos diureticos institue-se a cura pelos cardiodinamicos.

Outro meio depletivo que devemos empregar é a restrição dos liquidos. Até alguns anos atrás, era um dogma em terapeutica cardiaca dar ao doente exclusivamente leite em quantidade (2 a 3 litros).

Ainda nos Medicamentos e Medicações Cardiacas do Prof. Vaquez, editado em 1925, ele preconiza este alimento, porem hoje os cardiologos condenam o leite principalmente pela quantidade que se deve empregar para alimentar o doente e pelo seu conteudo em sal. Os liquidos aumentam a massa sanguinea que deve ser diminuida para não forçar um coração com mau funcionamento. O sal proscrito do regime diminue a quantidade de agua que se fixa no organismo. Dois a tres litros de leite como se usava antigamente com 1,80 de sal por litro, só pode trazer desvantagens a um coração em estado de insuficiencia. A alimentação de um cardiaco descompensado deve ser variada e acloretada: verduras, cereais, caldos de galinha (sem sal, frutos cozidos, massas, compotas, etc.

Vejamos agora qual a terapeutica cardiaca propriamente dita a ser empregada na insuficiencia cardiaca. Esta, como sabemos, póde interessar a auricula, o ventriculo esquerdo, o direito ou todas as cavidades depois de um certo tempo de molestia.

Os medicamentos heroicos da insuficiencia cardiaca são dois apenas: a digitalina e a ouabaina; todos os outros tonicos cardiacos cujo estudo farmacodinamico tem sido incompleto estão em plano de inferioridade. A digitalina e a ouabaina agem da mesma fórma sobre as propriedades fundamentais do musculo cardiaco. A ouabaina mais difusivel e portanto mais facilmente absorvida, é um medicamento de urgencia; a digitalina com a sua ação mais demorada, é uma medicamento de consolidação.

Ambas, como dissemos, tem as mesmas propriedades sobre o miocardio, porem a contratilidade é mais influenciada pela ouabaina ao passo que a digitalina age mais energicamente sobre a excitabilidade e condutibilidade. Quando se supunha que a digitalina não atuava sobre a contratilidade cardiaca aconselhava-se empregar a ouabaina na insuficiencia ventricular esquerda e a digitalina na insuficiencia do coração direito. Vaquez foi o propugnador destas ideias, porem hoje com conhecimentos mais perfeitos e melhor orientação pelos metodos modernos de cardiologia esta formula não tem razão de ser.

Na insuficiencia cardiaca para se conseguir a compensação é preciso estimular a contratilidade e normalisar o ritmo, pois só assim teremos o rendimento otimo do trabalho do coração. A digitalina e a ouabaina desempenham este papel reforçando as contrações cardiacas e tornando o ritmo mais lento; fóra dos estados asistolicos as perturbações do ritmo não são beneficiadas por nenhum destes medicamentos.

A insuficiencia aguda do ventriculo esquerdo, que se manifesta por uma crise de asma cardiaca, de edema agudo do pulmão, de uma angina de decubito necessita de medicação urgente; a indicação da ouabaina é formal. Ele representa com a sangria e morfina a trilogia

medicamentosa que estes casos reclamam. O cortejo sintomatico que então se observa depende da dilatação subita do ventriculo esquerdo como tem sido demonstrado pela radiografia. A pressão sistolica muitas veses acompanha o desfalecimento cardiaco sofrendo consideravel baixa e, si assim se mantem depois da crise, o prognostico é mau. Si na ocasião da crise a pressão sistolica baixa pouco ou si a uma queda forte succede, passado o acidente, ascender a cifra que lhe era habitual anteriormente o prognostico é relativamente favoravel. A diminuição da pressão diferencial é de mau augurio. Tive ocasião de verificar este fato em um doente hemiplegico com edema agudo do pulmão cuja pressão arterial baixa no momento da crise elevou-se depois á cifra que ele costumava ter, ficando curado do acidente. A dose de ouabaina a injetar na veia é de um quarto de milg de vês, repetido no fim de doze horas durante dois, tres ou mais dias conforme a evolução do mal. Habitualmente usa-se um e meio milg., podendo-se ultrapassar esta dose de acordo com cada caso particular e nós já temos empregado em casos graves dois milg. e um quarto sem acidente. Presentemente não podemos tratar a insuficiencia cardiaca com doses predeterminedas como era a regra antigamente; cada caso requer a sua dose individual. Como a ouabaina se elimina rapidamente do organismo, no fim de quatro ou cinco dias podemos fazer nova cura e assim por deante até que o doente se liberte da insuficiencia cardiaca. Si esta é progressiva, si estivermos deante de um sindroma de hiposistolia ou asistolia com franca aritmia, estados estes que se encontram frequentemente nas lesões mitraes, a digitalina se impõe; é a noção classica. Como usaremos a digitalina? Duas escolas existem: uma que preconisa doses maciças em curto praso, outra que aconselha doses pequenas durante longo tempo. Potain dava de vês um miligr., Vaquez dá 20 gotas por dia durante dois dias e 10 gotas no terceiro e quarto dias, descanso de 15 dias para fazer nova cura com recio do acunulo da digitalina no organismo. Josué prescrevia doses de 100 e 200 gotas por cura, Flesinger aconselhava doses pequenas de um decimo de miligr. por muito tempo. Nestas condições fica-se embaraçado para prescrever a digitalina. Ha muitos anos que eu aconselho no meu serviço clinico doses de acordo com o caso em observação, não me limitando ao classico miligr. nem tão pouco ás pequenas doses por longo tempo. Em uma conferencia com distinto colega encontrei um doente em asistolia que vinha tomando digitalina, havia já dois meses, cinco gotas diarias com pequenas pausas e não conseguia libertar-se da sua insuficiencia. Viava acamado, não tendo animo de sair do leito pela dispnéa de que era tomado ao menor esforço, insonia, tosse coqueluxoide, edemas, etc.; bastou aumentar-se-lhe a dose do medicamento para que os sintomas desaparecessem e ele se considerasse curado. No ano passado tivemos ocasião de acompanhar com um colega um caso de febre tifoide muito accidentado que apresentou uma miocardite com sua sintomatologia classica: bulhas abafadas, ruído de galope, aritmia, pulso a 140 e 150. Esta miocardite appareceu no fim do periodo de declinio da infeção tifica. Prescrevemos a digitalina ininterruptamente, de modo que o nosso doente tomou 145 gotas e, só quando atingida esta dose, consta-

tamos o desaparecimento dos sintomas miocárdicos, tendo-se conseguido a cura do doente.

Vejamus de um modo geral como procederemos: Nos casos graves devemos dar a digitalina na dose de 1 gota diárias durante 7 ou 8 dias e depois de um descanso de 6 dias novamente repetiremos a cura, uma vês que não tenhamos conseguido o desaparecimento das síndromas hipostólica ou asistólica. Nos casos leves daremos 5 ou 10 gotas diárias durante menos dias (2 ou 3). Necessário se torna acompanhar o doente para suspender o medicamento desde que sobrevenham sintomas de intoxicação e por isso costumamos dar 5 gotas pela manhã e a tarde nos dois últimos dias da cura, para agir com mais urgência si for preciso. Estando o doente digitalinizado por uma primeira cura e os sintomas de insuficiência cardíaca tendo desaparecido devemos fazer nova cura quando começam a aparecer alguns sintomas como dispnéa de esforço, leve edema malcolar, tosse, insonia etc., indicando que o coração entra a enfraquecer-se e não suporta o trabalho a que está obrigado sem uma nova digitalinização que deve ser feita imediatamente. Com as curas distanciadas conseguimos melhorar muitíssimo o doente mas não o libertamos por completo da insuficiência cardíaca. Entendemos que da primeira cura para a segunda deve haver descanso de 6 dias e depois conforme o caso seguiremos deste modo por algum tempo para, si os resultados forem bons, irmos aumentando os prazos de descanso. A observação do doente e a experiência do clínico serão os fatores principais para determinar o prazo que deve existir entre as varias digitalinizações. Agindo desta fórma os resultados serão melhores do que com o método classico que distancia muito uma cura da outra, não conseguindo dar ao coração toda a energia de que ele precisa. Ainda ha pouco tempo tive ocasião de ver um doente com insuficiência cardíaca que tomava 50 gotas de digitalina por semana e só repetia esta dose depois de 15 dias, porem 6 dias antes de retomar o medicamento já começavam a aparecer os sintomas de hiposístolia. Encurtando o prazo de descanso conseguimos compensar este coração. E' preciso empregar a terapeutica antes que os sintomas hiposistolícos reapareçam, não devendo haver receio de acúmulo do medicamento no organismo porque a sua eliminação se faz dentro de 5 dias. O numero de batimentos do pulso nos servirá de guia para sabermos si atingimos o limite da tolerancia individual; um pulso que batia a 120 por minuto e desce para 60 ou 70 nos indica a supressão do medicamento que se não fôr feita trará ao doente bigeminismo de pulso, vomitos, diarréa, etc. Na hipertensão arterial, uma vês que os sintomas de insuficiência cardíaca apareçam deve-se usar a digitalina. Lembro-me de um caso de insuficiência aortica arterial com hipertensão em um amigo meu, atendido na minha ausencia por outro colega. Neste doente, depois de uma gripe, apareceram acessos de asma noturna que continuaram por varias noites até se instalarem permanentemente; nesta ocasião o vi e indiquei o uso de digitalina, que fez desaparecer os sintomas de insuficiência cardíaca com admiração do colega que até então não havia recorrido a esta medicação com receio da hipertensão.

A normalização do ritmo cardíaco também nos deve preocupar,

porque as suas irregularidades causam o enfraquecimento do miocárdio. O medicamento que melhor atua sobre a arritmia é o sulfato de quinidina que, possuindo uma ação depressiva sobre o miocárdio, só poderá ser empregado quando o coração estiver fortalecido pelos cardiodinâmicos. Faz exceção a esta regra a insuficiência cardíaca com flutter auricular, na qual devemos empregar desde o começo do tratamento o sulfato de quinidina; sem o desaparecimento da taquisistolia auricular não poderemos agir benéficamente sobre a asistolia. Com doses intensas de digitalina e fracas de quinidina faremos desaparecer o flutter rapidamente e si não conseguirmos este resultado abandonaremos o medicamento porque as doses fortes são contra-indicadas, e nos limitaremos ao uso da digitalina. Si na insuficiência crônica do coração com arritmia, a indicação da digitalina não sofre contestação, o mesmo não se dá quando o pulso é lento ou normal. Quando a hiposistolia ou asistolia houver bradicardia, a digitalina, que possui uma ação retardante, é contra-indicada; a ouabina será empregada. No pulso lento permanente, em início, quando ainda algumas excitações passam da aurícula ao ventrículo, não se deve empregar a digitalina; em fase adiantada, quando o ventrículo torna-se independente, isto é, em estado de automatismo, o que deve ser confirmado pelo electrocardiograma, a digitalina é bem indicada porque embora não tendo ação sobre o retardamento do pulso age sobre a insuficiência cardíaca. O ritmo bigeminado contra-indica o uso da digitalina, que poderá causar a morte do doente. A degeneração do miocárdio é uma contra-indicação a digitalina, porque agindo sobre um miocárdio cujas fibras se acham por tal forma comprometidas, ela retardará a diástole e prejudicará a sístole. Quando estivermos deante de uma insuficiência cardíaca corretamente tratada pela digitalina e sem aproveitamento para o doente, podemos afirmar que se trata de degeneração do miocárdio; nestas condições ele não é mais sensível á ação da digitalina, cujo uso só poderá ser prejudicial. Nos casos de anarquia ventricular, em que o electrocardiograma nos mostra grandes deformações dos complexos, não devemos dar a digitalina a não ser com muita precaução; são casos em geral de prognóstico fatal em breve tempo.

Alguns autores e entre estes Vaquez, acham que nos casos em que o ritmo é normal a digitalina não deve ser empregada, visto não trazer benefício algum ao doente. De fato, encontramos em clinica, aórticos, hipertensos, etc., em estado de insuficiência que não melhoram com o uso da digitalina; são asistolias irreductíveis que não aproveitam nem com a digitalina nem com a ouabaina. Nem todas as insuficiências com pulso regular assim se comportam e na nossa enfermaria temos tido ocasião de verificar o bom resultado do emprego da digitalina em tais doentes, embora reconheçamos que ela atua com mais energia, com maior eficiência nas insuficiências com perturbações do ritmo.

O prof. Vaquez, em seu livro sobre Medicamentos e Medicações Cardíacas diz ser a digitalina inativa nas insuficiências cardíacas infantis. As irregularidades do pulso nas crianças são muito raras, mesmo no caso de cardiopatias adiantadas, portanto nada de admirar que a digitalina seja pouco eficaz (princípio por ele defendido da inativi-

dade da digitalina em corações regulares embora insuficientes). A digitalina, diz ele, seria de valor nas insuficiências com aritmia completa mas quando esta aparece geralmente depende de uma pericardite com adherências cuja etiologia é fatalmente progressiva e rebelde a toda medicação, no segundo o coração está por tal fórma dilatado, tão comprometido em todas as suas partes que a terapeutica cardiaca é impotente. Assim, pois, o Prof. Vaquez desaconselha o emprego da digitalina na insuficiência cardiaca das crianças.

Não penso da mesma fórma, escudado em observações minhas e do Prof. Lian. Tratava-se de uma menina de 8 anos, de Gravataí, que depois de uma molestia febril apresentou-se completamente edemaciada, com figado muito grande, ascite, dispnéa mesmo em repouso, oliguria, pulso pequeno regular a 120 por minuto. O medico que a viu pensou em ancilostomiase ou numa nefropatia, mas o exame de fezes não revelou ovos do parasito e o exame de urina apenas leves traços de albumina. Não tendo melhorado, foi ao meu consultorio onde a examinei e constatei um levissimo sopro sistolico na ponta do coração, fazendo o diagnostico de insuficiência mitral em fase de asistolia. A medicação empregada foi digitalina na dose de 5 gotas diarias durante uma semana, descanso de 5 dias e nova cura e assim por diante até dominarmos a insuficiência cardiaca. Um ano depois vi esta menina perfeitamente bem com a sua insuficiência mitral compensada. Nos casos em que houver contra-indicação para o emprego da digitalina, que felizmente são muito poucos ou quando a digitalina fracassar com em certos casos devido a grandes estases, não havendo absorção por via oral, usaremos a ouabaina. O ouabaina removendo a estase porta e agindo mais energicamente sobre a contratilidade do miocardio, reativa a ação da digitalina; a ação da ouabaina deve ser prolongada pela digitalina. Alguns autores empregam ao mesmo tempo a ouabaina em injecções intravenosas e a digitalina por via oral em doses fracionadas; outros aconselham dar a ouabaina intravenosamente (1½ miligr.) e depois de um pequeno descanso empregar a digitalina. Os modos de administração variam conforme a pratica de cada medico.

Na asistolias complicadas é preferivel começar pela ouabaina e só depois de obtido parcialmente o equilibrio circulatorio usar a digitalina. Na insuficiência crônica cardiaca devemos nos periodos de descanso da digitalina dar teobromina e nos casos graves usala-emos sem interrupção. Na nossa clinica só empregamos a digitalina Nativelle e ouabaina Arnaud.

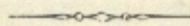
Ultimamente tem-se empregado na insuficiência cardiaca, com bons resultados, a associação insulina-glicose. A origem desta medicação são os estudos experimentais que demonstram ser o assucar o produto mais importante e indispensavel para o bom funcionamento do coração. Loeper e seus colaboradores observaram persistencia e maior regularidade das contrações cardiacas no liquido de Locke, que contem assucar do que no de Ringer que não o contem. Klewitz e Kirheim notaram um aumento da força contratil do coração sob a influencia da glicose e o desaparecimento da alternancia previamente provocada no coração isolado do coelho. A insulina possui uma dupla ação: aumenta

a combustão do assucar e favorece o deposito de glicogenio; graças a esta ação regula a nutrição da fibra cardiaca. K. Hepburn e Latchford demonstraram que a adição de insulina ao liquido de perfusão aumenta consideravelmente o consumo de assucar pelo coração.

A tecnica do tratamento da insuficiencia cardiaca pela insulina é simples: Loeper e Lemaire administram 150 gramas de xarope simples e injetam pela manhã durante 6 dias 5 a 10 unidades de insulina. Kisthinos e Gomes dão 80 gramas de xarope e 4 unidades de insulina. Estes autores citam uma observação de aortite sifilitica com crises de edema do pulmão, extrasistoles, galope que com a ouabaina melhorou bem porem passageiramente e com insulina e glicose obtiveram uma melhoria duradoura. Outras observações afinam pelo mesmo diapásão e segundo estes pesquisadores a insulina parece capaz só por si de melhorar a insuficiencia cardiaca qualquer que seja a sua origem e causa; reforça a ação dos cardiodinamicos e a prolonga, tendo um cfeito evidente sobre a aritmia. Nós já empregamos esta terapeutica no nosso servigo clinico, mas ainda não temos uma opinião firmada sobre o assunto parecendo-nos entretanto, segundo o que conhecemos de literatura, ser um bom meio auxiliar do tratamento cardiodinamico.

O calcio é tambem um auxiliar da medicação cardiodinamica já possuindo sobre o coração uma ação dinamogenica, já excitando o automatismo ventricular e inibindo o seio.

Na insuficiencia cardiaca o calcio torna o ritmo do coração mais lento e diminue-lhe o volume. A ação dos cardiodinamicos é reforçada nos seus efeitos pela associação do calcio, que ainda age beneficamente sobre a diurese.



Introdução ao Estudo da Meteorologia Clínica

Prof. H. Annes Dias

Catedrático da 4.^a clínica médica

I

Medicina e Meteorologia avançam até agora, bem se pôde dizer, em duas linhas paralelas; uma estuda o homem em si, sob os seus aspectos físicos, na sua organização estrutural, na sua maravilhosa dinâmica; mas não tem prestado a suficiente atenção ao meio que o cerca, ás formidáveis forças que o envolvem; a meteorologia, por sua vez, procura no estudo dos fenomenos físicos da terra e do espaço, encontrar a solução dos empolgantes problemas da climatologia, da previsão do tempo, etc.

Como será proveitoso o concurso dessas duas ciencias, como serão fecundas as realizações da meteorologia clinica quando, por toda a parte, medico e meteorologista fizerem convergir suas pesquisas para o estudo das influencias físicas do ambiente sobre o organismo humano. Uma que outra tentativa, um que outro trabalho, procuram, de vez em quando, despertar a consciencia medica no sentido de lhe mostrar que não é mais possível estudar o homem dentro de uma redoma, mas apreciá-lo em face da grandeza das forças que o cercam.

Hipocrates traçou na sua obra diretiva a esse respeito, que a Medicina foi aos poucos esquecendo e que se perderam no momento em que a teoria microbiana parecia tudo avassalar.

A nova orientação medica, porém, que vê no estudo aprofundado do organismo humano o melhor meio de se compreenderem as doenças, tem de levar necessariamente o medico a considerar como se comporta esse organismo em face do ambiente.

Hoje se sabe que a atmosfera é cortada a todo instante por poderosas radiações de toda a especie; conhece-se o papel condutor que, para a electricidade, representam os ions atmosfericos; sabe-se mais que, ao ar livre, vivemos mergulhados num campo electrico que apresenta uma diferença de potencial de cerca de 400 volts por metro de altura, campo electrico que sofre variações consideraveis sob a influencia das trocas que, a todo instante, se fazem entre a terra e as nuvens. As ondas hertzianas, que aparelhos apropriados nos permitem captar; as radiações siderais (Milikan) mais penetrantes do que os raios X; as correntes magneticas que sulcam o planeta, as bruscas e violentas mutações dos ventos, capazes de arrazar, em minutos, uma cidade; as variações da pressão, as oscilações de temperatura, da humidade etc., formam um conjunto formidavel de forças a cuja influencia nenhum ser vivo, que habite a superficie da terra poderá ficar indiferente.

Poderá o homem subtrair-se a essa influencia, será o seu organismo insensível á ação de tais forças? Só uma mente pueril poderá supô-lo. De fáto, consideremos, por um momento, o corpo humano em relação aos fenomenos electricos, os menos estudados dos fenomenos

atmosfericos. O nosso corpo póde ser considerado como uma solução eletrolitica pois além da grande proporção de agua que apresenta, contém sais em solução, um só dos quais, o cloreto de sódio, orça em 200 grs. Como solução eletrolitica é um bom conduto de electricidade, sendo a este respeito notaveis os trabalhos do professor Strahl (de Paris) 1.

Há no organismo, tambem, funções de natureza electrica, tal é o mecanismo cardíaco, como se depreende dos trabalhos de Zwardemaker sobre a função radioativa que o potassio aí desempenha, dos de Henrijean, mostrando que o traçado eletrocardiografico não é só função da contração muscular, tanto que, quando por ação toxica o coração pára, o traçado continua e se observa e acentua a onda T.

Dorno (Bioklimatische Problem 1929, pg. 19) mostrou que o corpo humano tem cargas electricas duradouras, havendo diferenças de potencial de 25-50 milivolts, entre diferentes regiões da epiderme, existem normalmente no homem são, sob condições atmosfericas calmas; que diferenças de potencial passageiras, de centenas de volts podem ocorrer por exemplo entre a pele e os cabelos.

Pincussen (Naturwissen-Schaften pg. 988) faz vêr que a ação de luz sobre os organismos vivos se fez sentir pelos iontes, a luz podendo modificar os iontes organicos e, assim, determinando modificações metabolicas.

Não está mais por demonstrar a ação das irradiações ultravioletas sobre o ionte calcio do organismo constituindo tal propriedade hoje uma grande conquista da terapeutica.

Danmeyer (Natur 987) tendo em 1927 feito uma expedição á Islandia e ás ilhas Ferroee com o objetivo de estudar comparativamente a frequencia do raquitismo, da diabete e da tuberculose chegaram á verificar interessante facto sob o ponto de vista da influencia fisica do ambiente. E' assim que, sendo as mesmas as condições de vida, nas referidas ilhas, verificou Danmeyer a grande frequencia do raquitismo e da diabete, nas ilhas Ferroer e a sua raridade na Islandia; ora, nesta ilha a irradiação ultra-violeta é muito maior do que nas Ferroer onde, causado pela passagem do Gulf-Stream, há constante nevoeiro e fraca irradiação ultra-violeta. Sabe-se por outro lado que, em todos os climas, essas radiações são mais fracas no inverno, sendo essa a causa de maior frequencia, então, dos accidentes espasmo-filiaeos e do proprio raquitismo. As trocas eletroliticas, todos os fenomenos coloidais, capitais no organismo são resultantes do processo fisico-químico. As trocas humorais cujo desequilibrio tão grave póde ser, estão na dependencia de tais processos.

Por um lado bem se conhece hoje o papel relevante dos iontes nos fenomenos atmosfericos, por outro os trabalhos de Kraus e Zondek nos mostram (Die Electrolyten) a influencia capital dos iontes organicos sobre a vida celular, sobre a estrutura coloidal, sobre todas as funções orgánicas. Tais trabalhos, nos revelam as intimas revelações dinamicas que existem entre o sistema vago-simpatico e a distribuição iontica. Não é difficil perceber que as fortes incitações fisicas do ambiente, repercutem, através das membranas permeaveis da periferia corporal,

sobre os complexos coloidais organicos, quando sensibilizado por um aparelho vegetativo hipersensibilizado.

Como não compreender que um bom condutor, séde de fenomenos eletricos, proprios, e mergulhado em um campo eletrico, sujeito a variações, seja sensível a estas e sofra a sua influencia.

Como não compreender que a baixa da pressão capaz de curvar o metal de um barometro seja tambem capaz de excitar a sensibilidade do sistema nervoso vegetativo, entre cujas funções está a de, pelas suas terminações na periferia ajustar o organismo ás condições do ambiente, como se vê na vaso-constricção provocada pelo frio, na vasodilatação para a irradiação do calor corporal, etc.

Uma bela demonstração da adaptação do organismo a certos ritimos do ambiente é o que se passa com a curva normal da temperatura. A criança que nasce não tem, nos primeiros dias, o ritmo normal, isto é, máximo pela tarde e minimo pela madrugada, tal como se dá na natureza, o recém-nascido a temperatura, que era, ao nascer de 37,6, cai a cerca de 35,6 para, no 2.^o dia, alçar-se a 37,1 ou 37,2, ficando nessa altura, em linha continua durante uns 7 dias. (Eröss apud Isenschmidt-Handbuch der N. und Pathologische Physiologie — Vol. XVII, pg. 912).

Ora, após esse tempo a temperatura toma o ritmo normal, isto é, a curva da temperatura exterior. Que tal se dá sob a influencia do ambiente, se verifica nos trabalhos de Simpson e Osborne 2) (apud. Isenschrift 100c. cit.). Estas observações em viagens á volta do mundo que o viajante apresenta sempre a máxima de temperatura á tarde e a minima pela manhã, mas de acôrdo com a hora do lugar em que se encontra, e não de acôrdo com a hora do lugar de que partira, o que mostra que o seu ritmo de temperatura se foi modificando de acôrdo com novas condições do ambiente; se assim não fôr deveria, nos antipodos, estar invertida a curva.

O mesmo problema se apresenta para outros ritimos organicos, como o do pulso, da pressão sanguinea, etc. As variações da pressão arterial conforme a altitude, a depressão barometrica demônstram a necessidade para o medico de considerar o ambiente e as suas variações.

Os estudos de Martinet, 3) de Sardon 4)^a na França os de Geigel 5), Isenschmidt 6), Hellpach 7) na Alemanha; os nossos, no Brasil, são tentativas para a organização dessa Meteorologia Clinica, cujo estudo se impõe a todo medico que queira conhecer de fáto a potencialidade, a capacidade reacional dos seus doentes, não só em face dos agentes patogenicos animados ou quimicos, mas dos elementos fisicos que nos rodeiam.

O descaso com que a Medicina tem encarado esse estudo vem de erro de Fisiologistas que, como Paul Vert, das suas experiencias sobre pressão barometrica, realizadas com homens e animais sãos, tiraram conclusões que estenderam aos organismos doentes, que êles não examinaram.

Foi uma conclusão arbitraria, descabida, repetida depois pelos demais fisiologistas, e que não se deram ao trabalho de verificar se a

sensibilidade á depressão atmosférica era a mesma no individuo são e no doente.

O organismo são está apto para se equilibrar rapidamente em face dos disturbios do ambiente que lhe passam quasi despercebidos; já o mesmo não se dá com certos organismos sensíveis que tardam em equilibrar-se, cujo aparelho de regulação se acha comprometido tais são os cardiacos, os tuberculosos, os asmaticos, os emfisematosos, os reumaticos, etc. Essa sensibilidade, a que já dedicámos um exaustivo estudo (Cl. Med. 111-1925) apresenta graus e particularidade varios; podendo o individuo, que é sensível, por exemplo, ás modificações da pressão, ser indiferente ás outras alterações do ambiente.

Z. v. Dalmady (Monatschrift, Ungarsich Mdizin 1929 of. Presse Médicale 14-5-30) acha que a sensibilidade ás influencias do ambiente lembra sobretudo os fenomenos alergicos.

Certos autores fazem vêr que os seres vivos sentem mais a aproximação de uma queda barométrica do que esta propria; o que se explicaria pela influencia predominante do movimento de certas correntes aéreas, mas que, a nosso vêr, poderia ser explicada pela influencia consideravel de fenomenos eletricos, companheiros da depressão barométrica. O fáto de serem os desequilibrados do sistema vago-simpatico os mais sensíveis, mostra o papel que este tem na regulação com o ambiente.

Uma sensibilidade especial com que se sintoniza o organismo com determinado disturbio cosmico, é assim que vemos asmaticos sensíveis ao frio, ao passo que outros, são á humidade, etc. A proposito d'essa sensibilidade dos disturbios provocados pela depressão barométrica chegamos ás seguintes conclusões em trabalhos anteriores:

1) A pressão barométrica é uma condição mesologica que tem influencia na vida do homem.

2) A vida humana só é possível dentro de certos limites da pressão atmosférica.

3) O homem são é pouco sensível ás oscilações desta.

4) Certas condições morbidas tornam o homem muito sensível a tais oscilações.

5) A sensibilidade é particularmente nitida nos desequilibrados do sistema vago-simpatico.

6) O estado vagotonico torna o individuo muito sensível.

7) Há um constante trabalho de equilibração entre as oscilações da pressão e as forças que a contrabalançam.

8) A integridade desta regulação é que torna o homem são aparentemente indiferente á baixa barométrica.

9) O estudo dos disturbios provocados pelas oscilações barométricas deve ser feito, não no individuo são, mas no doente, que lhes é sensível.

10) A qualidade das reações vitais, provocadas pela energia física, é essencialmente condicionada pelo proprio organismo. (Grasset).

11) Não é tanto o grau da quêda, mas a rapidez com que sobrevêm, que é prejudicial ao organismo.

12) Quando a quêda é lenta e o aparelho de regulação integro, nada succede.

13) Quando a quêda é brusca e a regulação deficitaria, sobrevêm accidentes.

14) Na vigencia de forte depressão há deficit de oxigenio na atmosfera.

15) Essa depressão provoca ou exagera o estado vagotonico.

16) Há aumento da dispnea, dos edemas e da albuminuria nos cardiacos.

17) Desequilibrio da pressão e o estado vagotonico superveniente põem em grave risco os insuficientes do ventriculo esquerdo.

18) Em tais doentes são de temer, em caso de depressão brusca, accidentes graves de ordem reflexa para o lado do aparelho respiratorio.

19) Estes accidentes são devidos á distensão subita ou rapida do ventriculo esquerdo, distensão que é favorecida por um surto vagotonico.

20) O meio de evitar tais accidentes é moderar a excitação do pneumogastico.

21) Uma injeção de morfina-atropina ou a administração de belladona pôdem salvar a vida de um cardiaco nessa emergencia.

22) Tal medicação torna o doente menos sensivel aos disturbios cosmicos; éla como que os isola do meio ambiente.

E' como se vê só a clinica que pôde bem estudar a influencia patologica de certos desequilibrios do ambiente, porque é éla que verifica as qualidades reacionais do organismo doente. As experiencias de Jourdanet, de P. Bett e outros fisiologistas, sobre a depressão barometrica foram feitas, não só sobre organismos sãos, mas em condições que muito diferem dos que encontramos na clinica. De fato, aqui nós estudamos organismos doentes, alguns dos quais muito sensiveis á depressão atmosferica, e aqui tambem a quêda barometrica se acompanha de outros fenomenos que lhe sublinham a influencia. Há muito que observámos por exemplo, que a mesma cifra de pressão é bem ou mal tolerada, conforme o grau de humidade relativa, crescendo a ação nefasta da depressão com o grau de humidade.

Aliás é um fato bem observado que a humidade reforça a influencia de todos os elementos do ambiente. Ela permite uma melhor condutibilidade electrica do ar e um contacto mais intenso do organismo com o ambiente; éla impede a evaporação cutanea e pulmonar, pre-

judicando assim a defesa do organismo contra o calor, porque o priva dessa exalação do vapor d'agua, tão necessario. E' por isso que o calor humido, muito menos tolerado do que o seco, o mesmo se dando com o frio, com a depressão, etc. Como agem disturbios do ambiente? Os filetes do sistema nervoso vegetativo na pele e nos mucosas respiratorias, são, sem duvida, os primeiros a sentirem a modificações do ambiente. E' o que observa quando uma impressão de frio ou de calor excita esses ramusculos e desencadeia as medidas de defesa, — vaso-constricção no primeiro caso e vaso-dilatação das capilares perifericas, no segundo; aquela destinada a fechar a circulação periferica ao contacto de frio; a ultima a abrir essa mesma rêde para que seja irradiado calor. Ao mesmo tempo, outros mecanismos entram em jogo, quer para o lado do aparelho respiratorio, no sentido de ativar ou moderar a exalação do vapor d'agua e do gaz carbonico, quer para o lado das visceras abdominais, no sentido de regular, pelo famoso reflexo esplano-periferico, o deslocamento de uma massa sanguinea, recalçada pela vaso-construcção cutanea ou solicitada pela sua vaso-dilatação. Tambem a nutrição intervem, ativando ou diminuindo as convulsões para aumentar ou atenuar a produção do calor. A electricidade do ambiente deve tambem agir excitando esses filetes ou determinando trocas eletroliticas, que vão interferir nos processos coloidais: esses dois modos de ação teriam corolario um do outro, pois, para Zondek, a ação neuro-vegetativa é em ultima analise uma ação eletrolitica.

A influencia do frio, que desencadêa a crise coloido-clasica na hemoglobinuria paroxistica e a ação de certos odores que produzem em individuos sensiveis, o mesmo fenomeno pela irritação do trigemeo ao nivel da mucosa pituitaria, já são exemplos que depõem neste sentido. Muitos outros existem, de que falaremos na proxima palestra, que será dedicada ao estudo de sintomas que, em clinica, observamos como consequencia da ação dos disturbios fisicos do ambiente sobre os organismos sensiveis.

Por hoje apenas ainda duas palavras sobre capitulos que se esboçam nesse empolgante problema das relações do organismo doente com o ambiente perturbado. Os higienistas sabem bem, e os clinicos tambem não ignoram, que certas doenças sobrevêm de preferencia nesta ou naquela estação do ano; que algumas epidemias são favorecidas por certas perturbações atmosfericas, que os climas representam os complexos em que, de modos diversos se acham combinados os fatores fisicos do ambiente e que, cada clima apresenta suas indicações terapeuticas proprias. Todos sabemos que alguns doentes não suportam uma estação de altitude, outros sofrem de insonia no clima marinho, etc.; é sabido tambem que não dirigimos indifferentemente um doente para este ou aquele clima.

Influencias benéficas e nefastas. Bem apreciamos a influencia estimulante ou reparadora que, sobre certos organismos, pôde exercer uma mudança de clima, assim como podemos verificar o contrario, uma ação deprimente, nefasta, em outras ocasiões. As modificações fisiologicas que, por exemplo, exerce o clima de mon-

tanha pela sua forte irradiação ultra-violeta, pela sua proporção de ozone, pela sua pureza são patentes tanto para o lado da nutrição propriamente dita como até para as funções psíquicas, como bem mostrou Hillpach. Em geral os climas estagnados, isto é, aqueles em que os elementos meteorológicos se mantêm mais uniformes são deprimentes, ao passo que as regiões em que esses elementos apresentam fortes oscilações têm um clima estimulante.

(Continúa).



SOCIEDADE DE MEDICINA

Atas

Em concorrida sessão realizada em 18 de Dezembro ultimo, foi eleita a Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, para o ano corrente. Conforme previramos, a assembléa, indo de encontro ao desejo da maioria dos socios, reconduziu no cargo o dr. Octavio de Souza, acatado catedratico da Faculdade e membro de grande destaque na classe medica e na sociedade porto-alegrense, o qual com raro brilho e superior orientação dirigiu os trabalhos da Sociedade no ano transato. Muito justa tambem, foi a resolução da assembléa, reelegendo o vice-presidente, os secretários e o tesoureiro, pois todos êles, é com prazer que salientamos, excederam-se no fiel desempenho de seus cargos. Na mesma sessão, como se vê no resumo da áta da sessão adiante publicado, o dr. Wallau fez prestação de contas dos dinheiros da Sociedade em 1931, causando magnifica impressão o estado financeiro da tesouraria. O dr. Thomaz Mariante leu um apanhado dos trabalhos de 1931, pelo qual ficou mais que demonstradas a atividade e a eficiencia da Sociedade naquele ano.

O relatorio do dr. Thomaz Mariante vai publicado mais adiante.

E' a seguinte a diretoria da Sociedade de Medicina reeleita para o corrente ano:

Presidente: dr. Octavio de Souza
Vice-presidente: dr. GuerraBlessmann
Secretário geral: dr. Thomaz Mariante
1.º secretario: dr. Nino Marsiaj
2.º secretario: dr. Homero Fleck
Tesoureiro: dr. Huberto Wallau
Arquivista: dr. Leonidas Soares Machado.

Para a comissão de revista foram eleitos os Drs. Decio Martins Costa, Waldemar Job e Florencio Ygartua. Tendo o dr. Decio Martins Costa pedido demissão, substituiu-o o dr. Decio de Souza, que obtivera o quarto lugar entre os socios votados.

Com tão esforçada diretoria, a Sociedade de Medicina, estamos certos, terá, neste ano, os seus trabalhos corôados com o mesmo brilhantismo do ultimo ano e os aplausos sinceros da totalidade dos numerosos associados.

Relatorio do dr. Secretario-geral relativo ao ano de 1931

De acôrdo com os estatutos que regem a nossa Sociedade cabe-me, como secretário-geral, fazer o relatorio das ocorrencias do ano social que hoje finda.

Antes de mais nada, desejo congratular-me convosco e dar graças a Deus, por não termos a lamentar a perda de nenhum consocio.

Prezados colegas, foi dos mais fecundos o periodo de atividade que vai agora encerrar-se nada menos de 32 sessões ordinarias e uma extraordinaria realizaram-se sem interrupção digna de nota e com desusada concorrência de socios. Foram lidas e discutidas 31 comunicações escritas e foi feita, na sessão extraordinaria uma brilhante e magnifica conferência sobre a "Colapsoterapia cirurgica da tuberculose pulmonar", pelo distinto cirurgião dr. Rodolpho Josetti, para esse fim expressamente convidado pelo nosso ilustre Presidente.

Em todas as sessões, excéto duas reservadas ás comunicações verbais, houve ordem do dia com assunto préviamente escolhido, abordando os mais variados e interessantes problemas medicos, todos êles tratados com a maior proficiencia por especialistas na materia, o que muito contribuiu para dar maior relevo ás nossas sessões, tornando-as verdadeiramente uteis e atraentes. Deixo de fazer uma mais minuciosa analise dos trabalhos relatados, porquanto serão publicados, na integra, nos Anais da Sociedade, excéto o primeiro, do dr. Silveira Netto, que por sua natureza estritamente profissional, apparecerá no Boletim do Sindicato Medico.

Fóra dos assuntos de ordem scientifica, outros, de não menor importancia para a classe, tambem foram tratados, e dentre êles, merecem especial menção, os que se referem á fundação do Sindicato Medico e á regulamentação do exercicio da medicina no Brasil.

Logo em suas primeiras sessões recebeu a nossa Sociedade um cem especial menção, os que se referem á fundação do Sindicato Menezes, Guerra Blessmann, Annes Dias, Gabino Fonseca, Waldemar Job e Nino Marsiaj, pedindo o nosso apóio para tão util quão necessaria iniciativa. Por essa mesma época tambem recebiamos um telegrama do Dr. Belizario Penna, diretor-geral da Saude Publica, pedindo sugestões a respeito da regulamentação do exercicio da profissão medica no Brasil. Desejando dar uma prova frisante do seu inteiro apóio e completa solidariedade á nova entidade profissional em organização, resolveu esta Sociedade nomear uma comissão, composta do seu Presidente, do secretario-geral e do Dr. Plinio Gama para, de comum acôrdo com a comissão organizadora do Sindicato, elaborarem as sugestões pedidas pelo Diretor Geral da Saude Publica, o que foi feito em tempo oportuno.

Vem a pêlo, já que falámos em Sindicato, lembrar a necessidade urgente e inadiavel da reforma dos nossos estatutos, em pleno conflito com o progresso da nossa classe, falhando ás finalidades atuais da Sociedade, organização sem a necessaria força moral para diremir as questões profissionais que, por sua natureza, só pódem ser satisfatoriamente solucionadas por uma associação de classe, nos moldes do Sindicato, que antes não existia, mas que é agora, uma radiante realidade. A' nossa Sociedade convém o terreno, mais espirital, das questões de ordem puramente técnica e scientifica — a arte e a ciencia.

Outro assunto importante ventilado, foi da nossa representação,

como expoente da classe medica, no Conselho Consultivo do Estado, creado pelo Govêrno Provisório para fiscalizar e orientar a ação dos interventores. Atendendo ao pedido formulado em officio pelo secretario do Interior, Dr. Sinval Saldanha, nesse sentido, em sessão ordinaria, pois havia urgencia e impossibilidade material de ser convocada uma sessão extraordinaria, foi eleito, por maioria de votos, representante da classe, o Dr. Plinio Gama.

Merece ser mencionado, igualmente, o fâto de, pela primeira vez, se apresentar um candidato ao premio "Pedro Benjamin de Oliveira".

E' prospera a nossa situação financeira, como vereis do relatório do sr. dr. tesoureiro e, houve, no decorrer do ano, notavel aumento dos socios efetivos, que, de 122 em Março, passaram a 144 na presente data, portanto, tendo aumentado de 22 novos socios efetivos.

A Revista da Sociedade, sob a tradicional denominação de "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", tem saído regularmente e cheia de bôa materia, sem maiores sacrificios monetarios para a nossa tesouraria, graças a operosidade do Dr. Leonidas Machado, incançavel secretario da redação.

E' com o maior prazer que comunico aos colegas o aparecimento da nossa nova publicação "Anais da Sociedade de Medicina", onde serão enfeixadas todas as comunicações lidas durante o ano. Desnecessario se torna encerrar o significado dessa realização, atestado eloquente da vitalidade e pujança da nossa Sociedade.

Desde o dia 7 de Abril p. p. que, a convite do Sindicato, passámos a funcionar na sua confortavel e cômoda séde, á rua General Camara n.º 264. As condições de locação são as mesmas que tínhamos com a Faculdade de Medicina, á qual devemos perene gratidão pelo carinhoso agasalho que, por tanto tempo, nos concedeu.

Eis, prezados colegas, em rapido escorço, o que houve de mais importante durante o novo ano social de 1931 e, para terminar, seja-me permitido, em nome da Diretoria que hoje termina o seu mandato, apresentar-vos as suas mais fraternais saudações e os seus melhores votos de felicidade para o ano de 1932.

Ata da sessão realizada a 1.º de Abril de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes grande numero de socios, o sr. presidente declarou aberta a sessão concitando todos os presentes a trabalharem em prôl do engrandecimento da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

Lida pelo 1.º secretario a ata da sessão anterior éla foi em seguida aprovada sem emendas.

Do expediente constaram: um officio da Sociedade Santanense de Medicina comunicando sua fundação e eleição da 1.ª diretoria; um officio da Sociedade Fluminense de Medicina e Cirurgia participando a eleição da nova diretoria; um officio do S. M. Brasileiro pedindo a designação de um delegado para representar a Sociedade na assembléa da Classe Medica Brasileira que se realizará no Rio em 31 de Março com o fim de aprovar o Regulamento Interno do Conselho de Dici-

pina Profissional e um officio da Comissão Grevista da Escola Medico-Cirurgica desta capital pedindo apóio ás suas pretensões.

Pondo em discussão qual a resposta a ser dada, o dr. O. Dario opinou que se respondesse declarando que a Sociedade já se entendêra a respeito com o Govêrno Provisório.

O dr. Hofmeister não aceitando este alvitre propõe que a Sociedade não tome conhecimento do assunto sob a alegação de ser uma associação com finalidades essencialmente scientificas.

Falou ainda a respeito o dr. Decio M. Costa.

Posta em votagão a proposto do dr. Hofmeister foi a mesma aprovada por unanimidade de votos.

Passando-se á proposta de novos socios, o dr. Walau propôz o dr. João Candido Maya para socio-correspondente em Taquary, o dr. Nino Marsiaj o dr. Poli Espirito para efetivo assim como os drs. Adair Araujo e Elias Kanan.

Em seguida o sr. presidente passou á ordem do dia que constava de uma conferencia de sua autoria sobre "Terapeutica da insuficiencia cardiaca".

Entretanto ao iniciar a leitura do trabalho, deu-se uma interrupção da corrente elétrica, deixando o salão ás escuras. Como demorassem os concertos o dr. Otavio suspendeu a sessão, marcando a proxima sexta-feira para continuagão da mesma.

Sexta-feira, 8 de Abril de 1932, presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Leonidas Escobar, Bruno Marsiaj, Mario Bernd, Homero Jobim, Carlos Bento, Helmuth Weimann, Batista Hofmeister, Huberto Wallau, Jaci Carneiro Monteiro, Decio Martins Costa, Lisbôa de Azevedo, Florencio Ygartua, Cassio Annes Dias, Decio Souza, José Tavares Flôres Soares, Ennio Marsiaj, Loforte Gonçalves, Carlos Kluwe, de Bagé, e alguns estudantes de medicina, o sr. presidente declarou reiniciados os trabalhos interrompidos na sexta-feira ultima.

Do expediente constava uma carta de um "Medico Gaucho" pedindo a retirada de seu nome e entrega dos originais que concorrem ao Premio Pedro Benjamin de Oliveira.

Após, o sr. presidente passa a presidencia ao dr. Tomaz Mariante e inicia a leitura de sua conferencia. Traça a terapeutica geral da insuficiencia cardiaca, faz longas considerações sobre a digitalina e ounabaina, compara os casos e os modos por que devem ser applicadas e termina citando as outras medicações cardiacas de que o clinico dispõe.

Uma prolongada salva de palmas abafa as ultimas palavras do orador.

Posto o assunto em discussão, o dr. Tomaz Mariante cumprimenta o autor do trabalho, referindo-se ao mesmo em termos elogiosos.

Reassumindo a presidencia o dr. Otavio de Souza passa ás comunações verbais dando a palavra ao dr. Carlos Bento que faz considerações a respeito da insuficiencia cardiaca na tuberculose pulmonar.

Em seguida o dr. Decio Martins Costa comunica um caso de he-

morragia cerebral sobrevindo numa criança que tivera alguns dias antes sarampo e variola.

Comentando esta comunicação fazem considerações sobre o mesmo assunto os drs. Lisbôa de Azevedo, Otavio de Souza, Helmuth Weimann e Florencio Ygartua.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente reservou a proxima reunião exclusivamente para comunicações orais e encerrou após a sessão.

Ata da sessão realizada a 15 de Abril de 1932, na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Nino Marsiaj, Valdemar Job, Carlos Bento, Ennio Marsiaj, Helmuth Weimann, João Fischer, Batista Hofmeister, Cassio Annes Dias, Loforte Gonçalves, Florencio Ygartua, Decio Souza, Decio Martins Costa, Bruno Marsiaj, Leonidas Escobar e Mario Bernd, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma aprovada sem emendas.

Passando-se á votação dos novos socios srs. drs. João Candido Maya, correspondente em Taquary, Adayr Araujo, Elias Kanaan, Poli Marcellino Espirito para efetivos, foram os mesmos aceitos unanimemente.

O dr. Loforte Gonçalves propôz ainda o dr. Fernando Villeroy para socio efetivo.

Em seguida, o sr. presidente fazendo ver a vantagem que terá a Sociedade em reformar os presentes Estatutos, já antiquados, nomeia a seguinte comissão para organizar um ante-projeto de reforma: drs. Tomaz Mariante, Leonidas Escobar e Huberto Wallau.

Proseguindo o dr. Otavio lembra ainda a conveniencia de cada um dos socios que apresentar trabalhos por escrito ou oralmente fornecer á Comissão de Revista um resumo do mesmo afim de ser publicado.

Passando-se ás comunicações verbais tomou a palavra o dr. Decio de Souza que relatou um caso, observado por êle no H. S. Pedro, de delirio de imaginação numa criança de 12 anos.

Depois de salientar a relativa raridade destes casos mostra como se desenvolveu o delirio e a influencia manifesta do espiritismo neste caso de d'sturbio mental. Lembra a proposito o grande necessidade de se fazer uma campanha energica e severa para a bôa educação da criança, especialmente sob o ponto de vista sexual.

Posto o assunto em discussão, o dr. Carlos Bento lembra a vantagem do dr. Decio realizar na Sociedade uma conferencia mostrando a influencia do espiritismo sobre as molestias mentais, tema tão debatido ultimamente.

O dr. Tomaz Mariante cita um caso de terror noturno por êle observado numa criança e faz considerações sobre a educação da mesma.

Lembra, a proposito, a oportunidade de se organizar uma sessão dedicada exclusivamente á "Educação sexual da criança".

O dr. Decio de Souza, respondendo ao dr. Carlos Bento, acha que não conta com material suficiente para abordar com opinião própria a questão da influencia do espiritismo sobre os disturbios mentais, julgando, entretanto, ótima a idéa do dr. Tomaz.

Passando-se a outras comunicações, tomou a palavra o dr. Decio Martins Costa para relatar um caso de raquitismo florido por êle observado no ambulatorio da S. Casa.

Depois de discutir sua etiopatogenia, termina salientando a raridade destes casos em P. Alegre. Fazem comentarios sobre esta comunicação os drs. Florencio Ygartua e Tomaz Mariante.

Em seguida o dr. Nino Marsiaj cita um caso de difteria laringéa primitiva de sua clinica particular em que, em companhia do dr. Valentim, injetou 65.000 unidades de sôro anti-difterico, sendo 10.000 na veia, em 24 horas, sendo desnecessario a traqueotomia. A paciente, menina de 5 anos de idade, curou completamente.

Comentam esta observação os drs. Tomaz Mariante, Decio Martins Costa, Batista Hofmeister, Florencio Ygartua, Otavio de Souza e Mario Bernd.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente declarou encerrada a sessão, marcando para a ordem do dia da proxima reunião, uma conferencia do dr. Carlos Bento sobre "Algumas considerações sobre a terapeutica da tuberculose pulmonar pela colessterina".

Ata da sessão realizada a 22 de Abril de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os soc'os, srs. drs. Otavio de Souza, Carlos Bento, Nino Marsiaj, Huberto Wallau, Valdemar Job, Nicolino Rocco, Batista Hofmeister, Couto Barcellos, Custodio Vieira da Cunha, Ari Viana, Lupi Duarte, Poli Marcelino Espirito, Bruno Marsiaj, Ennio Marsiaj, Decio de Souza, Cassio Annes Dias, Mario Bernd, Decio Martins Costa e Loforte Gonçalves, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida pelo secretario a áta da reunião anterior, foi éla, aprovada, após uma emenda do dr. Carlos Bento em que pediu que salientasse que sua proposta de que o dr. Decio de Souza fizesse uma conferencia sobre o espiritismo e disturbios mentais, foi reforçada pelo dr. Otavio de Souza.

Em seguida tomou a palavra o dr. C. Bento para lêr sua conferencia sobre "Alguma considerações sobre a terapeutica da tuberculose pulmonar pela colessterina". O orador começou por citar as opiniões de grande numero de autores sobre a taxa colessterinémica na tuberculose pulmonar em suas diversas fórmas, trouxe algumas observações próprias sobre o assunto e terminou com um certo numero de conclusões sobre a colessterinemia nesta molestia e o seu valor no decurso do tratamento. Uma salva de palmas saudou o conferencista.

O dr. Otavio comentou este trabalho, salientando o seu valor pratico em termos elogiosos.

Passando-se ás communicacões verbais, pediu a palavra o dr. Mario Bernd para citar dois casos de febre tifoide de sua clinica particular em que surgiram complicacões cuja etio-patogenia foi difficil de dar.

O orador pede a opiniao dos colegas a respeito.

Fazem comentarios a proposito, os drs. Otavio de Souza, Nino Marsiaj, Ari Viana, Decio de Souza e Balista Hofmeister.

Após falou o dr. Loforte Gonçaves que citou 6 casos de febre tifoide, alguns com hemocultura positiva (bac. tifico), ocorridos na enf. do Prof. Tomaz Mariante em que trabalha. Em todos os doentes a molestia iniciou-se por uma bronquite e durou apenas 6, 7 dias. A queda da temperatura deu-se em crise, em todos os casos, após a applicação de cataplasmas quentes e antiflogistine nas costas.

Discutem esta communicacão os drs. Mario Bernd, Otavio de Souza, Nino Marsiaj e Ari Viana.

Em seguida o dr. Lupi Duarte propõe para socio efetivo o dr. Couto Barcellos, formado pela Faculdade de Medicina de P. Alegre.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente marca para ordem do dia da proxima reuniao, uma conferencia sobre "Hemofilia", sendo relator o dr. Mario Bernd, e encerra após a sessao.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

PEDIATRIA

OS FACTORES ENTERAL E PARA ENTERAL NA GÊNESIS DE DIARRHÉAS.

William Mc. Kim Marriot (St. Louis) „The Southern Medical Journal“ Birmingham N° 4 - Abril de 1931
Trad. Felipe Elizalde. (Arc. Arg. de Ped.

TRADUÇÃO DE FLORENCIO YGARTUA.
DOCENTE DE CLÍNICA PEDIÁTRICA MÉDICA.

Existem grandes especulações e investigações scientificas relacionadas ás causas, natureza e tratamento da diarrhea infantil.

O motivo porque não se encontram factos pathologicos caracteristicos, no tractus gastro-intestinal, na maioria dos lactentes que succumbem em consequencia de diarrhea, indica que devem intervir outros factores além das lesões gastro-intestinaes, pelo menos, naquelles casos em que se podem excluir enfermidades especificas como a dysenteria.

O facto de serem as enfermidades diarrheicas mais frequentes em lactentes submetidos á alimentação artificial e de que certos alimentos são especialmente a proposito para serem seguidos de diarrhea, dirige a nossa attenção para os factores dieteticos. Cada um dos elementos primarios do alimento, proteínas, gorduras e hydratos de carbono, tem sido successivamente considerados como individualmente responsaveis por esta perturbação. Entretanto, a acrescentar-se aos nossos conhecimentos, se tem visto que os lactentes normaes podem ser alimentados impunemente com grandes quantidades de qualquer destes constituintes, sempre que, sob outros aspectos as condições sejam favoraveis. É certo, que a alimentação feita com alimentos eccepcionalmente concentrados pode ser seguida de diarrhea ou manifestações toxicas e tambem que em determinadas, na verdade raras, com por exemplo na enfermidades celiaca, existe uma intolerancia especifica para as gordurs, porem por outra parte, podem ocorrer diarrheas severas, quando se tem alimentado a criança com quantidades minimas de todos os constituintes do alimento. Nestes casos deverá pensar-se em outra explicação.

Em alguns casos de diarrhea esta depende de factores constitucionaaes, especialmente no caso de prematuros, ou crianças que soffrem de anomalias congenitas e talvez em certas crianças com tubos digestivos particularmente sensiveis e irritaveis, apresentando o desequilibrio do systema nervoso vegetativo. Nenhum dos factores acima servem para explicar adequadamente a maioria dos casos de diarrheás. Tem sido um fato de observação corrente que lactentes quando alimentados com alimentos contaminados com bacterias, são mais aptos para desenvolver diarrhea que aquelles cujo alimento está mais proximo á esterilidade, porém a excepção dos casos de dysenteria bacillar e amebiana, e infecções tifoideas e paratifoideas e algum outro typo de envenenamento bacteriano do alimento, não tem sido possivel determinar uma causa bacteriana definida pelas diarrheas infantis.

Na maioria dos casos de diarrhea, não se tem podido isolar tipos anormaes de bacterias nas materias fecaes, e ainda mais, pode observar-se diarrhea, mesmo

de tipo severo, em lactentes que com toda presumpção não receberam mais do que alimento e agua aproximadamente estereois.

A diarrhea pode estabelecer-se subitamente em crianças que estão recebendo alimentos esterilizados, de excellente composição, com os quaes previamente tem progredido satisfatoriamente, sem sintomas de disturbios gastro-intestinaes. Em taes casos, seguidamente coincide a iniciação da diarrhea com o desenvolvimento de infecções para-enteraes, mesmo em partes do corpo tão afastadas do tubo digestivo como os ouvidos, arvore respiratoria ou vias urinaarias.

Pareceria a primeira vista que a diarrhea resultante de infecções para-enteraes deve ser essencialmente distinta da causada por alimento inadequadamente composto, ou invasão microbiana do tubo digestivo.

O proposito deste trabalho é de fazer realçar o facto, que as diarrheas de origem enteral e para-enteral não são essencialmente diferentes em natureza, e que o tratamento é em geral o mesmo, a excepção do referente á correção da enfermidade para enterica. Nesta discussão, não me proponho considerar as diarrheas que acompanham as enfermidades especificas, como a dysenteria bacilar e amebiana, infecções tifoides e para-tifoides ou perturbações metabolicas como a enfermidade celíaca (infantilismo intestinal). Considerarei somente o amplo grupo de enfermidades diarreicas denominadas "diarrhea simples", "diarrhea alimenticia", "diarrhea estival", "diarrhea fermentativa", "colera infantil", ou intoxicação alimentar". Ficam incluídas, assim, as diarrheas por super alimentação, as que acompanham infecções para enteraes, e as devidas a contaminação bacteriana do alimento por microorganismos não especificos.

Existem factos communs a todas estas formas de diarrheas: em todas existem evidencias de actividade bacteriana exagerada nos primeiros processos do tractus gastro-intestinal.

As condições normaes do estomago e porção superior do intestino delgado são taes, que ainda que se introduza regular quantidade de germens com o alimento, seu desenvolvimento e multiplicação estão inibidos, de maneira que a digestão e absorpção se effectuam sem interferencias pela acção bacteriana e se completam sufficientemente antes que o conteudo intestinal chegue ao colo.

Quando por qualquer motivo, se alteram as condições do estomago e intestino delgado de maneira que o desenvolvimento bacteriano não é inibido ou quando se introduzem quantidades excessivas de germens pela boca, ou quando a quantidade microbiana é consideravel no estomago, duodeno e ilio.

Numerosos observadores, especialmente Moro, Plantenga, e, num trabalho em curso na minha clinica, Hartmann, Seno e Nachmani, encontraram presente uma flora microbiana luxuriante no conteudo estomacal e duodenal obtido em crianças nas quaes existiam as condições acima mencionadas e estavam associadas á diarrheas.

Nestes casos a flora microbiana do estomago e duodeno, é variavel, porém o bacillo *Coli* tem predominado e tem sido o organismo mais regularmente encontrados. Estes microorganismos podem representar a supervivencia daquelles germens introduzidos junto com o alimento, o que é evidentemente a condição existente quando se tem administrado alimentos contaminados. Em outros casos, entretanto, em que se tem tomado toda classe de precauções para prevenir esta contaminação bacteriana, outra deverá ser a explicação.

Existe a evidencia que os microorganismos presentes normalmente nas porções inferiores do intestino podem emigrar para porções mais altas em presença

de condições de crescimento favoráveis, como por exemplo quando um excesso de alimentos permanece sem absorver-se até o colon é alcançado, subministrando assim um meio apropriado ao desenvolvimento e convertendo ao tractus intestinal num meio de cultura continuo. Em taes casos, a supressão do excesso de alimentos dá em resultado uma descontinuidade no meio de cultura, por sua absorpção relativamente completa antes de que cheguem as ultimas partes do intestino delgado. Com tal solução de continuidade, as bacterias do intestino grosso não passam a brecha e permanecem no colon assim, organismos inofensivos quando estão neste, porem potencialmente damninhos quando habitam o delgado.

Uma das condições mais favoráveis para o desenvolvimento de uma flora bacteriana anormal no estomago e duodeno, é uma diminuição da secreção do succo gastrico acido que tem manifesta acção inibidora no crescimento bacteriano. Quando por qualquer motivo a secreção gastrica decresce, ou quando o acido segregado é neutralizado pelo alimento ou pelo mucus alcalino, o conteúdo estomacal não é suficientemente acido como para impedir o desenvolvimento bacteriano, nem se mantem a acidez do duodeno. Em estas condições e especialmente si o alimento é facilmente fermentavel, a actividade bacteriana em excesso é um acompanhante da diarrhea. Pirtmann e Senn demonstraram a estreita conexão entre o gráo de acidez gastrica e duodenal (pH) e o de invasão bacteriana. Em crianças com diarrheas dos typos descriptos, a presença do colibacillo no conteúdo estomacal, está quasi invariavelmente associada com diminuição grande de acidez ou concentração de hydrogeniones, e ainda mais quando se tomam medidas tendentes a acidificar o estomago, a flora microbiana quasi regularmente desaparece, coincidindo com elles geralmente uma supressão ou melhora da diarrhea.

Uma acidez gastrica (e duodenal) diminuida, pode ser devida a numerosas causas. Os prematuros e lactentes mal nutridos, formam um grupo que tem secreções gastricas notavelmente deficientes em acidez. As temperaturas externas excessivas levam a uma diminuição da quantidade de acido segregada mesmo em crianças normaes e a mesma acção tem a febre, qualquer que seja sua causa. A alimentação com productos de valor "buffer" elevado como leite puro de vacca, não raramente trae por seu resultado a neutralização do acido segregado pelo estomago; a alimentação com leite humano, de baixo valor "buffer" em cambio, não decresce a acidez gastrica a zonas perigosas. Qualquer irritação do pharynge ou do esophago, conduz a deglutição do mucus alcalino que é capaz de neutralizar a acidez gastrica.

Vemos por conseguinte que especialmente as mesmas condições favoráveis, para a pululação microbiana no intestino superior, podem produzir-se pela alimentação com produtos contaminados ou irritantes, alimentos de valor "buffer" elevado, ou por um excesso de alimentos facilmente fermentaveis, ou como resultado de temperaturas externas altas, ou de qualquer infecção febril e com maior motivo os prematuros e lactentes de pouca idade, debeis ou mal nutridos são mais aptos para serem affectados por qualquer dos factores acima mencionados, pelo facto de que suas secreções gastricas no melhor dos casos são insufficientes.

Qualquer infecção, enteral ou para-enteral, que causa febre, predispõe o desenvolvimento de uma flora microbiana anormal no intestino delgado e consequentemente de diarrhea.

Entretanto, certas infecções são mais aptas para ter este resultado, que outras que dão logar a uma mesma reacção thermica.

Assim vemos que a diarrhea é um acompanhante mais frequente e tende a ser

mais severa nos casos de rhino-pharyngites e otites media que em pyelites ou pneumonia.

Não se pode afirmar porque isto assim acontece porem existem varias possiveis explicações. Em presença de infecções rhino-pharyngeas, alguns dos organismos podem ser engulidos, sobreviver no tubo digestivo e causar damno localmente, em especial as infecções devidas a certas cepas muito virulentas de estreptococos hemoliticos.

A intensa irritação rhino-pharyngea conduz a uma maior secreção de mucus alcalino que engulido é misturado com a secreção gastrica.

Estas explicações entretanto, não regem os casos em que a diarrhea continúa e segue sendo sever; ainda depois que a infecção do rhino-pharynge tenha desaparecido e só fique como remanescente a infecção do ouvido medio ou antro.

Quando a infecção se localisa nestes ultimos logares, parece depender tanto da natureza do microorganismo como da intensidade da elevação thermica.

Certas raças de estreptococos hemoliticos que se encontram em algumas epidemias de rhino-pharyngites e otites media são especialmente aptas para estar associadas com diarrheas aquosas severas. Em uma epidemia destas, ocorrida ha anos, J. V. Cooke estudou os orgnismos isolados em nossos casos, e encontrou que se tratava de uma variedade de estreptococos produtores de toxinas praticamente identicos aos da escarlatina.

Isto sugere que possivelmente a toxina, absorvida pode ter um efeito especifico no tubo digestivo.

As infecções de estaphylococos no ouvido medio e mastoides, ainda com extensa necrose ossea e abscessos superiostieos na apophyse mastoide não se acompanham habitualmente de diarrhea severa. Em presença de pyelite, mesmo com temperaturas elevadas é um sintoma mais frequente o vomito que a diarrhea; nestes casos seguidamente é evidente um pyloro-spasmo temporario que pode ser explicado melhor por um mecanismo reflexo e que tende a prevenir a passagem ao estomago, do organismo do grupo coli.

Temos falado das diarrheas iniciadas como resultado de infecções para-enteraes especialmente do rhino-pharynge, ouvido medio e mastoides, e pontualizado o facto de que actuam produzindo no tubo digestivo, mudanças similares ás causadas por outros factores, como o alimento. Porem existe outro estado, como que teremos que lidar frequentemente em que a infecção para-enteral não é a causa senão a consequencia ou sequela da diarrhea.

Estes casos se vem principalmente nos lactentes mal nutridos, que desenvolveram diarrheas em consequencia de uma alimentação impropria ou alimentos contaminados. Si a diarrhea ha subsistido longo tempo, repereute desfavoravelmente sobre o estado nutritivo e se produz otite media como complicação.

Nestes casos a otite sobrevem insidiosamente e é provavel seja desconhecida ao menos que se façam frequentes exames de ouvidos.

Pelo facto da menor resistencia do lactente, resultante da hypernutrição, a infecção tende a passar á mastoide e subsistir apesar de repetidas paracenteses.

Em muitos destes casos, o organismo infectante é do grupo Coli, do outro tipo intestinal, que poderá ter ido a localisar-se ahi, seja pela tromba de Eustaquio com as materias vomitadas ou pela corrente sanguinea.

Esta ultima rota se sugere porque frequentemente se obtem hemo culturas positivas de colibacilo. Qualquer que tenha sido a via seguida, esta infecção local é

uma complicação que prejudica seriamente as probabilidades de curar, pelo estabelecimento dum círculo vicioso.

Tendo considerado assim as causas e natureza das diarreias comuns da primeira infancia, vejamos o tratamento, que deverá basear-se nos factos etiologicos conhecidos. Seja produzida pela superalimentação, contaminação dos alimentos ou por factores externos como o calor ou infecção para-enteral, o tratamento da diarreia deverá dirigir-se em todos os casos para a correção do estado anormal existente no tractus gastro-intestinal funcionalmente insufficiente, pelo que deverá evitar-se um excesso de alimentos facilmente fermentaveis e com maior motivo estes deverão **estar isentos** de bacterias pathogenicas. Porém de maior importancia são as medidas que deverão tomar-se para corrigir a situação anormal presente.

De importancia primordial é a correção da secreção da actividade gastrica e duodenal. O melhor para isso é dar alimentos que não neutralisem o acido e que tanto quanto possivel, mantenham a acidez, mesmo com a chegada de secreções alcalinas. Alguns dos alimentos comumente usados no tratamento preenchem estas condições em extensão consideravel como o leite albuminoso e os diferentes tipos de leite acidos. Bons como são, é possivel melhorar estes alimentos, pela adição de acido, em solução "buffer" capaz de manter sua acidez.

Uma solução apropriada é a proposta por A. F. Hartmann, consistente numa mistura de acido lactico e lactato de sodio, que é fortemente acida e se mantem assim, ainda depois da adição de quantidades consideraveis de alcali.

Esta solução poderia misturar-se com leite ou leite albuminoso e manter ainda acidez. Sua composição é a seguinte: Acido lactico (Farmacopea dos E. U.); 15 c. c. Hydrato de Sodio a 10%, 20 c. c. agua, e. s. para 100 c. c.

Antes de usar-se esta solução se dilue uma parte em 10 d'agua.

Ao iniciar-se o tratamento da diarreia, a solução "buffer" se usa em lugar de agua. Uma quantidade moderada de hydratos de carbono, como Dextromalte ou Karo Syrup, pode ser acrescentado sem prejuizo da solução porque é pouco provavel que o assucar seja atacado pelas bacterias em presença de um meio tão acido.

Desta forma uma quantidade razoavel de assucar devemos acrescentar (5-7%).

Absorve-se pelo tubo intestinal quasi tão rapidamente como o acido que a protege. Depois de poucas rações deste typo, poderá dar-se sem perigo leite albuminoso ou pó diluido na forma habitual, porém, na solução "buffer", o leite recentemente desnatado em pó ou em proporção identica o leite evaporado em proporção de 2 a 3, com solução "buffer"; a estes preparados poderá agregar-se uma quantidade moderada de hydratos de carbono pouco fermentaveis.

Continua-se com estas rações até que a diarreia diminua, ou indifinidamente em casos de prematuros, de muito jovens ou de lactentes muito debéis.

Não cremos que este procedimento seja perigoso. A solução "buffer" ainda que fortemente acida, se metabolisa completamente no organismo, deixando portanto um excesso de alcali e seu uso tende a corrigir qualquer acidose presente.

Temos encontrado, que quando se administra esta solução ou alimentos preparados, com ella, coincidindo com o augmento da acidez gastrica e duodenal, desaparece, a flora microbiana anormal e isto está regularmente e estreitamente associado com a cessação ou melhora da diarreia.

Este tratamento é efetivo, assim se trata de diarreia enteral ou para-enteral, porém, em este ultimo caso, o resultado será temporario, isto é, a restauração das condições normaes, no estomago e duodeno, não se manterão pelo menos que se con-

tinua com os alimentos ácidos, ou a infecção para-enteral receba tratamento apropriado. Por elle está indicado effectuar o tratamento de qualquer infecção para-enteral. Nestes casos em que a diarrheia resulta directamente de condições anormaes no tubo digestivo, produzidas por uma infecção para-enteral primaria, se tem observado excellentes resultados quando se elimina a infecção em questão.

Este tratamento da infecção para-enteral, poderá abarcar tratamento local do rhino pharyngo, paracenteses dos tympanos ou nos casos de epidemias estreptococcicas com evidencias clinicas de participação mastoidea, a drenagem post-auricular ou antrotomia. Este ultimo procedimento é rara vez necessário, excepto em epidemias. Tacs epidemias tem ocorrido em partes distantes umas de outras deste paiz. Nós mesmo não temos encontrado tal epidemia por uns quantos anos.

Naqueles casos em que a infecção do ouvido é secundaria a diarrheas de outras causas, o tratamento local serve para suprir um obstaculo, que poderá prejudicar seriamente as probabilidades de cura.

A infecção local não é causa da diarrheia, porém uma vez existente, tende a fazer a situação peor. Muitos pacientes nestas condições estão mal nutridos e tem escassa immuniidade material.

As operações em ouvidos e mastoides não se seguem de resultados tão brilhantes como nos casos de infecção primaria, porque o estado original subsiste.

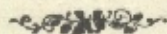
As feridas fecham de vagar e a mortalidade é alta nestes casos.

O desconhecimento destes 2 tipos inteiramente diferentes de associação de diarrheia e infecção para-enteral tem trazido por consequencia mal entendidos entre pediatras e otologos e é causa das opiniões distintas expressadas em relação ao valor do tratamento destas infecções, como meio de controle da diarrheia.

Outras infecções, si se apresentam (como pyelites) deverão receber um tratamento apropriado. Qualquer que tenha sido a causa da diarrheia, são essenciaes certas medidas geraes como o mantimento do balanço n'agua e melhoramento do estado nutritivo e immuniidade por transfusões repetidas cuja discussão detalhada está fóra dos limites desta publicação.

E, por ultimo, farei realçar que a nutrição não poderá manter-se a menos que se dem e se absorvam quantidades adequadas de alimentos.

Para finalizar, direi que não se podem traçar limites precisos entre diarrheia enteraes e para-enteraes, e que qualquer que seja sua origem, as condições gastro-intestinaes parecem ser as mesmas e o tratamento deverá em todo caso, estar baseado na correção destas condições.



LIVROS E TÊSES

H. Annes Dias — Lições de Clínica Médica — 4. série, 1932

Bareellos, Bertazo & Cia., editores

Mais um magnífico volume, o 4.º da sua série, acaba de ser oferecido á classe medica pela operosidade infatigavel e pela cultura pouco vulgar de Annes Dias. Dizer da obra do chefe da Escola Médica Rio Grandense é ao mesmo tempo tarefa ingente e facil. Ingente pela necessidade do critico abranger a vasta escala de conhecimento do autor, facil porque tudo nela é perfeito, o assunto é exposto e analisado completamente, as doutrinas são esplanadas e criticadas com superior criterio, as deduções são lógicas e precisas. O presente volume inicia-se pelo estudo de um velho e discutido tême da Medicina, a uremia, termo que Piorri, em 1847 eriou para traduzir o conjunto de accidentes grandes ou pequenos que se atribue a auto-intoxicação devida a insuficiencia da depuração renal, como dizem Crauffard e Laedrich e sobre cujo verdadeiro significado até hoje se discute. Annes Dias com o acerto de sempre se revolta contra a tendencia de alguns autores como Pasteur Vallery-Radot, para o abandono da expressão uremia, e depois de valiosas considerações passa a expôr a patogenia da uremia de acôrdo com as mais recentes aquisições sobre o metabolismo proteínico e mineral, apresentando uma teória propria das azotemias cloropenicas, que constituem o assunto dos dois capitulos seguintes—a azotemia cloropenica e as trocas cloroazotadas na pneumonia, ambos prnhes de conhecimentos e de uteis indicações para o clinico. A seguir vem um estudo sobre a leucemia aguda em que o empolgante problema é abordado com rara maestria. Abscesso pulmonar e tratamento das tuberculosos são os assuntos tratados antes da parte mais notavel do livro, a que trata da fatologia do duodeno, assunto preferido pelo autor e que êle vem estudando com especial carinho, tendo mesmo, com Saint-Pastous e Pedro Maciel, sido os primeiros a abordarem-no em nosso meio. Magnificas são as páginas que começam por alguns aspétos da patologia duodenal, descrevem a dilatação duodenal, analisam a estáse duodenal e a dôr nas afecções duodenais, trata do problema da enxaqueca nas suas relações com o fator duodenal, analisam as repercussões renais e metabolicas da estáse duodenal e finalizam no interessante estudo da cólica duodenal por êle individualizada. A seguir ainda dentro da patologia abdominal aborda o tratamento da apendicite preconizando a vacinação autogena post-operatoria. O papel do medico em cirurgia abdominal mais importante do que se tem julgado constitue a materia do capitulo seguinte, passando depois a descrição minuciosa das crises abdominais agudas para terminar o magnífico livro com o estudo de um caso de broneo-pneumonia de Friedlander, trabalho de colaboração com o Dr. Waldemar Job, assistente da primeira clinica medica, no qual são focados os accidentes observados em tais casos o seu

tratamento assim como a terapeutica atual das septicemias pelas pequenas transfusões de sangue.

O trabalho material é ótimo o que atesta o valor das oficinas da Livraria do Globo.

T. L. M.

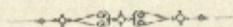
Dr. Adair Eiras de Araujo — Relevografia Gastro Duodenal — Tese inaugural, Porto Alegre, 1932 — Tipografia Gundlach, ed.

Deus fez o homem á sua imagem e semelhança e o mestre da radiologia Rio Grandense, o seu discipulo Adayr Eiras de Araujo. O mesmo cuidadoso esmiussar, o mesmo meticoloso analisar, a mesma sobriedade de linguagem características de Saint-Pastous se encontram na esplendida tese do Dr. Adayr, trabalho digno de ser lido não só pelo especialista como por todo o medico que se interesse pelos progressos da sua profissão. Ao jovem e talentoso medico os nossos cumprimentos e votos para que não adormeça sobre os louros da primeira vitoria.

Esse importante trabalho é dividido nos seguintes capitulos:

Capitulo I: Evolução da radiologia digestiva; Capitulo II: Técnica radiologica da relevografia digestiva; Capitulo III: Aspecto relevografico normal do estomago e duodeno; Capitulo IV: Aspecto relevografico patologico do estomago e duodeno; Capitulo V: Importancia clinica do método; Capitulo VI: Observações; Capitulo VII: Conclusões.

T. L. M.



REVISTAS E JORNAES

A MORTE SUBITA NA CRIANÇA

Archivos de Pediatria do Uruguai N. 3 — Março de 1932 — Piaggio Garzón

Depois de descrever as causas da morte subita na criança, chega ás seguintes conclusões:

1.º — Deve definir-se a morte brusca e subita, como a do syndrome ou da crise anginosa separando-a da morte, simplesmente rápida, como a do edema agudo pulmonar e da que sobrevem lentamente (insuficiência cardíaca progressiva).

2.º — A morte subita deve ser olhada com o criterio da especialidade, isto é, com o conhecimento completo da patologia da primeira infancia.

3.º — A morte sobrevinda subitamente no recém-nascido, obedece a tudo ao traumatismo obstétrico e as hemorragias meningeas seriam uma causa frequente desse modo de morte dos recém-nascidos.

4.º — No lactente, o conceito da hipersensibilidade do sistema neuro-vegetativo seja vagotonia pelos reflexos de hipertonía vagal, seja por anfotonia, deve primar para encarar a patogenia da morte repentina.

5.º — Na criança, a morte subita se attribue á lesão de determinado orgão ou aparelho e frequentemente a autopsia não permite reconhecer a causa, determinante direta da morte subita, estabelecendo-se só hipóteses a proposito desta, sem abandonar o ecletismo que deve prevalecer para explicá-la; tais são os fatos de morte com cianose por acesso subito de dispnea nos doebis congenitos.

6.º — Parece difficil negar a existencia de um estado timo-lymfatico a syndrome de Paltauf, constituido por um estado nutritivo especial proprio da infancia relacionada com a espasmofilia e favoravel para a morte subita (G. Mouriquand e M. Bernheim).

7.º — A explicação da morte brusca pelo timo é difficil e até duvidosa e forçoso é invocá-la para conseguí-la, um obscuro **desequilibrio vital**, cujos elementos conforme os mesmos autores ficarão ainda por precisar.

8.º — A morte rapida nas crianças com cezema tem sido interpretada ultimamente como um acidente anafilático, tendo-se constatado lesões similares as da anafilaxia cronica experimental.

9.º — Certas causas gerais invocadas para explicar a morte repentina da criança como o osteo-lymfatismo a herança neuropsiquica, a sífilis hereditaria (infante ou distrofica) e a espasmofilia, dependeriam de conjugação de varios factores.

10.º — A syndrome clinico da palidez hipertermia, post-operatoria que se tem attribuido a uma causa timica ou a uma septicemia aguda, interpreta-se atualmente como a consequencia de um choque ou reflexo bulbar (hipersensibilidade funcional dos centros bulbares).

11.º — Na hora presente é impossivel conhecer a causa exata dessas mor-

tes por inibição, cujo caráter familiar se tem notado e na qual a sífilis, o alcoolismo dos ascendentes, aparecem com a sua relação, assim como as glândulas endócrinas (M. V-Pechéré).

12.º — Devemos esforçar-nos por prevenir estes accidentes dramaticos na criança, eliminando os fatores da predisposição, fazendo a profilaxia dessas mortes repentinas; talvez assim deixará de ser verdadeiro o resultado a que chegaram os autores citados, no Congresso de Paris (1929) "é impossível saber porque certos latentes morrem subitamente e de maneira imprevista".

F. Y.

The American Journal of Surgery

Janeiro, 1932

Tribremetanol amilenehidrato (avertina fluida)

Ernst F. Goldschmidt e A. M. Hunt — New Haven, Conn.

Comunicação de 314 anestésias administradas á 225 pacientes

Desde abril de 1930, o tribremetanol em amilenehidrato tem sido empregado no New Haven Hospital como anestésico geral, em 251 processos cirurgicos, no tratamento de 2 casos de tetano e 1 de coréa. A avertina foi instilada no réto numa solução de agua distilada á 2,5%, as doses variando de 0,08 a 1 gr. por kg. de peso, em pacientes de ambos os sexos entre as idades de 2 a 73 anos. O uso da avertina tem como contra-indicações as lesões parenquimatosas do figado e lesões extensas dos dous rins. Concluiu-se que administrada em doses suficientes, não inferiores á 0,08 por kg. de peso, ela produz bôa anestésia. Sómente em 3,5% dos casos não foram observados resultados satisfatorios. Em 20% dos casos a anestésia geral era associada á anestésia local (novocaina); nos restantes casos foram empregadas varias combinações, durante a operação, com o éter, o etileno, o oxigenio, o protóxido de azoto. Em todas as circunstancias, a dose empregada de inalação anestésica suplementar foi uma fração da quantidade, geralmente, usada para uma determinada intervenção. Depois da instilação dava-se uma quédá temporaria da pressão sanguinea sistolica, de cerca de 19 mm. Hg. nos homens e 28 mm. nas mulheres. As mudanças bruscas no curso do coração, produzidas por excitação no inicio e no fim da anestésia, foram acentuatadamente pequenas ou praticamente ausentes. A mais notavel vantagem no uso desta anestésia é a completa amnesia observada em todos os pacientes, não se lembrando mais dos acontecimentos ocorridos após a instilação do anestésico.

Transplantação dos ureteres no rétosigmoide e cistectomia por extrofia vesical

Waltman Walters — Rochester, Minn.

Comunicação de 76 casos.

São relatados os resultados obtidos na transplantação dos urétéres na alsa rétosigmoidéa e a remoção da bexiga extrofiada, num gru-

po de 76 casos operados na Mayo Clinic. O método das transplantações foi usado primeiro por C. H. Mayo em fevereiro de 1912, aplicando o principio de Coffey. O ato operatorio é dividido em tres fases: 1) transplantação do uretér direito no rétosigmoide, 2) duas semanas após, transplantação do uretér esquerdo, e 3) dez dias após, remoção da bexiga extrafiada. Em nenhum dos casos foram usados catéteres ureterais na transplantação. Tres pacientes morreram no hospital em consequencia da intervenção. Vinte e set pacientes viveram cinco anos, e trinta viveram dez anos desde a operação. Sómente em tres casos os resultados não foram satisfatorios. Em 50% dos casos não houve evidencia de infecção renal. Em 21% houve curtos periodos de leve infeção renal; o intervalo, entre tais periodos em muitos casos, foi de muitos mêses, algumas vezes de anos. A infeção, além disso, foi leve e de pouco efeito sobre o paciente. O uso de uroselectan ou de skiodan, intravenosamente, tornou possivel o estudo da função renal como o dos contornos do bacinete e do uréter, em muitos casos. O uso deste método e de outros que estudam a função renal, induz na convicção que a função renal é normal e que não ha dilatação no bacinete, nos calices ou nos uretères em que foi feita a transplantação ureterosigmoidal.

Simpatico-ganglionectomia lombosacra

Hironu Ito	e	Goichi Asami
Kioto, Japão		Ehime, Japão

Foram apresentados 27 casos clinicos de trombo-angite obliterante com uma breve descrição da técnica operatoria, em que são retirados os ganglios lombar inferior e sacro superior com a porção intermedia-ria. E' dada uma breve descrição das experiencias laboratoriais no animal, mostrando o definitivo aumento no volume do fluxo sanguineo através o membro homolateral, e facilitação da cicatrização da ferida por esse meio. O tratamento do sindroma de trombo-angite é feito pela simpatico-ganglionectomia lombar e lombosacra, obtendo-se uma cura, aparentemente, permanente e completa quando a claudicação intermitente está no seu periodo mais recente. Com o desenvolvimento da gangrena e obliteração da arteria poplitéa ou tibial, doutro lado, o resultado da intervenção não é satisfatorio. Seria evidentemente, por isso, o caso de se operar em tais pacientes na fase mais recente da molestia.

Surgery, Gynecology and Obstetric.

Janeiro, 1932

Estudo celular da glandula tireoide

Gustav Zechel, Chicago.

Existem dous tipos de celulas no parenquina de glandula tereoide: 1) as celulas comuns da tiroide constituem o tipo dominante; 2) um outro tipo de celulas grandes (gigantes) é o menos frequente. Estas

estão, as mais das vezes, localizadas no grupo das células interfoliculares do que na parede folicular; aparecem em maior numero na glandula em regeneração do que na de em repouso. Podem ser classificadas em dois grupos: as que possuem o nucleo com uma rede distinta de cromatina, e as que têm o nucleo borrado igual e densamente. Estas ocupam um pequenissimo grupo. Em relação á sua função acredita-se que estejam em relação com: 1) a formação de novos foliculos; 2) a produção de coloide; 3) e, possivelmente, com o inicio da destruição folicular.

Tumores dos canais biliares

James M. Marshall, Rochester, Minnesota.

Ha indicações de que os tumores benignos dos canais biliares são extremamente raros; que o carcinoma é o mais comum neoplasma dos canais, e é mais comum nos homens do que nas mulheres. Calculos da vesicula biliar foram encontrados em 43% dos casos em que este estudo foi primitivamente baseado. A ictericia por obstrução foi encontrada em muitos casos, e pode ser extrema, flutuando em severidade, ou intermitente. A presença ou ausencia de dôr parece ser de pouca significação diagnostica. A colica hepatica tipica é comum com tumores dos canais biliares, não associados com colecistites ou colelitias. A causa especifica da ictericia por obstrução é difficilmente diagnosticada antes da operação. E' raramente possível o diagnostico positivo. A ictericia por obstrução é geralmente um problema cirurgico, indifferente do tipo da lesão que causa a obstrução. O tratamento cirurgico teria um efeito favoravel porque os sintomas indicadores, significativos trariam o paciente ao medico no inicio da molestia, e o tumor de tamanho pequeno, crescendo vagarosamente, longe do periodo da metastase. Ictericia por obstrução, geralmente, mata o paciente antes do tumor mesmo passar o periodo de operabilidade. A operação em tumores dos canais biliares traz uma alta mortalidade por causa da tendencia á hemorrhagia e das difficuldades da técnica de operação no tracto biliar. Resultados favoraveis são atingiveis.

A associação do figado nas doenças do tracto biliar.

E. Starr Judd — Allen C. Nickel — William Wellbrock.

Rochester, Minnesota.

E' certo que este estado de hepatite e colangite ocorre rotinamente na presença de colecistite. E', tambem, verdade que este estado do figado existe quando uma reconhecida troca não pôde ser feita na vesicula ou nos canais biliares. Provavelmente, sob estes estados, a hepatite é secundaria á infecção em alguma parte do sistema porta. E' bem conhecido o fato do figado ter uma notada função desintoxicante e que estas trocas no tecido hepatico, ás vezes, representa a reacção que tomou lugar como um resultado de neutralização, ou das toxinas bactericas, ou das toxinas quimicas que foram levadas pela circulação

porta ao fígado. Os autores estão certos de que a hepatite pode ocorrer como um estado primario e que os sintomas resultantes são semelhantes aos da colecistite. Ademais, a ablação da vesicula biliar nestes casos de hepatite primaria aliviam os sintomas. No grupo dos casos estudados, foi claramente mostrado que as bacterias podem ser encontradas em uma certa proporção destes casos. Foi difficil, entretanto, estabelecer a importancia destas bacterias sob o ponto de vista da troca hepatica. A sua virulencia não era grande. Estudos ulteriores podem, possivelmente, dizer mais no que concerne a importancia destas bacterias.

Critério colecistografico no diagnostico cirurgico

Bruce L. Fleming. Philadelphia.

Uma analise de 233 pacientes.

O colecistograma revelou uma função perturbada nas vesiculas doentes encontradas pelo cirurgião, numa proporção de 88,2%. A vesicula funcionava normalmente em 12,7%. Os patologistas encontraram vesiculas anormais num pequeno numero (120), em vesiculas, clinicamente, doentes e com função alterada revelada pela colecistografia. Em 94,4% dos pacientes com calculos a função estava alterada ou ausente de todo. De todos os pacientes com calculos, 50% foram encontrados pela colecistografia. Nos pacientes encontrados como tendo vesicula doente sem calculos, a função era perturbada menos frequentemente e num grau minimo. Destes, 28% tinham a vesicula com função normal. Eles representam o grupo (colecistite cronica sem calculos) que da mesma maneira apresenta as maiores dificuldades no diagnostico clinico. Em colecistografia como em qualquer "test" funcional ou determinação laboratorial, a reserva é tão util como a possibilidade. De todos os pacientes que tinham o diagnostico clinico positivo de vesicula biliar doente, com a função perturbada revelada pelo colecistograma, só 4,2% foram encontrados normais pelo cirurgião. Isto acentua o valor do diagnostico clinico positivo em conjunto dos achados colecistograficos positivos. Um cistograma normal dum paciente suspeito duma vesicula doente não impede que tenha o processo morbido. Os criterios colecistograficos em diagnostico são accessorios e são de valor quando interpretados em conjunto a historia clinica e os achados colecistograficos, e após ter sido eliminados todos os fatores extracisticos que podem interferir.

C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle. R. Schoen — Estudo Etiologico e Pathogenico da doença de Nicolas e Favre (Lymphogranulomatose Inguinal Sub-Aguda)

Annaes do Instituto Pasteur — T. XLVIII — N.º 1 Janeiro de 1932

Os autores, inspirados nos trabalhos apresentados por Swen Hellerström e Erik Wasseem ao VII Congresso de Dermatologia e Sifilografia, fazem um estudo interessante e completo sobre o virus linfogranulomatoso, agente da doença de Nicolas e Favre.

Inoculando em *Macacus Rhesus* e *Cinomolgus* material recolhido do homem observaram, confirmando as experiências de Hellerström e Wassen, o aparecimento de uma meningoencefalite em sete casos dos oito estudados.

Quanto á natureza do virus chegaram ás seguintes conclusões:

“O agente etiologico da doença de Nicolas e Favre é um virus filtravel, patogenico para a maior parte dos simios e se prestando a passagens em séric. As diferentes amostras isoladas do homem são de uma virulencia desigual, sem que se possa estabelecer relação da doença humana. Apesar de inumeras passagens no macaco o virus conserva o poder patogenico para o homem.

O virus é destruído a 60°, conservando-se ativo ao menos durante dez dias a 3°.

Contrariamente aos virus das cetodermoses neurotropas, o germe linfogranulomatoso torna-se rapidamente avirulenteo em contato com a glicerina ou pela dessecação.

O formol a 1/1000 o esterilisa, enquanto que agua oxigenada a 1/100 e o iodo (Lugol a 1/100) parecem sem ação. Dá-se o mesmo com a bile.

Submetido á electroforese o virus se concentra no polo positivo.

Todos os ensaios de cultura in vitro e in vivo (sacos de colodio) foram negativos.

Os autores mostram as lesões anatomo-patologicas da infecção experimental.

Estudando a immuniidade chegam ás seguintes conclusões:

“Os macacos que sobrevivem á uma inoculação por via intraganglionar adquirem um estado refratario, senão absoluto, ao menos muito pronunciado, em relação á inoculação intracerebral.

E' difficil vacinar os simios com injecões sub-cutaneas de virus.

O sôro do homem que já foi portador da doença de Nicolas e Favre neutraliza in vitro o agente patogenico dessa doença.”

H. J.

Obstrução do uretér produzida por vasos sanguineos aberrantes

Hugh Hampton Young — Baltimore

Um processo plastico sem ligadura dos vasos ou transplantação dos uretères.

A obstrução perto ou junto da união do uretér e do bacinete é frequentemente causada por vasos que correm dos grandes vasos renais ao pólo inferior do rim. Dous casos são relatados em que estes vasos produziram uma aguda curvatura com uma obstrução ureteral, em um caso bilateral e noutro unilateral. No caso bilateral o rim menos afétado foi operado primeiro, e os vasos aberrantes que obstruíam o uretér foram pinçados, seccionados e ligados. Deu lugar á uma redução funcional post-operatoria do rim, do mesmo lado. Na segunda intervenção o autor empregou um novo processo (uma operação plastica) por meio do qual foi possível não sómente reseca o sacco redundante do bacinete,

mas, também, em fecha-lo para atrair o uretér longe das veias, tão completamente, para, assim, remover toda possibilidade de obstrução. O resultado obtido neste caso foi completamente satisfatório. O mesmo sucedeu á um outro caso. Foi feita a drenagem do saco para mais de um mês, por meio duma sonda que passava pelo meato peniano. Terminou numa admiravel restauração do rim, com a função praticamente normal, tornando possível a sua salvação, dando o processo conservador plastico do bacinete excelentes resultados. K.

Osteomielite de vertebra

Joseph A. Lazarus — New York

Com uma comunicação de dous casos simulando abscessos perinefreticos.

A osteomielite da coluna vertebral é uma molestia rara. Quando está assestada na porção inferior da coluna vertebral e na lombar, pôde simular molestias dos rins ou dos tecidos perirenaes. O exame radiologico da coluna auxilia pouco ou nada no diagnostico. A possibilidade desta molestia pôde ser lembrada nos casos suspeitos de abscesso perinefretico. No caso de nada de patologico ser encontrado ao redor do rim, a operação não será determinada sem um exame da coluna. O processo operatorio consiste na evacuação do pús e na curetagem branda do osso. K.

Cicatrização das ulceras cronicas duodenais

Theodore L. Bliss — Rochester, Minn.

E' apresentado o aspéto microscopico de algumas fâses que ocorrem na cicatrização da ulcera cronica duodenal. São ilustrados em secções microscopicas os varios fátorees que auxiliam a cicatrização da ulcera cronica duodenal, com exceção da formação do bolão de granulação, descrito por Mann. São ilustrados os criterios microscopicos da escár da ulcera cronica duodenal, como descritos por Stewart. A parte que as glandulas de Lieberkühn representam na cura é ilustrada em secções microscopicas. K.

Rútura traumatica do estomago

Charles R. Faucher e M. G. Barmore — Oakland, Cal.

Comunicação de dous casos.

A rúture de estomago não é comum comparada á rúture das outras visceras. Seus sintomas são, antes, constantes: vomito e hematemese ocorrem em muitos casos, além do chóque e dum abdome agudo, com um caráter terrifico e dramatico. Os pacientes estão, frequentemente, moribundos antes do estado ser diagnosticado. Uma vez o caso diagnosticado a laparotomia é o unico tratamento; o restabelecimento estan-

do, diretamente, em proporção ao lapso de tempo entre o acidente e a operação. O raio X é inestimável como auxiliar de diagnóstico. Ambos os casos foram o resultado de acidentes de automóveis, e, ante o acréscimo destes, este estado patológico pôde ser visto com mais frequência.

K.

HYPOGLYCEMIA ALIMENTAR

por M. M. Marcel Labbé, Boulin e Petreico

(Sociedade Médica dos Hospitais de Paris)

Os A. relatam a observação de um indivíduo, com exame clínico negativo e metabolismo basal normal, o qual após a ingestão de alimentos apresenta, nos minutos que seguem, sinais que traduzem, habitualmente, um estado hypoglycémico. A glycemia nesse indivíduo é normal, em jejum (1.15). A ingestão de 50 grs. de glicose faz baixar a taxa de glycemia a 0,46 e 0,38, após 15 mns.

Julgam tratar-se, no caso referido, de um estado muito visinho aos de hypoglycemia chronica que parecem depender de um tumor, hyperplasia ou de uma hyperactividade das ilhotas de Langerhans-

J.

Revista de Radiologia Clinica

Recebemos o terceiro numero da Revista de Radiologia Clinica, brilhante publicação científica sob a direção dos illustres colegas drs. Saint Pastous, Pedro Maciel e Arthur Grecco.

Os multiplos assuntos tratados obedecem a uma bem orientada direção científica pelo valor dos seus autores e pela atualidade dos assuntos.

No sumario da revista encontramos: Secção de Radiologia e Clinica Médica — Sintomas clinicos e expressão radiologica da ulcera duodenal, por H. Annes Dias e Pedro Maciel (com 12 figuras); Secção de Radiologia e Clinica Cirurgica — Quisto hidatico do pulmão — Diagnostico clinico-radiologico, por Alfeu Bica de Medeiros e Saint-Pastous(com 3 figuras); Diverticulos da bexiga — Algumas considerações a respeito, por Homero Fleck e Saint Pastous (com 6 figuras); Um caso de pericolecistite — Diagnostico clinico-radiologico com verificação operatoria, por Bruno Marsiaj e Saint Pastous (com 1 figura); Secção de Radiologia e Clinica Oto-neuro-oftalmologica — Estudo clinico-radiologico da neurite retro-bulbar, por Corrêa Meyer e Saint Pastous(com 29 figuras).

