

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XI ANO

JUNHO DE 1932

N. 2

Publicação mensal

Direção científica :

Florencio Ygartua
Docente e chefe de clínica da cadeira de Pediatria

Waldemar Job
Chefe de clínica da cadeira de Terapeutica

D. Soares de Souza
Assistente da cadeira de Psiquiatria

Secretarios da Redação :

E. Soares Machado

E. J. Kanan

Gerente: E. Marcos

Redatores :

Annes Dias

Pereira Filho

P. Maciel

Otávio de Souza

H. Wallau

Homero Jobim

D. Martins Costa

Martim Gomes

Guerra Blessmann

Tomaz Marante

Jacinto Godoi

Raul di Primio

Hugo Ribeiro

Pedro Pereira

Atilio Capuano

Enio Marsiaj

Flores Soares

Belmuth Weinmann

Assinaturas :

Ano: 25\$000 — 6 meses: 15\$000 — Estrangeiro: 30\$000

Séde da Redação :

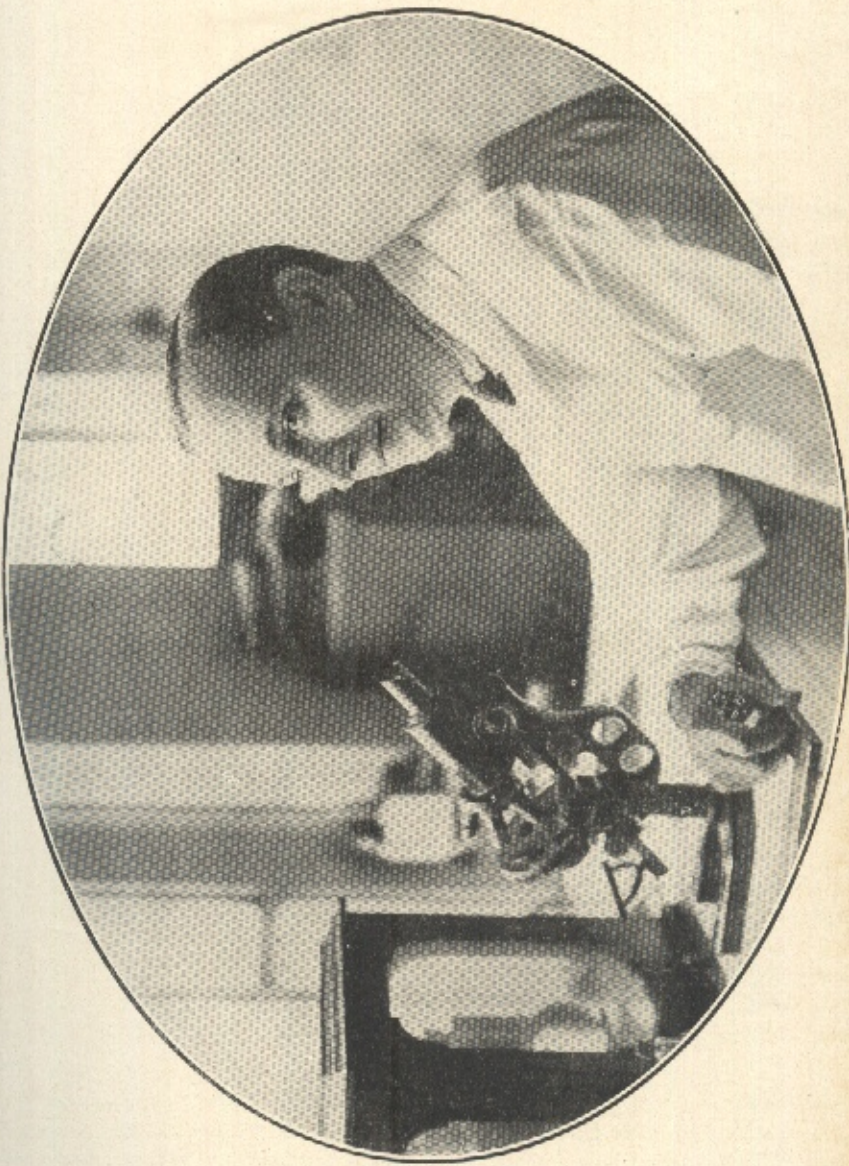
Rua General Camara n. 264 — 3.º andar

Endereçar tudo o que for relativo á Redação aos secretarios

Assuntos comerciais com o gerente E. Marcos, das 2—4 na séde da Redação

Caixa postal, 872

Cientistas Brasileiros



Prof. Pereira Filho
Catedrático de Microbiologia da Faculdade de Medicina do P. Alegre

Trabalhos originaes

Dextrocardia com Heterotaxia visceral

por

Tomaz Marante

e

Pedro Maciel

Catedratico de Clinica Propedeutica

do Instituto de Radiologia Clinica

Dividem os tratadistas classicos em três grandes grupos as malformações cardiacas — malformações consequentes a anomalias de posição, anomalias de septação e anomalias dos troncos vasculares.

As anomalias de posição, que resultam da fixação do coração fóra da sua séde anatomica normal, são varias, incompativeis umas com a vida, outras sem a esta trazer o menor entrave. São as primeiras representadas pelas ectopias extra-toraxicas, raridades monstruosas, como de se achar o coração junto á lingua, de estar preso á abobada palatina, ou fixado adiante do pescoço (ectopias cervicais), ou dependurado a este como uma medalha (ectopia toraxica), ou colocado logo abaixo do diafragma, ora no lugar do rim direito, ora fazendo saliência através a parede abdominal eventrada (ectopias toraco-abdominaes), etc.

Entre as segundas estão as anomalias de situação intra-toraxica, compreendendo a mésocardia, quando o coração fica retido na região mediana do torax, como na sua primeira fase de vida intranteriva, e a dextrocardia, quando occupa a região lateral direita da cavidade toraxica.

Ao clinico só interessam as ectopias intra-toraxicas e, entre estas, em particular, a dextrocardia, que pôde ser pura, por dextroposição congenita do coração, ou associada á transposição de outras visceras, — dextrocardia com heterotaxia visceral.

A dextrocardia pura é mais rara do que a dextrocardia com heterotaxia visceral; segundo a estatística de Laubry e Pezzi, até 1929 contavam-se 60 casos de dextrocardia pura, para 227 com heterotaxia visceral.

Segundo o professor Brugsch, de Halle, a dextrocardia pura congenita não existe. "Es dudoso que exista una dextrocardia pura, o sea, sin cambio de situación de las demás visceras". Para êle as dextrocardias puras são todas adquiridas, o que quer dizer que na classificação das anomalias da posição do coração devemos incluir um grupo compreendendo os casos não congenitos. Modificada como se segue, pela inclusão do referido grupo, a classificação seguida por Vaquez, Bianchi, etc., parece-nos completa:

Anomalias de posição do coração { Extra-toraxicas. — sempre congenitas e incompatíveis com a vida.
 { Intra-toraxicas-congenitas ou adquiridas — compatíveis com a vida, compreendendo:

A Mesocardia

A dextrocardia { Pura, congenita ou adquirida.
 { Com transposição visceral, sempre congenita.

Genival Londres, em seus trabalhos sobre a taxonomia das heterotaxias viscerais, adota a seguinte classificação das dextrocardias:

a) Dextrocardia congenita com inversão visceral multipla, heterotaxia visceral ou situs inversus viscerum totalis;

b) Dextrocardia congenita pura, isolada, dextroposição ou situs inversus cordis;

c) Dextrocardia adquirida, dextroversão ou dextroversio cordis.

Estudo clinico — Como já vimos as ectopias cardiacas extra-toraxicas são monstruosidades incompatíveis com a vida e só interessam ao anatomo-patologista; para o clinico o interesse se concentra todo nas ectopias intra-toraxicas, em particular nas dextrocardias. Tendo encontrado os dois interessantes casos de dextrocardia com inversão visceral multipla, que a seguir descreveremos com esta tão sómente nos ocuparmos, aconselhando ao leitor avido de maiores informes sobre o assunto a leitura dos magnificos trabalhos de Genival Londres, publicados em os "Arquivos Brasileiros de Medicina" n. 3, de 1930 e em o "Jornal dos Clinicos" n. 12, de 30 de Junho de 1931.

Frequencia — Apesar de afirmar Laubry não ser a dextrocardia com inversão visceral multipla uma malformação rara, entre nós parece ser de escassa observação, pois, Otavio Torres, em seu artigo sobre o assunto, publicado em o "Brasil Medico", de 26 de Setembro de 1931, apenas conseguiu reunir dez casos: o do Dr. Otavio Varela, auto-observação, o mesmo publicado nas Lições de Clinica Medica, do Prof. João Fróes; os três casos do Prof. Aloisio de Castro, com provas radiograficas e electrograficas, publicados nos "Archives des Maladies du coeur", notas e observações clinicas, 1916 e 1920; o de A. Rodrigues de Souza, (um caso de transposição total) Revista de Medicina, S. Paulo 1927; os quatro casos de Genival Londres, da tese de docencia de 1919; e o seu caso. Ajuntando os dois casos que hoje relatamos, o total sobe a 12.

A pouca frequencia desta malformação entre nós é tambem demonstrada pela estatistica do Instituto Nina Rodrigues, da Baía, citada por O. Torres, na qual, em um total de 20.000 necropsias de acidentados e mortos sem assistencia medica, não se constatou um unico caso de transposição visceral.

Etiopatogenia — Capitulo ainda obscuro e cheio de teorias, preferimos, á citação das mesmas, ficar com Vaquez quando diz, "La dextrocardia avec hétérotaxie constitue une aberration du développement général de l'embryon de cause encore inconnue".

Como, entretanto, em uma das nossas observações é patente a lues dos ascendentes, assim como é provável na observação de O. Torres, julgamos bem possível que ela não seja estranha à genese das ectopias cardíacas, plo menos em alguns casos.

Sintomas — A dextrocardia com heterotaxia visceral, não trás, de per si, sintomas funcionais e a sua descoberta, via de regra, é, obra do acaso.

Quanto aos sinais físicos, se resumem na posição invertida das visceras. "Les signes physiques consistent dans les données sémiotiques habituelles mais réunies "en miroir", la pointe du coeur bat a droite, la matité hépatique siège à gauche, etc."

Haverá, porém, alguma cousa no aspeto exterior desses individuos que possa lembrar a possibilidade da existencia de alguma anomalia interna? Sim, até um certo ponto, pois "algumas vezes o que chama a atenção é um sintoma accessorio, evidente, a existencia de um defeito físico, de uma polidatilia, de uma ectopia testicular, de uma assimetria toraxica; E' frequente serem canhotos ou ambidextros esses individuos, nos quais tambem não é rara a surdez. ("Genival Londres"). Outra alteração morfológica que deve nos pôr de sobreaviso é a da dentição, embora para ela não tenham os autores chamado a atenção, pois, só a vimos relatada no artigo de O. Torres. Consiste (observação n.º 1 e observação de O. Torres), **na ausencia dos caninos**.

Toda vez que estivermos diante de um candidato á cirurgia toraco-abdominal, não devemos desprezar esses pequenos sinais, antes colhê-los com carinho, pois, avisados da possibilidade de uma tranposição visceral, evitaremos, por um exame integral, muita surpresa desagradavel.

Entre os exames a praticar, é, indubitavelmente o radiologico, o que mais informes nos pôde dar.

Exame radiologico

Cabe ao exame radiologico papel relevante no estudo das inversões viscerais, quer confirmando a suspeita clinica quer surpreendendo fortuitamente uma malformação até então ignorada. Um dos nossos casos já trazia a suspeita clinica de dextrocardia sendo a heterotaxia visceral revelada pelo exame radiologico (Obs. n.º 2). Na primeira observação o exame radiologico solicitado para estudo da região ileo-cecal, em virtude do diagnostico clinico provavel de apendicite cronica, revelou a malformação congenita. O simples exame radioscopico do torax já nos informa sobre a existencia duma dextrocardia, fixando-lhe ao mesmo tempo o tipo.

A situação do aparelho cardio-vascular no hemi-torax direito com inversão do grande eixo anatomico orientando-se a crossa aortica para trás e para a direita, prolongando-se a descendente pelo flanco direito da coluna tal como acontece na dextrocardia com heterotaxia visceral, traduz-se ao exame radiologico pela inversão completa da imagem com a ponta voltada para a direita. Os contornos da sombra cardio-vascular em situação simetrica aos casos normais se desenham com identica conformação, notando-se abaixo da imagem cardíaca a

projeção da camara de ar do estomago. Nesses casos o exame nas incidencias em posição obliqua conserva o mesmo aspeto, variando apenas a orientação das incidencias. A medida da aorta ao nivel da crossa



Fotografia da paciente da obs. n.º 1

pele metodo de M. de Abreu deverá ser feita em O. A. E., incidencia essa que nos dará a projeção da crossa "en raccourci" atendendo á sua orientação invertida, isto é^a para trás e para a direita.

A observação do transito gastro-intestinal após ingestão de substancia opaca nos informará sobre a transposição das visceras abdomi-

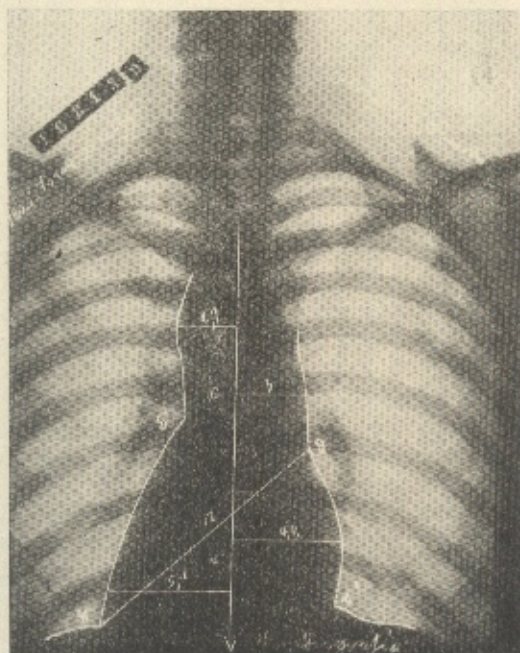
nais: estomago á direita, concavidade da pequena curvatura voltada para a esquerda, bulbo duodenal á esquerda da coluna com transito duodenal invertido, inversão dos angulos colicos — céco e apendice na fossa iliaca esquerda, opacidade hepatica á esquerda.

Electrocardiografia — Interessante é o estudo dos traçados eletricos do coração que, na dextrocardia com inversão visceral multipla, são do tipo "em espelho", (principalmente em I e IV derivações), ao passo que são normais na dextrocardia pura.

A explicação do fáto é a seguinte: na dextrocardia com heterotaxia visceral, há, não só ectopia lateral direita do coração, como este sofre uma verdadeira torsão sobre o seu eixo, de modo que o coração direito passa para a esquerda e o esquerdo para a direita donde á inversão do traçado electrico; ao passo que na dextrocardia pura há sómente desvio para a direita, sem torsão do órgão, por uma especie de movimento pendular em torno do seu pliculo vascular, não havendo, por isso, inversão do traçado electrico.

Observação I

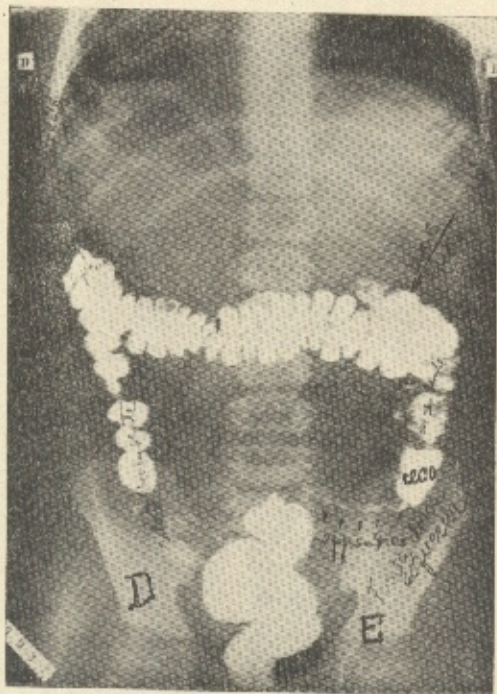
L. F. com 9 anos de idade, do sexo feminino, de cor branca, natural deste Estado, foi-nos trazida por seus pais, em Agosto de 1931, por dôres no baixo ventre e na fossa iliaca direita.



Teleradiografia da obs. n.º 1

Seus males datam de 3 anos. De começo insidioso, por crises dolorosas no ventre, aos poucos os sofrimentos se foram intensando, havendo, até, em principio de 1931, um episodio febril, com temperatura

elevada (39° — 40°), urinas escassas hemato-purulentas, dôres vesicais, puxos urinarios, etc. Assim esteve durante cerca de 1 mês.



Radiografia do aparelho digestivo da obs. n.º 1.

E' muito constipada; seu appetite tem diminuido ultimamente e o sono, difficil de conciliar, é leve, despertando ao menor ruido.

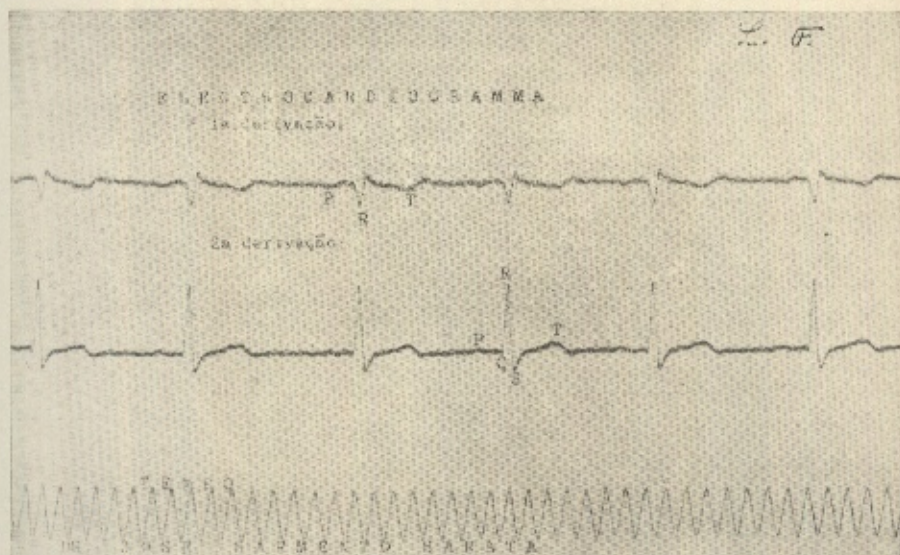
Nascida a termo, impressionou a parteira pela sua pequenez, pesando cerca de kg. 800. Alimentada ao seio até aos 12 meses, desenvolveu-se normalmente. Conta-se no seu passado morbido pessoal a varicela aos 12 meses de idade e a coqueluche aos 3 anos. Foi sempre uma creança alegre, viva e esperta, participando de todos os brincos infantis sem difficuldade alguma, sómente, quando cansada, dizia á mãe sentir o coração bater no lado direito, sem que a isto fosse dada importancia.

Os seus antecedentes morbidos hereditarios são muito carregados. O pai é portador de volumoso aneurisma da crossa da aorta e a mãe de aortite especifica com ectasia. Ha um aborto antes da paciente e, depois d'ela, uma outra menina, que aparenta boa saude.

Ao exame direto se revela uma linda creança, bem nutrida, e excellentemente conformada, de cor moreno palida, alegre e inteligente, com a altura de 1m.24 e o peso de 33 quilos. Já possui os incisivos e pequenos molares superiores e inferiores definitivos, não existindo os dois caninos superiores e o inferior direito (uma tia paterna tambem apresenta esta anomalia dentaria).

A ponta do coração bate no 4.º intercosto na altura da linha hemi-

elavicular direita; a maciszez cardíaca situada toda a direita da linha mediana; á esquerda havendo sonoridade pulmonar até ao 5.º intercosto, aonde começa a maciszez hepatica. As bulhas cardiacas, bem audiveis não apresentam differença nos fócios da base. O espaço de Traube orupa o hemi-torax direito. O pulso é regular, cheio, batendo 66 vezes por minuto; a pressão arterial é de Mx 12 e Mn 8 ao Vaquez Laubry. Ao exame do abdome encontramos dôr á pressão na fossa iliaca direita, principalmente no ponto de M. Burney.



Electrocardiograma da obs. n.º 1).

As fêses, diarrêicas e fétidas, são acompanhadas de eliminação de catarro e apresentam ao exame microscopio: ovos de ascaris, quistos de *Giardia intestinalis* e raros exemplares de amebas.

Exame radiologico — O exame radiologico demonstrou haver transposição visceral total (coração, estomago, grosso intestino), etc.

O transito se faz regularmente. Grosso intestino de aspeto espasmodico. Céco situado na fossa iliaca esquerda, mobilisavel. Appendice permeavel, longo, de direção interna. A paciente acusa dôr á apalpação em quasi todo o trajeto intestinal. Ponto doloroso máximo na fossa iliaca direita, segmento inferior do colon descendente.

Electrocardiograma

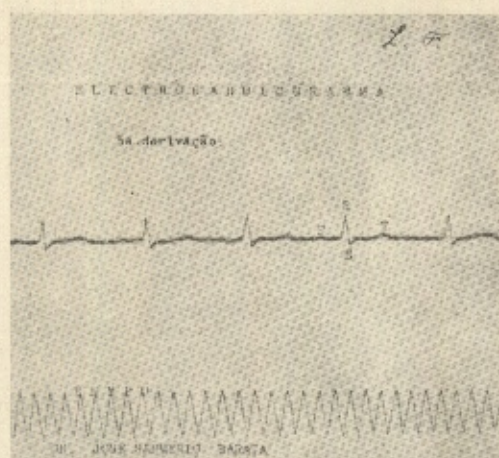
(Tomado pelo competente electrocardiologista Dr. José Barata).

Complexos auriculares e ventriculares seguem-se a intervalos regulares e iguais. O exame dos complexos tomados isoladamente nas diversas derivações revela: 1.ª derivação: é digno de nota nesta deri-

vação a inversão na orientação das curvas e apices em relação a dos electrogramas normais.

Electrograma auricular — onda P ampla e negativa.

Electrograma ventricular — inversão da polaridade da flecha principal.



Electrocardiograma da obs. n.º 1.

2.ª derivaçãoº electrograma auricular — onde P positiva e de uma amplitude correspondendo á 0,07. Intervalo PQ igual a 0,17.

Electrograma ventricular — morfologicamente tipico.

QT igual a 0,35. Flecha principal R. QRS igual a 0,06. Onda Z de Meier, de aspeto morfologico normal. Onda T ampla e positiva.

3.ª derivação: electrograma auricular — onda P positiva.

Electrograma ventricular — flecha principal R. Onda S pequena. Onda T positiva e ampla.

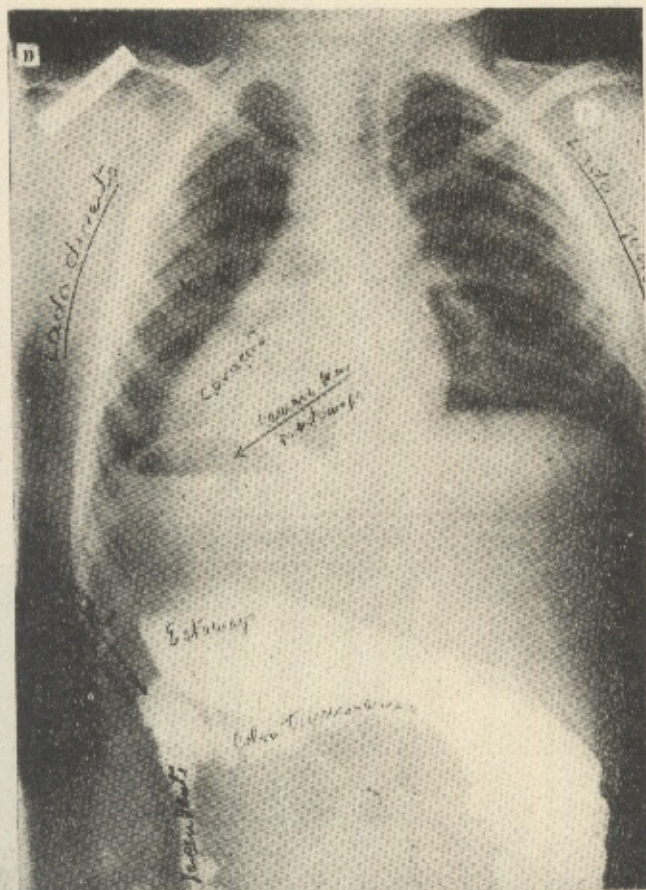
Conclusão: Electrocardiograma em espelho em primeira derivação tal como se verifica nos casos de "situs inversus viscerum totalis". Boa condutibilidade. Não há atipia ventricular nem sinais de preponderancia das cavidades direita ou esquerda.

Observação II

(Dr. Tomaz Mariante—Pedro Maciel)

Sra. C. T. (Clinica do Prof. Martim Gomes.) 36 anos, casada, natural deste Estado. Desenvolvimento normal. Nunca teve doença grave. Tem dois filhos sadios, um dos quais foi submetido a exame radiologico, nada revelando de anormal¹. Não teve abortos. Não existe defeito fisico aparente. Queixa-se de palpitações com sensação dos batimentos cardiacos á direita. A's vezes tem sensação de peso e enfar-

tamento após as refeições. Dôres no flanco direito, mal caracterizadas, sem irradiação. Prisão de ventre — Nervosismo. Pela inspecção e palpação nota-se ausência do ictus cordis na região habitual, sendo percebido nas proximidades da zona mamilar direita.



Radiografia da obs. n.º 2

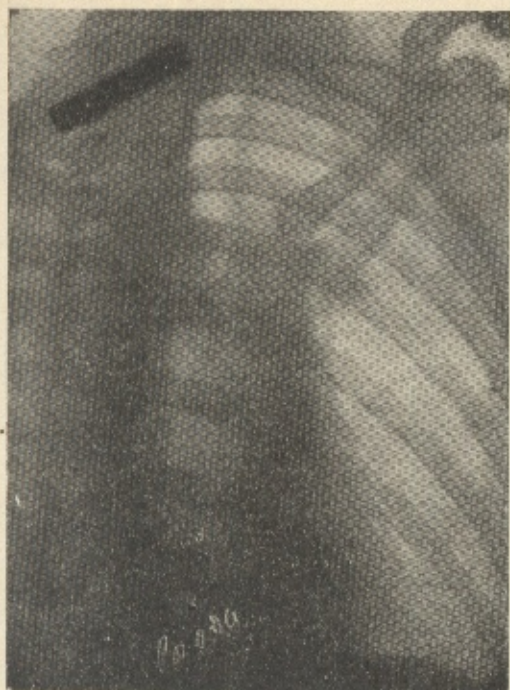
Ascultação:

Ruidos cardiacos mais nítidos á direita.

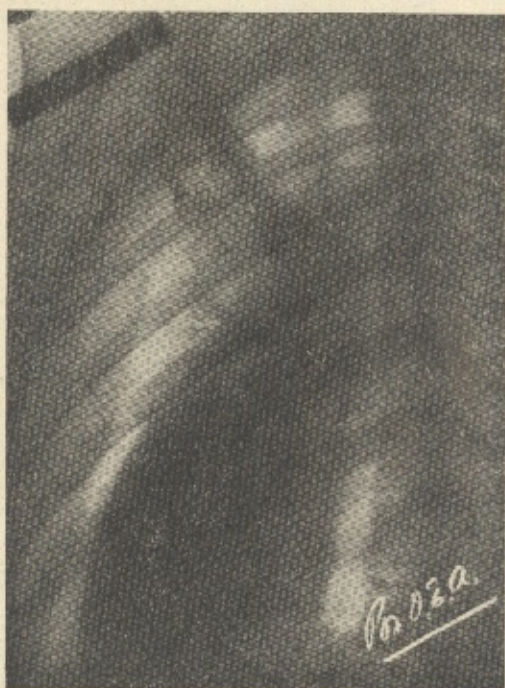
Exame radiológico

Coração e vasos da base

Imagem do coração e vasos de base situada no hemi-torax direito, invertida com a ponta voltada para a direita. Batimentos acelerados em todo o contorno cardio-vascular. O exame nas incidencias obliquas



Radiografia do coração em Pos. O. D. A. (obs. n.º 2).



Radiografia do coração em Pos. O. E. A. (obs. n.º 3).

não revela aumento de volume das cavidades auriculares. Os diâmetros cardíacos correspondem às médias normais.

Aparelho digestivo

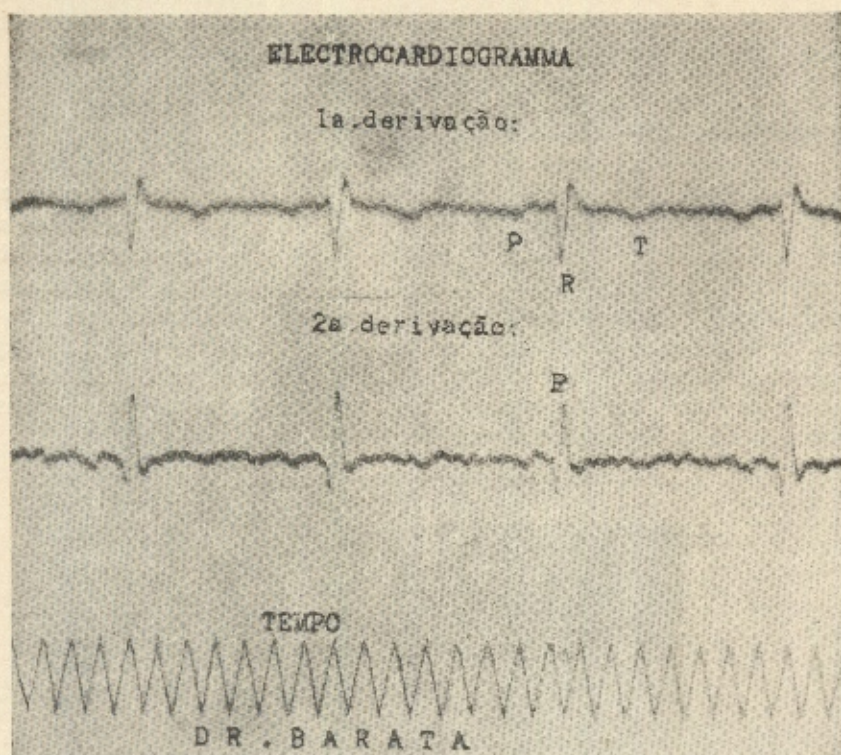
Imagem do estômago á direita, com a cavidade da pequena curvatura voltada para a esquerda. Mobilisavel. Contornos regulares. Ha estáse gastrica (resto de substancia opaca 9 horas pós ingestão). Bulbo duodenal de fórmula normal, situado á esquerda da coluna. Transito duodenal invertido, sem obstaculo. Inversão do trajécto colico, estando o céco situado profundamente na cavidade pelvica, á esquerda. Colonptose. Colon descendente á direita. Céco doloroso á palpação. A imagem do apendice não foi visivel. Transito demorado no céco e ascendente. Sombra hepatica á esquerda.



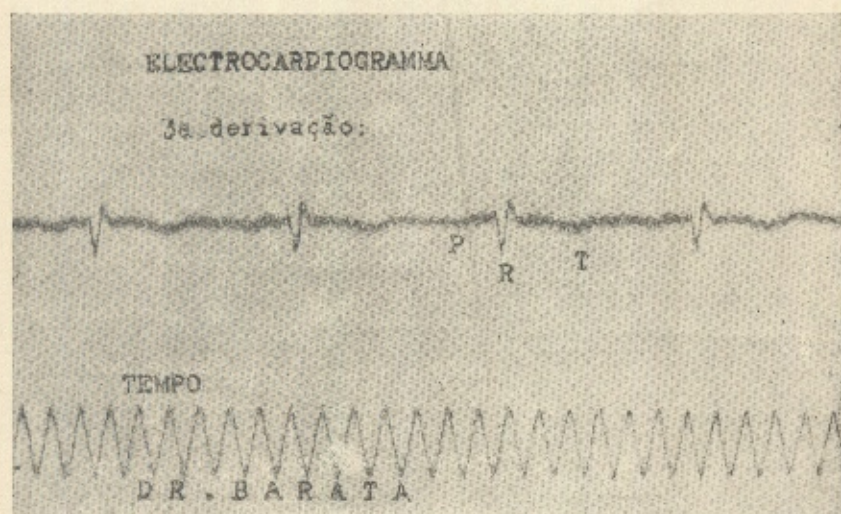
Radiografia do aparelho digestivo (obs. n.º 2).

Conclusões

Dextrocardia com heterotaxia visceral. Estáse gastrica. Colonptose. Constipação. Céco e ascendente dolorosos á pressão.



Electrocardiograma da obs. n.º 2.



Electrocardiograma da obs. n.º 2.

Electrocardiografia

(Dr. Sarmiento Barata)

Complexos auriculares e ventriculares normais em seu aspéto morfológico succedem-se com um ritmo regular e exibem como anormalidade uma orientação inversa das suas ondas em primeira e terceira derivação como se fossem examinadas por intermedio de um espelho, tal como acontece nos casos de inversão visceral total. Nos tres traçados e particularmente no segundo, nota-se intenso tremor que desapareceu nos traçados tomados em derivação precordial.

Introdução ao Estudo da Meteorologia Clínica

por

H. Annes Dias

Catedrático da 4.ª clinica medica

II

A questão da hora. A patologia da madrugada. Essa influencia da hora só se pôde explicar depois de estudar os ritmos do ambiente em confronto com os ritmos organicos. Tudo é ritmico no organismo, como no exterior. O pulso, a pressão sanguinea, a temperatura, a respiração, etc., têm as suas curvas bem conhecidas. O sistema nervoso, a nutrição, apresentam tambem a sua oscilação diaria, havendo periodos de repouso e periodos de trabalho; o sistema neuro-vegetativo nos mostra normalmente uma curva, vagotonia á noite e predominancia do simpatico de dia. Boldyreff (*Die Naturwissenschaften* — H.45-46-9.11-28, pg. 958) verificou que, com o estomago vazio, os sucos digestivos alcalinos (S. pancreatico, intestinal, bile) são excretados e absorvidos de duas em duas horas e, desse modo vão periodicamente para o angue todos os fermentos (proteoliticos, lipoliticos, glicoliticos, fibrino-fermento) e aí o autor poude encontrá-los. O aparecimento dessas substancias no sangue dá lugar á uma leucocytose que é, assim, periodica. Tais fenomenos explicariam as contrações e as secreções periodicas do estomago e do intestino delgado.

O ambiente tambem tem os seus ritmos, alguns dos quais coincidem, no tempo, com os do organismo. E' o que se dá, por exemplo, com a curva termica, é o que se dá com a luz, com a humidade, etc. Outros fenomenos apresentam curva dupla nas 24 horas, como acontece com a condutibilidade electrica do ar, a declinação magnetica, a pressão barometrica, etc.

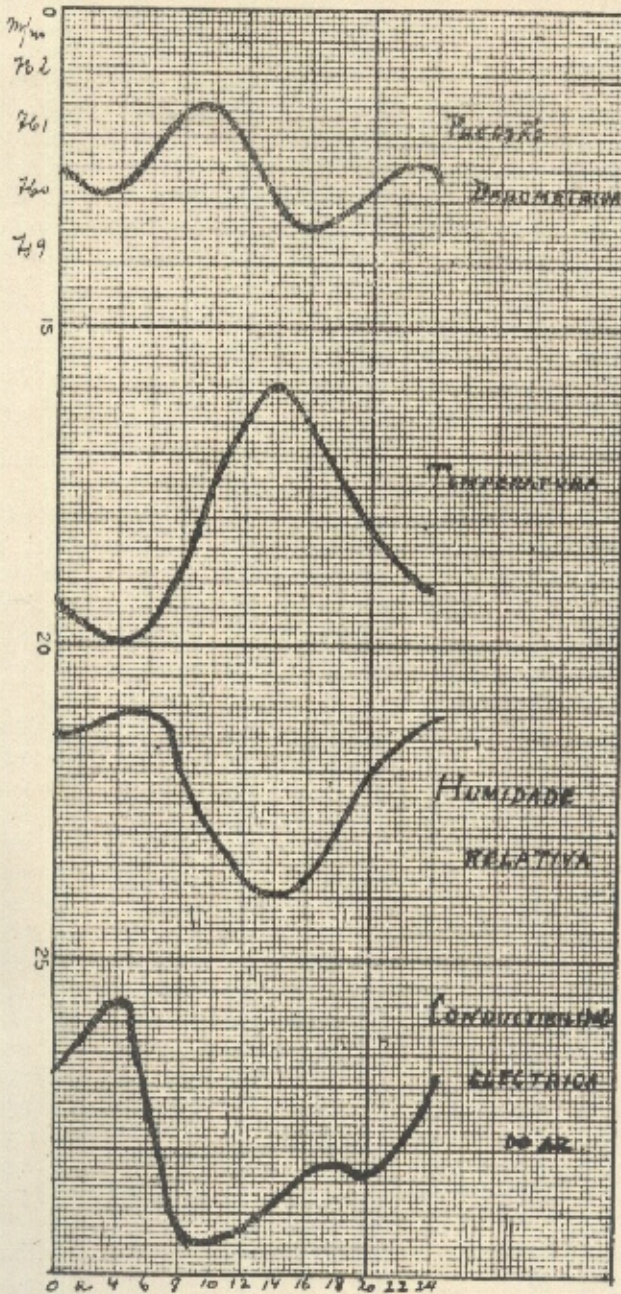
No quadro n.º 1 mostramos como essas curvas se apresentam normalmente em Porto Alegre, conforme os dados fornecidos pelo Instituto de Meteorologia.

Nota-se, aí, desde logo que há no decurso das 24 horas dois momentos em que se modificam todos os elementos fisicos:

a) Pela madrugada, ao redor das 2 horas, há queda de pressão, há uma declinação magnetica e observam-se o minimo da temperatura e o maximo da condutibilidade electrica e da humidade;

b) A's 4 horas da tarde, há o minimo de pressão do dia, o maximo da temperatura, o minimo da condutibilidade electrica e nova declinação magnetica.

Julgamos que está aí a explicação do maior perigo que os cardia-



VALORES DIARIOS NORMAES

cos correm pela madrugada e do aumento da mortalidade às 4 horas em certos lugares. A mortalidade, como se sabe, varia conforme as estações e, também, conforme a hora do dia. Há muito que vimos observando que nos cardiacos a mortalidade é maior pela madrugada, ao passo que para a mortalidade geral, há nas 24 horas um momento crítico, em que a cifra se eleva consideravelmente. Publicamos abaixo o quadro da mortalidade geral da cidade de São Paulo, nos anos de 1926, 1927 e 1928, segundo a hora do dia em que o óbito ocorreu, esse trabalho feito pelo Departamento de Demografia Sanitária, sob a competente direção do Dr. J. Maier, mostra bem claramente essa influencia da hora.

Sabe-se, de velha data, que certos accidentes sobrevêm de preferência alta noite, como a laringite estridulosa, os ataques epilepticos, os suores dos tuberculosos, a asma, a cólica hepatica, o edema agudo do pulmão, etc. Aqui, no clima violento do Rio Grande do Sul, o edema do pulmão é vasto principalmente nas madrugadas de inverno. Há, pois, uma patologia da madrugada, cuja explicação está no desequilíbrio que, a essa hora, se faz nos elementos fisicos do ambiente, que encontram, então, o organismo em estado de inferioridade funcional, pois, em virtude da vagatonía fisiologica dessa hora, a vasodilatação periferica permite um maior contato com o ambiente, podendo este exercer assim mais acentuadamente a sua ação. Além disso é sabida a astenia cardiaca, que existe então, tendo Gwathmey (in Tratado de Cirurgia de Kean) mostrado que é a essa hora que se observa o minimo da capacidade vital.

A fisico-quimica e a fisiologia já nos fazem compreender quão irrisorio seria considerar o homem alheio ás mutações do meio em que vive, mas é a clinica que nos pôde mostrar como se exerce a influencia deste, pois é no homem doente que se pôde observar as falhas na capacidade de adaptação, pelo comprometimento do seu sistema nervoso, de seus complexos funcionais. É a doença, despertando reações sensibilizando o organismo que nos vai permitir surpreender e avaliar os desequilibrios entre o ambiente poderoso e oscilante e as forças organicas que se lhe antepõem. O interessante do estudo desta questão está em poder o medico, mediante uma boa compreensão do mecanismo patogenico, prevêr e evitar muitas vezes os accidentes, fazendo verdadeira medicina preventiva. Tudo está em estudar a sensibilidade propria de cada doente, a sua reatividade através dos disturbios que a caracterizam, sendo objeto de nossa propria palestra precisamente o estudo clinico da questão. Não basta, para bem estudar a Meteorologia Clinica, assinalar coincidencias, referir estatisticas, mas é necessario analisar as relações entre os fenomenos, procurar o contato entre o ambiente e o organismo, verificando onde e como êle se faz. É mistér verificar quais as funções organicas mais dirétamente sensíveis ás perturbações ambientes, quais os disturbios organicos que traduzem a influencia destas, quais a natureza, a localização e a patogenia de tais manifestações. Só assim se poderá compreender, avaliar os desequilibrios no organismo doente em face das mutações do ambiente.

Estatística Demographo-Sanitaria

Rua Ypiranga, 20

São Paulo — Brasil

OBITOS E NASCIMENTOS (vivos e mortos), POR HORAS
1925 a 1928

Horas	OBITOS				NASCIMENTOS VIVOS E MORTOS			
	1925	1926	1927	1928	1925	1926	1927	1928
1..	365	331	365	368	1306	1394	1394	1515
2..	404	334	433	416	1409	1668	1788	1908
3..	364	317	338	365	1213	1362	1604	1588
4..	404	440	455	436	1368	1647	1649	1763
5..	429	430	470	499	1314	1427	1588	1616
6..	508	491	553	550	1287	1470	1555	1621
7..	460	480	514	510	1117	1228	1344	1368
8..	593	639	615	641	1187	1276	1404	1364
9..	655	731	371	698	1222	1371	1520	1573
10..	550	531	541	529	980	1139	1238	1201
11..	529	547	521	548	829	997	1033	1099
12..	510	519	546	573	669	814	797	948
13..	700	739	698	785	802	966	966	1054
14..	895	898	925	997	838	999	981	1055
15..	1654	1663	1672	1787	969	1084	1118	1104
16..	1163	1208	1099	1245	770	944	1010	1002
17..	590	941	611	652	857	911	1013	1012
18..	385	388	387	399	681	812	879	933
19..	462	432	450	468	916	975	1036	1278
20..	317	368	352	374	771	886	990	964
21..	451	476	415	441	825	1055	1091	1157
22..	448	528	481	555	952	1110	1157	1247
23..	87	117	78	112	1416	255	230	323

Nota: 00 — Representa hora não especificada nos mappas do registro civil.

	1925	1926	1927	1928
Total dos obitos	13765	14077	14106	14220
Total dos nascimentos vivos	23924	26025	27703	29038
Total dos nascimentos mortos	1344	1591	1559	1644
Total geral dos nascimentos	25268	27616	29262	30682

Algumas considerações relativas ao tratamento da tuberculose pulmonar pela coleslerina

por

Carlos Bento

Chefe de clinica da Clinica Medica Propedeutica

Já passaram muitos anos desde que os lipoides começaram a ser empregados na terapeutica da tuberculose, com resultados dignos de serem mencionados e lembrados.

Lemoine e Gerard, a partir do ano de 1907, começaram a afirmar que os lipoides exercem uma ação protetora contra as infecções, no organismo enfermo e são, principalmente contra a tuberculose.

Chaufard, Richet, Grigaut e outros, no ano de 1911, iniciaram o estudo da coleslerinemia dos bacilosos num escasso numero de enfermos, deficientemente classificados.

Estes dois primeiros autores dizem que a taxa de coleslerina no sangue é baixa, enquanto que outros, apresentando conclusões práticas, contrariam os dois eminentes mestres.

Nós vamos lembrar a tése inaugural que apresentámos á Faculdade de Medicina de Porto Alegre, no ano de 1925, onde citavamos oito casos de dosagem de coleslerina no sangue de tuberculosos, onde se mostram cifras de hiperecoleslerinemia e de hipocoleslerinemia.

Sentimos, naquela ocasião não termos precisado as formas clinicas e a evolução dos casos em que tivemos oportunidade de retirar o sangue. Mas é bastante olharmos para aqueles poucos exames, para verificarmos que não estamos elaborando em erro, mas bem ao contrário, estão eles de comum acôrdo com trabalhos de nomeada.

A cifra mais alta que encontramos foi de 2gr70, num caso de tuberculose pulmonar com peritonite tuberculosa. (V. obs. n.º 7).

Seguem-se os outros com: 2,55; 1,36; 1,98; 2,13; 2,16; 2,07; 0,75. (V. obs.).

Num dos doentes foi feito o pneumotorax e a taxa de coleslerina era de 2,55. (V. obs. n.º 8).

Em 1925 nós dizíamos o seguinte: sendo a tuberculose, como é, doença de forma e graus tão varios, facil é compreender a inconstancia dos dados colhidos.

Assim a coleslerina está constantemente diminuida nos tuberculosos febris, apresentando uma temperatura de 39° á 40°, com grandes oscilações térmicas. Na tuberculose apiretica ou sub-febril, não se observa, entretanto, nenhum abaixamento da taxa de coleslerina, qualquer que seja o periodo da molestia.

Este fáto mostra que não há nenhuma relação diréta de causa e

efeito, entre o processo de tuberculisação do pulmão e a diminuição da colessterina sanguinea.

A hipocolesterinemia constante de certos tuberculosos é apenas o caso particular de um fenomeno geral que vemos aparecer no curso de todas as infecções de certa gravidade.

Gerard e Chauffard demonstraram que a hipocolesterinemia é de regra durante os periodos febrís da tuberculose, enquanto que a hipercolesterinemia existe sempre na defervescencia e durante os periodos de melhora que são, em suma, como especie de convalescença da tuberculose.

No ano de 1924, Julio Palacios estudava a colessterinemia nas distintas formas clinico-anatomicas da bacilose pulmonar, segundo a a classificacão de Baemeister, desde as formas agudas bronco-pneumonicas, nas quais encontrava infimas proporções de colessterina no sôro sanguineo, até ás formas fibrosas extensas, nas quais demonstrava que existe hipercolesterinemia, fazendo ressaltar o alto valor prognostico que a colessterinemia tem na tuberculose pulmonar.

Pilatre-Jacquín, afirmam que na tuberculose pulmonar a hipercolesterinemia é um sinal de bom prognostico, enquanto que a hipocolesterinemia implica num prognostico tanto mais desfavoravel quanto mais baixa é a porcentagem.

Esta afirmacão de Pilatre-Jaquín, é contrariada por Sayago e Vilar que dizem: as grandes melhoras da tuberculose pulmonar, se obtem indistintamente com aumento ou com diminuicão da taxa de colessterina no sôro sanguineo.

Chauffard, Guy Laroche e Grigaut, praticando dosagens químicas nas glandulas supra-renais nos tuberculosos, encontraram cifras muito diferentes e a taxa média era mais ou menos de 13 gramas.

Os tuberculosos cavitarios e os tísicos tinham cifras baixas; nos tuberculosos com tísica antiga e fibrose existiam cifras mais elevadas. Dois casos de granulía nos deram — dizem estes autores — a cifra de 12 gr., 80 e 16 gr., 50.

Numa das ultimas revistas que chegaram ás nossas mãos, Baillac e Sandré noticiam um fáto importante, por êles constatado, em 13 erianças atingidas por tuberculose em evoluçã, uma colessterinemia elevada com uma média de 2 gr. 04, conseguindo ainda uma dosagem com 3 gr. 75 numa eriança, cuja afeccão bacilar generalizada é acompanhada de meningite.

Nós poderíamos ir citando um grande numero de trabalhos, tornando cada vez mais interessante o assunto e talvez formando novas ideias no terreno da bioquímica, com relaçã á infecçã tuberculosa.

Suficiente é para nós juntarmos as nossas poucas observações aos trabalhos dos Drs. Julio Palacios e Sayago e Vilar, para podermos concluir do mesmo modo, porque abraçamos as mesmas conclusões, julgando-as criteriosas e dignas de nossa atençã.

Estas conclusões são o eixo, em torno do qual deve girar a nosso ver a terapeutica da tuberculose pulmonar, pelos lipoides, especialmente a colessterina.

O Dr. Julio Palacios diz nas suas conclusões:

1) — Observa-se marcada diminuição da porcentagem da coles-terina no sôro sanguíneo, nas baciloses pulmonares agudas.

2) — Observa-se diminuição da porcentagem de coles-terina no sôro sanguíneo, nas baciloses pulmonares crônicas, de forma clinica progressiva (evolutiva). Esta hipocolesterinemia acompanha os surtos evolutivos da infecção bacilosa, se acentúa com os seus progressos e se atenua ou desaparece com suas remissões, sendo tanto mais apreciada quando o estado geral é mau e a temperatura mais elevada.

3) — Nas baciloses estacionarias e naquelas com tendencia ao es-tado de inatividade (latentes), a porcentagem da coles-terina conserva-se mais ou menos normal.

4) — Nas baciloses fibrosas extensas, desenvolvidas num terreno luetico, observa-se um aumento notavel da porcentagem da coles-terinemia.

5) — A porcentagem da coles-terina no sôro sanguíneo tem valor como elemento de prognostico na bacilose pulmonar, por ser um ex-poente do estado geral, quanto mais acentuada é a hipocolesterinemia o prognostico é mais desfavoravel, quanto mais perto se encontra das cifras normais o prognostico é mais favoravel. Nos casos em que se encontra hipercolesterinemia o prognostico é relativamente favoravel sob o ponto de vista pulmonar, por tratar-se de formas fibrosas, mas encontrando-se o enfermo sujeito á todas as contingencias cardio-vasculares conhecidas, das quais a mais comum é a claudicação do co-ração direito.

As conclusões dos Drs. Sayago e Vilar, muito mais recentes e mo-dificando em parte a opinião de Julio Palacios, servem para argumen-tar este nosso estudo.

Estes dois clinicos, entre as muitas conclusões que apresentam, di-zem o seguinte:

Conclusão n.º 4) — As formas produtivas da tuberculose pulmonar acusam uma coles-terinemia maior que as formas exudativas. As for-mas menos graves da tuberculose consideradas como tais, sob o ponto de vista anatomo-clinico ou da extensão de suas lesões, acusam uma coles-terinemia superior á das formas malignas.

Conclusão n.º 6) — O estudo da coles-terinemia no curso da tu-berculose pulmonar, demonstra com frequencia a disparidade dos re-sultados obtidos no mesmo enfermo, sem que mediem causas ou cir-cunstancias especiais.

Conclusão 7) — Durante os surtos febris com hemoptises, parece haver um aumento transitorio da coles-terinemia.

Conclusão 9) — A curva horaria da coles-terinemia oferece carac-teristicas diferentes de um enfermo a outro e não parece existir, den-tro das condições comuns do regime dietetico e higienico de um sa-natorio, causas capazes de modificá-las de um modo definitivo e cons-tante.

Conclusão 10) — Nos periodos terminais da tuberculose pulmonar, especialmente nos casos de caquexia prolongada, quando a desnutrição do organismo alcança seus graus extremos, se observa, dentro dos 15 dias que precedem á morte, um aumento lento e gradual da taxa de colessterina no sôro sanguineo.

Conclusão 12) — A's distintas fâses da tuberculose pulmonar não corresponde uma característica determinada da colessterinemia e consequentemente os dados recolhidos sob este ponto de vista tem atualmente um valor clinico medioere.

Conclusão 13) — As grandes melhoras da tuberculose pulmonar se obtem com aumento ou diminuição das cifras iniciais de colessterina.

Em face dos trabalhos dos Drs. Julio Palacios, Sayago e Vilar, ocorrem-nos certos fatos que bem merecem ser abordados para que se possa observar se de fâto não existe uma contra-indicação dos produtos contendo colessterina.

Como ficou bem patente, que não existe sempre um deficit de colessterina no sôro sanguineo dos tuberculosos, achamos de boa praxe praticar-se a dosagem da colessterina, antes de ser iniciado qualquer tratamento, muito principalmente quando desejamos empregar preparados que contenham este lipoide.

Em estudos seguintes é que pensamos, se no tratamento dos tuberculosos pela colessterina, não existiria alguma inconveniencia, em determinados casos, na applicação do dito produto.

Foi consultando os trabalhos de grande valia de Chauffard, Guy Laroche, Grigaut, Lemoine, Tiedmann, Hoppe, Pighini e outros, que sentimos a necessidade de dedicarmos um estudo especial sobre a colessterinemia.

São estes mesmos autores que apontam as diversas contra-indicações que desejamos citar, nos seus estudos sobre "Les depots locaux de colessterine", e onde se lê que muitos enfermos ficam sujeitos ás precipitações locais de colessterina, como sejam: xantomas, o arco senil, as retinites á placas brancas, ateroma aortico, etc. e tambem é evidente que a hipercolessterinemia possui um papel primordial na genese da litíase biliar, com ou sem ictericia.

Ribbert e Monkberg dizem que experimentalmente foi provado que grandes quantidades de colessterina acarretam graves alterações da aorta e do figado.

Loeper demonstrou que nos estados artriticos se encontram depositos de colessterina, associados ou não aos depositos de acido urico, acido oxalico ou de calcio; nas manifestações cutaneas, ditas de ordem artritica, eczema, diabétides, foi constatada a presença de excesso de colessterina na pele enferma.

Gireaux diz que o tratamento proposto por Lemoine contra a tuberculose e contra a arterio-esclerose, é baseado exclusivamente sobre a taxa de colessterina.

Lemoine diz que o ateroma e a arterio-esclerose não são senão duas

etapas dum mesmo processo, e que tanto um como outro são o resultado do deposito de cristais de colessterina sobre as paredes arteriais.

A hiperecolesterinemia indica muitas vezes o diagnostico de insuficiencia do figado que, impotente para eliminar e destruir a colessterina do sangue, provoca uma verdadeira retenção dêste corpo.

As nossas poucas observações citadas no nosso trabalho inaugural, reunidas aos trabalhos dos Drs. Julio Palacios, Sayago e Vilar, vêm abrir novos horizontes, derrubando por terra certos conceitos cientificos que existiam até esta data.

Servem elas tambem para provar que não existe um deficit de colessterina no sôro sanguineo, em todas as formas clínicas da tuberculose pulmonar, mas bem ao contrario, uma variação para mais ou para menos da taxa daquele lipoide.

As dosagens feitas por nós e já citadas no inicio deste trabalho, de acôrdo com os estudos sobre a colessterinemia a que nos referimos, emprestam-nos toda a autoridade para indicarmos o caminho aos fisiologos no tratamento da tuberculose pulmonar pela colessterina.

Resumo

As nossas observações, feitas em 1925, juntamente com os trabalhos dos Drs. Julio Palacios, Sayago e Vilar, vêm afirmar que não existe sempre, no sôro sanguineo, dos tuberculosos pulmonares, um deficit de colessterina.

Estes estudos são de uma importancia capital e leva-nos a pensar na hiperecolesterinemia e seus inconvenientes, quando desejamos tratar um baciloso pelos produtos contendo colessterina.

As nossas conclusões são formais e parece-nos servirem de guia para o tratamento dos tuberculosos.

CONCLUSÕES

- 1) Não existe sempre, nos tuberculosos pulmonares, um deficit de colessterina.
- 2) Conforme a forma clínica da tuberculose pulmonar é que se nos apresenta a taxa de colessterina no sôro sanguineo.
- 3) O tuberculoso no curso da sua enfermidade pôde apresentar cifras variadas de colessterina no sôro sanguineo.
- 4) Nenhum tratamento pela colessterina deve ser iniciado sem a necessaria dosagem deste lipoide no sôro sanguineo.
- 5) No curso de uma tuberculose pulmonar, tratada pela colessterina, devemos saber qual a taxa de colessterina no sangue.
- 6) Podemos e devemos tratar a tuberculose pulmonar pela colessterina, mas sempre tendo em vista as inconveniencias das hiperecolesterinemias.

Observaçã n.º 1

A. P.

Idade — 20 anos. Cór — preta. Natural deste Estado.
Acha-se no leito 16 da enfermaria Coronel Manoel Py.
Diagnostico — Tifo-Bacilose. — Temperatura — 39°.
Dosagem de colessterina no sôro sanguineo — 0,75.

Observação n.º 2

C. P.

Idade — 55 anos. Cór — preta. Natural deste Estado.
Ocupa o leito n.º 2 da enfermacia Coronel Manoel Py. Diagnostico — Tu
berculose pulmonar. Temperatura — 37°.
Colessterina no sangue — 2,07.

Observação n.º 3

B. B.

Idade — 20 anos. Cór — preta. Natural deste Estado.
Ocupa o leito n.º 31 da enfermaria Prof. Otavio de Souza.
Diagnostico — Tuberculose pulmonar. Temperatura — 36°,6.
Colessterina no sangue — 2,16.

Observação n.º 4

N. H.

Idade — 40 anos. Cór — branca. Natural deste Estado.
Ocupa o leito n.º 21 da enfermaria Coronel Manuel Py.
Diagnostico — Tuberculose pulmonar. Temperatura — 37°,5.
Colessterina no sangue — 2,13.

Observação n.º 5

J. M. C.

Idade — 49 anos. Cór — branca. Natural deste Estado.
Leito n.º 22 da enfermaria Coronel Manuel Py.
Diagnostico — Tuberculose pulmonar. Apiretico.
Colessterina no sangue — 1,98.

Observação n.º 6

A. C.

Idade — 42 anos. Cór — preta. Natural deste Estado.
Leito n.º 5 da enfermaria Coronel Manuel Py.
Diagnostico — Tuberculose pulmonar (aguda).
Colessterina no sangue — 1,36.

Observação n.º 7**J. O.**

Idade — 28 anos. Cór — preta. Natural deste Estado.

Leito n.º 9 da enfermaria Prof. Octavio de Souza.

Diagnostico — Tuberculose pulmonar com peritonite tub.

Colesterina no sangue — 2,70.

Observação n.º 8**O. S.**

Idade — 39 anos. Cór — branca. Natural deste Estado.

Leito n.º 11 da enfermaria Coronel Manuel Py.

Diagnostico — Tuberculose pulmonar. (Pneumotorax).

Colesterina no sangue — 2,55.

Contribuição ao estudo clinico-radiológico das diverticuloses e diverticulites do colon terminal

por

Francisco de Paula Forster Camboim
Sinais anatomo-radiológicos da diverticulose (*)

O sinal radiológico característico da diverticulose é a imagem do proprio divertículo.

Procedendo-se ao exame de acôrdo com a técnica que expôremos adiante, verificar-se-á que os divertículos se apresentam como pequenas sombras opacas, o mais das vezes arredondadas ou ovoides, dispostas ao longo das bordas da imagem do colon. Às vezes, se implantam diretamente sobre êle, tomando então o aspéto de dedo de luva: são divertículos sesséis. Mais comumente são providos de um pedículo, que pôde aparecer bem caracterizado no clichê radiográfico; em certos casos mesmo, o pedículo pôde tomar um desenvolvimento exagerado. Finalmente, ho outros em que o pedículo não é visto ao exame e a imagem diverticular se apresenta então como uma mancha suspensa, que não tem com o colon nenhuma relação, além da de proximidade. O tamanho da imagem diverticular é extremamente variavel, pois depende não só do volume do divertículo, como também do seu gráo de repleção ou vacuidade no momento em que a substancia opaca atinge o segmento do colon sobre o qual êle assenta. O enchimento mais ou menos completo da cavidade diverticular por materias estranhas, ou a obturação do orificio de comunicação com o colon, são factores que se opõem á penetração da substancia opaca no seu interior, e tornam o divertículo invisível, a menos que uma bolha de gaz, contida no seu centro, venha pô-lo em destaque, pois êle aparecerá então com um centro claro, cercado de uma orla espessa. Um outro fátor capaz de se contrapôr á descoberta dos divertículos é a sua localização. Compreende-se facilmente que se situados sobre as faces do colon, sua sombra, projetando-se sobre a do colon, poderá passar facilmente despercebida. Aquí também, a existencia de uma bolhinha gazona ou de uma bola de materia pôde ter o mesmo papel, de pôr em evidencia a imagem diverticular. Num dos clichês que reproduzimos adiante vêem-se as imagens diverticulares projetadas sobre a sombra opaca do colon descendente. Após o esvaziamento do colon, os divertículos permanecem ainda cheios de substancia opaca, por um tempo mais ou menos longo; num dos casos apresentados por Bottaro e Barcia, os divertículos ainda eram vistos, graças a seu conteúdo opaco, 4 dias após a administração da substancia baritada; Le Wald observou um em que ainda havia retenção do bario pelo 10.º dia, e James T. Case, um outro em que a retenção se prolongou até o 16.º dia. Essa demora do divertículo em se desembaraçar da substancia opaca, se explica facilmente, pois

(*) Um dos capitulos da tése inaugural com o titulo acima.

desprovido de túnica muscular, impossibilitado portanto de se contrair, êle não pôde se esvair senão lentamente. E' essa retenção uma das melhores características do falso divertículo.

Não insistiremos aqui sobre os detalhes de fôrma, localização, volume, que já foram estudados anteriormente.

A presença de certos elementos opacos ao nível do colon, pôde induzir em erro, fazendo crer em divertículos que na realidade não existem; tais são os flébolitos, glandulas calcificadas, calculos uretrais...

Na maioria dos casos é facil distinguir esses elementos dos divertículos; basta para isso mostrar que êles não têm nenhuma relação com o colon, por meio de chapas radiograficas tiradas em diferentes angulos, ou por meio de manipulações que afastem o colon, enquanto que aquêles elementos permanecem imoveis. Mais simples ainda seria, como recomendaju certos autores, tirar sistematicamente uma chapa antes da administração da poção ou da lavagem opacas, e assim se evitaria aquela causa de erro.

Importante tambem é diferenciar os divertículos das bossas colicas. Mas essas são regulares e simetricas, se localizam sobre todo o quadro colico, excêto a sigmoide e não aparecem por meio de lavagem opaca, mas ao contrario quando se recorre á ingestão, emfim só tomam o aspêto diverticular quando o colon é insufficientemente enchido, além do que não permanecem cheias após esvaziamento do colon.

Lembremos ainda que a fixidez de posição, a permanencia dos mesmos caracteres e a persistencia da imagem após esvaziamento do colon, são as mais fieis características do divertículo.

As deformações do colon por processos periviscerais, pôdem dar lugar á formação de imagens radiologicas, semelhantes ás do divertículo. Ainda aqui, a diferenciação é possivel. Essas imagens aparecem de preferencia nos pontos de eleição das periviscerites: angulo subhepatico, bordo externo do colon ascendente, e bordo superior da metade direita do transverso; alteram a imagem do peristaltismo, não se conservam identicas após evacuação do colon, e de ordinario são muito mais volumosas que os divertículos.

Técnica do exame. A sigmoidoscopia ou a rétoescopia poucos ensinamentos pôdem fornecer. Dizem alguns autores que em certos casos esse método permite descobrir os orificios dos divertículos. Entretanto, o resultado é negativo na maioria dos casos, não só em vista da pequenez dos orificios, como tambem porque as dobras da mucosa os dissimulam. Demais, o uso do sigmoidoscopia expõe a traumatismos que poderiam ser perigosos nos casos de divertículo, principalmente se esse já se achar infectado. Em alguns casos, verifica-se com o rétoscopia um estreitamento inflamatório.

O verdadeiro método de exame é, pois, o radiologico. Cumpre observar que é de boa praxe recorrer tanto ao exame radioscopico como radiografico, pois muitas vezes a radiografia nos permite caracterizar um divertículo, sobre cuja identidade se tinha ficado em duvida, quando do exame radioscopico.

Como proceder a esse exame, dando á tomar a poção opaca ou administrando uma lavagem? Não sendo possivel praticar ambos, dar preferencia ao ultimo processo. Bottaro e Barcia citam dois casos de

sua observação, em que os divertículos passaram despercebidos ao exame do colon opacificado por via alta, e que foram facilmente descobertos após administração do enema.

Compreende-se, aliás, facilmente, que o enema ofereça certas vantagens sobre o outro método, quando se trata de divertículos. Realmente, para uma boa visibilidade dos divertículos se requer uma distensão forçada do colon, o que se consegue muito bem com o enema, que é administrado sob pressão, e assim se difunde com muito mais eficiência, tendo, portanto, muito mais probabilidade de atingir as cavidades diverticulares. Doutra parte, a substância opaca administrada por ingestão muitas vezes se fragmenta, o que dá lugar, em certos casos, a erros de interpretação.

Mais proveitoso seria ainda o exame se fôsse possível dar previamente uma lavativa evacuadora, que desembaraçasse o colon dos materiais não opacos, que podem perturbar a difusão do bario. Em alguns pacientes, é necessario recorrer a uma terapeutica antiespasmódica, no intuito de facilitar a introdução do enema. Às vezes, os divertículos se enchem pouco depois que a substância opaca atinge a porção do colon, onde se acham implantados. Na maioria dos casos ha sempre uma demora nesse enchimento, maximé quando o bario foi administrado por via alta.

James T. Case considera como a melhor técnica dar a poção opaca, esperar até o 2.º ou 3.º dia, e então examinar o doente, administrando-lhe nesse momento o enema.

Tal é a pratica que, a seu ver, permite colher a maxima soma de informações.

Torna-se indispensavel uma verificação radioseopica, seguida de varias radiografias, após eliminação da substancia opaca dministrada por via oral ou por enema.

Por outro lado, sempre que possível recorrer ao exame relevografico da mucosa do colon, de acôrdo com a técnica de Forsell Berg. Esse método visa pôr em destaque a imagem do relevo interno da mucosa do colon, por impregnação desta após esvaziamento da substancia opaca administrada segundo a técnica do completo enchimento do órgão. Como substancia opaca para exame relevografico do colon são utilizados os preparados comuns de bario (sulfato de bario, citobario, gelobarina, etc.) ou então as soluções de Umbrathor.

Diverticulite, seus sintomas clinicos e expressão radiologica

A maior ou menor intensidade do processo inflamatório, a sua marcha evolutiva, a localização neste ou naquêlo ponto do colon, são fatores que contribuem para tornar absolutamente inexpressiva a fisionomia clinica das diverticulites.

Apesar disso, Telling individualizou tres tipos de diverticulite, de acôrdo com os sintomas que consubstanciam o quadro clinico.

São êles o tipo **pseudo-apendicite**, o **enteroespasmódico** e o **hiperplastico**.

O primeiro é relativamente encontrado, e realiza, como o nome o indica, um síndrome perfeitamente semelhante ao da apendicite agu-

da, apenas com localização á esquerda. E' opinião corrente que a maior parte das apendicites esquerdas, diagnosticadas sem o exame radiológico, que permite verificar a posição do colon, nada mais são do que diverticulites do colon descendente ou da sigmoide.

Nada de estranho nessa semelhança, visto que, para muitos, a apendicite é apenas uma diverticulite especial.

São sintomas comuns no curso do ataque, a dôr, de ordinario bastante intensa, e comumente localizada no quadrante abdominal inferior esquerdo, onde se nota hiperestesia cutanea e rigidez muscular, náuseas, vomitos, constipação geralmente muito severa, alternando com crises de diarréa, febre, hiperleucocitose. Ao lado disso, tenesmo rétal e vesical. Excepcionalmente se descobre sangue nas fézes. Esses sintomas sobrevêm inopinadamente, e ás vezes não tardam a se acompanhar de reacção peritonial. A inflamação aguda pôde se resolver, mas os divertículos pôdem caminhar para a perfuração, ou se tornar séde de um processo supurativo ou gangrenoso, seguido de peritonite circunscrita ou generalizada.

Podemos incluir aqui uma de nossas observações, tirada da clinica do Professor Anes Dias.

1.ª observação

Trata-se de um paciente de 49 anos de idade, no qual ha 3 anos havia sido feito o diagnostico de ulcera duodenal, o que, aliás, foi confirmado posteriormente por um exame radiológico.

Em maio de 1931, apresentou fortes crises dolorosas, localizadas na fossa ilíaca esquerda, com evacuação de fézes moles e ligeiramente sanguinolentas. Essas crises davam ao doente a sensação de espasmo e se acompanhavam de violento tenesmo rétal. Após alguns dias de repetição, as crises cessaram, para reaparecer em Novembro ultimo com os mesmos caracteres.

Tacs são os dados anamnesticos, que mais de perto nos interessam.

O exame radiológico por meio de enema opaco, (v. clichés 1 e 2) praticado em Maio, após as primeiras crises, revelou um estado espasmodico muito acentuado do colon descendente, o qual se mostrava doloroso á apalpação na sua parte inferior. Ao longo dêle notavam-se varios divertículos, alguns destituídos de pediculo. As radiografias tomadas após esvaziamento do colon mostram numerosos divertículos, ainda opacificados pelo bario. Em alguns dêles observa-se uma parte central transparente, talvez devida á presença de gazes. O transitio intestinal se faz facilmente, enchendo-se todos os segmentos do colon, e passando parte do bario ao ileo.

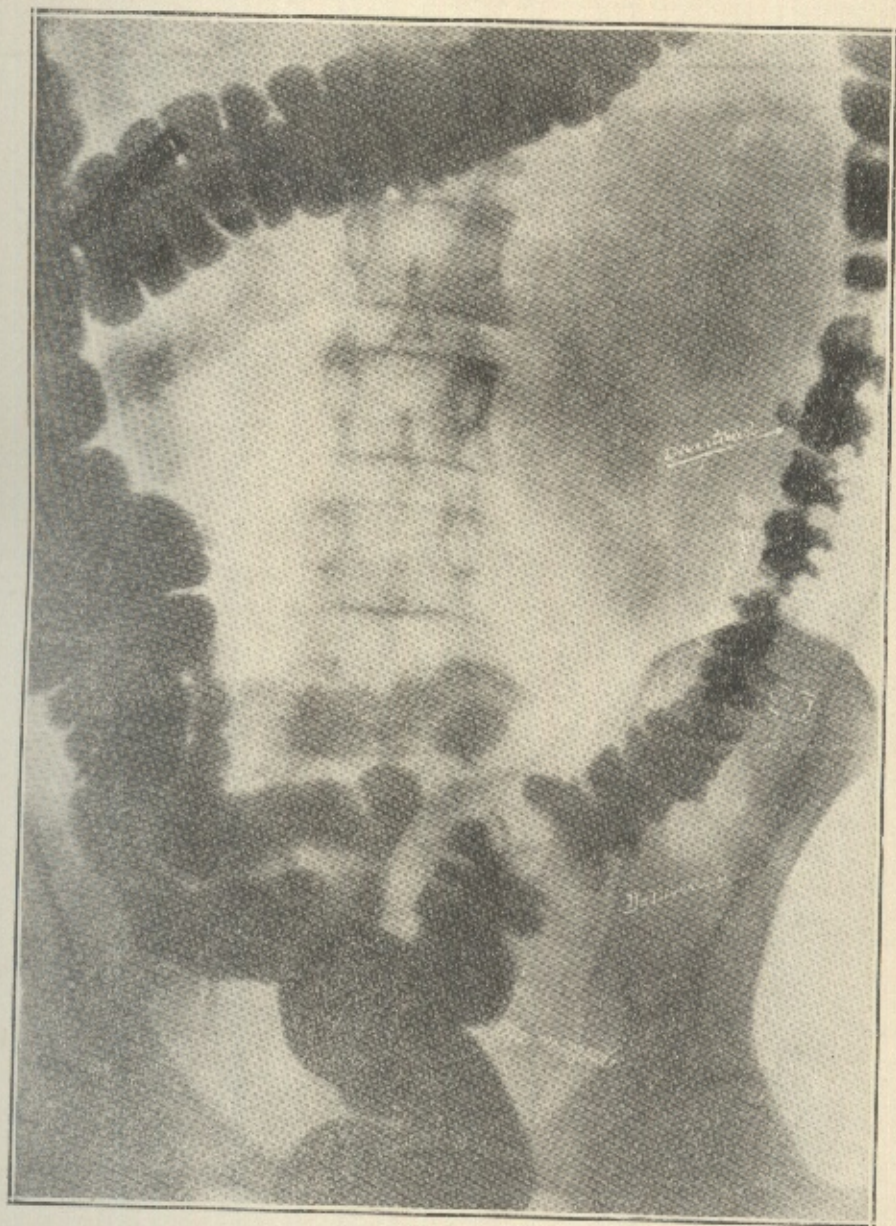
Estáse e dôr apendicular. Cecum normalmente situado, mobilizavel (v. clichés 1 e 2).

O segundo exame radiológico praticado em Dezembro ultimo, nada mais fez do que confirmar as informações colhidas com o primeiro.

Verificou-se, de novo, o estado espasmodico do colon descendente. Coecum levemente doloroso. Incontinencia da valvula ileo-coecal.

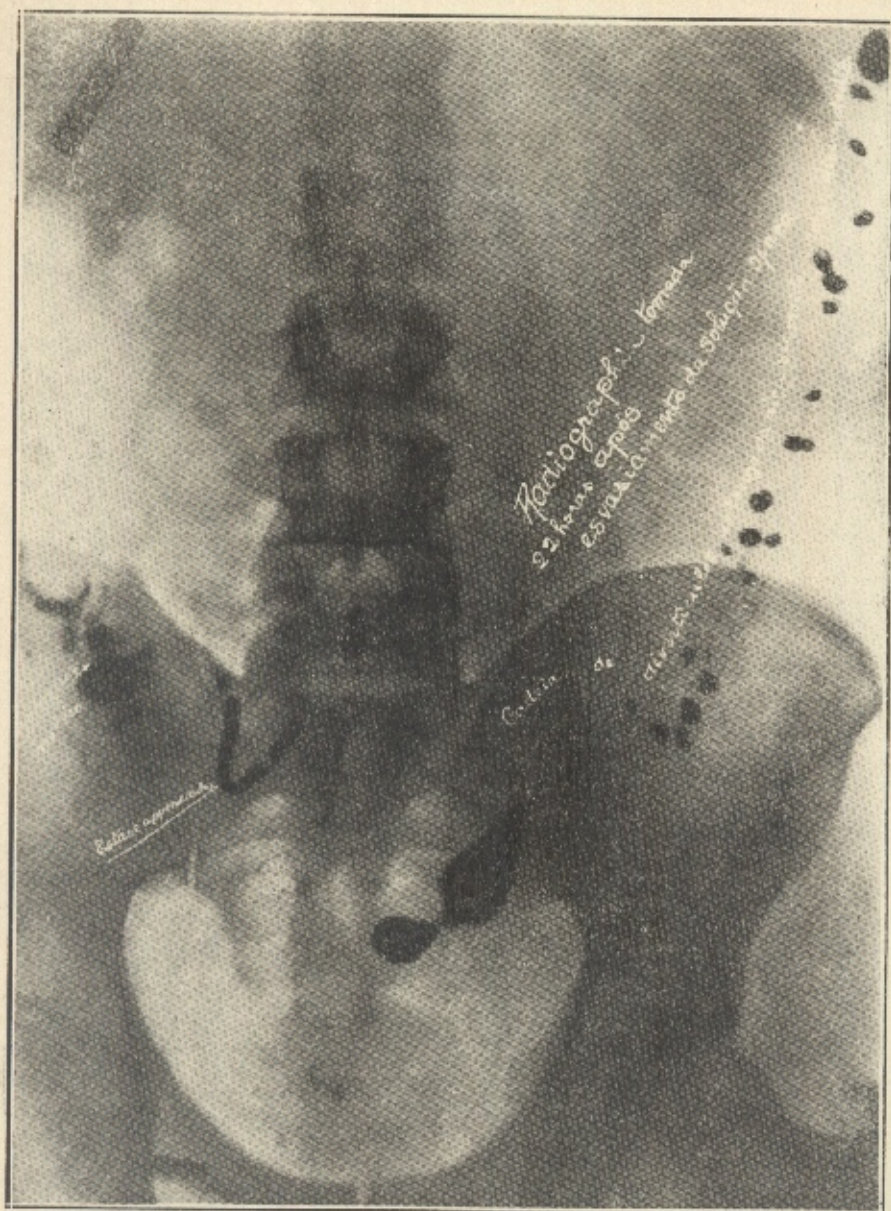
Apendice permeavel e doloroso á pressão.

Sobre o colon descendente alguns divertículos, que permaneciam cheios, após o esvaziamento do colon (v. clichés 3 e 4).



Cliché n.º 1

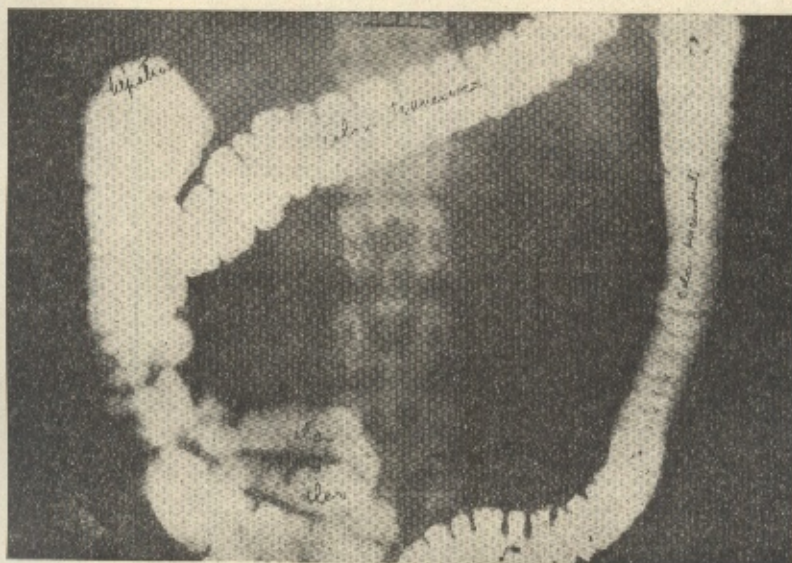
Notam-se varios diverticulos ao longo do colon descendente, e um estado espasmodico muito accentuado.



Cliché n.º 2

Mesmo caso do cliché n.º 1. Retenção de bário nos divertículos.
Em alguns a parte central é clara.

No cliché 3, pôde-se distinguir facilmente a imagem de alguns divertículos da propria sombra do colon, graças á maior opacidade daquêles. Ambos os exames, foram praticados com lavagem opaca.



Cliché n.º 3

Mesmo caso do cliché n.º 1. Estado espasmodico do colon descendente. Note-se a sombra de alguns divertículos, projetada sobre a propria sombra do colon.

As crises, que o doente apresentou duas vezes, estão longe de realizarem o síndrome apendicular esquerdo, a que nos referimos antes. Tratam-se, no entanto, evidentemente de crises diverticulares, que nenhuma outra causa, a não ser a infecção e estado inflamatório dos divertículos, poderá explicar.

Os divertículos, ao que parece, iniciaram, ha pouco, seu processo infeccioso, e daí, a ausencia dos sinais radiológicos que de ordinario acompanham as diverticulites. Aliás, já havíamos assinalado que em muitos casos a imagem do divertículo não trói a infecção que nêle se processa. Só mesmo nos casos já antigos, é que o divertículo infectado perde seus caracteres habituais.

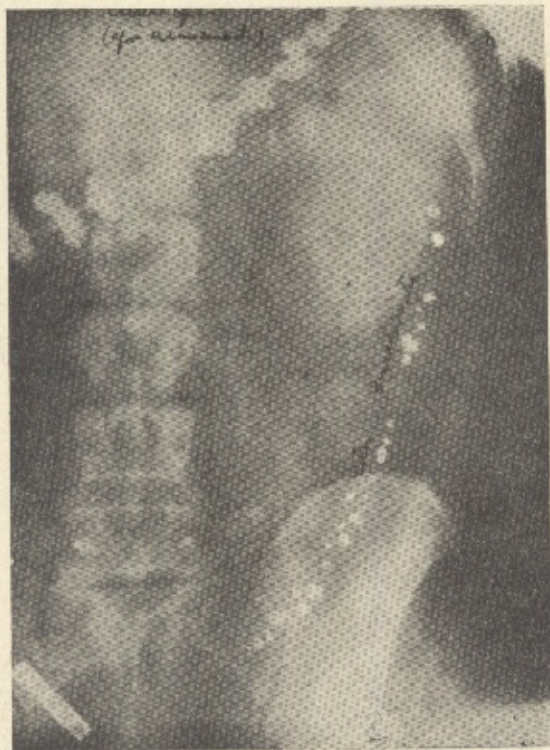
No nosso caso, o unico sinal de reação, é o estado espasmodico do colon, mas muito atenuado, pois nos casos avançados de diverticulite esse espasmo se opõe muitas vezes á progressão da lavagem opaca, forçando o operador a recorrer á uma terapeutica antiespasmodica.

Nos casos subagudos a inflamação evolúe mais lentamente, invade pouco a pouco as diferentes camadas do divertículo; constitue-se uma peridiverticulite que determina a formação de adherencias com os órgãos vizinhos, de modo que, quando chega a fase supurativa, a coleção se abre em um daquêles órgãos, aos quais tinha aderido, e assim se

forma uma fistula. Um dos tipos mais comuns de fistulas é a sigmoide-vesical. Bryan em 42 casos de fistulas desse tipo, por êle examinados, verificou que em 22, a causa era uma diverticulite da sigmoide. Mayo, na sua clinica, encontrou uma proporção muito menor; só 17% dos casos por êle operados eram devidos á diverticulite. Seja como fôr quanto á frequencia, o fâto é que as diverticulites pôdem determinar a formação de fistulas deste tipo. Reproduzimos aqui um clichê, tirado da obra de Pauchet — *La Pratique Chirurgicale Illustrée* (v. clichê 5).

A bexiga está presa ao colon por adherencias. Uma fistula de origem diverticular põe os dois orgãos em comunicação.

Mas nem sempre a coleção purulenta segue essa via, e a fistula pôde se abrir na pêle, na propria cavidade pelvica...

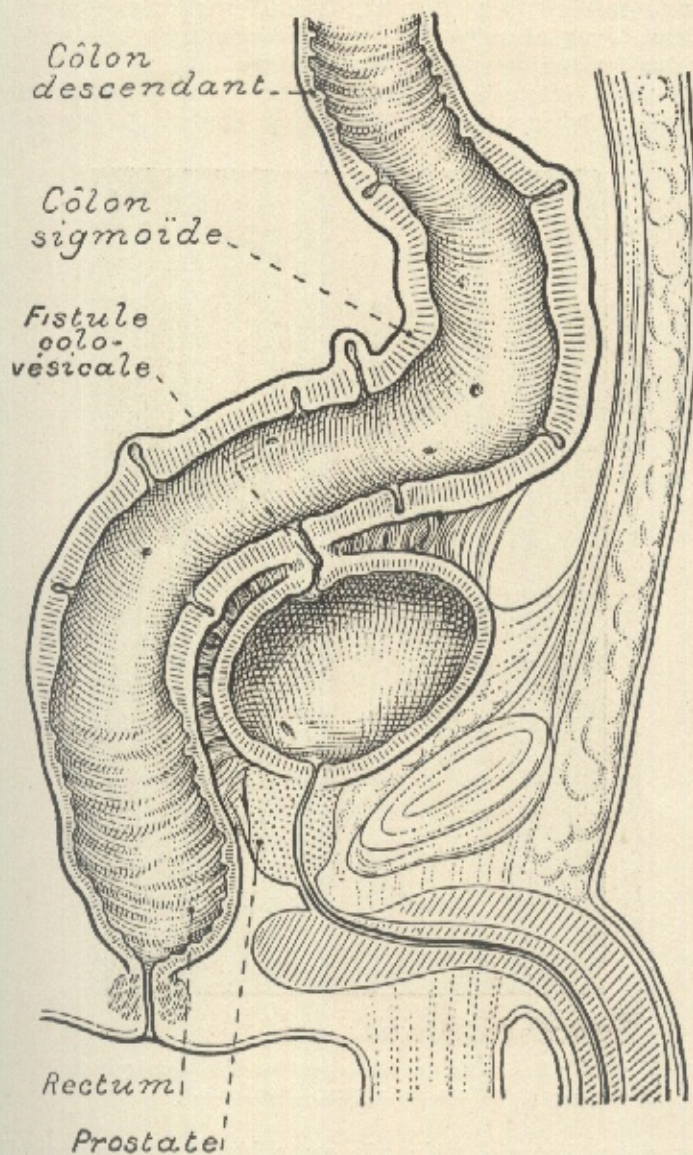


Clichê n.º 4

Mesmo caso do clichê anterior. Radiografia tomada após esvaziamento do colon.

Tal é o caso publicado por Upson e Mae Gregor, e que trasladamos para aqui resumidamente.

— Trata-se de uma paciente de 63 anos, que tres anos antes fôra atacada de uma violenta dôr abdominal, localizada á esquerda, principalmente na parte inferior, e que se irradiava, por cima da sínfise do pubis, na direção da linha mediana.



Cliché n.º 5 (esquema de Pauchet)

Fistula sigmoïdo-vesical consecutiva á abertura de um diverticulo na bexiga.

Havia hiperestesia cutanea. A dôr durou 2 dias.

Não apareceram náuseas, nem vomitos. Não se notou a presença de nenhuma massa "loco dolenti". Nos 3 anos seguintes os ataques se repetiram duas vezes por ano. Ultimamente a dôr voltou, repetindo-se duas noites sucessivas, com os mesmos caractéres de antes, apenas de maior intensidade. Não havia nenhuma massa perceptível á apalpação. Abdomen tenso e sensível á exploração manual.



Cliché n.º 6

Diverticulite colica. Abscesso extra-colico consequente á rútura de algum diverticulo.

O exame radiologico veio pôr em evidencia numerosos diverticulos, distribuidos ao longo do colon, principalmente na sua metade distal. Ao nivel do colon descendente e iliaco notou-se um espessamento consideravel da parede, estreitamento da luz, e, em certos pontos, verdadeira constricção. Além disso, havia um espaço cheio de gaz, situado para fóra do colon, na fossa iliaca esquerda, medindo 4 polegadas no seu maior diametro (v. cliché 6).

Mais tarde, essa bolsa se encheu de bario, que foi retido por longo

tempo. A laparotomia confirmou todos esses dados. Conclusão — Diverticulite; abcesso extracolico devido á rútura de algum diverticulo.

No segundo tipo da classificação de Telling, os sintomas predominantes são os de espasmo. A retenção dos residuos nos sacos diverticulares entretém um estado de irritação permanente, o qual, aliás, póde, dum momento para outro, causar accidentes de caráter agudo.

Finalmente, em outros casos a diverticulite se manifesta pela formação de pseudo tumores. Geralmente, nessa eventualidade os diverticulos se acham agrupados. O processo peridiverticular, e a consequente reação conjuntiva nos tecidos vizinhos, tendem a produzir um tumor, pelo simples fáto do agrupamento dos diverticulos. Uma das melhores características desses tumores de origem diverticular é a intermitencia: o tumor é percebido num exame, desaparece no dia seguinte, para reaparecer logo depois. Trata-se de uma modalidade de marcha cronica, com sintomas de constipação. A inflamação do colon dá lugar ao endurecimento de suas paredes, e supressão das contrações normais; junta-se á isso a produção de pseudo-tumores, e comprehender-se-á que estãse fecal se produza. Às vezes a marcha cronica é entrecortada por crises diverticulares agudas, ou por pequenas crises de oclusão intestinal aguda. Ha casos, mesmo, em que esta oclusão constitúe o primeiro sinal evidente de uma diverticulite que até aí passara despercebida.

Relatemos aqui uma outra observação nossa, tirada da clinica do Dr. Braga Pinheiro.

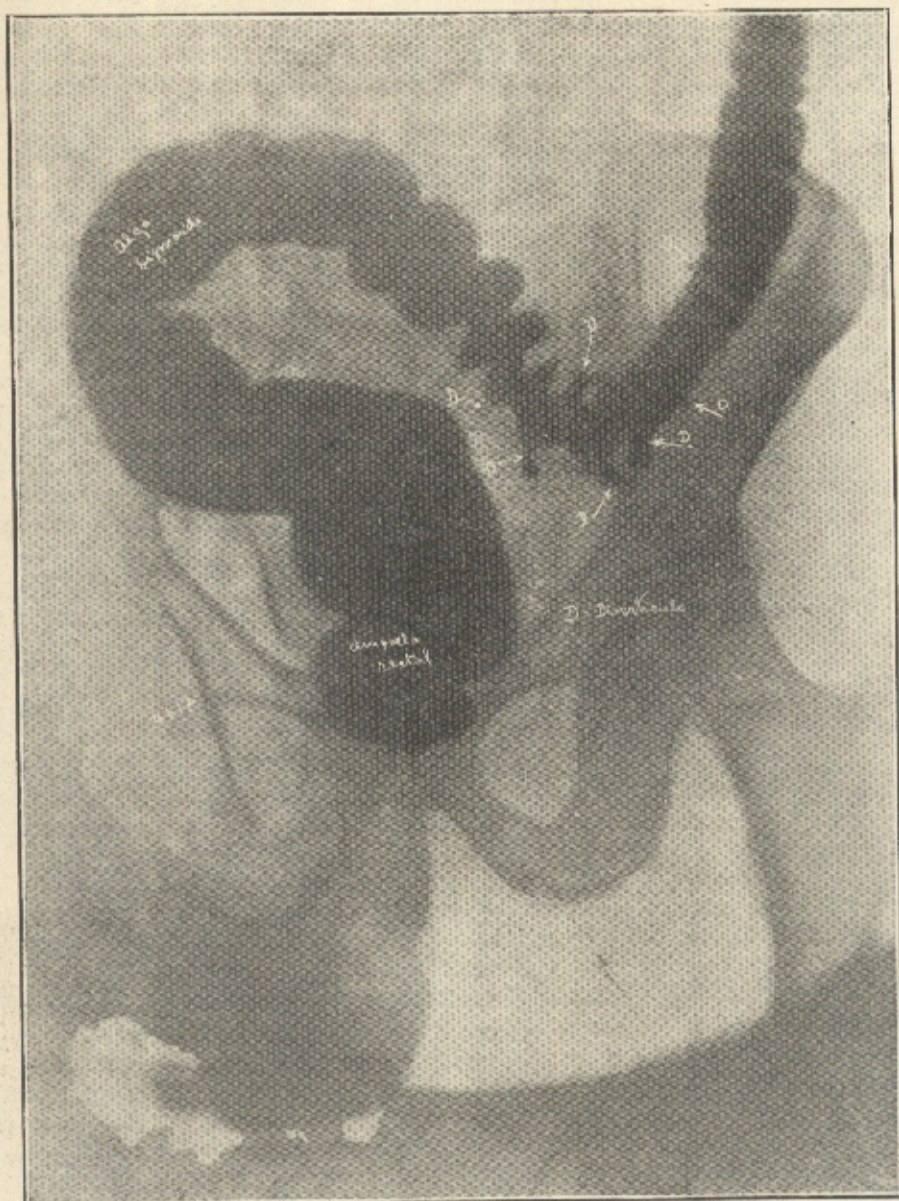
2.ª observação

— G. V., 62 anos. A historia passada nada apresenta que nos possa interessar. Ultimamente havia se manifestado um sindroma disenterico tipico-constipação, colicas, tenesmo rétal e evacuações muco-sanguinolentas. Instituido que foi o tratamento pela emetina e yatren, o doente melhorou, mas instalou-se uma pertinaz constipação, que culminou numa crise de grave oclusão. O paciente experimentou então dores violentas ao longo do colon descendente, parada completa das materias e dos gazes, e reação febril. Esses sintomas se corrigiram ao fim de vinte e quatro horas, espontaneamente. Foi feito então o exame radiologico, por meio da lavagem opaca (elichés 7 e 8).

A ampôla rétal e a alsa sigmoide se encheram normalmente, sem provocar dôr. Volume e contornos de aspéto normal. O colon descendente deu livre transito á solução opaca, enchendo-se rapidamente até o angulo esplenico. Logo depois, o colon descendente contrai-se, e permanece em estado espasmodico. O colon transverso e o angulo hepatico se enchem normalmente.

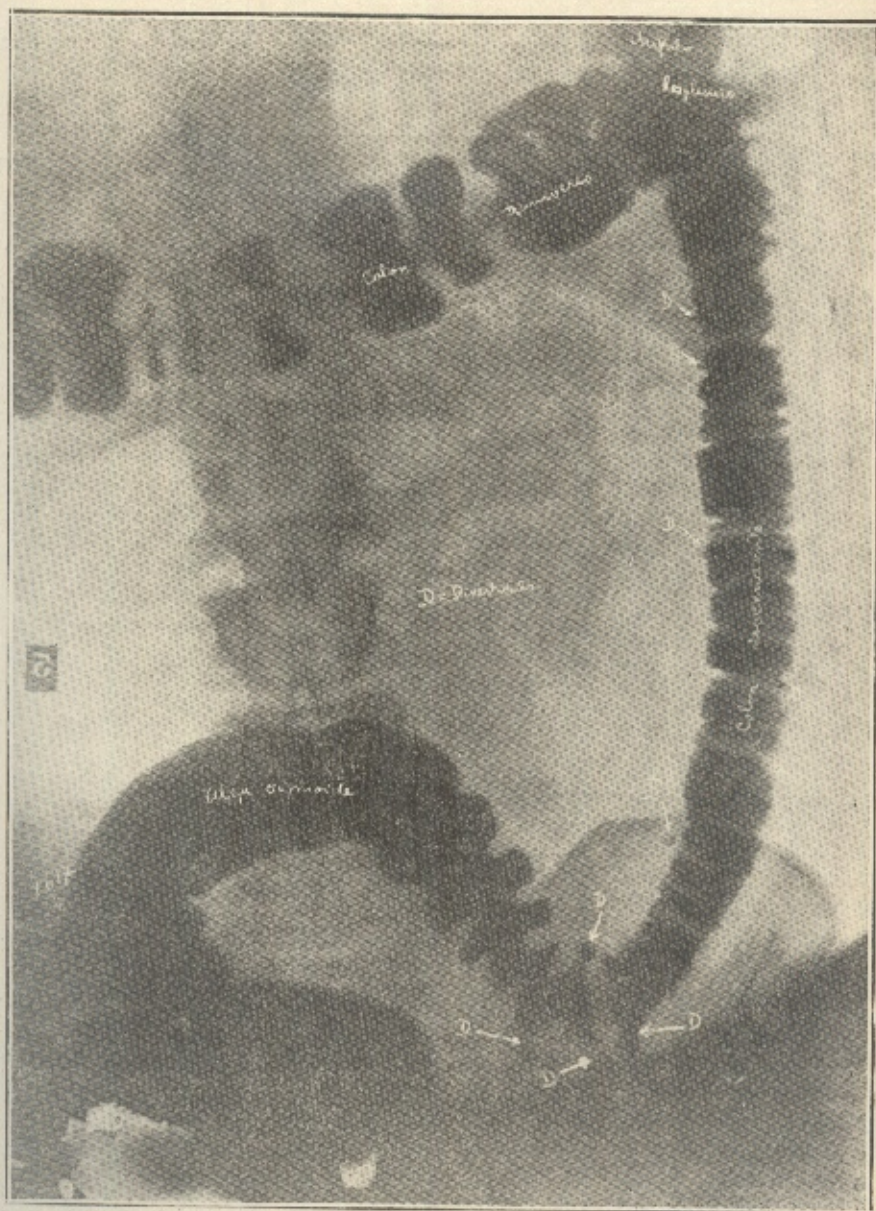
A ampôla rétal, a alsa sigmoide e o colon descendente, são facilmente mobilizaveis. No áto do exame a apalpação não provoca dôr. As radiografias revelam a presença de diversos diverticulos localizados na alsa sigmoide e colon descendente (v. elichés 7 e 8).

A crise de oclusão é explicavel pela diverticulite do colon descen-



Cliché n.º 7

Diverticulos da alsa sigmoide.

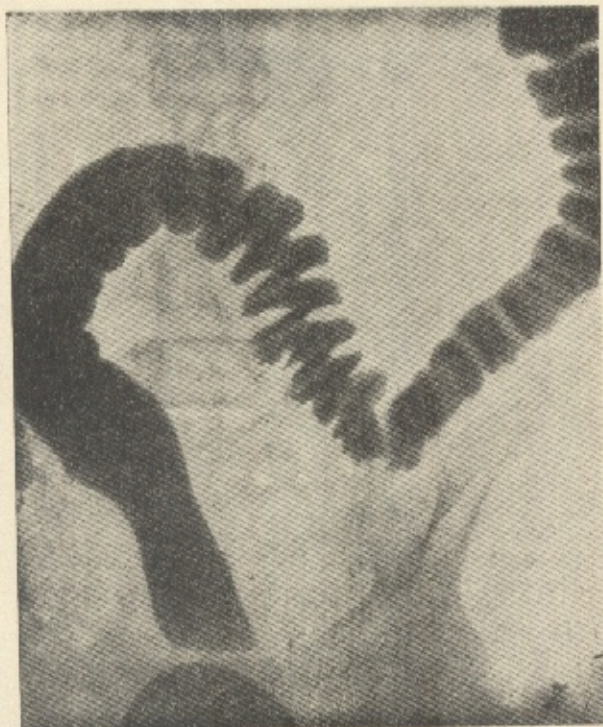


Cliché n.º 8

Mesmo caso do cliché n.º 7. Estado espasmodico do colon descendente. Numerosos diverticulos no colon descendente e alça sigmoide.

dente e da sigmoide, e talvez fosse facilitada pelo processo agudo de que o colon havia sido séde anteriormente.

Passemos agora a estudar resumidamente os sinais radiologicos, que, de ordinario, acompanham as diverticulites.



Cliché n.º 9

Diverticulose colica. Exame pelo método do completo enchimento.

A imagem radiologica do diverticulo é ainda o elemento principal para o diagnostico, mas este não é tão simples como poderia parecer á primeira vista.

Por um lado, já sabemos que as imagens diverticulares pódem não dar indicação alguma sobre o processo inflamatório de que são presa os diverticulos.

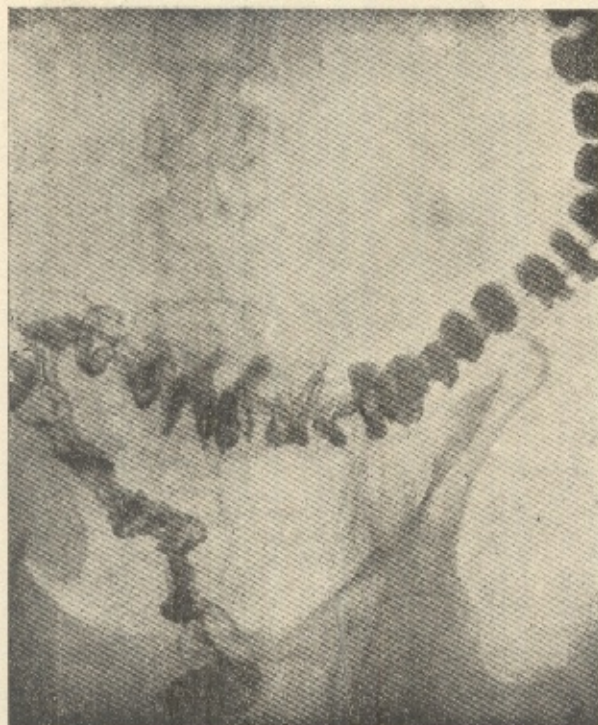
Doutra parte, não basta descobrir a sombra dos diverticulos para afirmar a condição de diverticulite.

O conhecimento dos sinais clinicos vem facilitar em parte o esclarecimento do problema, sobretudo naquêles casos em que a inflamação não fez ainda o diverticulo perder seus caractéres habituais.

De ordinario, o processo inflamatório não se limita exclusivamente

aos divertículos, mas repercute sobre a porção do colon, onde se implantam e determina deformações na imagem radiologica daquêlê orgão, o que permite reconhecer a sua existencia.

Frequentemente aparece um estado de espasmo, de ordinario pertinaz e que para Bécclêre e Porcher tem um alto valor quando não cessa sob a influencia da beladona.



Cliché n.º 10

Mesmo caso do cliché anterior. Método relevografico. Note-se, em comparação com o cliché n.º 9, a muito maior visibilidade dos divertículos.

A' exploração radioscopica pôde-se verificar que o colon se torna duro, rijo, o que é um efeito não só do espasmo, como tambem da infiltração das suas paredes. Comumente vem se juntar a isso uma redução de calibre, um estreitamento da luz do orgão na porção afétada.

Os contornos do colon se modificam: desaparece a segmentação normal, tornando-se liso o seu perfil.

Outras vezes, encontra-se o colon estreitado, apresentando um contorno denteado, cheio de pequenas pontas finas com o tipo de dentes de serra, as quais não mudam de fórma nem de tamanho, sob o écran.

E' o chamado estado prédiverticular, descrito por George e Leonard. Já nesse periodo se nota muitas vezes um certo gráo de irritação do colon.



Cliché n.º 11

Mesmo caso dos clichés n.º 9 e 10. Imagem relevografica de alguns diverticulos.

Não se deve confundir com o estado prédiverticular um aspéto semelhante, em que o contorno do colon se torna irregular, erigido de anfractuosidades. E' um sinal de colite, e nada tem que ver com o estado antes descrito.

Nas fórmas hiperplasticas, não é raro encontrar-se algum defeito de enchimento, o qual, aliás, póde dar lugar a sérias dificuldades diagnosticas.



Sociedade de Medicina

Presidente: Prof. OTAVIO DE SOUZA

Secretarios: Prof. TOMAZ MARIANTE

Dr. NINO MARSIAJ

Comunicações

PSICOSE AUTO-TOXICA POR AZOTEMIA CLOROPENICA COM DISSOCIAÇÃO CITO-ALBUMINICA DO L. C. R.

por

Daldemar Job e D. Soares de Souza

O. L. M., com 32 anos, branco, casado, agricultor, natural deste Estado.

Hereditariedade morbida ausente.

Antecedentes pessoais: nada digno de nota. Não usa toxicos. Não contraiu molestias venereas nem sífilis.

Molestia atual: a internação do paciente no Hospital S. Pedro foi motivada por disturbios do procedimento caracterizados por ideias delirantes e agitação moderada.

Ao dar entrada em nosso serviço, observamos um homem de 1m68 de altura, com 50 quilos e 5 gramas, desnutrido. Fraco de aparência, o torax achatado, estreito se prolonga quasi sem demarcação com o quadril igualmente estreito e se termina superiormente por espaldas baixas, estreitas e retas. Membros longos e frageis. Massas musculares pouco desenvolvidas; panículo adiposo reduzidissimo. A pele fina, elastica, lisa é de um amarelo opaco. Secreção sebacea forte. Acné. Pêlos bem desenvolvidos, abundantes. A face grande, alta, estreita, de ossamenta fragil, pendente e magra, angulosa, talhada asperamente sobre a pele tenue, mate, pálido amarelado. Entre os olhos, profundamente colocados sob arcadas orbitarias altas e cortantes, cinzento esverdeados e baços, salienta-se fortemente delineado um nariz grande longo, fino, agudo, levemente arrebicado, pálido. Fronte ingreme, reta e estreita. A boca de labios finos, entre-aberta. Gengivas carnudas e escuras.

Circunferências: peito, 0,85; ventre: 0,70; quadril: 0,805; cabeça: 0,522; braço: 0,23; ante-braço: 0,21; coxa: 0,405; pantorrilha: 0,31.

Comprimentos: membro superior: 0,755; membro inferior: 0,873; nariz: 0,054; altura da face: 0,12.

Diametros: biacromial: 0,33; bi-iliaco: 0,76; bi-trocantriano: 0,315. Tipo Leptosoma da classificação de Kretschmer.

O paciente se apresenta inquieto com taquipneia acentuada. Psiquismo: confusão mental onírica. Temperatura 37,2, pulso 116, regular. Constipação de dois dias. Vomitos. Solugo. Urinas raras e carregadas. Ventre um pouco tenso, doloroso á palpação, principalmente na fossa iliaca D. Não existe defesa, nem empastamento. Língua

saburosa e muito seca. Reflexos patelares vivos; foto-motores preguiçosos.

Como os sinais locais não estivessem em acôrdo com a intensidade e duração do quadro morbido em que predominam sintomas tóxicos, requisitamos dosagens de ureia e cloretos no sangue, reserva alcalina e praticamos uma punção sub-occipital para exame do L. C. R. e como pensássemos em uma acidose, administramos bicarbonato de sodio em alta dose e sôro glicosado.

No dia seguinte o paciente se apresenta melhor. Desapareceram os vomitos, a dôr na fossa iliaca e o soluço; o estado confusional se atenuou. Os exames de laboratorio revelaram uma síndrome de azotemia cloropenica e dissociação cito-albuminica do L. C. R. Sangue: ureia: 1 gr. 42; cloretos 4 gr. 379; urina: cloretos 2 gr. 60. L. C. R.: ureia, 0,930; albumina total 0,29 por litro; elementos figurados: 51,2; reações de Pandí, Weichbrodt, Takata e Ara, Benjoim Coloidal, Meinicke, e Wassermann negativas. Empregamos o cloreto de sodio em solução a 20% 10 cc, via intravenosa. As melhoras se acentuaram rapidamente. Novos exames 2 e 5 dias após revelaram a ascensão da taxa de cloretos, o declínio da taxa de ureia no sangue e no L. C. R., a baixa no numero de elementos figurados: sangue, ureia 0,77 e 0,47; cloretos 4 gr. 97 e 5 gr. 0,18. Urina uria 32 gr. Reserva alcalina no sangue 60,5 vol. %/∞. Líquido cefalo raqueano (16 dias após o primeiro exame) ureia 0,38; elementos figurados: 7; albumina total: 0,22. Outras reações negativas (os exames de laboratorio foram praticados pelos Drs. Telemaco Pires e Luiz Barata).

Em relação com a volta destas taxas á normalidade, observamos a cura clinica tanto da sintomatologia somatica como da sintomatologia mental: o paciente se achava curado da confusão mental onirica.

A nossa observação, pensamos, apresenta algum interêsse não só pela raridade de observações semelhantes como particularmente pela intensidade com que se apresentou em nosso caso a dissociação cito-albuminica. A dosagem da ureia no L. C. R. veio mostrar-nos que era bem essa substancia que transpondo as barreiras da permeabilidade meningeia havia atingido o sistema nervoso, produzindo a dissociação cito-albuminica, sintoma de uma irritação das meninges, e os fenomenos confusionais e oniricos descritos pelos classicos sob o nome de "Delirio uremico". A prova terapeutica confirmou a verdade clinica e laboratorial, mostrando que á medida que baixava a taxa de ureia, e se elevava a de cloretos e os sintomas clinicos retrocediam rapidamente tambem a reação meningeia se atenuava: o segundo exame de L. C. R. revelou apenas 7 elementos. Embora ainda anormal, essa taxa ganha um valor de cura comparado a do exame anterior.

Sob o ponto de vista psiquiatrico a dissociação cito-albuminica do L. C. R., neste caso é um sintoma de valor incontestavel no diagnostico etiologico dos disturbios mentais, porque nos revela a intoxicação que ultrapassando as barreiras da permeabilidade meningeia foi a causa da molestia mental. Para maior prova do que vimos de afirmar seria necessario praticar nos casos de azotemia cloropenica sistematicamente o exame do L. C. R. sob o ponto de vista cito-albuminico. Tal pesquisa

judgaria em definitivo a nossa afirmação, mostrando-se a reação meningea — dissociação cito-albuminica — e os disturbios mentais correm paralelos ou se póde haver dissociação cito-albuminica sem disturbios mentais, nestes casos de azotemia? Nada encontramos a respeito, mesmo na obra magnifica de Anes Dias, mestre incontestavel nesse dominio científico.

DOENÇA DE NICOLAS-FAVRE

por

Helmuth Weinmann

O estudo das adenopatias inguinais de origem venerea, nos ultimos 20 anos, tomou notavel incremento. Uma das variedades notadamente passou para a ordem das questões consideradas resolvidas. Queremos referir-nos á linfogranulomatose inguinal sub-aguda ou doença de Nicolas-Favre. Foi em 1913 que os autores acima referidos, com a colaboração de Durand, individualisaram esta doença.

De então para cá amontoam-se os trabalhos: as revistas acham-se repletas de artigos referentes ao assunto e inseridos sempre nas notas de atualidade. Um dos ultimos numeros do "Annales de l'Institut Pasteur", trazendo um admiravel trabalho com a assinatura de Levaditte, Ravaut e seus colaboradores, resolve o interessante problema da transmissibilidade da infecção.

Na enfermaria do professor Eduardo Rabello, no Rio de Janeiro, tivemos ocasião de observar numerosos casos em curto espaço de tempo (3 meses); vem isto comprovar a relativa frequencia da doença.

Em nosso meio pouco ou quasi nada se tem feito em torno da questão no tocante ás pesquisas de laboratorio. Quer-nos parecer oportunas algumas considerações em torno do diagnostico desta entidade nosologica ao alcance dos processos laboratoriais.

A hematologia e a sôrologia nenhuma contribuição prestam para o diagnostico, como já quizeram alguns autores. É precisamente sobre o diagnostico pela intradermo-reação de Frei que chamámos a atenção dos distintos colegas. Cresce de valôr a reação de Frei principalmente no diagnostico diferencial com a tuberculose dos ganglios inguinais: ela deve ser considerada patognomonica da doença de Nicolas-Favre. Só nos referimos á tuberculose ganglionar da região inguinal, dada a semelhança histopatologica em paralelismo na marcha das duas entidades morbidas (caráter sub-agudo, torpido, pouco doloroso, trazendo um estado sub-febril com perda de appetite e consequente emagrecimento). Para Beraiano, Covisa e outros, até hoje a linfogranulomatose inguinal sub-aguda é de origem tuberculosa, apesar dos fracassos de inoculações.

Insistimos no grande valor da intradermo-reação de Frei não só pela sua especificidade como pelo fáto de permitir em 48 horas seu diagnostico, separando a doença de Nicolas-Favre de outras adenopatias de origens as mais diversas.

O preparo do antigeno, segundo a técnica de Frei e Hoffmann, é

bastante simples: punção aséptica de um ganglio, emulsionando o pús 5 ou 10 vezes em sôro fisiologico ou agua distilada. Uma vez distribuido em ampôlas de 1 cc., é aquecido 2 horas a 60° no primeiro dia e uma hora, á mesma temperatura, no segundo.

Para a prova procede-se da seguinte maneira: em um dos braços (direito) injéta-se 0,1 a 0,2 do antigeno por via intradérmica. No braço esquerdo injéta-se igual quantidade de albumina animal, o caldo simples esterilizado por exemplo, para contróle.

As reações inflamatórias caracterizam-se por uma elevação papulosa avermelhada, cercada o mais das vezes por um halo mais claro.

Passaremos a mostrar alguns córtex de ganglios onde poderá ser observada a disposição típica dos micro-abscessos separados por tecido ganglionar alterado, porém, ainda reconhecível. Estes fôcos mostram o aspéto tuberculoide da lesão. Assim vemos uma camada de células epitelioides, cercando uma zona central contendo leucocitos em diferentes fâses de desorganização. Para fóra da camada de células epitelioides observa-se um numero regular de células gigantes, tipo Langhans.

Apelamos para os colegas afin de nos enviarem doentes suspeitos da doença de Nicolas-Favre, para que possamos oportunamente apresentar á Sociedade de Medicina um trabalho experimental.

Atas

Presidente: Professor OTAVIO DE SOUZA
Secretario ad-hoc: Dr. ENIO MARSAJ

Ata da sessão realizada á 30 de abril de 1932, na sala de sessões do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Presentes os srs. drs. Tomaz Mariante, Hugo Ribeiro, Martin Gomes, Custodio Vieira da Cunha, Ari Viana, Mario Bernd, Bâtista Hofmeister, Leonidas Machado, José Ricaldone, Carlos Bento, Cassio Anes Dias, Helmuth Weinmann, Decio Martins Costa, Waldemar Job, Pedro Pereira, Raul di Primio, Huberto Wallau, Luiz Gabriel Fayet, Adair Araujo, Manoel Loforte Gonçalves e Fernando Vileroy Schneider.

Havendo numero legal o sr. Presidente declara aberta a sessão. Foi lida e aprovada a áta anterior. Não havendo expediente, foi aberta a proposta de aprovação de novos socios. O dr. Hugo Ribeiro propôs a transferencia do dr. Marajó de Barros de socio correspondente para efetivo. Em seguida foi votado e aprovado unanimemente o dr. Couto Barcelos, proposto na sessão anterior pelo dr. Lupi Duarte.

Nesta ocasião o dr. José Ricaldone pede a palavra para homenagear dois grandes vultos da Historia da Medicina, por ocasião do cinquentenario de duas grandes descobertas científicas. Foi aprovada a sua proposta de ficar transcrita em áta a sua conferencia. Ei-la na integra.

“Sr. presidente, srs. colegas.

Sei de interpretar os sentimentos e a vontade de todos vós pedindo que seja lavrado em áta a solidariedade da Sociedade de Medicina de Porto Alegre com todo o mundo medico e social na comemoração de duas datas cincoentenarias de inequivoco valor.

A primeira é a da descoberta do Bacilo da tuberculose. Foi de fáto em 24 de março de 1882 que Roberto Koch comunicava á Sociedade de Fisiologia de Berlim, ter individualizado um bacilo especial que se devia considerar como patogenico da infecção tuberculosa.

Desta data até poucas semanas antes de 27 de março de 1910, dia de sua morte, o grande sabio alemão não descansou um só momento, penetrando com novas e inteligentes pesquisas os dificeis problemas que deverão ter como solução a descoberta da terapeutica especifica do grande mal — e etapas importantes foram por ele realizadas:

- 1.º — Pesquisa de uma coloração relativamente especifica do bacilo individualizado;
- 2.º — Adaptamento dos terrenos culturais para o desenvolviméto e isolamento do bacilo;
- 3.º — Produzir por meio da inoculação em animais a lesão já conhecida: o **tuberculo**;
- 4.º — Utilização terapeutica das toxinas contidas no corpo do bacilo;
- 5.º — Finalmente, se outras sub-especies...

Muitos foram em todos os paises os cooperadores da grande obra que até conseguimento completo ocupa e ocupará a humanidade, na procura do remedio para um de seus males maiores, mas é a ele, ao grande Koch, que cabe, sem duvida, uma grande parte dos louros da vitoria conseguida.

Outra data que está sendo comemorada na Italia, como em todos os paises a genial descoberta do professor de Pavia, Carlos Forlanini, e que lançou a base cientifica sobre a qual desenvolveu-se e continúa a desenvolver-se a terapeutica mais eficiente da tuberculose pulmonar. Os principios teoricos que Forlanini lançou como base de seu pneumotorax permanecem hoje imutaveis tais como os tinha concebido e por ele foram expostos e defendidos com provas praticas em sua publicação — apresentada ao congresso de Roma em agosto de 1882 — Contribuição na terapeutica da tísica.

Todos os seus enunciados, muito embora grande tenha sido o caminho percorrido nestes ultimos cincoenta anos, jámais se chocaram com algumas das muitas conquistas cientificas no campo da tuberculose.

Todas as pesquisas sucessivas, diz um dos seus illustres discipulos, Huberto Carpi, nada mais fizeram do que corroborar o fundamento teorico do método do mestre de Pavia.

Ele resistiu a toda a série de provas que a indagação cientifica exige para valorizar experimentalmente cada uma das induções doutrinaes. Sem aqui repetir uma não indifferente relação de argumentos

estatísticos como foi feito nesta mesma Sociedade em novembro ultimo, basta citar que, de acôrdo com os dados publicados num dos ultimos congressos contra a tuberculose estas são as porcentagens de curas obtidas com o emprego da colapsoterapia pneumotoracica: 50%, segundo Carpi; 56% Dumarest e Murarecé; 68% segundo Schroeder e Tirstroem.

Esta porcentagem é obra do pneumotorax comparativamente aos casos de cura com todos os outros métodos até aqui conhecidos. Embora não tenha faltado quem, empregando os meios fornecidos pelo espirito de regionalismo mal compreendido, ou inveja ou qualquer causa, tenha procurado obscurecer os merecimentos da descoberta do clinico de Pavia, attribuindo a prioridade ora a Potain ora a Quinque, ou a outros, e recentemente uma revista francesa a um outro autor naturalmente em 1821.

A despeito destas vozes, que não produzem êco, o mundo científico faz a devida justiça ao sabio de Pavia, e neste comemora o 50.º aniversario da „genial descoberta”.

Logo após o sr. Presidente dá a palavra ao dr. Mario Bernd, inscrito em ordem do dia para falar sobre um caso de Hemofilia. O autor dissertou durante mais de uma hora sobre um interessante caso de sua clinica, apresentando numerosa documentação fotografica, assim como diversos exames de laboratorio. Fizeram comentarios sobre o caso os drs. Mariante e Helmuth Weinmann.

Passando ás comunicações verbais, o dr. Hugo Ribeiro relata um caso de sua clinica: uma dermatose familiar e congenita — doença de Mellard, apresentando diversas fotografias. Faz comentarios sobre o assunto o dr. Mario Bernd.

O dr. Mariante relata um caso de um menino operado de apendicite, com síndrome doloroso abdominal e enterorragia no setimo dia após a operação, terminando pela cura, e cuja etiologia não é clara. Fala á respeito do caso o dr. Decio Martins Costa.

Devido ao adiantado da hora, o sr. Presidente encerra a sessão, marcando para a proxima reunião uma conferencia do dr. Tomaz Mariante sobre molestia de Rœcklinghausen.

Porto Alegre, 30 de abril de 1932.

(a) **Dr. Enio Marsiaj,**
Secretario ad-hoc.

Presidente: Professor OTAVIO DE SOUZA
2.º secretario: Dr. HOMERO FLECK

Ata da sessão ordinaria realizada no dia 6 de maio de 1932.
Local: Sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Martin Gomes, Florencio Ygartua, Waldemar Job, Hugo Ribeiro, Carlos

Bento, Enio Marsiaj, Huberto Wallau, Manoel Loforte Gonçalves, Bruno Marsiaj, Cassio Anes Dias, Poli Espirito, Bâtista Hofmeister, Norman Sefton, Custodio Vieira da Cunha, Silvio Baldino, Antero Lisboa, Decio Soares de Souza, Homero Jobim, Decio Martins Costa, Telemaco Pires, Helmuth Weinmann, Maximiliano Cauduro, Leonidas Escobar, Marajó Barros, Jandir Failace, Adair Araujo, Mario Bernd, Couto Barcelos, Fernando Schneider, José Ricaldone, Plinio Costa Gama, Fabio de Barros, Luiz Gabriel Fayet e Homero Fleck — o dr. Presidente declara aberta a sessão.

A áta da sessão realizada a 30 de abril proximo passado deixa de ser lida em virtude da ausencia do respetivo livro. O dr. Presidente explicando o motivo imperioso e involuntario desta falta transfere, de acôrdo com a casa, a leitura da áta da sessão de 30 de abril para a primeira reunião da Sociedade.

Em seguida o Presidente concede a palavra ao dr. Helmuth Weinmann que, por espaço de 25 minutos estende-se em considerações sobre a doença de Nicolas-Favre. O relator detem-se estudando a etiologia desta molestia, afirma ser produzida por um virus filtravel e tece minucioso conceito sobre o exame hematologico nos doentes portadores daquela enfermidade. Expande-se, em seguida em considerações de ordem anatomo-patologica e prende a atenção da assistencia com a descrição da intra-dermoreação de Frei capaz de fazer o diagnostico diferencial entre a doença de Nicolas-Favre e a tuberculose ganglionar; diferenciação difficil pela clinica e outros meios laboratoriais. Antes de terminar seu trabalho, o dr. Helmuth Weinmann mostra aos presentes varias laminas com côrtes de ganglios de individuos atingidos da molestia de Favre e oferece seus serviços profissionais aos colegas afim de realizar a reacção de Frei, possuindo, para isso, o material necessario, recebido do serviço do Prof. Rabelo.

Passando-se ás discussões deste trabalho, toma a palavra, o dr. Hugo Ribeiro para encarecer a importancia da reacção de Frei e mostrar que, apesar de muito estudada e debatida a molestia de Nicolas-Favre, ainda não existe acôrdo, entre os dermatologistas sobre a sua especificidade.

Terminadas as considerações do dr. Hugo Ribeiro, pede, novamente, a palavra, o dr. Weinmann para demonstrar o valor da intradermoreação de Frei com estatisticas publicadas pelos mais modernos tratadistas.

Terminada a discussão sobre este assunto, o dr. Otavio cita um caso, em sua clinica privada, de molestia de Nicolas-Favre, diagnosticado clinicamente.

Passando-se á novas comunicações verbais, é concedida a palavra ao dr. Huberto Wallau que apresenta á Assembléa varias fotografias de uma doente com cicatrizes retráteis do pescoço, impedindo-lhe varios movimentos da cabeça. O dr. Wallau libertou as cicatrizes de suas aderencias profundas e restituiu ao pescoço e á cabeça quasi todos os movimentos perdidos.

Logo após, o dr. Decio de Souza comunica detalhadamente e com clareza um caso de azotemia cloropenica com dissociação cito-albu-

minica no liquor e com acentuados disturbios mentais. Estas perturbações psiquicas desapareceram a medida que pela terapeutica adequada as taxas de uréia e cloretos, no sangue, voltavam á normalidade.

Cessada a leitura do trabalho do dr. D. Soares de Souza, pede a palavra o dr. Antero Lisboa para felicitar o colega Decio pela perfeição de sua completa observação e estender-se em considerações sobre a etiologia da azotemia cloropenica.

Dpois de terminada a discussão suscitada pelo dr. Decio Soares de Souza, o dr. Presidente concede a palavra ao dr. Tomaz Mariante para comunicar um caso de endocardite estreptococica que este clinico está tratando, com proveito, pela imunotransfusão

Não havendo discussão em torno do caso do dr. Mariante, o sr. Presidente dá a palavra ao dr. Antero Lisboa para lêr uma observação de tetano que começára pela quadriplegia, transformando-se, após, em paraplegia. Este caso terminou pela cura depois de um tratamento durante cinco dias com 100.000 unidades de sôro anti-tetânico, diarias, e duas injeções por dia, de solução de sulfato de magnesio, applicadas endovenosamente. Os drs. Decio Martins Costa, Ygartua, Hugo Ribeiro e Mariante comentam a observação do dr. Lisboa.

Após, por considerar a hora adiantada, o dr. Presidente encerra a sessão, fixando a proxima reunião para o dia 27 do corrente e marcando como ordem do dia para a primeira sessão do mês de junho uma conferencia do dr. Antero Lisboa sobre "Contagio e herança da Tuberculose".

Porto Alegre, 6 de maio de 1932.

(a) **Dr Homero Fleck,**
2.º secretario.

Assuntos de atualidade

Estado atual da cirurgia do Esófago

por

Ê. J. Kanon

Realizou-se, em Madrid, de 15 á 18 de março do corrente ano, o IX Congresso da Sociedade Internacional de Cirurgia. O ato inaugural foi presidido pelo Presidente da Republica da Espanha, sr. Alcalá Zamora, tendo á sua direita o sr. Manuel Arana, presidente do Conselho de Ministros, e á sua esquerda o sr. Fernando de Los Ríos, ministro da Instrução Pública.

Assistiram a inauguração os srs. Verhogen, presidente do Comité Internacional; de Quervain, presidente do Congresso; Giordano (Veneza) que presidiu o VII Congresso; Henri Hartmann, presidente do VIII Congresso; Mayer, secretario geral da Sociedade; Recasens, presidente da Academia Nacional de Medicina; de La Peña, presidente da Academia Medico-Cirurgica Espanhola; e Goyanes, presidente da Associação de Cirurgia de Madrid.

Estavam, tambem, presentes os varios delegados de cada país: srs. Proust (França), Gray Turner (Inglaterra), Shoemaker (Holanda), Sauerbruch (Alemanha), Lilienthal (Estados Unidos), Alessandri (Italia), Shiotta (Japão), Barey (Finlandia), etc., vendo-se, ainda mais, uma coorte de cirurgiões vindos de todas as partes da Europa e America.

Foram relatadas e discutidas quatro questões:

1. Estado atual da cirurgia do esofago.
2. Tratamento das supurações pulmonares não tuberculosas.
3. Diagnostico e tratamento dos tumores da medula.
4. Anestesia.

Os srs. Deniker e Thalheimer publicaram ótimos e interessantes resumos das quatro teses apresentadas, nos numeros 27, 28, 29 e 30 da Presse Médicale do corrente ano.

Logo abaixo está a transcrição da primeira questão.

Estado atual da cirurgia do esofago

O sr. Grégoire (Paris), **relator**, mostra a importancia tomada pela cirurgia do esofago desde 30 anos, isto é, desde o dia em que os **raios X** duma parte, a **esofagoscopia** doutra parte, permitiram não sómente uma exploração e diagnosticos muito precisos mas ainda, senão a descoberta, ao menos uma descrição exáta e indicações terapeuticas razoaveis para três lesões esofagianas, até aí muito mal conhecidas: a **ulcera peptica**, os **diverticulos**, as **dilatações idiopaticas**. O relator estuda sucessivamente estes três capítulos, depois os dos **corpos estranhos** e do **cancer** sob o duplo ponto de vista clinico e terapeutico.

A. **Úlcera peptica do esofago** — Além das ulcerações por traumatismo ou queimadura, o esofago pôde apresentar uma úlcera em todos os pontos idêntica ás bem conhecidas do estomago ou do duodeno, e que evolue de modo analogo para a **hemorragia** ou a **perfuração**. Mais frequente do que se não acreditava, ella coincide muitas vezes com uma gastrite ulcerosa e o refluxo dum succo gastrico hiperacido é, talvez, um fâtor importante na genese desta lesão. De symptomatologia muito vaga, não pôde ser diagnosticada, seguramente, senão pelo exame dirêto e, muitas vezes, a biopsia é mesmo necessaria. E' preciso, pois, pensar nela e pesquisá-la, e só um tratamento medico (cauterização pelo nitrato, empastamento bismutado) lhe pôde ser utilmente oposto.

B. **Os diverticulos esofagianos**. — Salvo em um período tardio de sua evolução e em condições muito particulares, os diverticulos não pôdem ser revelados senão pela radioscopia, auxiliada ou não da endoscopia. Existem duas variedades:

1.º — **Os diverticulos do esofago toracico**, em geral raros e difficeis de diagnosticar, êles pôdem assestar-se na altura da bifurcação traqueal e são, em geral, pequenos, ou um pouco acima da passagem do diafragma e pôdem, então, atingir grandes dimensões.

2.º — **Os diverticulos do esofago cervical**, encontram-se sempre no orificio superior, na união da faringe e do esofago. E' uma hernia da mucosa através dum hiato muscular (entre o constrictor inferior e o erico-esofagiano), formando uma bolsa geralmente muito volumosa e comunicando largamente com o canal esofagiano. O temor da infecção do tecido celular peri-esofagiano fez precomizar, outrora, intervenções conservadoras (invaginação ou pexia) que não impedem a recidiva. Só a **extirpação do diverticulo** deve ser considerada como o tratamento de escolha. A' principio tem sido feita, por temor da cellulite, em dous tempos. E' preferivel fazê-la em um tempo, o que permite uma cura rapida da lesão.

C. **O méga-esofago**. — Bem que a sua patogenia seja ainda mal elucidada (e os numerosos vocabulos que o designam são a melhor prova), é racional admitir a existencia dum obstaculo de natureza variavel, assestando-se na passagem diafragmatica (espasmo, acalasia, hipertrofia ou estreitamento do anel, etc.), determinando a dilatação, á principio, o alongamento em seguida e, por conseguinte, o acotovelamento do esofago toracico. E' á este estadio de acotovelamento, em geral, que se vêm os doentes que apresentam phenomenos de estenose contra os quais numerosas gastrostomias têm sido feitas sem diagnostico preciso, antes que a radiografia não nos tenha revelado a existencia das dilatações esofagianas.

Contra esta afecção, preconizou-se, á principio, muito naturalmente a simples dilatação pela sonda, seja lenta seja brusca. Foram obtidas melhoras notaveis, mas sem successos completos. Tentou-se, assim, fazer melhor pelos métodos sangrentos visando agir sobre o

obstaculo, seja dilatando-o (dirétamente por gastrotomia esta vez), seja contornando-o (derivação). Discutindo estes diferentes métodos, G. concluiu na necessidade de agir, ao mesmo tempo, sobre o diafragma espmado ou hipertrofiado e sobre o esofago, muitas vezes, estreitado por inflamação ou distrofia congenita. A via combinada toraco-abdominal que preconiza permite fender largamente o diafragma de trás para diante, respeitando a pleura e o peritonio que são simplesmente descolados. Póde-se, então, tendo as lesões sob os olhos, agir muito facilmente, ao mesmo tempo, sobre o esofago e sobre o diafragma. Esta operação, relativamente, benigna já deu á numerosos cirurgiões resultados excelentes, confirmados pela prova do tempo.

D. Os corpos estranhos. — Em principio, na hora áttual e graças aos progressos da esofagoscopia, a quasi totalidade dos corpos estranhos são justificaveis da extração diréta através do tubo iluminante. Mas para isso, é indispensavel que não haja tempo perdido pelo doente ou pelo medico em esperar uma illusoria quédá no estomago. As paredes esofagianas infectam-se depressa, sangram, ulceram-se e, logo depois, o corpo visto pelo tubo não póde mais ser apanhado e extraído sem perigo. Forçoso, então, de se recorrer á cirurgia. Ora, se o corpo estranho estiver na região alta, se póde obtê-lo, ainda, muito facilmente pela esofagotomia cervical. A mortalidade, que, com a endoscopia, é de 2 á 3 por cento, não passa, ainda, aqui 5 por cento. Se se tratar dum corpo situado baixamente, a via transgástrica é já muito mais grave e duma técnica infinitamente mais difficil do que se imagina teóricamente. A mortalidade excede de 16 por cento. Se, enfim, se tratar (eventualidade felizmente rara) dum corpo estranho do esofago toracico médio e que é preciso recorrer, para o extraír, á via mediastinal, o desastre é quasi certo. Os raros casos publicados acusam uma mortalidade de mais de 60 por cento.

A fortiori, nos casos complicados, é preciso não se abster. A hemorragia e sobretudo o abcesso são indicações formais. Neste ultimo caso, é preciso incisar largo, extraír o corpo e deixar tudo aberto. E' a unica probabilidade de salvação nesta terrivel complicação de evolução fatal. Por uma operação rapida e larga, se póde ainda chegar á 10 ou 20 por cento de successo!

E. O cancer. — Em algumas linhas desabusadas, Grégoire lembra as tentativas de esofagectomia feitas até agora e os medioeres resultados obtidos. Até nova ordem, êle considera que a gastrostomia e a radiumterapia pelo esofagoscopio são as unicas indicações áttuais em materia de cancer esofagiano.

O relatório termina por uma dezena de páginas de técnica onde o autor expõe muito claramente as diferentes vias de acesso do esofago.

Não esqueçamos de assinalar um muito importante índice bibliográfico muito cuidadosamente estabelecido para cada uma das afecções consideradas.

O sr. Jiano (Bucarest), relator, estudou muito especialmente a **esofagoplastia derivativa prétoracica nas estenoses cicatriciais do esofago.**

O seu relatório segue o do Grégoire que, como se viu acima, deixou de lado este importante capítulo que J. estudou a fundo. Após um estudo anatomo-clínico muito completo e um esboço dos tratamentos clássicos (dilatação retrograda, cateterismo sem fim, electrolise, etc.) elle mostra que em certos casos rebeldes, não há mais que um recurso: suprimir o obstáculo. Mas sendo dada a impossibilidade de aproximação dos dois segmentos do esôfago supra e sub-estricturais, a engenhosidade dos cirurgiões se empregou desde um certo numero de anos em realizar um néo-esôfago. Numerosos processos têm sido empregados com resultados diversos. Mas, em condições iguais, trata-se sempre de operações serias e de técnica delicada. Assim, é necessario assentar, logo de inicio, as indicações duma maneira muito precisa, tendo em conta a extensão das lesões, a sua séde, o grau de estriçtura, a resistencia organica do doente, a sua idade, etc. Uma estreita colaboração entre o cirurgião e o especialista é absolutamente indispensavel, e é preciso não se resolver á tentar a esofagoplastia senão quando o esôfago considerado não pôde absolutamente mais servir, e, se, todos os processos tendo fracassado, não se quisér resignar-se a condenar o doente á gastrostomia perpetua.

Esta intervenção deve ser considerada como "o ultimo recurso terapeutico após o fracasso dos outros tratamentos". E' neste espirito que J. estuda sucessivamente as vantagens e os inconvenientes de cada método, fazendo o historico, a exposição técnica, a analyse das observações e apresentando os resultados obtidos. Estes métodos podem reduzir-se á seis principais segundo o órgão empregado para reconstituir o tubo esofagiano deficiente.

1.º **Esofagoplastica jejunal.** — Este processo, já preconizado por Tavel, foi realizado e posto em ordem por Roux, em 1907. Uma alsa jejunal isolada e excluida é implantada no estomago pela sua extremidade inferior, depois reconduzida até a região présternal por um tunel sub-cutaneo e fixada sobre uma sonda á principio, depois ligada secundariamente ao esôfago cervical. Apesar de alguns belos sucessos obtidos por Roux, depois por Herzen, este método apresenta poucas probabilidades, confina, as mais das vezes, ao esfacelo da alsa enxertada. E' hoje abandonado.

2.º **Esofagoplastia cutanea.** — Bircher, em 1894, depois Wullstein em 1904, procuraram fazer em única peça um tubo esofagiano por uma plastia cutanea toracica. Mas a fixação das extremidades deste tubo, tanto ao esôfago em cima como ao jejuno em baixo, apresenta dificuldades técnicas consideravçeis. Contudo, com certos aperfeiçoamentos (e J. descreve á este proposito seu processo pessoal), se chega á alguns resultados, pois que, sobre 16 casos estudados, J. releva oito curas mantidas com excelente resultado funcional.

3.º **Esofagoplastia com tubo gastrico.** — Este processo, empregado por Depage em 1903, depois por Beck em 1905 e Hirsch em 1911, consiste em isolar uma porção da parede gastrica para constituir um tubo prétoracico. Este tubo, geralmente muito curto, é doutra parte muito difficil de ser ligado ao esôfago. Apesar da paciencia e da en-

genhosidade dos autores, os resultados são mediocres e a mortalidade elevada (14 mortes sobre 27 casos estudados pelo relator).

4.º **Esofagoplastia por transposição gástrica.** — Para evitar os inconvenientes das operações precedentes e sobretudo dos multiplos retóques necesarios e das intervenções em muitos tempos, Kirschner teve a ideia de isolar todo o estomago e de lhe fazer tomar o lugar do esofago, ligando-o á porção cervical deste ultimo. Este engenhoso processo, aperfeiçoado por Ritter, deu, sobre 7 casos, 5 curas das quais 3 duraveis.

5.º **Esofagoplastia colica.** — Emfim, após Wulliet (1911), um certo numero de autores tentou restaurar o esofago por transplantação do colon transverso. Algumas curas foram seguidas durante três e doze anos, mas, as mais das vezes, os resultados permanecem aleatorios e incompletos.

6.º **Esofagoplastia mixta.** — Em todos os processos precedentes, apesar de alguns sucessos, os fracassos são a regra, pelo fâto da dificuldade de crear com um segmento intestinal um tubo muito longo para o ligar facilmente ás suas duas extremidades, sem risco de esfacelo. Quasi sempre, foi preciso juntar um tubo cutaneo creado *in loco* para enegar a realizar as suturas. Assim, este processo mixto tornou-se, muito naturalmente, o processo de escolha, sobretudo após a observação de Lexer (1908). Póde-se, assim, utilizar uma alsa jejunal curta, bem nutrida, não arriscando de se curvar e prolongada por um tubo cutaneo, cujo comprimento se regula facilmente á vontade. Inteiramente favoravel á este método, o relator dá-lhe uma descrição técnica longamente detalhada, que constitue "une mise au point" completa da questão. Uma importante estatística de 85 casos não comporta senão 12 mortes, apesar da gravidade da intervenção e 65 curas de qualidade excelente com a prova do tempo. Um índice bibliografico de 185 numeros termina este importantissimo trabalho de mais de 160 paginas.

O sr. Zaaiger (Leyde), **relator**, passa em revista as diferentes lesões esofagianas.

O **cancer**, na condição de ser diagnosticado cedo, póde ainda dar alguma esperança ás tentativas cirurgicas. Z. é, á este ponto de vista, menos pessimista que Grégoire.

As **malformações congenitas** devem ser estudadas com grande cuidado, pois se póde, se bem que raramente infelizmente, obter, as vezes, curas radicais. Entretanto, a fistula eso-traqueal parece estar realmente acima dos nossos recursos e é preciso contentar-se com uma gastrostomia.

Os **diverticulos** devem ser operados em um tempo com drenagem larga, quando se asséstan na região cervical.

Os **corpos estranhos**, justificaveis antes de tudo pela extração ao esofagoscopia, deverão, as vezes, contudo ser retirados por esofagotomia externa.

As **estenoses organicas**, devem ser tratadas cedo, com energia e

perseverança. Deve-se fazer tudo para evitar a esofagoplastia que, apesar de alguns sucessos, permanece com uma terrível gravidade.

O **cardiaspasma** é para Z., como para Cardenal, devido á acalasia e justificavel da operação de Heller, (cardiomiotomia) quando os métodos não sangrentos (lavagens, sondagens, dilatações lentas ou forçadas) têm fracassado.

O sr. Bireher (Aarau), relator, trata cirurgicamente, á principio, os casos de cardiaspasma com dilatação do esofago que não melhoraram pela dilatação ou a sondagem. E' a cardio-esofago-anastomose que dá os melhores resultados. A esofagoplastia guarda as suas indicações.

Na ressecção total do estomago que este autor focou, êle modificou sua técnica inicial; átualmente êle fecha o duodeno e pratica uma esofago-jejunostomia invaginando o coto esofagiano numa alsa intestinal conduzida até o diafragma. Uma jejuno-jejunostomia ao pé da alsa é necessaria e, além disso, é bom praticar uma jejunostomia temporaria.

Os diverticulos do esofago, facéis de tratar no pescoço, seja em um tempo, seja em dois tempos, são muito mais graves quando se trata dum diverticulo épifrenico. A via transpleural e a via abdominal não deram senão raros sucessos.

A **cirurgia do cancer esofagiano**, apesar dos 100 casos publicados e, ao menos, outros tantos ainda inéditos, permanece sem successo pratico quando se trata dum tumor toracico.

B. dá com detalhes e figuras em apóio da sua técnica pessoal de ressecção do cardia em um tempo, que se opõe á técnica em 3 tempos de Zaaiger-Nedblom.

Os métodos paliativos podem, algumas vezes, dar resultados duráveis. O relator cita uma observação pessoal de **gastrostomia** bem tolerada durante três anos e três quartos seguida da abertura do cancer na pleura, com pleuriz purulento tratado por toracotomia, seguido de uma sobrevida, ainda, de um ano e meio. A tubagem não substituiu a gastrostomia.

Quanto á **esofagoplastia prétoracica**, ela póde ser cutanea e numerosos sucessos foram publicados. O emprego duma alsa intestinal é já mais perigosa; o colon é preferivel ao jejuno. Quanto á **gastro-esofagoplastia**, de técnica muito complicada, sua mortalidade elevada de, ao menos, 75 por cento, a reserva á indicações excepcionais. As esofagoplastias dão resultados funcionais excelentes ao contrario da esofagoplastia intratoracica que deve ser abandonada.

Os **corpos estranhos do esofago** são retirados nos melhores casos pela esofagoscopia. Se fôr preciso operar, praticar-se-á segundo a séde, uma esofagotomia cervical, uma gastrotomia ou, mesmo, uma esofagotomia toracica. Quanto ás suas complicações, sua gravidade necessita uma intervenção: as hemorragias provêm, principalmente, da ulceração da arteria tireoidéa inferior que deve ser ligada. Os flegmões do pescoço necessitam uma larga drenagem bilateral. Quanto aos do mediastino, êles devem ser abertos por via cervical, ao nivel da

articulação esterno-clavicular, o doente estando colocado, em seguida, com a cabeça baixa. Não há cura por incisão dorsal; a mediastinotomia externa com drenagem não deu senão uma cura á Seiffert.

O sr. Lusena (Gênes), **relator**, trás, sobre uma série de capitulos da patologia esofagiana, os resultados da sua experiencia pessoal.

1.º **Ferimentos do esofago** — Não há nenhum interêsse em praticar a radiografia de contrôle, nem a esofagoscopia. A sutura em dois planos, muito cuidada, é o tratamento de escolha. E' muitas vezes prudente de acrescentar aí uma gastrostomia temporaria;

2.º **Queimaduras graves** — Nada de sondagem precoce, mas uma dilatação metódica e progressiva desde os primeiros sinais de néoformação conjuntiva, afim de evitar a formação duma estenóse. Se esta se produzir e resistir aos meios mecânicos, é preciso resignar-se á esofagoplastia. O autor é partidario, se possível, da plastia intestinal pura, com a condição de bem verificar a vitalidade da alsa transplantada;

3.º **Corpos estranhos** — O autor chega ás mesmas conclusões que as de Grégoire;

4.º **Diverticulos** — Ao contrário, aqui é partidario da extirpação em dois tempos pelo método de Mayo;

5.º **Méga-esofago** — L. acredita que a hiperdilatação do hiato muscular dá bons resultados e que a intervenção sangrenta é raramente indicada. Se fôr preciso aí chegar, êle dá a preferênciã á esofago-gastrostomia abdominal ou á esofagolise com hiatotomia;

6.º **Cancer** — A exerêse pôde ser tentada nos primeiros estadios duma lesão cervical ou abdominal. Para o esofago toracico, é preferivel empregar a radiumterapia.

O sr. Gray-Turner (Newcastle upon Tyne), **relator**, fala com entusiasmo da exposição por via abdominal da parte inferior do esofago, segundo o método de Lambert. O lobo esquerdo do figado pôde ser destacado sem perigo do diafragma. Vê-se, em seguida, nitidamente o peritonio do esofago abdominal e se o incisa; pôde-se, então, facilmente com o dedo libertar a parte inferior do esofago e a mbilizar. Em 10 casos, tem, por esta via, praticado uma esofagoplastia ou uma esofago-gastrostomia por lesões não cancerosas, sempre com bons resultados. Opera, habitualmente, quando as dilatações fracassaram.

Tem praticado, tambem, uma anastomose por via transpleural, que é difficil e perigosa.

O radium e a radioterapia profunda têm dado desapontamentos nos casos de tumores malignos e o relator continúa a pensar que a extirpação cirurgica permanece o melhor tratamento do cancer da parte inferior do esofago.

Mesmo em três casos de cancer da porção média, praticou a ressecção total do esofago, começada pela extremidade inferior e terminada por incisão cervical. Ela deve ser completada por uma esofagoplastia antetoracica.

Um de seus doentes morreu de pneumonia ao cabo de uma semana

e não havia nenhuma mediastinite á autopsia. Os dois outros morreram de choque, mas não é preciso que os cirurgiões renunciem a tratar esta afecção, que permanece, ainda, sem esperança.

O sr. Cardenal (Madrid), relator, estuda a patogenia e o tratamento da **dilatação esofagiana sem estenose organica**.

Lembrando as diversas teorias propostas (mêga-esofago, cardiopasma, gastrospasmo, lesão do vago, insuficiencia cardiaca motora, frefrencurose, atonia esofagiana, acalasia), conclúe, após discussão, em favor da acalasia ou alteração do reflexo de abertura do esfíncter esofagiano. Haveria para êle identidade de mecanismo com a estenose pilorica dos lactentes e a molestia de Hirschprung (mégacolon). Baseia sua opinião sobre uma interpretação da lei de Bayliss e Starling que, para êle, teria sido mal compreendida até aqui. A fase de dilatação para o tubo digestivo, em geral, deve ser considerada como a fase áti-va dos movimentos peristálticos, enquanto que a fase passiva é representada pelo retorno do intestino á sua fase de contração prévia. Estas mesmas leis pódem explicar um grande numero de alterações de outros esfíncteres, assim como de perturbações post-operatorias ao nível das néostomias gastricas. Entre os tratamentos propostos: cardioplastia, esofago-gastrostomia, cardiomiotomia, é á este ultimo que o autor dá a preferência. Quanto aos processos não sangrentos, êles não têm, por assim dizer, jámais dado resultados duraveis.

Esta tése foi, tambem, discutida por um grande numero de cirurgiões: de Quervain, Donati, J. Louis Faure, Sauerbruch, Chiarolanza, Haberland, Lilienthal, Denzel, Segal, G. Carlo, G. Pieri, Soupault, J. Braine e Yves Delagenière.

Pediatria

AS FEBRES ALIMENTARES DO LACTENTE

por

Florencio Ygarua

Desde que os leites manipulados em pó — leites secos — entraram no uso diario e crecente na dietetica infantil, sendo alguns deles armas poderosas na alimentação da criança, principalmente no 1.º ano de vida, muitos têm sido os estudos realizados no que se refere á constituição dos mesmos, no seus principais elementos, como: as albuminas, gorduras, hidratos de carbono, saes, diastases, lipoides e vitaminas.

Ultimamente tem aumentado consideravelmente o uso de leite em pó, muito principalmente o leite butírico, o "babeurre des francêses", o Buttermilch dos alemães, denominado por muitos com o nome de leiteho, existindo no commercio com a denominação de "Edel" e "Eledon".

Indiscentivelmente o grande uso na população infantil de leites em pó, ao meu modo de ver, principalmente os mais ricos em albumina, e entre êles o leiteho, ou melhor, o leite butírico, tem concorrido para se observar com mais frequencia, embóra não sendo comum, as febres alimentares. O apparecimento da febre alimentar, n'alguns casos onde se fez uso do "leiteho" como ainda ha pouco tive oportunidade de observar num caso da minha clinica particular, facil é fazê-la desaparecer com a mudança de regime.

Podemos afirmar que excepcionalmente nos vemos nesta contingencia de ter que substituir o leite humano, alimento de elevadas propriedades dieteticas, a arma mais poderosa na alimentação do lactente nos seus primeiros meses de vida, na falta de leite humano. Czerny, cathedratico de Pediatria da Universidade de Berlim, talvez figura de maior destaque da Pediatria contemporanea, afirma muito bem nas suas magistraes lições de dietetica infantil: "Si eu tivesse de escolher um unico alimento-medicamento entre todos os existentes, daria, sem vacilar, preferencia ao leite butirico. Munido exclusivamente com esse instrumento de dietoterapia, estaria mais armado do que com todos os outros juntos". Nestas palavras vemos o atestado mais eloquente do seu valor dietetico.

A febre alimentar pôde mesmo aparecer com o uso de leite humano completado no seu valor dietetico com a mistura butirico-farinacea de Czerny — Kleinschmidt (Buttermehlnahrung).

Lembrando o interessante assunto das "febres alimentares" transcrevemos a discussão do Congresso de Estrasburgo no que se refere a estes estados, tendo feito parte como tema oficial no importante certame científico.

VII° Congresso de Pediatria da lingua franceza

Estrasburgo, 5-7-1931

Tendo como presidente o Professor Rohmer e actuando como Secretario o Dr. Woringer, realisou-se em Estrasburgo um importante Congresso de Pediatria, onde estiveram representados onze paises. Entre os representantes que participaram directamente do Congresso notavam-se da Belgica, os professores Péchere, Cohen, Maldaque, Plumier, Clermont, etc.; da Italia, os professores Coimbra, Allaria, Battista, etc.; da Suissa, Gautier e Franconi; do Canadá, Letondal; da Polonia, a Srta. M. Ehrlich; do Uruguay, o professor S. E. Burghi. Existiam, tambem representantes do Luxemburgo, da Noruega, da Suecia, de Portugal, da Rumania, da Jugo-Eslavia.

1.ª questão

As febres alimentares do lactente

Os ensaios de interpretação fisiologica das febres alimentares do lactente

SCHAEFFER. (G.) Estrasburgo). Ao substituir o leite materno pelos alimentos artificiais, cujos componentes (agua, saes, hidratos de carbono, proteínas e lipoides) guardam uma proporção diferente daquele, se pôde observar hipertermias de tipo especial, não infecciosas, que desaparecem bruscamente ao eliminar-se uma parte dos saes ou das albuminas acrescentadas á porção ou aumentando-se a agua ingerida.

Em 1910, Heim e John, ao estudar as febres do sal provocadas no lactente pela introdução no organismo de excesso de clorureto de sodio, admitem que o ión Na. é hidropigenio. A agua tendo-se immobilizado nos tecidos não é sufficiente para garantir a parte de termolisis que se faz pela perspiração d'agua; resulta inevitavel uma hipertermia pela accumulção do calor. Em 1923, Rietsehsehl usou nas febres protidicas, a mesma explicação anterior.

Finkelstein, desde 1917, traz importantes contribuições á questão. Em 1929 insiste sobre o importante papel que pôde desempenhar a secreção renal como

fator de desidratação nas febres protídicas. Em 1931 admite como fator determinante a dessecação do organismo ou "exsicose" e acusa com especialidade a dessecação dos órgãos dependentes do sistema porta. Na opinião dele, as febres de desidratação não são alterações da regularidade física pela insuficiência do suor e da respiração d'água pulmonar, não são febres de origem periférica mas, sim, de origem central. Em 1931, Debré e Lelong acham que o que dá a febre de leite um caráter distintivo, é que esta não é acompanhada como as febres de desidratação da perda de peso do sujeito. Trata-se mais de uma mobilização das reservas d'água do que duma desidratação.

I. **Regularização termica dos homeotermos** — Laços estreitos unem o metabolismo d'água a regularização física da temperatura e para o lactente, homeotermo imperfeito e fragil durante as primeiras semanas a perda d'água pela evaporação é o fator principal da regularização da termolisis. Todos os trabalhos modernos salientam a importância cada vez maior que dão os fisiólogos ao papel desempenhado na regularização termica, pela respiração d'água. Pois bem, existe uma relação direta entre o fenómeno e a patogenia das febres alimentares. O lactente está demasiado vestido para que aumente com facilidade sua perda calórica pela radiação e condução; não pôde remedir o aumento da termogénesis sinão aumentando sua vaporização d'água. Se este modo de termolisis está comprometido pela falta d'água, disponível, a temperatura central elevar-se-á fatalmente e tanto maior será a facilidade quanto mais jovem fôr o lactente, dispondo duma regularização física mais insuficiente.

II. **Estática e dinâmica d'água** — As reservas d'água são muito menores no lactente que no adulto. O peso dos musculos, ponto importante de reserva, não chega mais que a 20% em vez de 40% do peso do corpo. Por outra parte a quantidade d'água produzida no curso das oxidações varia com a natureza do alimento queimado. A elevação de 100 calorias de protídes, solta 28% menos d'água ainda que essas mesmas calorias fossem dadas sob a forma de hidratos de carbono. As necessidades da água do lactente são enormes comparadas com as do adulto. O adulto ingere 35 grs. d'água por kilo de peso, em 24 horas; o lactente ingere 180 grs. ao nascer e 122 na sexta semana. O leite materno está perfeitamente adaptavel a essas necessidades d'água consideraveis a razão de sua enorme deluição, tanto em protídes como em saes.

III. **Mecanismo das febres alimentares.** O aumento das proteínas do regimen sem aumento paralelo da água pôde produzir hipertemia sem que seja necessario para isso invocar a formação dos venenos piréticos provenientes dos protídes (aminas proteinógenas?) O estancamento do calor de origem periférica, devido a diminuição da evaporação d'água em proveito da eliminação renal, é o fenómeno causal. Desde o instante em que se instala a hipertermia, se o aumento d'água é insufficiente, aparecem os fenomenos característicos das **exsicoses**. A verdadeira definição das febres alimentares deveria ser: **febre por desequilíbrio do regime alimenticio**.

As febres alimentares são devidas ao emprego dos régimes artificiais estabelecidos sem tomar em consideração as recentes aquisições das ciencias.

Em vez de dar ao lactente leite seco de vaca, mais ou menos desnatado, se dêsse leite seco de mulher, poder-se-ia diminuir a água dentro dos mais amplos limites, sem que apparecesse a hipertermia, uma vez que as quantidades de protídes, de saes e de glicosídes, ficarão perfeitamente equilibradas, isto é, adaptadas

às necessidades qualitativas e quantitativas do crescimento do lactente. Na falta do leite seco de mulher facil seria estabelecer, partindo do leite de vaca rações de constituição aproximadas ás do leite materno.

IV. Devem separar-se as febres do leite seco das outras febres alimentares?

Debré e Lelong separam as febres de leite seco das febres de desidratação, porque aquelas não vão acompanhadas de perdas de peso. Apesar disso, pôde-se explicar do mesmo modo as febres de leite seco e as febres protidicas. Analizando as quantidades de leite seco, dadas ao lactente, por dia, tomando por base as tabletas de Schreiber, vê-se que a elevação d'agua, em certos casos, chega "ao limite" para as transformações metabólicas dos protides. Para que a criança apresente um balanço d'agua positivo, é necessario que elimine a urea numa concentração nitidamente superior a 20%. Se o estado dos seus rins não lhe permite uma concentração tão elevada, diminuirão sua perspiração insensível afim de eliminar a urea e terá hipertermia, por estancamento de calor; mas sómente a perspiração da agua será afetada, não produzindo a exsiccose acompanhada de perda de peso, pois a agua da ração é quasi sufficiente. E' a causa do débil desequilíbrio protides—agua, diferenças individuais, chegam ao máximo no régime do leite seco. Pôde admitir-se que é o valor da constante úreo-secretoria que fará do lactente um hipertermisante, com o régime dado.

Estudos experimentaes sobre a febre alimentar e sua aplicação na clinica

Coreau (P.) e Vallette (A.). A febre alimentar é uma febre não infecciosa, ligada a presença, ausencia ou ás proporções respectivas de certas constituintes normaes da ração alimentar. Os A. A. deixam de lado as febres de carencia que Ribadeau Dumas, Lelong e Chabrun descrevem e cuja patogenia parece na actualidade, muito pouco elucidada e limita-se estritamente aos casos em que unicamente a alimentação pôde ser acusada, na ausencia de alterações digestivas concomitantes.

Constatações clinicas fundamentais. Segundo Traube existiam, como factores de febre no curso das enfermidades infecciosas, um elemento propriamente infeccioso e outro alimentar. No lactente, a escola Honesa assinalava em face a monoteria da criança de peito, as oscilações da temperatura discreta do alimentado artificialmente.

Tugendreich assignalou a febre do babeurre. Em 1906 Finkelstein observou que os lactentes dispépticos alimentados com leite ou soro de leite assucarado apresentam febre e ao contrario, nos lactentes atacados de dispepsia aguda, o desaparecimento da febre se produz frequentemente a base duma dieta hidrica.

Evolução da questão. Os experimentadores accumularam uma serie de factos contraditorios entre os que é difficil decidir-se. Existe porém, determinado numero de sinais que servem para regular o debate:

1.º — **Papel dos cristaloides.** — Experiencias contraditorias condenam para fins experimentais a injeção destas substancias, pois diversos factores alteram os resultados. Fica, em consequencia, a ingestão de soluções salgadas ou assucardas. No começo Finkelstein considerava que a febre do assucar se produzia matematicamente; pois bem, para sua produção é necessario a intervenção de alterações digestivas. Quanto ás soluções salinas, introduzidas pela via digestiva, Heim e John comprovaram sua ação hipertermica, confirmando-a Finkelstein e L. F. Meyer. Devemos advertir que a concentração da solução é o fator mais im-

portante. Logo, o papel do sal, introduzido pela via enteral, parece bem estabelecido.

2.º — **Papel da albumina.** — Em 1912 Finkelstein prova que a febre do açúcar só se produz na presença do soro a cujos saes atribue o papel principal. Pelo contrario, Hirsh e Moro admitem que a febre do açúcar seria uma febre albuminosa, o que confirmam mais tarde Rieschel e seus colaboradores. Em resumo, tem-se constatado até o presente que a febre alimentar se produz sem intervenção de alterações dispépticas pela concentração das proteínas ou do clorureto de sodio da alimentação e unicamente na sua presença.

3.º — **Papel da agua.** — Conhece-se a febre de sede, de Muller, e a febre de inanição de Claudell, que se observa nos lactentes que não recebem pela sua alimentação, agua sufficiente e que desaparece com um aumento desta. Ha pois, dois grandes grupos de febres alimentares; a salina e a albuminosa. Ambas desaparecem pela agregação d'agua mas a sede é relativa, pois a febre pôde ser determinada ou por concentração dos elementos sólidos (febre de concentração) ou pela diminuição d'agua (febre de sede). O sal, pela sua ação hidropigenica, elimina ao exterior grande quantidade d'agua, medinte a diuresis ou o imobiliza no interior do organismo, para o mantimento das condições osmóticas normaes. A albumina aumenta as necessidades d'agua do organismo pela exigencia do seu metabolismo proprio; por outra parte, os residuos azoados exigem, para sua excreção, uma diuresis acuosa intensa. As causas pelas quaes aparece a febre nas condições mencionadas, variam, segundo os autores.

Para Bessau se trataria de febre microbiana; porém não foi possível dar uma prova positiva. Para L. F. Meyer, Moro, etc., seria de origem tóxica, pela ação dos polipeptidos e de ácidos aminados. Isto também não foi comprovado. Asteorias fisicas se reúnem em dois grupos: insuficiencia de perda de calor (Heim e John, Rietschel, Debré e Lelong) e desarranjos termicos de origem centra (Finkelstein). Na atualidade ficou estabelecido que por uma desidratação absoluta ou relativa, na presença do sal ou albumina na alimentação podem provocar diferentes fenomenos geruis, entre os quais se contam uma elevação de temperatura. O fator essencial dessa febre é a insuficiencia da quantidade d'agua, em relação aos constituintes sólidos da reação.

Aplicações clinicas. — A eventualidade da febre alimentar parece rara em clinica; é realizada por certos alimentos especiais — entre os quais o leite seco — a favor dos fatos predisponentes entre os quais o estado do equilibrio acuoso e das funções renais do lactente, desempenham o papel principal. Nas alterações digestivas primitivas é difficil dar a prova dela. A alteração do metabolismo d'agua provocadora da febre pôde não ser de origem alimentar mas sim de origem externa ou atmosferica, como no "comp de chaleur" ou no síndrome do vento de meio dia.

As febres alimentares em clinica

Mathieu (R) e Chabreu (J.). As febres alimentares são reações febris provocadas por certos alimentos (leite seco, clorureto de sodio) os quaes se manifestam por causa dum desequilibrio na composição do régimen (febre de sede, de concentração, etc.) Sómente se observam nos lactentes durante os 8 ou 10 primeiros meses e desaparecem desde que sua causa é suprimida.

Febre do leite seco. — O primeiro caso foi publicado por Debré e Semelaigne. Geralmente sobrevem em crianças de tenra idade, menores de 5 meses e a noção do terreno desempenha papel importante nela. Tem-se visto com diferentes marcas de leite seco. As vezes, tem acusado o seu envelhecimento. O começo dos accidentes febris observa-se depois dum tempo de lactencia que varia dos 5 aos 8 dias. Os primeiros sintomas são: um pouco de agitação e de máo humor; febre em geral elevada (41°—42°) ás vezes moderada, sem adoptar nenhum tipo preciso. A febre caracteriza-se porque se apresenta como um sistema isolado, sem nenhuma outra alteração do estado geral.

O appetite é bom, a digestão tambem, as disposições normais, o crescimento prosegue regularmente. A supressão do leite seco, provoca uma diminuição da temperatura, normalmente em 24 horas; inversamente, a reiniciação da administração do leite seco provoca o retorno immediato da febre. A diminuição parcial do pó de leite provoca, em certos casos, a diminuição da temperatura. Os casos de leite seco são raros e sua existencia não permite desacreditar o emprego do leite seco na alimentação dos lactentes sãos ou enfermos.

Febre de sal. — Não tem interesse sinão experimental, pois os regimens hipersalgados usam-se pouco em dietética infantil. A febre por injeção de sal foi primeiramente descrita por Hutinel, em 1895, no lactente a base de injeções subcutaneas de soluções isotónicas, de chlorureto de sodio, sobre tudo em pessoas atacadas de tuberculose. Póde ser necessario restringir o emprego de injeções salgadas em certos casos por causa de sua nocividade. Para Ribadeau-Dumas e seus discipulos, as crianças atacadas por grandes vomitos, sem febre, aproveitam o uso de soluções salgadas em injeções, as quais são contra-indicadas nos lactentes atacados de infeções agudas ou sub-agudas, acompanhadas de hiperloremia. Nestes ultimos, é preferivel empregar soro glucosado ou bicarbonatado.

Febre de sede. — A necessidade minima d'agua, do lactente, póde estimar-se em 150 cc. por kilo de peso. Reduzindo-a a 50 ou a 25 cc. d'agua assucarada, não se produz nenhuma elevação de temperatura; mas juntando-se á agua 0 gr. 50 de chlorureto de sodio ou de 1 a 2 gramas de proteina, basta para provocar uma reação febril. A alimentação com leite ou mesmo com leite diluido, póde produzir tambem febre desde que a quantidade total de liquido não ultrapasse de 25 a 50 cc. por kilo, segundo Finkelstein. É a chamada febre de sede. É muito rara no lactente, mas muito comum do recém-nascido. Neste aparece no curso da primeira semana; muito a miudo, do segundo ao quarto dia. Póde elevar-se até 39° ou 40° e desaparece em poucos dias e até em poucas horas. Esta hipertermia é acompanhada d'uma sensivel diminuição de peso. Convem não esquecer que, abitualmente, a febre do recém-nascido é devida a uma infeção, a uma hemorragia meningea ou ás variações térmicas do meio exterior.

Febre de concentração. — Provoca-se esta administrando ao lactente com um porção normal d'agua, uma grande quantidade de albumina ou de sal; por exemplo, mamadeiras que contenham uma dose de leite em pó, dupla ou normal

Febre dos síndromes de desidratação. — O problema das febres alimentares nas alterações digestivas agudas, tem sido estudado, sobre tudo por Finkelstein. Certas crianças atacadas de diarrheia aguda febril, com diminuição rapida de peso, apresentam com o regimen hidrico não só uma melhora nas alterações digestivas, como ainda uma diminuição de temperatura e a reiniciação do aumento do peso. A febre alimentar, nas alterações digestivas agudas é excepcional; sobre 1.500 enfermos, Mathieu não observou mais que dois casos.

Febre de assucar. — Tem sido observada em certos lactentes por distintos autores (Schaps, Tugendreich, Finkelstein, Rosenthal). A lactose seria a mais febrígena. Nobécourt a tem visto aparecer nos lactentes alimentados com leite adicionado de lactose; mas esta febre só aparece quando as crianças têm diarreia. A febre por injeção de soro assucarado foi assinalada por Schaps em 1906. Outros autores atribuem á infecções acidentais, devidas á impureza das soluções empregadas.

Febre de soro. — Finkelstein e L. F. Meyer atribuem um interesse consideravel á febre provocada nos lactentes pelo soro ou pelas misturas alimenticias nas quais ele figura.

Febre do Babeurre. — Assinalada por Leschziner, foi estudada em 1906 por Tugendreich, que foi quem verificou, ás vezes, em crianças alimentadas com babeurre, agitações, disposições feias e elevação de temperatura. E' pouco comum. Rivet attribuía a hipertermia a uma exaggeração dos fenómenos infecciosos sob a influencia do Babeurre e tinha observado que este alimento não devia ser administrado sinão depois do desaparecimento da febre, cinco ou seis dias após.

Febre do leite condensado. — Na pratica é excepcional.

Febre por carencia. — A mais conhecida é a febre escorbútica. Acompanha-se de anemia, de hemorragias diversas, de iquimosis gengivais, de pseudo-paralísia, mas tambem pôde manifestar-se como sintoma isolado. Esta forma febril do escorbuto frustado foi assinalada por Finkelstein e Ribadeua-Dumas. Na maioria dos casos a febre resulta ao mesmo tempo duma carencia de uma infecção. A febre na avitaminosis A. está geralmente ligada a processos infecciosos.

Diagnóstico das febres alimentares. — A febre alimentar aparece ou desaparece a vontade, introduzindo ou suprimindo no regime o alimento que deu origem á febre. Mas, atendendo a este criterio duma maneira absoluta, deve-se reconhecer que praticamente a febre alimentar é rara. A infecção declarada lactente ou oculta é a causa mais frequente da febre, e ha que procural-a sempre com muito cuidado. A infecção do lactente repercute por outra parte, rapidamente sobre seu peso e nutrição. As alterações do sistema nervoso central pôdem provocar um desarranjo térmico, sobre tudo nos recém-nascidos. Trata-se ás vezes de hemorragias meningéas de origem abastétrica e o conhecimento destes fatos permite pôr em duvida muitas observações chamadas febre de sede do recém-nascido. As variações fisicas do meio exterior, finalmente, pôdem provocar febre no lactente (coup de chaleur, síndrome do vento do meio dia). Na realidade, as febres alimentares são tão escassas na pratica, que seu diagnóstico deve ser um diagnóstico de exclusão.

Livros e teses

Dr. Paulo Assumpção Osorio — AORTOGRAFIA ABDOMINAL.

Tese de P. Alegre, 1932. Tip. Gundlach, editora.

A AORTOGRAFIA ABDOMINAL é um método semiológico praticado pela primeira vez, em 1929, em Portugal, pelos Drs. Reinaldo Santos, Augusto Lamas e J. Pereira Caldas. Consiste este processo na injeção duma solução opaca na aorta abdominal, por meio dum aparelho — o arteriografo Wallau—Osorio — construído em P. Alegre sob a inspiração do aparelho original de Reinaldo Santos feito na Casa Gentile, em Paris. “A alta concentração da solução opaca e a grande velocidade com a qual deve ser injetada são as duas condições essenciais da aortografia.”

Traz os seguintes capitulos:

Prefacio.

Prévia explicação. Historico do método.

Aortografia no morto.

1. — Importancia do método. 2. — Dificuldade na via de acéso. 3. — Divisão do assunto. 4. — Necessidade em a praticar. 5. — Técnica da aortografia alta e baixa. 6. — A melhor substancia opaca. 7. — Técnica radiografica. 8. — Fato interessante constatado em uma radiografia.

Divisão anátomo-radiologica da cavidade abdominal por intermedio da aortografia.

1. — Insuficiencia de termos para indicar o local da obstrução arterial.
2. — Impraticabilidade de adotar uma das divisões regionais conhecidas.
3. — A base anatomica na qual se assenta a divisão. 4. — Pontos anatomicos naturais. Planos imaginarios. Regiões. 5. — Vantagens advindas á aortografia em consequencia da divisão anátomo-radiologica da cavidade abdominal.

O aparelho para a aortografia.

1. — Causas de insucesso da aortografia. 2. — Maneira como foram remedidos os inconvenientes da injeção de substancia opaca, afim de fornecer o contraste desejado. 3. — Princípio no qual se assenta o apare-

lho francês. 4. — Como pretendíamos a resolução do problema da falta de um aparelho. 5. — Primeira tentativa de aortografia praticada em nosso meio. 6. — Importantes conclusões advindas dessa tentativa. 7. — Grandes dificuldades que se nos depararam. 8. — Como conseguimos resolver este problema fundamental. 9. — O arteriografo Wallau—Osorio. 10. — Descrição do aparelho. 11. — Funcionamento do arteriografo.

Aortografia no vivo.

1. — Bases fundamentais sem as quais seria impraticavel a aortografia abdominal. 2. — O brodil. 3. — Preparo da solução. 4. — A explicação da fraca concentraço da substancia opaca em nossa primeira tentativa de aortografia. 5. — Punção da aorta e anestesia dos esplanenicos. 6. — Técnica radiografica. 7. — Nossas aortografias abdominais. 8. — Principais indicações da arteriografia da aorta abdominal.

Conclusões.

Resumo (em francês).

É um ótimo trabalho, merecendo grandes elogios.

E. J. K.

Dr. Otavio Lupi Duarte — CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA REAÇÃO DE HINTON NO SÔRO-DIAGNOSTICO DA SIFILIS.

Tese de P. Alegre. Livr. do Globo. 1932.

Apresenta as seguintes conclusões:

- I. — Apresenta sobre certas reações de floculação a vantagem do preparo do antígeno ser de técnica simples, assim como o seu doscamento dispensa verificações penosas e demoradas.
- II. — A leitura dos resultados é feita com grande facilidade, mesmo nas reações fracamente positivas e pôdem ser comparadas nos tubos testemunhas.
- III. — É altamente especifica da infecção luetica para a qual apresenta grande sensibilidade.
- IV. — O material necessario para a reacção é extremamente reduzido, não necessitando nenhum aparelho especial para a execução e leitura.

- V. — É mais sensível que Meinicke e Kahn, pois a porcentagem de concordâncias absolutas é de 99,31%.
- VI. — É completamente indispensável que a estufa esteja regulada a 37°, sem o que a leitura do resultado se torna difícil, senão impossível.
- VII. — A reação sórológica de Hinton deve ser empregada na nossa prática diária, como está atualmente difundida entre os Americanos do Norte.
- VIII. — Necessita menos do que 1 cc. de sôro sanguíneo inativado, para a sua execução.
- IX. — A reação de Hinton, praticada antes e durante o tratamento, demonstrou uma curva decrescente paralelamente á intervenção terapeutica.

E. J. K.

Revistas e jornais

Anatopismo mental e delinquencia

O roubo dos estrangeiros nos mostruários parisienses

por P. Courbon e J. Tusaques

An. Med. Psi. Março 1932

Baseados em trabalhos de Ch. Blondel, os autores estudam os roubos efetuados por estrangeiros e, particularmente orientais, nas lojas de Paris.

Eles encaram o fator individual (interpretação psico-fisiologica) e o fator social (interpretação psico-coletiva).

Si o 1.º fator é sufficiente para explicar os roubos devemos, por extensão, admitir entre povos orientais e occidentais uma diferença de moral e de moralidade consoante as definições de Sollier. Tal explicação não satisfaz porque não considera o elemento capital do problema: a forma insolita do mercado parisiense para o estrangeiro. Assim, eles concluem que esses roubos são devidos á diferença dos costumes nos mercados orientais e occidentais: os orientais não encontrariam, em Paris a vigilancia que exerce o mercador no Oriente. Assim haveria apenas uma diferença de moral e não de moralidade. A essa inadaptação das formas de pensamento ás existentes em uma coletividade, os autores chamam, com Ch. Blondel, **anatopismo**.

O criterio do anatopismo dá ao delicto uma significação diferente tanto em psiquiatria como em psicopatologia forense.

D. S. S.

Esclerose em placas sífilítica em um P. G. impaludado

por I Bertrand, Péron e Elo — Soc. Neur. Paris an. m. psq. Março 1932

Os autores apresentam a observação de um P. G. impaludado, melhorado mentalmente, que apresentou um ano após uma paraplegia aparentemente em relação com uma mielite sub-aguda e com reacções positivas do L. C. R. O exame anatomico revelou, ao nível da medula e do bulbo, placas disseminadas apresentando todos os caracteres da esclerose em placas banal com degenerescencia mielínica e integridade dos cilindro-eixos. Grandes alterações vasculares permitem, ao contrario, afirmar a natureza sífilítica das lesões.

D. S. S.

Gagueira e reflexos condicionais

por Marinresco, O. Sager e A. Kreindler — Soc. Neur. P. an. m. Psq. março 1932.

Os autores após o estudo de diversos casos de gagueira relacionam essa afeição a reflexos condicionais, cuja fixação é favorecida pelo medo e a angustia em individuos apresentando disturbios da emotividade e, ás mais das vezes, uma hereditariedade morbida.

D. S. S.

A reação de Vernes com Resorcina no L. C. R. das afecções meningéias

por J. Querañgal des Essarts — Archives de l'Institut Prophylatique. Set. 1931

As mais das vezes, nas afecções meningéias a flocculação é pouco acentuada e parece estar em relação com a quantidade de albumina. Nos casos de meningites tuberculosas verificados pela pesquisa do bacilo de Koch e autopsia, ela é constantemente muito elevada; o índice fotométrico ultrapassa 100 em geral e ascende ao curso da evolução. Nas afecções meningéias de origem bacilar a reação com resorcina é portanto um excelente meio de diagnóstico.

D. S. S.

Sobre o mecanismo fisiológico da assuetude à morfina

por L. Hallion — R. P. de Biologie Apl. Jan. 1931.

No curso da intoxicação crônica, a morfina — como seus derivados — desaparece rapidamente do sangue. A eliminação pelos emunctorios é relativamente pequena. Devemos supor que a assuetude provem simplesmente da propriedade dos tecidos de destruir doses crescentes do toxico? ou haverá a formação de um anticorpo específico? Embora pouco admissível teoricamente essa última hipótese corresponde aos fatos porque é fóra de duvida que a morfínomania é antes de mais nada, um estado de desequilíbrio fisiológico que se traduz pela atenuação progressiva dos sinais de depressão em proveito da excitação.

D. S. S.

Sobre dois casos de tumores centrais do cerebro

por M. Balado e P. Satañowski — La Semana Medica. B. A. ag. 931.

Duas observações de tumores com sintomatologia predominantemente visual. No primeiro caso um glioma da região do quiasma e do tuber evoluiu sem perturbações endocrinas. No segundo, o diagnóstico ventriculografico foi posto em cheque. O desvio da imagem do lado E e a impermeabilidade do 3.º ventriculo tornaram verosimil a hipótese de um tumor do hemisferio direito. O exame anatomico revelou a existencia de um glioma ventricular intertalamico.

D. S. S.

Os aneurismas cerebrais arterio-venosos. Observação de um caso.

por F. P. Moersch e J. W. Kernohan — The Journal of. N. and. M. Disease

A sintomatologia é vaga. Nem a análise dos sinais subjetivos: cefaleas, impressões de ruídos na cabeça, nem o retardamento psiquico nem os roentgenogramas podem assentar um diagnóstico com firmeza. O método de Horton e Ziegler que consiste em estudar as variações da oxigenação do sangue da jugular interna parece ser de uma aplicação pratica duvidosa. Neste caso trata-se de uma comunicação da silviana D. com o sinus petreo-escamoso. O aneurisma se abre no ventriculo lateral.

D. S. S.

AMERICAN JOURNAL OF DISEASE OF CHILDREN**Significação da relação da retenção calcio-fosforo na criança**

Conclusões: Deve ser considerada como normal uma retenção de calcio e fosforo na relação de 1,5 á 1 e de 2 á 1.

A relação é tanto mais baixa quanto mais alta fór a idade, sendo que nas

crianças maiores deve existir uma retenção ao menos de 10 mgs. de fosforo e calcio por kg. de peso.

Nos lactentes, alimentados artificialmente, deve existir uma retenção de 40 mgs. de calcio e de 20—25 de fosforo por kg. de peso.

J.

REVISTA OFTALMOLOGICA DE SÃO PAULO

(n.º 3)

Glaucoma e seu tratamento

por

C. Penteado Stevenson.

Após considerações de ordem etiologica, a que não seriam estranhas perturbações simpaticas, o autor faz referencias ao emprego da pilocarpina, eserina e cloreto de calcio, assim como á simpatectomia. Ao tratamento medico usual acrescenta o emprego de injeções retrobulbares (6 á 8 cc.) de autosôro. Os resultados obtidos foram animadores.

J.

RASSEGNA DI TERAPIA E PATOLOGIA CLINICA

(n.º 12)

A irradiação da região temporal na cura do diabetes melitus

por

A. Francaviglia.

O autor cita a observação de dois doentes diabeticos nos quais, após a aplicação de irradiações da região temporal, foi verificado um notavel abaixamento da taxa de assucar na urina, assim como da glicemia e da acetonemia.

J.

BULLETIN SOC. CHIR. PARIS

(n.º 3)

A proposito de quatro tumores renais volumosos

por

Victor Pauchet e Le Gac, Hirschberg.

A sintomatologia dos tumores volumosos do rim é pobre e simuladora. Os autores citam quatro casos operados de volumosos tumores renais. Tres desses doentes não apresentavam nenhum sintoma renal; o tumor era o unico sinal existente. A pielografia,, segundo os autores, parece ser o melhor meio de diagnostico.

J.

BULL. DE L'ACADEMIE DE MÉDECINE

(mars, 1932)

Sobre um caso de septicemia estreptococica tratada pelo sôro antiestreptococico de Vincent. Cura

por

R. Paris e Lob.

Os autores relatam a observação de um caso de septicemia por estreptococcus hemolyticus, tratado por doses elevadas de sôro antiestreptococico de Vincent e terminado pela cura. A via de introdução do sôro foi, principalmente, a

venosa, na dose diária de 100 cc. Uma hemocultura ulterior foi negativa. No evoluer da molestia o paciente recebeu 1700 cc. do referido sôro.

J.

REVISTA DE RADIOLOGÍA CLÍNICA

P. Alegre, abril, 1932

n.º 4

Sumario:

Secção de Radiologia e Clinica Médica.

Estudo clinico-radiológico do abcesso pulmonar
por Otavio de Souza e Pedro Maciel (c/7 figs.)

Secção de Radiologia e Clinica Cirurgica.

La choleduodenographie et l'hydrohépatose
por Martin Gomes (c/4 figs.)

Protese metalica no tratamento das fraturas dos ossos do antebraço
por Homero Fleck (c/4 figs.)

Secção de Radiologia e Clinica Oto-neuro-oftalmologica.

Um caso de tumor do angulo ponto-cerebeloso, com verificação operatoria
por Corrêa Meyer, Jacinto Godoy, Eliseu Paglioli, Saint Pastous e
Fernandez Peña (c/19 figs.)

Secção de Radiologia e Clinica Odontologica.

Odontologia e medicina
por Cirne Lima (c/6 figs.)

Secção de Radiologia e Clinica Pediatrica.

Diagnostic clinico-radiológico da osteocondrite coxo-femural
por Decio Martins Costa e Saint Pastous (c/8 figs.)

Surgery, Gynecology and Obstetrics

Março — 1932

Relação entre o carcinoma do corpo do utero e o dos ovarios

por

Susan R. Offutt, Rochester, Minn.

Em uma série de 520 casos de adenocarcinoma do corpo uterino o carcinoma do ovario estava associado em 11,9%; e, em 616 casos de cistadencarcinoma papilar do ovario, o carcinoma do corpo uterino estava associado em 8,6%. A trompa de Falope é considerada como um dos meios através da qual se faz a transplantação. Por causa da semelhança das células adenocarcinomatosas em tecidos embriologicamente semelhantes, é muito difícil, as vezes, determinar qual carcinoma é o primario e qual é o secundario, e si ou não pôde ter havido original-

mente dois carcinomas independentes. Em casos de carcinoma dos ovários, a possibilidade de metastases no endométrio uterino pôde nascer no espirito, mesmo quando não ha grande evidencia peritonial da extensão do processo maligno. Por causa desta possibilidade, a histerectomia no momento da ablação dos ovários deve ser seriamente considerada.

E. J. K.

Fraturas de marcha de ossos do metatarso

por

Francis Howe Straus, Chicago

As fraturas de ossos do metatarso pôdem ocorrer após fadiga dos musculos e tendões do pé. Acontecem sem que tenha havido traumatismo e uma sufficiente dôr que notifique o paciente da lesão. Semanas mais tarde dá-se o desenvolvimento do calo osseo que se torna doloroso, e o aparecimento do tumor neste momento pôde ser considerado como um neoplasma á um observador não familiarizado com as fraturas de marcha. Estas se dão ou por uma caminhada exhaustiva (os soldados apresentam o maior numero destas fraturas), ou são consequentes da estação de pé prolongada. O diagnostico diferencial se faz com os neoplasmas e as periosteites lueticas. O autor descreve um caso tipico da sua clinica. Cita varios autores europeus que trataram da questão e estranha a pouca literatura americana e inglesa sobre o assunto. Esboça a patogenia de acôrdo com o seu modo pessoal, após ter transcrito a dos varios autores enumerados em seu artigo. Chega às seguintes conclusões:

1. Fraturas de ossos do metatarso pôdem ocorrer insidiosamente como resultado de um longo e continuo caminhar ou estacionar parado.
2. A dôr, e mais tarde a formação do calo, pôde simular o neoplasma.

E. J. K.

Estudos sobre veias varicosas injetadas

por

N. H. Lufkin e H. O. McPheeters, Minneapolis,

A formação de trombo em veias varicosas, tratadas por injeção de determinadas soluções empregadas pelos autores, depende duma lesão da camada endotelial do vaso. A deposição do trombo fórma, geralmente, a menor porção da massa obliterante total, depois do tratamento. A maior massa consiste de simples coagulo. A reincidencia resulta, provavelmente, da retração da porção coagulada da massa da parede do vaso, entre tributarios do principal canal, com restabelecimento da circulação através do novo canal.

E. J. K.

O desenvolvimento da técnica do mercurio-cromo na obstetricia

por

H. W. Mayes, Brooklyn

Uma comunicação de 10.000 casos — 5.000 dos quais foram estudados durante o período experimental. Desereve a técnica do uso do mercurio-cromo por meio duma seringa asética vaginal, durante o trabalho do parto. Um historico do desenvolvimento e um esboço da técnica do mercurio-cromo, ano por ano, são dados com a respectiva morbidez. A morbidez em 5.076 partos por via vaginal,

durante o desenvolvimento da técnica era de 8,9%, e com 5.102 casos com a atual técnica é de 5,6%. Isto é comparado com 2.072 casos antes do uso do mercúrio-cromo, com uma morbidez de 12,4%. A média dos dias de morbidez, por paciente, era de 0,40 antes do uso do mercúrio-cromo; 0,46 durante o período experimental; e, com as atuais direções cuidadosamente seguidas, 0,26. Sem mercúrio-cromo 1 paciente em cada 345 tinha uma morbidez de mais de 20 dias. No período experimental era 1 em 390, enquanto no último grupo é de 1 em 728. A estação do ano pouco tem que ver com a morbidez quando a antiseptia vaginal é bem praticada. A morbidez para os últimos 5.102 casos é de 3,01%. Conclusões: Um estudo de 6 anos de antiseptia vaginal na obstetria, no Hospital Episcopal Metodista, e a correspondente morbidez, sobre mais de 10.000 partos, com a técnica do mercúrio-cromo parece ter provado que é possível proteger cada mãe dos estragos da infecção puerperal.

E. J. K.

Tireoidectomia por tirotoxicose

por

H. M. Richter, Chicago

A proposição que o autor deseja apresentar é que: Uma adequada tireoidectomia, como a descreveu, reduz a taxa do metabolismo de base à normal com desaparecimento de todo sinal de intoxicação em poucos dias. O alívio do hipertireoidismo é permanente. Completando a operação em uma sessão, evita-se uma severa reação post-operatória e reduz a mortalidade ao mínimo. O insucesso nunca é devido à operação mas, sim, do operador. Aquilo que livremente se chama "relapso" (recida), é praticamente sempre um hipertireoidismo residual devido à uma inadequada remoção da tireoide.

E. J. K.

Infecção da glandula parotida

por

William H. Hobbs — Hyman Sneiderman — Carlton L. Faust Bringhamton, N. Y.

Tratamento por dilatação do canal de Stenson. Em conclusão, os autores acreditam que o método empregado por eles no tratamento das infecções da glandula parotida nos casos crônicos e agudos, é um nítido avanço sobre os métodos elaborados até agora. É fisiológico porque drena a infecção através dum caminho normal. Diferencia entre o tipo de infecção que corresponde ao método deles, e o que requer intervenção cirúrgica. Não necessita instrumentos especiais ou grande dextreza. Causa ao paciente pequeno desconforto, mas dá uma razoável segurança do sucesso.

E. J. K.

Personalia

Prof. Ivo Corrêa Meyer

Nos ultimos dias do mês de Maio, após um concurso brilhante, ascendeu á cathedra de Oftalmologia o Prof. Ivo Corrêa Meyer.

Uma das mais profundas e harmoniosas culturas da geração dos novos em medicina, o Prof. Corrêa Meyer toma assento na Congregação da nossa Faculdade, aos 32 anos, como o mais moço entre seus pares. Autor de dois esplendidos volumes de "Clinica oftalmologica", em que efloram as qualidades altamente intuitivas do clinico e do investigador e as do estilista de uma elegancia sobria e discreta, ele traz para o ensino, na cathedra enobrecida pela inteligencia imarecivel de Vitor de Brito, o valor da sua cultura e da sua bondade.

Colegas e amigos, em homenagem ao cientista e ao homem de coração, reuniram-se nos primeiros dias de Junho, na cordialidade de um banquete em que expressaram o aplauso dos convivas as vozes autorizadas de Martim Gomes e João Carlos Machado.

Os "Arquivos" fazem suas as palavras que, para louvar, se pronunciaram.

Notas

ERRATA

Por um lamentavel descuido, o artigo **Tratamento da Insuficiencia Cardiaca** da autoria do Prof. Otavio de Souza foi dado á publicidade com alguns erros, que devem ser corrigidos:

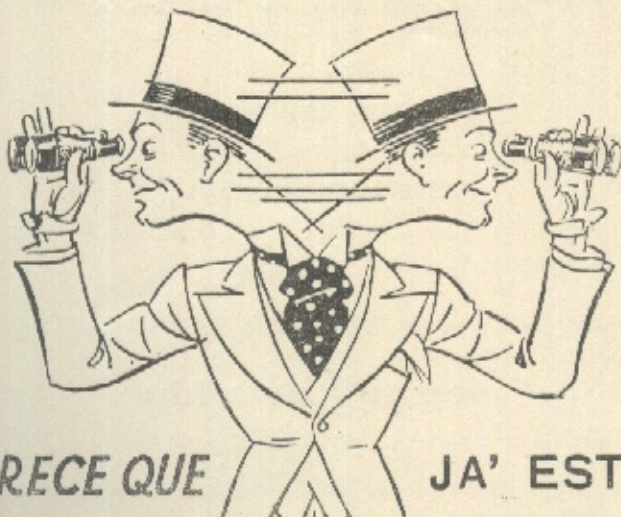
Pg. 33, linha 4, leia-se: na dóse de X gotas.

Pg. 35, linha 4, leia-se: cuja etiologia é tuberculosa ou reumatis-
mal; no primeiro caso a molestia é fatalmente progressiva.....

XXXVIe Congresso dos medicos alienistas e neurologistas da França e dos paises de lingua francesa.

Em Limoges de 25—30 de Julho deste ano realiza-se a XXXVI sessão deste congresso sob a presidencia do Prof. Euzière, decano da Faculdade de Medicina de Montpellier. Os relatorios officiais são: **Psiquiatria:** "O papel e a importancia da constituição em psicopatologia. **Relator:** Dr. Aquiles Delmas. **Neurologia:** "As leucoencefalites e outras afecções difusas da substancia branca do cerebro. **Relator:** Dr. M. Moreau. **Assistencia psiquiatrica:** "A proteção dos bens dos psicopatas. **Relator:** Dr. Lanzier.

CHI...! QUE RELAMPAGO!



**" PARECE QUE JA' ESTA'
FUNCIONANDO A BOMBA
ENERGINA**

Defronte a Santa Casa

VIIe Congresso de Medicina Legal da Lingua Francesa.

Em principios de Junho desse ano realizar-se-á em Paris a VII sessão deste congresso sob a presidencia do Dr. Raviart, de Lille.

serão apresentados os seguintes relatorios:

- 1) "As lesões do figado na submersão" do Dr. Etienne Martin;
- 2) Sobre um assunto reservado pelo Dr. Naville;
- 3) "A psicoanalise em medicina legale", pelo Dr. Jeuil-Perrin.

Plantas medicinaes

Tinturas
Extratos fluidos
Artigos de dieta

A. CASTRO & Cia. — Rua 15 de Novembro n. 94
Fonc 5630 — Caixa Postal 922 — Porto Alegre

CUIDADO!

O dia de amanhã é sempre

uma duvida

mas o seguro de vida é sempre

uma certeza:

— a certeza de que a esposa e os filhos estão garantidos contra os golpes da adversidade.

Se Va. Exa. está de perfeita saude tanto melhor, é a unica hora de fazer o seu

seguro de vida

Não deixe para amanhã, que poderá ser tarde.

Escreva-nos informando a data do seu nascimento e profissão, e lhe diremos o seguro que lhe convem.

„A EQUITATIVA”

Succursal em Porto Alegre: ANDRADAS, 996 — Caixa Postal, 63