

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XI ANO

JULHO DE 1932

N. 3

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

Olavio de Souza
H. Wallau

Homero Jobim
D. Martins Costa

Martim Gomes
Guerra Blessmann

Tomaz Mariante
Jacinto Godoi

Raul di Primio

Hugo Ribeiro

Pedro Pereira

Atilio Capuano

Enio Marsiaj

Flores Soares

Helmuth 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



Dr. Jacinto Godoy

Diretor da Assistencia a alienados do R. G. do Sul

Trabalhos originaes

Lesões cerebrais em fóco (Estudo Médico-Legal)*

por

Jacinto Godoy

Diretor da Assistencia a alienados do R. G. do Sul

O paciente S. K. B. foi internado no Manicomio Judiciario a 2 de Outubro no ano proximo passado, em virtude de mandado do Juizo de Comarca de Passo Fundo, afim de ser submetido a exame psiquiatrico.

Denunciado como incurso na sanção do art. 304 do Codigo Penal, tendo a defesa insinuado, primeiro, durante as fases preparatorias do processo que o acusado em consequencia de um violento traumatismo craneano recebido em 1919, apresenta até hoje sintomas de lesões organicas, do sistema nervoso, ao par de perturbações na esfera psiquica, e invocado afinal, em suas alegações o reconhecimento a favor do réo da dirimente do art. 27 § 4.º, o Dr. Juiz de Comarca de Cruz Alta, com elevado criterio resolveu converter o julgamento em diligencia, afim de mandar recolher o indiciado ao Manicomio Judiciario do Estado, estabelecimento precisamente creado e aparelhado para esclarecer a Justiça em tais casos.

E a autoridade judiciaria solicitou em seu despacho a observação e os exames necessarios para verificar: primeiro, si o paciente acusa, de fato, o sofrimento de molestia mental que, por si só, o torne incapaz de imputação; segundo, si o fato incriminado foi levado a efeito sob sua influencia; terceiro, si é conveniente ou necessaria a internação do paciente como medida de segurança publica.

Efetivamente, segundo narrativa do paciente, corroborada pelo depoimento das testemunhas, em 1919 foi êle vitima de um accidente de automovel, recebendo violento traumatismo craneano, com leve ferida exterior na orelha direita, mas seguido de comoção cerebral com perda de conhecimento por espaço de 72 horas e estado confusional post-emocional durante alguns dias.

Desse accidente traumatico guarda êle, de fato, sinais fisicos evidentes, melhor apreciaveis ao exame neurologico, que patenteia um hemisindromo cerebelar tipico, com hipermetria, assinergia e adiado-cocinesia á esquerda, disequilibrio cinetico, disturbios da marcha, durante a qual alarga a base de sustentação e perturbação da palavra que é levemente escandida e monotona.

Não se trata de uma paralisia da metade do corpo, hemiplegia

* Do livro *Psicopatologia Forense*.

motora, pois os reflexos tendinosos são normais, não existindo sinais da via piramidal e a força segmentar, quer no membro superior, quer no membro inferior esquerdo é íntegra. Os movimentos ativos destes são possíveis, apenas se fazem sem coordenação, desmesurados ou hipermetrícos e assinergicos, denotando essas perturbações uma lesão da via cerebelar.

O caso neurológico do paciente é perfeitamente assimilável aos de observação relativamente frequente durante a Grande Guerra, de idêntica etiologia traumática e que tem como substratum anatomopatológico lesões difusas do mesencefalo.

Assim Guillaín, o atual professor da Salpêtrière, cita o caso de um caporal, perto de quem explodiu um projétil de "minenwerfer", apresentando em consequência um síndrome cerebelar a tipo de esclerose em placas; Rist, o de um soldado que, após uma explosão, manifesta fenómenos cerebelaes de origem orgânica; e Pitres e Marchand publicaram um síndrome cerebelar post-comocional, classificado de notável por André Léry, pela abundância e nitidez dos sintomas cerebelaes: perturbações da marcha e do equilíbrio cénico, da sinergia, da diadococinesia etc. e com o qual merece confronto o do paciente S. K. B. Isto no ponto de vista neurológico, restando apreciar as perturbações mentais alegadas pela defesa como decorrentes do traumatismo craneano.

Ainda neste terreno vamos nos socorrer dos ensinamentos da Guerra Europeia, que foi um vasto campo de experimentação psicológica.

Pois bem: a observação de guerra ratificou plenamente a noção adquirida em tempo de paz e cristalisada na lição memorável de Dupré sobre "Lesões e sintomas em psiquiatria orgânica", de que a inteligência humana não corresponde na viscera cerebral um substratum anatomico circunscrito e especial de um departamento lobar ou de uma zona cortical definida. "O conjunto das operações psíquicas se elabora, segundo leis de associação, de síntese e de substituição desconhecidas, num sistema anatomico e funcional instável, ainda não fixado, de fórmula variável, correspondendo ás raças, ás épocas, ás civilizações e para cada uma delas, aos indivíduos."

Daí a explicação do fenómeno, tantas vezes verificado na clinica, de indivíduos portadores de lesões cerebrais em fóco, não apresentarem o mais leve deficit ou perturbação da inteligência e de que é um exemplo tornado classico, Pasteur, cujos trabalhos culminantes sobre Bacteriologia, ciencia de sua criação, foram executados justamente após o ictus apoplético de que lhe resultou uma hemiplegia motora. Os observadores de guerra, estudando lesões cerebrais traumáticas, chegaram a conclusões idênticas, assim resumidas pelo eminente psiquiatra e neurologista de Lyon: "Não existe lesão que, devido a puras razões anatomico-fisiológicas, dê lugar a perturbações mentais isoladas, sem participação de perturbações motoras e sensitivas.

E mais do que isto, casos ha, cujo numero se impõe cada vez mais, de lesão material das mais graves (perfuração dos hemisferios cerebrais por uma bala, destruição parcial de um lóbo por explosão de obus) sem nenhuma perturbação mental persistente. Em conclu-

são o caráter e a intensidade das perturbações mentais parecem depender de toda localização. Ha muito aliás, que a antiga "esfera psíquica" das velhas tentativas anatomo-clínicas foi estendida ao conjunto da corticalidade."

S. K. B. em face de um traumatismo craneano se comportou como é de observação corrente na clínica; apresentou de início as perturbações elementares de todo emocionado, o coma primeiro e após o despertar deste, a confusão mental, estados, porém, transitorios.

Depois disso, assim, como poderia apresentar disturbios mentais, deixou de manifesta-los e a sua intelligencia, passado o estado confusional, obteve a "restitutio ad integrum", a despeito dos sinais fisicos de lesões organicas do sistema nervoso que ainda perduram até hoje.

Deu prova de inteireza mental, após o incidente de automovel, a sua linha de conduta em Passo Fundo, exercendo durante muitos meses a judicatura distrital, com criterio e com acerto, na medida de sua intelligencia e de seu nivel intelectual.

No Manicomio Judiciario durante a longa observação de cerca de quatro meses nunca foi dado surpreender no paciente o mais leve sintoma de perturbação mental.

S. K. B. é, sim, um desequilibrado emotivo e o crime que cometeu guarda o traço desse desequilibrio.

Sua mãe, dona E. K. B. fôra operada de uma hernia umbelical pelo Dr. B. F., que pretendia com essa intervenção cirurgica remover sintomas gastricos acusados pela paciente.

Dita intervenção que é, aliás, de tecnica facil, banal, praticada com o auxilio de outro cirurgião, foi coroada de pleno exito, fazendo-se a cicatrização da ferida operatoria por primeira intenção.

Mas os padecimentos da sra. K. B. não melhoraram, antes agravaram-se paulatinamente até que, um ano após a intervenção cirurgica, veio ela a falecer. Este fato pôs em evidencia que os sintomas gastricos apresentados pela paciente não corriam por conta, como de boa fé entendera o cirurgião, da hernia umbelical, cuja cura radical fôra obtida pela intervenção cirurgica, mas sim de uma afecção gastrica que, pela marcha e desfecho letal, deve ter sido seguramente uma neoplasia maligna (cancer). Entre certas pessoas incultas ha uma tendencia natural a interpretar desfavoravelmente a atuação do medico e acusa-lo mesmo de incompetencia ou impericia, sempre que êle não consegue a cura do doente.

Foi o que aconteceu com S. K. B. Tudo contribuiu para entreter durante longos meses o seu odio contra o medico, estado emotivo cronico cujo desfecho foi o brutal atentado contra a indefesa sra. F. A ignorancia do paciente, os seus preconceitos em materia de cirurgia, acreditando que uma simples sutura da parede do ventre, cuja cicatrização se fez, aliás, por primeira intenção, pudesse ter ofendido órgãos internos e creado uma nova afecção responsavel pela morte de sua mãe; a importancia supersticiosa ligada ao fato inverosimil referido pelos creados do cirurgião, de haverem os gatos comido um pedaço de tecido retirado do ventre de sua progenitora por ocasião da intervenção e que aquele levou para casa, afim de examinar, esquecendo-o sobre um movel; tudo isso, acrecido de praticas espiritas em

que foram consultados "medicos do espaço" que declararam ser a molestia da snra. K. B. o resultado de um "beliscão" dado nos intestinos da paciente pelos confrades da terra, durante o ato operatorio, acabou por obliterar completamente o senso comum do paciente e da sua "entourage" composta de duas irmãs solteiras, espiritos fraecos, de modo a não refletirem os tres em esclarecer o diagnostico da molestia durante a vida, recorrendo a outros profissionais e depois da morte, pela autopsia medico-legal.

O erro cometido pelo cirurgião da snra. E. K. B. foi o de todos os cirurgiões, afeitos na labuta diaria da profissão á materialidade da sua arte e esquecidos completamente de noções elementares da psiquiatria, pois si a meditassem um pouco não se enganariam tão ameude sobre a mentalidade dos clientes que não devem ser operados, escapando ao braço homicida desses reivindicadores, inconcientes e irresponsaveis como os que prostraram Guinard e Pozzi e conciente e responsavel como o que é objéto deste parecer medico-legal.

Do exposto e em conclusão, responde esta Diretoria negativamente os tres quesitos propostos pelo Juízo de Comarea de Cruz Alta: trata-se sim, de um desequilibrado emotivo, digno de comiserção, mas imputavel. 17—2—1927.



**Identificação do Trichophyton Ferrugineum (Ota, 1921)
Bangeron e Milochovith, 1930, Variedade Uruguayensis
em Porto Alegre.**

pelo

Prof. Pereira Filho
Catedrático de Microbiologia

Na micologia, como nos outros ramos da parasitologia, ha diagnosticos que constituem verdadeiras exceções da geografia medica.

E' dessa ordem o reconhecimento de um "kerion" produzido pelo TRICHOPHYTON FERRUGINEUM, realizado na cidade de Montevideo, pelo Professor Talice, do Instituto de Higiene.

Esse cogumelo, proprio do Extremo Oriente, foi isolado por Mackinnon de uma criança uruguaia com seis anos de idade.

Recentemente, em fins de 1931, o estudo micologico de duas tinhas tonsurantes, permitiu-me identificar o mesmo cogumelo em Porto Alegre.

Trata-se de uma mulher branca, natural deste Estado, e de uma filha com 4 anos de idade, que apresentavam, no couro cabeludo, placas redondas, cobertas de escamas secas, finas e esbranquiçadas, com cabelos quebradiços, pouco numerosos e recobertos na base por uma camada acinzentada.

Lesões semelhantes foram observadas tambem no dorso de um cão que brincava com a criança contaminada. Via-se nitidamente um anel de tinha tonsurante, com 11 cm. de diametro.

O exame microscopico dos dois cabelos revelou a presença de mosaico de espóros, de 2,5 a 3 micra, e de um micelio septado com 2,6 a 3 micra de diametro. Nos pelos do cão, observei espóros e micelios com os mesmos caracteristicos morfologicos.

A semeadura dos cabelos e pelos contaminados em gelose glicosada de Sabouraud e em gelose-mel, realizou o isolamento do cogumelo em cultura pura.

O aspto cultural dos especimes do Rio Grande apresenta pequenas variações nesses meios.

Na gelose glicosada de Sabouraud, a cultura de 19 dias, em frasco de Erlenmeyer, é de uma bela cor amarelo-avermelhada de ferrugem, com bordos irregulares e centro saliente, donde partem sulcos para a periferia da cultura. Em alguns pontos, vê-se leve penugem branca. O crescimento é rapido, atingindo a cultura 5 cm. em 19 dias.

Na cultura em gelose-mel, formula de Sabouraud, ha sulcos mais numerosos, porém menos profundos, apresentando-se os bordos levemente penugentos. A cor da cultura é inteiramente igual á desenvolvida na gelose glicosada de Sabouraud. No meio de conservação, o crescimento do cogumelo é mais lento, notando-se que o matiz ferruginoso é tambem menos acentuado.

Nessas culturas, notam-se filamentos do tipo *ACLADIUM* com numerosas aleurias, clamidosporos intercalares e terminais. Ha desigualdade dos filamentos micelianos, septação irregular com articulos curtos e em clava. E', em sintese, a morfologia caracteristica dos cogumelos faviformes, com esboço de fusos.

Parece, pois, solida suficientemente a asserção dos seguintes itens:

- 1) Em Porto Alegre, foram vistos casos autoctones de tinha tonsurante pelo *Trichophyton ferrugineum*, variedade uruguayensis.
- 2) A origem dessa tricoficia é canina.
- 3) O *Trichophyton ferrugineum*, variedade uruguayensis, póde infectar adultos.

BIBLIOGRAFIA

- OTA — Sur deux espèces nouvelles de Dermatophytes en Mandchourie: *Microsporum ferrugineum* et *Trichophyton* n. sp. Bulletin de la Société de Pathologie exotique XV, 1922 p. 588-594.
- TALICE — Sur une souche de *Trichophyton ferrugineum* (Ota, 1921) (*Microsporum ferrugineum* Ota, 1921) isolée a Montevideo. Annales de Parasitologie humaine et comparée. Tome IX, N.º 1 — Janvier 1931, p. 77-86.

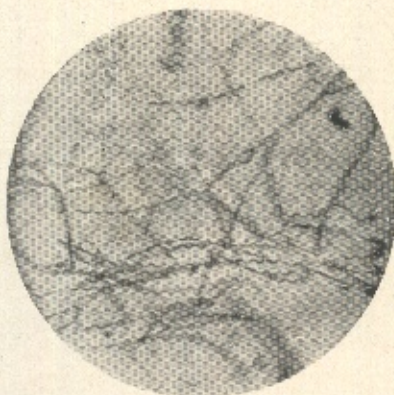


TRICHOPHYTON FERRUGINEUM

(var. uruguayensis)



1



2

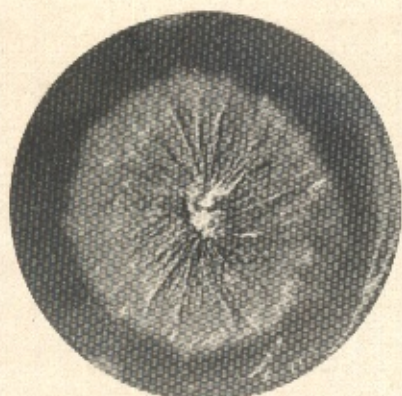
Fragmentos da cultura de 28 dias em gelose glicosada de Sabouraud, tratados pelo lacto-fenol de Amann adicionado de azul-algodão C 4 B Poirrier.

Filamentos micelianos com cilamidosporos intercalares.

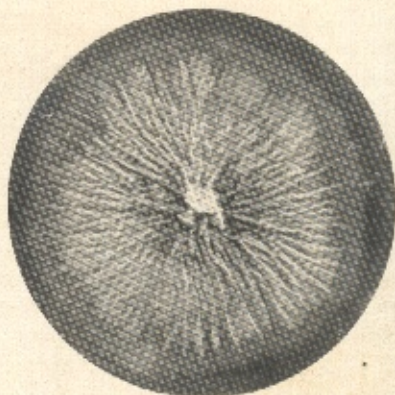
Objetiva Zeiss, 8,5 mm. abert. 0,60.

Ocular L 4,7 X — Zeiss.

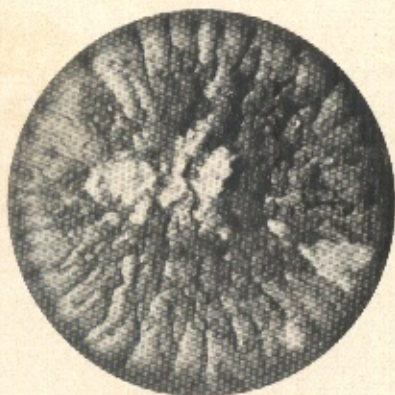
TRICHOPHYTON FERRUGINEUM

(var. *uruguayensis*)

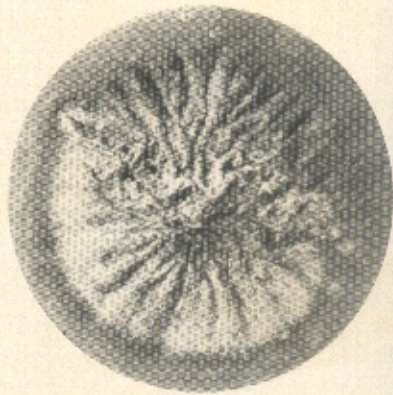
1



2



3



4

- 1) Cultura em meio de conservação (19 dias).
- 2) Cultura em glicose-mel de Sabouraud (19 dias).
- 3) Cultura em glicose glicosada de Sabouraud (3 meses).
- 4) Cultura em glicose glicosada de Sabouraud (19 dias).

Tratamento das osteomielites na criança

pelo

Professor Nogueira Flôres

Cirurgião dos hospitaes

No tratamento das osteomielites consideramos, uma terapeutica pela vacina e uma terapeutica pela evacuação do pús feita no periodo agudo e uma terapeutica feita no periodo chronico e como remate diremos uma palavra sobre a anestesia geral:

Vacinação no periodo agudo — Nesta questão não podemos ainda emitir uma opinião segura porque nos falece elementos de observação clinica suficientemente longa do emprego das vacinas autogenas que no nosso meio hospitalar não nos tem sido facil pôr em pratica, devido o seu custo muito elevado; quanto ás vacinas de estoque, específicas ou não, vimos empregando com certa deficiencia pela dificuldade de conseguir-se a quantidade bastante no serviço da clinica; assim ainda não temos logrado muito sucesso na marcha das formas supurativas. E é, a nosso ver, um problema a estudar, a resolver no tratamento das osteomielites.

Ombrédanne, declara que não póde discutir largamente esta importante terapeutica e por isso é preciso se limitar a dar as conclusões de sua experiencia. Sem até a prova contraria, lhe parece sem efeito apreciavel nas osteomielites agudas supurativas.

Diz mais, Ombrédanne, si em certos casos a osteomielite subaguda se terminou pela resolução, não pensa que este resultado seja devido a vacinação, como já o tem declarado em seus trabalhos.

De outra parte, nas crianças vacinadas e curadas sem supuração, tem visto em seguida se constituir sequéstró como si nenhuma vacinação houvesse sido feita. Contudo, faz uma exceção para os lactentes, cujas osteomielites lhe pareceram nitidamente influenciadas pela vacinoterapia.

Tem-se recorrido para os tratar, sobretudo da vacina do professor Delbet, denominada Propidon. Devido infelizmente a seu preço elevado, muito pouco temos empregado. Devemos observar no emprego desta excelente vacina uma certa tecnica: meio centimetro cubico na primeira dóse, para repetir ainda a mesma injeção na mesma dóse, 48 horas mais tarde. A reação geral falta muitas vezes, no minimo em um terço dos casos; a reação local é menos viva que no adulto.

É um tratamento adjuvante que cura varias vezes a osteomielite dos óssos longos dos lactentes, praticando um simples sedenho de crina de Florença e a artrite supurada osteomielitica do quadril por incisão simples.

Aqui não basta evidentemente em provar a eficacia da vacinoterapia, comtudo julgamos real neste caso particular, a vacinoterapia é uma terapeutica nova.

O Professor Grégoire se exprime muito justamente da seguinte

forma: "n'est pas ainsi que certains ont pu le croire une tentative révolutionnaire et sans précédent dans l'histoire des maladies inflammatoires... De prime abord on ne voit pas pourquoi la vaccination dans l'ostéomyélite serait inopérante pour la seule raison que l'infection s'est développée dans un os... Il faut reconnaître toutefois que la nature du tissu atteint produit des conditions spéciales".

Os trabalhos de Grégoire e seu discípulo Marais chamaram a atenção do precioso auxílio que a vacinoterapia pode trazer ao cirurgião no tratamento de afeição tão terrível, o "furunculo do osso. Com ele Bouvier, De Fournestraux, Baumgartner, Bérard, Gélas e Mouchet, trouxeram provas convincentes do efeito da vacina; e si no Congresso de Strasburgo (1921), Fröhlich, Hallopeau, Ombrédanne, se levantaram contra a vacinação, foi sobretudo com o fim de chamar a atenção para aquêles que, mal avisados, poderiam ser tentados de observar e de mal empregar uma terapeutica que se torna de uma applicação muito delicada e não deve ceder lugar ao tratamento cirurgico. Delrez e Grégoire apresentaram a esse Congresso um relatório magistralmente feito sobre a rubrica de "**Soro e vacinoterapia nas afeções osteoarticulares**". Em animada discussão tomaram parte professores e cirurgiões francezes de renome mundial e em seus debates chegaram á conclusão de que a vacinoterapia é **um meio adjuvante de primeira ordem**, devendo portanto ser praticada com **tecnica**, procedendo mesmo a **hipervacinação** e por via de regra **trepanar**, além de continuar a vacinoterapia postoperatoria por algum tempo.

Leçène declara que: em todo caso, julgamos ser preciso aos medicos que não têm em nossa época, senão demais tendencia em querer tudo tratar por injeção de vacinas; demorando-se em injetar vacinas, cuja ação é em todo caso inconstante, em crianças atacadas de osteomyélite aguda grave que seria necessario incisar, trepanar e drenar sem demora, um medico poderá cometer, sem dela duvidar, uma verdadeira falta: sua unica desculpa seria citar os nomes de alguns de nossos contemporaneos que crêm ter feito muito progredir a terapeutica, vacinando a cada passo e intempestivamente.

Entretanto, é ainda uma questão aberta á discussão e á observação clinica criteriosa.

Quanto ás indicações e á conduta é preciso saber que variam essencialmente com as formas clinicas da doença; podemos dizer mesmo, que a parte da vacinação é tanto maior quanto os fenomenos locais a empolgam pelas suas manifestações gerais.

Lamy declara que quanto mais cedo fôr feito o diagnostico das formas agudas ou sub-agudas, deve-se imediatamente tentar o tratamento pelas vacinas de estoques (estafilococcicas).

Podemos em certos casos fazer abortar uma supuração. Si a supuração sobrevem á virulencia microbiana, é o mais das vezes atenuada e as complicações tardias (existencia de seqüestros) muito menos a receber.

Emprega-se nas formas septicas, agudas, subagudas, cronicas, (fechadas ou fistuladas). Nas formas agudas temos que considerar, casos em que podemos empregar sómente a vacina, ou casos em que é indispensavel trepanar e vacinar.

Nas formas crônicas, a ação da vacina aí é muito menos feliz; uma especie de equilibrio que torna muito difficil romper em favor deste.

Quanto á algumas osteomielites crônicas fechadas, que muitas vezes não reclamam tratamento algum, podem apresentar, mesmo de tempos a tempos, o despertar de ataques agudos ou subagudas com vermelhidão, edema, pôdem retroceder após a vacinação; é verdade que cedem tambem, sem vacina e que esta não impede sempre a recidiva.

E' aqui que intervirá utilmente a vacinação em condição, bem entendido, que este estado do mal não esteja ligado a existencia no centro do osso de um sequéstro justificavel de uma extração.

Quanto a outras osteomielites crônicas fistuladas, são ainda menos bem influenciadas pela vacinação: uma intervenção cirurgica é indispensavel; de outra parte a fistulação arrasta á infeção por numerosos microbios que tornam muito aleatoria a eficacia de uma vacina, sinão talvez a de uma auto-vacina cuidadosamente preparada.

Evacuação do pús — Resalvando as osteomielites benignas, successivas de se terminar espontaneamente pela resolução, devemos admitir por principio que, feito o diagnostico de osteomielite aguda, é indispensavel abrir o fóco. No quadril, a via de acesso que preferimos é a via anterior: uma longa incisão feita paralelamente no femur e adiante do grande trocanter permite facilmente abrir a capsula articular, de fazer levantar as partes moles e com uma boa iluminação frontal, para bem observar.

¿Não é necessario ressecar a cabeça do femur? Sem contestação, sim, porque é impossivel drenar um quadril cuja cabeça femural está no lugar e náda no pús. Porem pensamos que não é necessario exagerar e ressecar o colo do femur em sua parte media. E' necessario retirar os dois terços da cabeça; a parte da cabeça conservada não é inutil e a massa que constitue poderá utilmente vir mais tarde habitar o cotilo si a criança se cura.

Ao nivel das outras epifises, é necessario incisar na parte mais saliente, abrir o periosteo longamente, uma vez o pús evacuado, é necessario esponjar, limpar e bem observar o osso sem periosteo subjacente. Em casos excepcionaes recomenda-se a extirpação, a ressecção completa da dialise do osso banhado pelo pús; separa-se então das duas cartilagens (Lexer).

¿Deve-se trepana-lo em todos os casos?

Tem-se falado muito desta questão tão controvertida.

Trepanamos sempre, quando o estado geral da criança é muito grave. Trepanamos tambem, quando no fundo do abcesso o osso aparece de aspéto branco lavado e não sangrando.

Ao contrario, nas formas clinicamente benignas, si o osso nos aparece aspero, pontuado de vermelho, sangrando, dicidamente não trepanamos; depois, si no fim de 24 horas ou 30 horas a temperatura não se abaixa, damos no osso um golpe de perfurador, que deixa-se aumentar a brécha óssea no caso em que achamos pús. Este aspéto do osso é o unico criterio que nos parece ter alguma valor; porém está muito longe de ser absoluto.

Período crônico — Defrontamos neste período com dois casos: um em que ha sequéstró visível e outro em que não ha sequéstró visível ao radio. Este sequéstró é assim devassado e também acessível ao estilete quando se insinúa por um trajeto fistuloso visível, ás vezes, diretamente no fundo da ferida que supura.

Sabemos que um sequéstró não deve ser retirado senão quando fôr movel. Intervir mais cedo, procurar separar com a tenaz o osso morto do osso vivo, seria querer ou deixar o osso morto, o que torna esta **necrotomia** uma operação inutil, ou cortar no osso diafisario vivo, o que teria as maiores probabilidade de provocar neste nível um novo ataque de osteomielite. E' já bem suficiente que seja indispensavel para atingir ao sequéstró, fazer uma longa janela na casca óssea de origem periostica que embainha o sequéstró. Porém, muitas vezes com uma limpeza cuidadosa a cureta, destinada a retirar as fungosidades, tendo muito cuidado de não raspar com demais violencia a parede óssea, a cura sobrevem muito rapidamente.

2.º caso. Não ha sequéstró visível ao radio ou perceptível ao estilete. O instrumento, introduzido pela fistula, vem começar no fundo e nas paredes de uma cavidade óssea ou cheia sómente de fungosidades.

Este caso, é o que se produz muitas vezes, quando depois da ablação de um sequéstró, o fóco ficou fistuloso; o que não deixa de ser bastante frequente.

No fim de alguns mēses, os pacs da criança se impacientam e reclamam uma intervenção: não é indispensavel se apressar de lhes dar satisfação; é indispensavel adquirir antes a convicção que o processo natural de cura não faz mais progresso algum. Em seguida, é indispensavel ainda advertir á familia do resultado aleatorio da operação. Apenas sómente podemos tentar o esvaziamento, a limpeza ou tornar o osso plano na cavidade óssea existente com muitas probabilidades de sucesso em outra parte, no caso precedente, onde muitas vezes tinha bastado retirar um sequéstró movel para obter uma cura bastante rapida.

A ação de tornar plana a cavidade está longe de ser sempre possível, sem se expor a uma fractura espontanea da diafise, reduzida muitas vezes á uma lamina delgada.

O esvaziamento é mais facil a realizar, porém, é indispensavel procurar um meio de apagar o espaço morto, que constitue a cavidade óssea limpa tão completamente quanto possível. Fazemos o enchimento artificial de brécha, ou por enxertos do osso vivo que mais tarde são absorvidos, ou por enxerto de meio osso descalcificado.

Tambem podemos obturar o osso por meio de certas pastas, entre elas, é preferível a massa de Mosevig — Morhoff (iodoformio 60,0, oleo de sezamo e espermaceti ana 40,0.) E' aplicada com certa tecnica, não usando-se esta dóse de iodoformio, que poderá ser toxica. Convem reduzir pela metade a dóse de iodoformio e se deve introduzir esta mistura por meio de um tubo de vidro no fóco para não atingir a articulação ou os tecidos visinhos, não havendo deste modo intoxicação, como declara Vignard, para alguns organismos particularmente sensíveis ao iodoformio como sôe acontecer em geral com as crianças.

E' ainda classico aconselhar-se o emprego do processo de Schulten, que consiste em seccionar longitudinalmente a diafise do osso no fundo da cavidade, de maneira a fechar esta, aproximando suas duas paredes, como se fechassem um livro. E' uma operação detestavel, muito perigosa por causa dos ataques agudos de osteomielite que provoca muitas vezes, o que determina a necrose de uma ao menos das duas portas de janelas ósseas (Ombredanne).

O melhor processo de obturação que nos parece atualmente, consiste no emprego de **retalhos autoplásticos** musculares, munidos de um pedicelo de nutrição que se tóree de maneira a vir deitar-se no fundo da goteira ossea. Ainda é indispensavel contar com a possibilidade de um ataque inflamatório agudo que o afoga no pús.

Temos ainda como tratamento e não devemos de nos esquecer da **necrotomia osteoplastica de Bier**, que consiste em mobilisar uma das paredes da loja óssea, recalcificando-a com os tegumentos contra o fundo da cavidade.

Recentemente o Professor Leveuf (de Paris) publicou com Bréchet um interessante trabalho sobre osteomielite aguda dos ossos longos, o qual constituiu assunto de ordem do dia da Sociedade de Cirurgia de Paris, sendo relator o Professor Mathieu, no qual concluiu este Professor que as formas supuradas com bacilemia matam a golpe seguro e estão abaixo dos recursos da cirurgia. A forma aguda habitual comporta, ao contrario, um tratamento cirurgico que variará, conforme a gravidade das lesões e sua antiguidade. Em geral a intervenção parece estabelecida; feita desde o começo da doença, comporta simplesmente a abertura do abcesso sub-periosteo.

Assim, se apresentaram aos debates nesta Sociedade, duas eventualidades que se podem dar: ou bem, que é o caso mais frequente a lesão se torna assás superficial e se cura sem formação de sequestró; ou bem, que é o caso frequente, o estado geral e local melhora, porém a supuração persiste mais ou menos abundante.

Mathieu neste caso é de opinião da reintervenção no fim de tres semanas, fazendo um largo esvaziamento. Outros esperam a formação de sequestró visiveis ao radio, que retiram secundariamente. Muitas vezes então, é a propria diafise que constitue o sequestró central cercado de osso neoformado. A ablação deste cilindro ósseo depois da trepanação póde trazer a cura, porém, como o faz observar Okinczye que o osso neoformado se constituiu ao redor deste sequestró e ficou por tempo demasiado longo em contato de um fóco infectado para não ser infectado por si mesmo. A intervenção não impede a passagem ao estado crónico com estas fistulas interminaveis e estes reauecimentos periódicos com produção de novos abcessos que duram tanto quanto a vida do doente.

E' assás frequente a intervenção primitiva, incisão do abcesso sub-periosteo, não impede a evolução progressiva da osteomielite. A intervenção secundaria precoce é então necessaria. Leveuf, neste caso, achando o periosteo todo descolado ao redor do osso, não hesita em praticar a ressecção em toda zona do descolamento periostico, estando o osso necrosado. Mathieu e Lecène não estão de acordo com esta conduta, não aprovam, receiando a não regeneração do osso retirado e

guardam em todo o caso **uma tala óssea**. É o que fez Carajannopoulos em uma osteomielite do tibia, porém, somente porque neste nível o osso era ainda são e o periosteo aderente e em um outro praticou a resseção completa. Na realidade Leveuf e Trèves têm toda razão em todos seus doentes e nos de Brugeas, de Carajannopoulos, sendo indispensável evitar antisepticos; Leveuf se limita tão somente a fazer as lavagens a sôro quente.

A reconstrução diafisaria se obtém em um prazo de tres semanas a tres mêses, sem deformação, com a condição de que o doente tenha sido imobilizado corretamente. O osso principalmente compacto se organizou ulteriormente em um canal medular, como observou o Professor Leveuf em um seu operado. Este Professor vai mais longe ainda em suas observações declarando que, quando a epífise é atacada, não hesita também em retirar e viu a sua reconstrução na extremidade inferior do humero. É indispensável notar, que as consequências no ponto de vista do crescimento interior do osso podem ser graves, si se trata de epífise fértil (extremidade superior do humero, do tibia, do peroneo, extremidade inferior do radio, do cubito e do femur), em uma criança ainda jovem e não julga este Professor que seja preferível evitar o mais possível. Ainda observa que nestes casos, a cartilagem epifisaria é destruída e não pôde mais concorrer para o crescimento do osso.

Identica observação foi feita por Asteriadès em um caso em que o peroneo não se regenerou, porque o doente tinha sido tratado durante um ano antes da intervenção, a despeito de uma bôa compreensão e de seu periosteo não poder mais possuir a menor faculdade de regeneração.

Emfim, em certos casos muito raros, a osteomielite apresenta uma marcha invasora tão rápida que podemos ser levados a praticar a resseção primitiva precoce. Regista-se tres observações recentes: a primeira de Hallopeau, a segunda de Leveuf e a terceira de Trèves, nas quaes estes cirurgiões se referem á uma criança operada em estado muito grave no oitavo dia de osteomielite do tibia.

Todas estas resseções foram seguidas de regeneração perfeita dos ossos retirados.

Como finalidade do tratamento da osteomielite na criança, tão complexo quanto insolúvel é ainda este capitulo da patologia óssea. Contudo, reportamo-nos ainda a um problema em lóeo, tal seja a **vacinoterapia** (vacinas de stocks, auto vacinas e piocaldos) que a nosso ver não tem sido ainda entre nós empregada com perseverança e em doses maximas.

É uma terapeutica que tem tido como pioneiro o Professor Grégoire, de anatomia medico-cirurgica e cirurgia experimental da Universidade de Paris, embora Trèves declare francamente que as vacinas preconizadas por este Professor não devem permitir supplantar a cirurgia, sob pena de desastres; é um tratamento coadjuvante incontestável.

Ha um problema pratico que não devemos deixar de aconselhar com insistencia, depois de curados os nossos doentinhos, não se entregar a desportos de especie alguma e a não ocupar uma profissão em que

estejam sujeitos a insulto mecânico, porque é noção corrente da osteomielite ser uma afecção óssea de recaídas, após aos traumatismos.

Como finalidade do tratamento desta terrível doença, temos o problema da anestesia geral pelo clóroformio, que é ainda o espantelho dos cirurgiões e muito tem preocupado pelos seus acidentes mortaes immediatos ou tardios. É bem sabido de todos ser a eliminação do clóroformio inalado durante a narcose, de duração de cerca de 5 horas. Assim, durante este tempo de retenção, serão comprometidos o coração, o fígado e os rins. São sintômas de uma intoxicação dos ácidos intermediarios da acetona que dão origem aos corpos graxos.

A influencia sobre estes órgãos será tanto maior quanto mais alterados êles estiverem (Hildebrand).

Outro autor declara que existe sempre certa quantidade de gordura na corrente sanguínea; daí a hipótese da causa da morte por embolia gordurosa ser muito aceitavel.

Levin, afirma que a narcose pelo clóroformio não deve ser praticada nos individuos affectados de degeneração amiloide ou gordurosa em seus órgãos internos, que são muito comuns nas afecções dos ossos e das articulações.

Transcrevemos abaixo as respostas do Professor Olinto, ex-catedrático de Pediatria da Faculdade de Porto Alegre, a respeito do **perigo do clóroformio**, que foram enviadas ao Professor Falk para documentar o seu valioso relatório sobre a "osteomielite" ao IX Congresso Medico Brasileiro, reunido em Porto Alegre, mês de Outubro de 1926. "Eu attribuo o fato á existencia frequente de degeneração amiloide do fígado e dos rins, nos individuos sofrendo de lesões osseas com supuração, sendo o clóroformio mais toxico que o eter em taes condições.

Quanto aos casos agudos e superagudos, êles já são tão graves de per si, com a sua septicemia, as suas lesões de endo e miocardite etc., que não admira que constituam sérios embarços para a anestesia."

Em conclusão, somos de opinião que, em linhas geraes, devemos empregar uma terapeutica na osteomielite da criança, norteada na clinica e assim teremos: 1.º vacinoterapia pre e post-operatoria, feita com rigor técnico e perseverança; 2.º hipervacinação; 3.º, escolha da vacina, que deve ser de boa qualidade, como sejam por exemplo as preparadas pelo Laboratorio Clinico de Silva Araujo¹⁾, Instituto do Professor Pereira Filho, Laboratorio Geyer, Propidon de Delbet, Brusquetini, Dalari, Salembeni, Moignic, além de outras vacinas nacionais e estrangeiras de fabricação reputada; 4.º, trepanação, que deve ser praticada em termos e com doçura e sob a anestesia geral feita pelo eter e nunca pelo clóroformio; 5.º, prescrever saes de calcio de preferencia silicato, ministrado convenientemente; e 6.º, proscriver

1) Evoquemos, *in memoriam* do Professor dr. Paulo da Silva Araujo, o pioneiro no Brasil da preparação da estoque-vacina e vacina autogena, o qual adquiriu um justo conceito de cientista pelos seus já notaveis trabalhos de laboratorio. E o Laboratorio Clinico, dirigido pelo Dr. Carlos da Silva Araujo, continuador de seu malgrado irmão Dr. Paulo Araujo, vem prestando relevantes serviços, pela fabricação de seus produtos vacinoterapicos e opoterapicos.



os desportos, seja qual fôr a sua especie e tambem a **ocupação de uma profissão sujeita a insultos mecanicos.**

Como remate deste trabalho transcrevemos em sua integra a **observação de um caso importante de cirurgia conservadora** com brilhante resultado operatorio em 1852. Tratava-se provavelmente de uma osteomielite fraturaria com surtos agudos, cujo microbio causal foi provavelmente o estafilococco doirado, provocando este terrivel "furunculo do osso".

Eis a 11.^a **observação**, extraida do trabalho do Dr. Nogueira — **Observações medico-cirurgicas** — publicadas em 1891: "Extração do peroneo na sua totalidade, a exeção do maléolo externo (eliché 1)".

N...., de 22 anos de idade, rio-grandense, de estatura regular e bem constituido, tinha dez anos de idade quando ao sair de casa meteu o pé direito em um buraco de andaime, que se tinham esquecido de tampar, e caíu para o lado, fraturando o peroneo. Morando no campo, longe de recursos, limitaram-se a cataplasmas e ao repouso, e em pouco tempo o menino deu-se por pronto e assim passou desaperecebida a fratura do osso, que mais tarde e aos poucos deu muito que fazer.

Isto passou-se em 1841. Sofrendo ás vezes pequenas dôres na perna, ia o menino caminhando e crescendo até que no fim de tres anos sobreveio uma crisipéla seguida de tumor que veio a furo e por aí saiu a primeira esquirola. A ferida sarou, porém pouco tempo depois sobreveio nova crisipéla e outra esquirola. A perna foi inchando com o tempo e com novas crisipélas sempre seguidas de fistulas que despejavam esquirolas, causaram grande susto á familia, e por isso se retirou para a capital da Provincia com o fim de entregar o doente aos cuidados dos medicos. Estes, em lugar de abrir a perna e sequéstrar a parte do osso cariado, contentaram-se em sondar, verificar a existencia de carie, fazer pequenas incisões para dar saída ás esquirolas que ás vezes eram grandes e compridas, usando de loções, fomentações e cataplasmas, e apelando para cirurgia expeetante; e assim esteve o doente durante mais de dois anos com a perna cada vês mais inchada, até que a familia, cansada com tanta espera e despezas, retirou-se para sua fazenda, onde passou outros dois anos no uso de remedios caseiros. A perna cada vez inchava mais. Todos os dias a pobre mãe retirava esquirolas que guardava, e no seu desespero volta outra vez para a cidade em busca de recursos. Vieram os medicos e fizeram o mesmo que tinham feito até então. Ahi esteve mais dois anos, tendo o desgosto de vêr a perna do filho cada vês em peor estado e, por fim, desenganado, voltou para a fazenda.

Passados mais dois anos de martirios, e tendo eu praticado com successo uma operação importante em um doente da campanha que viera hospedar-se em casa de um amigo meu, este consultou-me ácerca do doente em questão; respondi-lhe que só vendo-o podia dar resposta satisfatoria. Este senhor escreveu á familia do doente, dizendo-lhe

* Este peroneo constante do eliché junto recebi, em Porto Alegre, de um distinto parente do operado, que me ofereceu por seu eu neto do Dr. Nogueira; tendo, por minha vez, doado esta peça anatomo-patologica ao Museu da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

que tinha vontade de ver o doente entregue aos meus cuidados, oferecendo-lhe a casa.

Pouco tempo depois chegaram á cidade e foram hospedar-se em casa do parente e amigo. Fui logo chamado e encontrei o doente no estado seguinte: macilento, completamente desmoralizado por ter perdido a esperança de salvar a perna, jazendo na cama, óra deitado, óra sentado, não podendo dar um passo, por causa do imenso peso e dôr na perna doente, a qual apresentava um volume quadruplo da perna sã e tinha a péle rugosa, escura e erivada de inúmeras cicatrizes que tinham sido outras tantas fistulas que tinham dado saída a grande quantidade de esquirolas. Conservavam-se muitas ainda abértas, exudando pús icoroso e nauseabundo. Por uma destas fistulas que mais abérta me pareceu introduzi um estilete abotoado que, chegando ao osso deu logo sinal de carie, causando muita dôr e suores frios no doente; e como isto se passava no terço inferior da perna onde houve a fratura, a boa vontade facilitou-me o negocio, e julguei que talvez a carie se limitasse a esse ponto e que seria facil fazer recisão das extremidades cariadas; e, embora houvessem fistulas em toda a extensão da perna, era facil de supôr que todas podiam partir do mesmo ponto, pois muitas vêses se observam aberturas de trajétos fistulosos vindos de muito longe. Neste presuposto pedi que convidassem dois colegas para conferenciarmos no dia seguinte.

Assentou-se que devíamos descobrir o peronco e separar na totalidade do osso e foi muito bôa esta falta de lembrança, porque naturalmente não se faria o que se fez e o doente ficaria sem a perna.

No dia seguinte, deitando o doente convenientemente e clóroformizado, procedi á operação, praticando uma larga incisão longitudinal que abrangia o terço medio e inferior da perna, a qual profundei até chegar ao osso, que estava longe em razão do edema da perna e tratando de isola-lo dos tecidos moles, conheci que a alteração não se limitava ao logar da fratura, mas continuava para baixo e para cima em toda extensão e apresentava um volume quatro vêses maior que seu natural. O periosto estava quasi destruido, a superficie do osso rugosa e envolta em pús, quasi separada dos tecidos que a cercavam, apesar de ainda conservar grande parte das inserções fibrosas. ¿A' vista de tanta devastação, o que cumpria fazer? ¿Continuar com a autopsia do osso ou tratar da amputação da perna pela articulação? Era esta a ultima opinião dos colegas e nela insistiam fôrtemente. Mas, eu, que sempre tive espirito conservador em cirurgia, observei que era melhor extrair o osso na sua totalidade, apesar de ser um caso completamente novo para mim e creio que para todos, e apesar das difficuldades que se antolhavam tanto no presente como no futuro (¿porque quem serviria de apoio ao grande numero de musculos que se inserem no peronco?) Mas tendo minha longa pratica me ensinado que nosso organismo sabe arranjar-se de modo o mais confortavel, opinava pela primeira.

A unica duvida que me assaltava era se a carie tinha atacado tambem a extremidade inferior do osso, o maleolo externo, pois então seria trabalho inutil. Para esclarecer essa duvida, prolonguei a incisão até o dito maléolo e tive a fortuna de ver que êle estava sã.

Animado por esse tão bom achado, não atendi mais a razão alguma e tratei de destacar o osso com largos golpes de bisturi até a articulação tibio-peronea superior, que separei, e assim obtive a primeira porção do osso que era maior, e procedi da mesma maneira na porção restante, conservando o maléolo por um golpe de serra.

Lavei a imensa solução de continuidade e tratei de laquear as pequenas arterias que davam algum sangue. Cobri a ferida com largo crivo untado de ceroto simples e enchi o vão com fios eontidos por compressas e ataduras. O doente passou sofrivelmente bem os tres primeiros dias com alguma febre e muita esperança. No quarto dia levantei o aparelho, que estava impregnado de pús, lavei a ferida, que se achava em bom estado, e começavam já a aparecer alguns pontos de granulação. Daí em diante curava-se a ferida todos os dias e ás vezes faziam-se dois curativos, por causa da grande abundancia de pús, que foi diminuindo á proporção que a perna desinchava e, assim, no prazo de cincoenta e tantos dias, consolidou-se a cicatriz exterior, mas a interior tinha que esperar muito tempo para isso, tinha muito que lutar para ser prestavel.

Recomendei muito ao doente que não fizesse movimento algum com essa perna por enquanto, mas sua impaciencia era mais fórte do que a prudencia, por isso daí a oito dias, querendo experimentar a perna, que já lhe parecia solida, produziu uma erisipéla com abcesso na perna, que depois de cinco dias tive de lancetar, dando saída a grande quantidade de pús com coagulos de sangue e depois sarou.

Passados mais oito ou dez dias, nova tentativa de locomoção, nova erisipéla com abcesso que desta vez foi menor e deu pouco pús. Depois destas duas lições foi o doente mais prudente, poz-se a estudar e a combinar os movimentos do pé, estando deitado, depois em pé sem fazer firmeza na perna, depois fazendo com prudencia e assim conseguiu vencer a relutancia dos museulos, que não tiveram outro remedio senão arranjar-se um **modus movendi** sem se prejudicar. Apoiado em duas muletas, fazia pequenos passeios pelo quarto, depois foi alargando-os pela casa e pelo quintal, até que sentiu-se bastante fórte para sair á rua; fez a primeira experiencia e saiu-se bem; portanto, continuou a fazer este exercicio sempre com duas muletas durante os primeiros meses, depois serviu-se de uma só, que por fim trocou-a por uma bengála, a qual foi depois abandonada.

Um ano depois do ensaio das muletas estava perfeitamente bom da perna, caminhava sem bengála, ia aos bailes, dansava e valsava sem resultar mal algum.

Ha muito tempo que não se lembra mais que perdeu o peroneo, ninguem percebe que tem a perna mais curta cerea de duas linhas do que a outra, o que remedeia mandando aumentar o salto da botina desse lado. Esse defeito porém não é devido á operação, já o tinha antes da intervenção ser feita, e talvez seja devido á imobilidade forçada durante tanto tempo."



Alcoolização sub-aracnoidiana das raízes posteriores

por

Barros Coelho

Membro correspondente da Soc. de Medicina de G. A.

O supremo recurso terapeutico de que nos valem, afim de acalmar as dôres dos infelizes portadores de cancer inoperavel, consiste na morfina.

Alguns cirurgiões, sobretudo no extranjeiro, indicam e praticam ou a cordotomia ou a secção das raízes posteriores, ambas operações graves a que nem todos ousam submeter seus doentes.

A morfina, si a vida do paciente se prolonga, perde seu efeito e já agora seu uso se torna mais difficil, devido as medidas opostas á sua obtenção, pela Saude Publica.

Um novo recurso terapeutico foi proposto pelo prof. Dogliotti, de Turim, — a alcoolização sub-aracnoidiana das raízes posteriores — capaz de substituir, com vantagem, tanto a morfina como as operações acima citadas, e o que é mais, ao alcance de todos os praticos que sabem fazer uma punção lombar.

Tive oportunidade de empregar esse processo em uma paciente portadora de cancer inoperavel do utero, caso em que o nosso mestre prof. Moysés, a meu pedido, procedeu á curieterapia.

Acusando dôres atrozes no sacro-iliaco, lado direito, e fulgurantes em todo o territorio do ciatico tambem direito, a paciente estava condenada á morfina, que já ultimamente vinha sendo usada em dôses diarias frequentes e elevadas.

Duas vezes pratiquei, nessa doente, a raqui-alcoolização das raízes posteriores, sendo, da primeira, empregado o alcool retificado, por não haver em praça, no momento, o alcool absoluto; da segunda vez já este, conforme aconselha Dogliotti (Presse Médicale, 22 de agosto de 1931).

Logo á primeira injeção de 0,8 cc. de alcool retificado, resultou anestésia perfeita, durante 2 horas de todos os territorios dolorosos, acompanhada de incontinencia fecal e urinaria na 1.^a hora que seguiu a injeção.

Apezar do bem estar obtido assim, o que lhe permitiu evitar a morfina durante mais de 2 horas, a doente só consentiu nova injeção de alcool, 10 dias após a 1.^a

Na segunda injeção já foi empregado o alcool absoluto. Resultado excelente, acima da expectativa: cessação completa das dôres, durante 12 dias, até o momento da morte da paciente. Já nesse periodo de anestesia **não houve** incontinencia urinaria nem fecal.

Duas condições são necessarias para se obter a abolição da dôr, conforme indica Dogliotti: 1.^o — punção na altura das raízes a serem alcoolizadas; 2.^o — injeção do alcool lentamente, gota á gota, afim de que não se misture ao liquido cefalo-raquidiano, antes sobrenade ao mesmo, graças ao seu menor peso especifico.

Colocado o, ou a paciente, em decubito lateral oposto ás raizes a alcoolizar, deve-se faze-lo, de modo que a região onde o alcool vai agir esteja em plano superior ao resto do tronco. Isso é obtido deitando-se o doente sobre um traveseiro colocado, conforme a região a injetar, ou sob a bacia, ou sob o flanco, ou sob a espadua.

Dogliotti recomenda a punção no doente sentado, deitando-o após, conforme ficou dito acima, para então proceder á injeção. Parece-me que a punção no paciente na sua posição desejada, é mais comoda, não corre o risco de desvio da agulha e saída desta do canal raquiano.

45 doentes foram assim tratados por Dogliotti, sendo 22 casos de ciática, 9 de funiculite, 3 de meralgia, 1 de nevralgia intercostal, 2 de dôres terebrantes de côto de amputação, 4 de dôres tabeticas circunscritas e 2 de dôres agudas do pé, do testiculo e da virilha.

Segundo o prof. Dogliotti, os casos de melhor resultado são: as nevralgias com intervenção de numerosas raizes espinais, nevralgia do ciático, dôres por compressão funicular ou radicular e as dôres do tabes. Seriam passíveis dessa terapeutica, segundo o referido autor, alguns estados espasmodicos dolorosos ou não (Mol. de Little, contra-turas dolorosas etc.) e as algias viscerais não suscetíveis de outro tratamento, dôres do cancer inoperavel (utero, prostata, seio, bexiga etc.).

Informa ainda o prof. Dogliotti que, em geral ha uma exacerbação das dôres logo após a injeção raquiana de alcool, exacerbação que pôde durar alguns dias mesmo, necessitando uma 2.^a injeção, porém que cede aos poucos para se estabelecer a anestesia. Esse fáto não foi observado no caso que relato.

Diante do resultado obtido na paciente referida acima, tenho a impressão de que a alcoolização, sub-aracoidiana, das raizes posteriores está perfeitamente indicada nos casos em que, até agora, eramos obrigados a lançar mão da morfina e de outros entorpecentes sinão da radicotomia ou da cordomia.



Do diagnostico precoce na tuberculose pulmonar

por

José Ricaldone

O diagnostico precoce da tuberculose pulmonar, deante dos conhecimentos ultimamente adquiridos, assumiu importancia capital, depois da verificacão que as molestias tuberculares do pulmão, tratadas ainda no começo, podem curar. Dizer pois do diagnostico precoce da tuberculose pulmonar é expor as melhores possibilidades de cura da infecção do pulmão pelo bacilo de Koch e suas toxinas, é destruir, com provas, o pavor que existe de que esta doença seja incuravel.

Verdade é que comumente, quando um tuberculoso nos chega ao consultorio, é quasi sempre um tísico, isto é um portador de lesões destrutivas do pulmão: processos fibro-caseosos evolutivos, cavernas.

Si porém pudermos estabelecer dados e normas pelas quais possamos surpreender a molestia nos seus primordios, teremos lançado as bases solidas para uma terapeutica quasi segura.

Salvo poucos casos de surto violento, este diagnostico inicialissimo da tuberculose pulmonar é difficil, porque confunde-se quasi sempre com o estado de saude, e é, na maioria dos casos, insensivelmente que o organismo deixa este para adquirir aquele.

Para melhor compreender esta estrita relação entre saúde e inicio da molestia tubercular do pulmão nos serviremos de uma comparação empregada pelo professor Boeri de Napoles, cujo ultimo trabalho publicado no "Morgagni" de 3 de Janeiro ultimo, inspirou e mesmo ditou a quasi totalidade destas notas.

Representa, ele, o estado normal da saude por uma réta horizontal, uniforme, e a molestia por uma linha que se destaca da normal de saude, mais ou menos rapidamente e mais intensamente, quanto mais repentino e violento fôr o decurso da molestia; ambas as linhas decorrem da esquerda para direita.

Na tuberculose pulmonar por um longo percurso as duas linhas se confundem, menos por uma pequena oscilação correspondente á infecção tuberculosa infantil: "primo infecção" "complexo primario", como alguns a chamam; depois a linha da molestia se unc de novo e confunde-se com a da saúde para dela afastar-se tão sómente mais tarde, mais ou menos acentuadamente, e alcançando então muito para direita, as altitudes que correspondem aos estados graves da doença.

As pesquisas anatomo-patologicas da tuberculose curada espontaneamente ou não, referem-se sempre a casos que, no referido esquema, se encontram muito para a esquerda, isto é, quando a molestia não se póde facilmente distinguir do estado normal.

A experiencia clinica terapeutica e as pesquisas anatomo-patologicas nos ensinam que sómente nesta fase muito inicial a cura é facil e frequente.

Por muito tempo o diagnostico da tuberculose se fazia muito para direita no supracitado diagrama, isto é, em periodo muito avançado. Infelizmente ainda hoje muitos medicos diagnosticam sómente a fase tardia ou avançada. Daí a quasi constante gravidade dos prognosticos.

Embora o problema terapeutico da tuberculose não esteja definitivamente resolvido, é o diagnostico precoce ou melhor ainda, o precocissimo, que resolverá o metodo da cura.

“Todo o problema social da tuberculose e principalmente o problema terapeutico se reduzem portanto, essencialmente, no diagnostico, e este é valido enquanto feito na fase inicial da molestia.”

O diagnostico precoce é difficilimo, porem é precioso nas relações do prognostico e da terapeutica; o diagnostico tardio é facil, porém muito util, e muitas vezes totalmente inutil com relação á terapeutica.

Antes de entrarmos no estudo do diagnostico inicial, não deixaremos de referir algumas ponderações completamente fundamentadas, correlarios dos principios atualmente reconhecidos pelas ultimas pesquisas scientificas, principalmente no terreno anatomo-patologico.

Naegeli declara que em 100 individuos autopsiados na Assistencia Publica de Paris, sem o diagnostico de tuberculose, mas vitimas de acidentes da via publica, encontrára em 98 o bacilo de Koch e que nos 2 remanescentes o motivo de não o ter encontrado devia ter sido erro de tecnica. Com Naegeli estão de acôrdo Aschoff e Pull, Staehlin e a maioria dos anatomo-patologistas que se dedicam a este estudo.

Este resultado que, á primeira vista, nos deveria encher de espanto, nos vem entretanto ensinar que é justamente esta molestia uma das mais curaveis. Vejamos:

Uma estatistica dos velhos clinicos (Strümpell) afirmava que sobre 8 homens um morria de tuberculose pulmonar, isto é, 12%.

Admitindo que outros 8% curassem (o que talvez era exagerado até pouco tempo) pôde-se grosseiramente afirmar que em 100 individuos os medicos só encontrariam 20 tuberculosos. Era esta uma estatistica muito desanimadora.

Os anatomo-patologistas, porém, com Naegeli á frente, baseados na estatistica acima referida, nos veem declarar que não 20%, mas 100% são os tuberculosos, dos quais 80% escapariam ao diagnostico dos clinicos.

Entre as asserções dos clinicos e as dos anatomo-patologistas, somos obrigados a acreditar nos segundos, porque são estes que controlam a verdade. E aos poucos os clinicos acabaram por se entregarem aos anatomo-patologistas, seja pelas reações biológicas (a reação de Pirquet, negativa nos primeiros meses da vida, torna-se cada vez mais positiva, chegando á proporção de 91% aos 14 anos, e a quasi 100% mais tarde), seja pelas pesquisas radiológicas ou finalmente por outros meios diagnosticos cada dia mais aperfeiçoados.

Somos obrigados a admitir, como demonstrado, que todas as crianças enquanto que nascem imunes de tuberculose contraem a mesma molestia por contagio, (geralmente por via broncogena), dando lugar á forma anatomica ganglio-pulmonar, conhecida pelo nome de “complexo primario de Ranke” ou “primo-infeção”.

Esta verdade acha-se atenuada por uma outra verdade: que todas as crianças saem desta tuberculose infantil; e mais ainda adquirindo um gráo de imunidade para a mesma tuberculose, que sómente poderá deixar de produzir seus efeitos, quando insufficiente, ou que, por qual outra causa indiréta, se tenha exaurido.

Em conclusão, a frequencia da tuberculose, considerada em tempos idos já tão numerosa, revelou-se pelos recentes estudos muito maior; ao ponto de se poder afirmar que nenhum homem dela escape, seja mesmo em fórma tão leve que passe despercebida.

Esta triste convicção porém, como dissemos acima, passou logo a ser um conforto. Si os anatomo-patologistas encontram lesões tuberculares em 100% dos cadaveres e os medicos encontram sómente 12% ou digamos 20%, quer isto dizer que 80% dos casos foram tão leves ou curaram-se espontaneamente, que nem chegaram a manifestar-se clinicamente, passando portanto inobservados. São justamente lesões antigas completamente apagadas, curadas e calcificações as que se encontram nas autopsias.

Portanto, se por um lado a anatomia pathologica nos revela a quasi generalidade da tuberculose em todos os individuos, nos demonstra por outro, de um modo incontestavel, que a tuberculose se cura. Nos ensina mais ainda: não só que a tuberculose tem cura, mas que isto acontece com muita frequencia.

Sejam-me perdoada esta insistencia sobre o mesmo ponto. Sempre com o prof Boeri assim procedo porque são verdades basicas de real valor e ainda pouco gravadas.

A anatomia pathologica nos ensina mais ainda que as afecções tuberculares apagadas ou curadas são quasi sempre leves e iniciais, emquanto que as avançadas não se encontram curadas, constituindo habitualmente a causa da morte dos individuos examinados.

Eis, portanto, quanto ensinamento e quanto conforto nos veem dos estudos atuais da anatomia pathologica, com as suas revelações aparentemente assustadoras, mas que na realidade nos trazem a segurança:

- 1.º — da curabilidade da Tbc. pulmonar;
- 2.º — da frequente e mesmo espontanea curabilidade dos tuberculosos.
- 3.º — do ensinamento que a condição "sine qua non" desta curabilidade, consiste no grau inicial ou pouco avançado da lesão.

Para não omitirmos nenhuma das conclusões dos modernos estudos diremos já não se admitir os apices como séde inicial das lesões e que cahiu tambem a velha noção de que as cavernas eram encontradas sómente nos estados avançados: conhecemos as cavernas precoces.

Aplicando á pratica a conclusão que somos obrigados a tirar destes diversos enunciados, fruto das recentes indagações, chegamos á dedução de que o ponto capital capaz de nos fornecer os elementos para a cura é o **inicio da molestia**, porque é sómente ou quasi sómente neste que se realizam as multiplas curas, quer procuradas, quer espontaneas.

Examinando nossos doentes será mais logico não apresentar o problema da possibilidade de existencia da tuberculose; mas da possi-

bilidade de diagnosticar em que fase da tuberculose se encontre o nosso doente, sempre tendo em vista golpear o início da doença.

Como conseguiu-lo? Eis o ponto mais importante.

Distinguem-se quatro inícios que podemos assim classificar:

- 1.º — Início no sentido etiologico;
- 2.º — Início no sentido anatomico;
- 3.º — Início no sentido radiologico e
- 4.º — finalmente, início clinico.

INICIO ETIOLOGICO: —

E' este, sem duvida, o primeiro e mais verdadeiro início, pois que corresponde ao momento de penetração do germen no organismo. Difficil é, porém, de ser reconhecido, porque o germen ou pôde permanecer por muito tempo em estado latente, ou mesmo indifferente (admittiu-se um estado saprofitico tambem para os germens tuberculares (Zagari).

INICIO NO SENTIDO ANATOMICO: —

Corresponde este ao principio das lesões; é posterior ao precedente; porém mais preciso, mais patologico; pouco claro clinicamente nos seus primordios. Embóra importante, não é ainda este que, no campo pratico nos pôde interessar, porque em seu início só é controlavel pelos anatomo-patologistas e portanto nos individuos fóra das possibilidades terapeuticas. Por este início quasi todos os individuos seriam declarados tuberculósos, porque em todos eles encontrar-se-ia a lesão inicial ganglio-pulmonar infantil, ou "primo infecção de Ranke".

INICIO RADIOLOGICO: —

E' este o início das alterações do parenquima pulmonar que pôdem transmitir-se ao écran.

Sem entrar em discussão si deve caber precedencia ao estudo clinico ou ao exame radiologico, o que mais de perto nos interessa é o

INICIO CLINICO, caracterizado por aquele primeiro momento no qual a tuberculose tórna-se clinicamente apreciavel.

De que modo se manifesta este momento?

Poderíamos aqui praticamente nos referir ao diagrama das duas linhas, representando uma o estado de saúde e a outra o percurso da infecção tubercular. Veríamos então, em seu início, saúde e doença se confundirem; em seguida afastarem-se cedo e muito de léve, para de novo se reunirem e sómente separarem-se ou para se confundirem de novo nos casos de cura, ou afastarem-se cada vez mais e definitivamente na razão crescente do avançar do mal, nos casos fatais.

Para melhor procedermos no diagnostico da tuberculose inicial distinguiremos:

- a) — um diagnostico clinico;
- b) — um diagnostico radiologico;
- c) — um diagnostico laboratorial.

Será pela marcha harmonica destas tres disciplinas que o medico conseguirá um conjunto de dados capazes de lhe permitirem um pronunciamento consciente e valioso. Parece porém logico dever-se dar a primazia ao diagnostico clinico.

Casos existem, é verdade, em que a radiologia poderá nos apresentar imagens bem definidas de cavernas ou de lesões e destruição do parenquima pulmonar, que tinham escapado completamente ao exame clinico o mais esmeroso, porque nenhum sinal tinham apresentado. Mas verdade tambem é que identica hipotese desfavoravel apresenta tambem a radiologia á qual, por exemplo, não poderemos pedir o reconhecimento de uma tuberculose miliar ou de uma apicite inicial.

De luzes e sombras carece a radiologia e portanto de alterações anatomicas capazes de fornece-las. A clinica porém poderá recorrer á uma multiplicidade de meios muito variados: dirétoes uns, indirétoes outros, que permitem ao medico os diversos estados de suspeita, de probabilidade vaga e depois fundamentada, para chegar finalmente á certeza.

Melhor nos falarão a este respeito os nossos radiólogos, que tantas provas nos tem dado da mais alta proficiencia profissional, e concluindo com Sergent diremos que "o diagnostico da tuberculose pulmonar não deve nem póde ser sinão a interpretação do conjunto das constatações fornecidas pelos diversos metodos e processos de exploração do aparelho respiratorio", o que em ultima analise é feito pelo clinico.

Assim tambem procederemos silenciando quanto ao diagnostico laboratorial, cada dia enriquecido com novas provas e com mais requintados exames.

Suficiente será dizer que a deliberação da Academia de Medicina de Paris de 1919, que sentenciava não se poder diagnosticar a molestia tubercular sem a revelação do bacilo de Koch, é coisa já caída. Si o clinico esperar a confirmação do laboratorio pela presença do bacilo de Koch, jámais conseguirá um diagnostico precoce.

Sinais de valor e muitos, existem quando bacilo ainda não póde ser encontrado nas secreções pulmonares. As tuberculoses fechadas e todas aquelas cujo agente é constituído por derivados filtraveis ou de ultra-virus, exercem sua ação malefica e destruidora, antes da exteriorização do bacilo tubercular e devem, portanto, ser conhecidas antes que este póssa ser encontrado. O bacilo só aparece quando já se realizaram alterações necroticas dos focos tuberculares, porque sómente em virtude destas é que o mesmo bacilo póde ser posto em liberdade. Para chegar a este ponto é necessario que a molestia tenha já percorrido uma boa marcha, estando pois bastante adeantada.

Tratando sómente do diagnostico clinico distinguiremos nêle três periodos:

1.º periodo — **INICIALISSIMO** — Diagnostico muito precoce — lesão anatomica minima ou quasi nula — sintomas clinicos indirétoes ou gerais, vagos; nenhum sintoma ainda que se póssa referir dirétamente ao aparelho respiratorio. **Diagnostico de suspeita, que póde muitas vezes chegar á probabilidade, vislumbrando a certeza. Este diagnostico é difficilimo — A cura é facil.**

2.º período — **INICIAL** — Diagnostico precoce — lesão anatomica minima ou leve — sintomas clinicos indirectos como no 1.º período, mais sintomas directos minimos ou leves, que já denunciavam alterações do aparelho respiratorio — **Diagnostico de probabilidade que ás vezes alcança a certeza. Diagnostico menos difficil — Cura possivel.**

3.º período — **CONCLAMADO OU AVANÇADO** — Diagnostico tardio — lesão anatomica mais ou menos avançada — sintomas indirectos e directos — sintomas radiologicos e de laboratorio mais ou menos evidentes e numerosos. **Diagnostico de certeza. Diagnostico facil. Cura difficil.**

Para nós o 3.º período não pôde ser considerado dentro do argumento que tratamos. O 2.º e o 1.º periodos, diagnostico precoce e muito precoce, isto é, aqueles diagnosticos que constituem o dever e a preocupação mais escrupulosa do medico moderno, não pôdem ser entregues aos classicos e caracteristicos sinais da velha clinica, que exigia para um diagnostico: consunção, suores, febre etica, tosse, expectoração, hemoptises, ; nem pôde esperar para seu pronunciamento que venha dos laboratorios a papeleta declarando se havia especimens de Koch e qual numero. Estes dados, de real valór sem duvida, de segurança absoluta, quasi matematica se quizerem, são inuteis no tratamento da tuberculose.

Na indagação dos elementos para o diagnostico subtil e delicado do inicio da tuberculose, não podemos apresentar um paradigma determinado, sinais patognomicos; sómente fornecer dados e criterios, que applicados com fina perspicacia clinica, possam trazer-nos a suposição ou a léve convicção de que podemos nos encaminhar na pesquisa do diagnostico em questão.

Estudando os elementos do diagnostico muito precoce e precoce, dissemos que eram indirectos e gerais os primeiros, indirectos e directos os segundos.

Teremos assim criterios e sintomas:

- a) — anamnesticos;
- b) — morfologicos;
- c) — funcionais;
- d) — fisicos; sendo estes ultimos os mais delicados, variados e valiosos.

1.º PERIODO — inicialissimo — (Sintomas clinicos gerais e indirectos) — Diagnostico de suspeita, que pôde alcançar a probabilidade ou mesmo, embóra difficilmente, a certeza:

a) — **Criterios anamnesticos:** Hereditariedade (entendida aqui como constituição e como cohabitacão com pais e irmãos tuberculosos).

Precedentes pessoais de tuberculose (espinha ventosa, carie ossea, abscessos frios, escrfulose) — Pleurizes, molestias que predispõem: como sarampo, coqueluche, variola, estenose mitral.

b) — **Criterios morfologicos:** (muito importantes).

Varias são as escolas que entenderam classificar os dados morfolo-

gicos, dando lugar assim a classificações diversas. Sem preferirmos a nenhuma delas diremos todavia se acharem fixados os quatro tipos de hábitos constitucionais (tisico, infantil, degenerativo, linfatico) entre os quais emergem os conhecidos hábitos: tisico, longilíneo e microsplanênico, particularmente predisposto á tuberculose pela pobreza constitucional dos órgãos facilmente atacaveis. O habito de Stiller: a decima costela flutuante e a nona movel, o coração em gota, a ptose dos olhos, a siluete lançada, longilínea, elegante, em arte tipo Boticeliano bem distintos dos Miguelangiolescos, estes fôrtes, musculosos e acrobaticos. *Aspetus populeus* (gordo fofo) — *aspetus pilosus* (abundancia de pêlos mal caracterizados).

O tipo gracil, palido, cutis subtil, veias transparentes, pescoço longo e delgado, loiro vermelho (tipos de Landouzy), muitas vezes simpaticos e insinuantes, "tabidorum facies amabilis" de Hypocrates, olhos de porcelana, ciliis longos, incisivos superiores compridos e estreitos dirigidos para baixo e para traz, a anisomastia, bordo gengival vermelho (Frederic Thomson).

c) — **Critérios funcionais** — Estão aqui enumeradas as notas funcionais da síndrome de Stiller (astenia, hipopepsia, hipotensão) hiposupra renalismo, hipertiroidismo, taquirofismo, emagrecimento (sintoma principalmente muito precioso), cansaço, taquicardia apiretica, mudança de caráter, rubor da região zigomatica, ruborização facil, febrícula de cansaço, digestiva, emotiva, premenstrual, suores matinaes, crescimento exagerado.

d) — **Critérios de morbidade:** Linfatico, adenoideos, diatêse exsudativa, escrofula, fraqueza bronquial, os claudicantes da respiração, incapacidade respiratoria do apice pulmonar.

e) — **outros sinais** — Perda do appetite, hipopepsia (forma dispeptica da tuberculose inicial), nevrastenia, artralgia, pseudo-reumatismo tubercular de Poncet (tambem as sinovites aparentemente simples ou banais são tuberculares, ao mesmo modo que os são os pleurizes), cloroanemia ou pseudo-clorose chamados tuberculares, poliuria, albuminuria hortostatica, denominada tambem pretubercular (Tassier), micro-poliadenopatia (Legroux, Grancher, Marfan, Masucci).

2.º PERIODO — inicial — (sintomas clinicos gerais e indirétos, mais sintomas dirétos ou locais ou respiratorios). **Diagnosticos de probabilidade, que pôde alcançar a certeza.** Além de todos os sintomas do periodo anterior, facilidade de fíear dispneico, fôrmas ásmaticas, diminuição da capacidade respiratoria, dôres toracicas, principalmente ás espaldas e ás escapulas, abaixamento de voz, voz rouca, tosse seca e nervosa, matinal, ás vezes com expectoração muco-purulenta, ás vezes hemorragicas, hemoptises, torax assimétrico, depressão unilateral das regiões supra e infra-claviculares, supra ou infra-espinhosas, omoplata em aza, assimetrias do omoplata, atrofia do externo-cleido-mastoideo, abaixamento de uma espadua e encurtamento do bordo externo do trapézio, mobilidade reduzida do aeromion dum lado só, mobilidade reduzida do angulo superior de um escapulo, rigidez dos musculos supra-escapulares, reação miotonica unilateral da pressão exercida com dois

dedos sobre o bordo externo do trapezio, vermelhão persistente á pressão em correspondencia de uma das regiões apicais, menor mobilidade do apice, diminuição do fremito toraco-vocal sobre um apice. A' percussão: menor extensão da ponta do apice da clavicula, menor clareza, menor ou mesmo maior altitude ou timpanismo em correspondencia de um apice. Pela escuta: murmúrio respiratorio mais fraco, rude, soproso, prolongada a expiração, estertores crepitantes na zona de Chauvet, supra espinhosa ou na fossa de Morenheim ou no espaço interescapular ao acordar-se pela manhã (Murri), ou do apice supra clavicular em seguida a prévia massagem (Boeri), em seguida a administração de uma grama de iodureto de potassio (Landouzy) respiração granulosa (Grancher) midriase e miose unilateral.

Dos outros sinais diréto e proprios do aparelho respiratorio mais evidentes e graves como as notaveis e conhecidas modificações pleximétricas, como os sinais acusticos característicos das fórmulas exsudativas, ulcerativas, evolutivas até ás escavações cavernosas, não podemos nos ocupar aqui, porque dizem mais propriamente do periodo avançado da tuberculose e não do inicio, embóra convenha te-los presentes, já para excluir o proprio periodo adeantado da molestia e já porque pôdem ser encontrados no inicio tambem.

PEQUENOS SINAIS

Completada a enumeração dos sintomas do primeiro e segundo periodo do inicio da tuberculose encontramos um grupo de pequenos sinais que não poucas vezes trazem valiosos contingentes para o diagnostico precoce da tuberculose. São os seguintes:

1.º — Sensibilidade dolorosa á pressão do ponto medio do bordo externo do trapezio. Para isto é preciso aplicar, estando de frente ao doente, contemporaneamente e simetricamente (afim de excluir com esta manobra que se trate de dôr devida a pressão, a qual seria no caso sempre bilateral) o polegar direito na zona supraclavicular esquerda, o esquerdo na direita, enquanto que os outros dedos adaptam-se comodamente ao longo do bordo externo do trapezio, abraçando-o. Apertando deste modo entre o polegar e os outros dedos o bordo externo do trapezio, em seu ponto medio, provoca-se uma dôr ás vezes muito viva. Esta dôr representa um anuncio precoce e precioso nas afecções do apice, que não conheceriamos de outro modo.

2.º — Sensibilidade dolorosa á pressão dos musculos da região supra-espinhosa.

A mesma tecnica, frequencia um pouco menor deste sintoma: identico valor semiologico. Na Italia conhecido pelo nome de sinal de Boeri, na França de Sabourin e de Lemoine, dá-se a este sintoma um grandissimo valor, diagnostico e prognostico.

3.º — Sensibilidade dolorosa á pressão nos primeiros espaços intercostais da cavidade axilar.

Tambem este sinal com os dois já citados, são reveladores de uma afecção do apice pulmonar, seja mesma pequena ou latente e recebeu a confirmação de muitos autores. Recentemente foram assinalados iden-

ticos sintomas de doloribilidade á pressão na pequena fossa do Morenheim, sobre a região carotidiana e mais propriamente na fossa supra-clavicular, entre as duas extremidades de inserção do externo cleido-mastoideo (sinal do frenico ou signal de Ragot).

Estes ultimos sinais são tão frequentes e valiosos, como os acima citados do trapezio.

4.º — Hipotrofia do bordo externo do musculo trapezio. A diminuição do volume deste musculo chega, ás vezes, a uma atrofia quasi completa de um lado.

5.º — Hipotrofia dos musculos da região supra-espinhosa. Acompanhando a hipotrofia do trapezio, estes musculos tambem se atrofiam no lado do apice tuberculoso. Apertando com a manobra acima descrita a região supra-espinhosa tem-se a impressão que a fossa esteja quasi vazia, e que a musculatura correspondente conserve a maior flacidez.

6.º — Hipotrofia do musculo externo-cleido-mastoideo. E' muitas vezes evidente á simples inspecção.

Numa nossa operada de frenico-exereze esquerda, no serviço da 17.ª enfermaria da Santa Casa, tivemos occasião de fazer notar aos assistentes a mais acentuada atrofia unilateral dos musculos acima supra-citados. No caso porém não se tratava de uma fórmula inicial e sim bastante avançada.

7.º — Hipotrofia dos escalenos, principalmente do escaleno anterior.

8.º — Dermografismo persistente da região supra-espinhosa á pressão.

Para não entrar em explicações muito minuciosas e que, saindo do nosso tema, tornaria prolixa essa pequena dissertação, diremos todavia de passagem que a sensibilidade dolorosa e atrofia destes musculos são devidas ás relações já provadas dos diversos metameros, nervosos, pon-do em relação o apice pulmonar com estes musculos ou grupos de musculos. Pelas pesquisas anatomicas e principalmente pelas de anatomia clinica do sistema nervoso, resulta que as fibras do simpatico que partem do apice do pulmão, chegadas ao respectivo ganglio (ganglio superior) por meio do respectivo ramo comunicante chegam ao terceiro e quarto par dos nervos cervicais, aos respectivos ganglios intervertebrais, ás raizes superiores correspondentes com as quais penetram na substancia cinzenta medular; daí, por vias comuns á vida de relação, ou seja á cutis e aos musculos do mesmo metamer.

9.º — Adenopatia axilar.

Não me refiro aqui ao estado linfatico que representa um sintoma indirêto, fazendo parte da micro-poli-adenopatia já citada, mas a um ou dois ganglios axilares engorgitados, aos quais correspondem quasi

sempre uma lesão glandular do hilo, ou uma lesão pulmonar pouco adiantada, não perceptível por outros sinais.

10.º — Taquicardia apiretica — Conhecida ha muito tempo, é constante, que sua ausencia é muito rara na tuberculose.

11.º — Constancia dos sintomas fisicos locais — Este criterio refere-se mais principalmente á síndrome fisica das fórmas avançadas. Muitas vezes se está em duvida entre uma bronco-pneumonia aguda e uma tuberculose, principalmente em se tratando de doentes vistos pela primeira vez e de fórmas anormais. A variabilidade, o deslocamento dos sintomas fisicos entre um exame e outro afastarão do medico a hipotese de uma infecção tubercular.



Sociedade de Medicina

Presidente: Prof. OTAVIO DE SOUZA

Secretarios: Prof. TOMAZ MARIANTE

Dr. NINO MARSLAJ

Comunicações

ABDOMINOSCOPIA

por

Manoel B. Gonçalves

“Meus senhores. E’ a titulo de “nota previa” sobre trabalho que mais tarde pretendo apresentar a vosso soberano e preclaro julgamento que eu resolvi pedir uns momentos de vossa mui honrosa atenção para o estudo que, ha pouco iniciado por mim, parece-me poder trazer algum beneficio em auxilio do diagnostico das lesões abdominais.

Trata-se do que eu chamo abdominoscopia, isto é, do exame mediato ou imediato das visceras abdominais.

Para conseguir tal “desideratum” mandei construir o aparelho que ora vos apresento e que, rapidamente, vos vou descrever. Não preenche totalmente os meus desejos mas serviu-me para as experiencias em cadaveres e em cães.

Consta essencialmente de um tubo ôco de metal, no interior do qual, de acôrdo com o momento, é introduzida uma haste de metal que serve, ora como afastador das visceras ora como perfurador de trocater.

Dito tubo termina na sua extremidade distal por bordos arredondados de maneira a não ferir as visceras intra-peritoniais. Sua extremidade proximal termina-se por um pequeno disco que tem na parte inferior um pino que fixa e adapta o todo ao suporte do aparelho.

A haste metalica é formada por um bastão niquelado que se adapta perfeitamente á parte interna do tubo. A extremidade proximal termina-se por uma pequena dilatação que serve como cabo quando se usa como trocater. A extremidade distal é formada por uma rosca de parafuso em que se colocam, conforme as necessidades, tres pontas.

Duas são perfurantes, tendo uma delas seu eixo central, identica, portanto, ás pontas do trocater comum; a outra de eixo excentrico, mandei construir para o caso de ventres de paniculo adiposo muito desenvolvido e em que houvesse receio de picar a massa intestinal. A tereceira ponta é arredondada servindo para o afastamento das visceras durante a operação.

O suporte é constituído por duas chapas metalicas separadas uma da outra por uma substancia isolante. Os parafusos que as ligam são igualmente isolados.

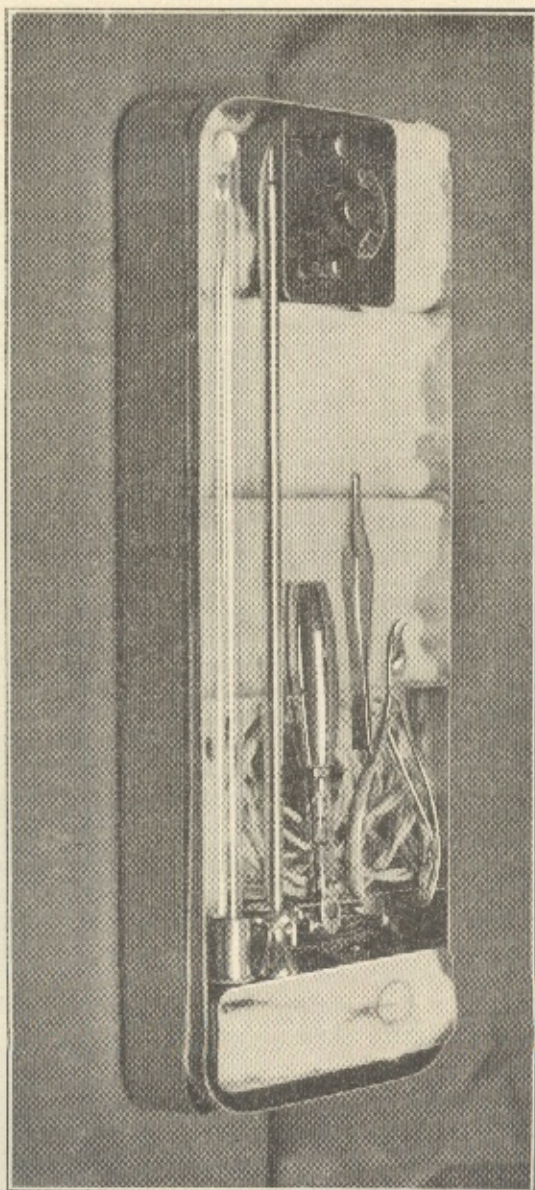


Fig. I

O abdominoscopio desmontado, no seu estojo.

A chapa posterior é formada por duas chapas accessorias afim de que, separadas por um pequeno intervalo, o suficiente para cortar a corrente electrica, sejam ligadas ou desligadas por um simples fechador de corrente que é constituído por uma pequena lamina, fixa á semi-chapa postero-inferior.

As duas chapas, posterior e anterior, tem na extremidade interior um pequeno orificio para a adaptação dos fios electricos provenientes de um transformador da corrente comum. Diferem entre si, no entanto, nas extremidades superiores.

A extremidade superior da semi-chapa postero-superior, apresenta:

1.º) — Um entalhe que termina numa falha maior de metal, de forma arredondada; tem por objeto fixar um dos condutores da corrente electrica á lampada que ilumina o campo de observação;

2.º) — Pouco abaixo existe um dispositivo em forma de forquilha onde se colocam as lentes para melhor aproximação dos campos de observação.

A extremidade superior da chapa anterior é formada, por um pequeno solido otogonal de faces diferentes.

A face superior apresenta um sulco que é a segunda tomada de corrente da lampada acima referida. A face anterior tem um orificio central para a adaptação do pino referido no disco da extremidade proximal da haste metalica. Dito pino é, quando armado o aparelho, fortemente fixo por um parafuso lateral direito. Pouco abaixo apresenta a mesma face, um prisma triangular que se adapta ainda ao referido disco. A adaptação é assim perfeita.

As lentes conseguidas por mim em Porto Alegre apenas me aproximam o campo, dando-me um pequeno aumento.

São lentes levemente concavo-convexas.

A lampada foi-me construída pelo sr. Oscar Metsavaht, na filial da casa Lutz Ferrando e Cia., nesta cidade.

O resto do aparelho foi-me construído na casa Uhr e Cia.

Eis, pois, a descrição rapida do aparelho.

E' ele, como vêdes um aparelho para endoscopia direta. Eu o completarei, tornando-o de visão indirecta, por meio de um segundo tubo semelhante ao dos cistoscopios em que por disposição especial de lentes e espelhos conseguirei aumentos muito maiores e mais perfeita visão.

Já estou tratando de mandar construir na Alemanha essa parte do aparelho, pois no Brasil não ha quem a faça.

Vejamos, agora, a tecnica que é facil.

Da mesma maneira que na paracentese puncionamos o ventre para retirar, por exemplo, liquido de ascite, fazemos aqui o mesmo mas com um fim semiologico.

Feita a punção, que deve evitar os vasos hipogastricos e as ramificações terminais das mamarias externas, assim como os troncos nervosos da parede abdominal anterior retiramos a haste de metal e deixamos o tubo.

Armando a lampada e a lente adaptamos o suporte ao tubo, podendo assim examinar viscera a viscera.

Si por acaso vem alguma alça intestinal a encobrir o campo é su-

ficiente substituir a ponta penetrante do perfurador pela arredondada, para que, com um pequeno artifício de tecnica a possamos afastar.

Posso dar-vos já alguns dados de tecnica que eu estudei em cães e cadáveres.

A picada da parede abdominal será feita nos pontos eletivos da picada do trocater ordinario e sobre a linha branca.

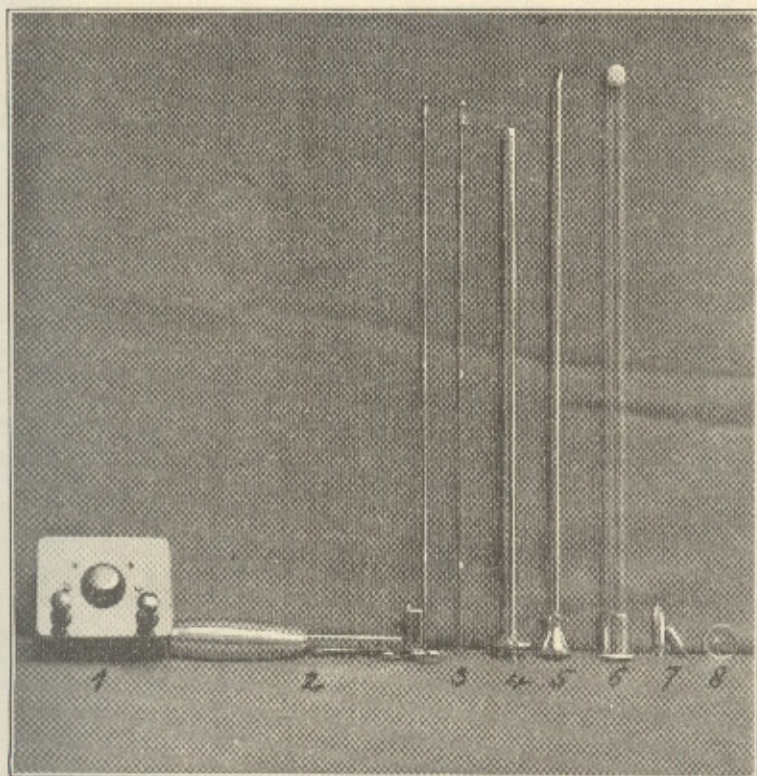


Fig. II. Abdominoscopio.

- 1 — Transformador. 2 — Suporte. 3 — Lampada.
 4 — Tubo. 5 — Trocater. 6 — Porta agulhas.
 7 — Pontas. 8 — Lente.

Fácil nos individuos magros, em que se pôde fazer uma dobra da parede, defendendo, assim, o intestino, ela se torna perigosa nos gordos. E' para isso que eu mandei construir essa ponta excentrica.

De fato, perfurando-se a parede com essa ponta é quasi impossivel tocar as alças intestinaes, desde que se tenha o cuidado de levar a ponta inclinada para a cavidade abdominal. Dessa maneira a ponta depois de perfurar o peritoneo segue-o praeladamente. Além disso nós sabemos como o intestino foge deante dos corpos que o querem atingir. De mais a mais, logo que a ponta penetra, o orificio distal do tubo se encontra na cavidade abdominal.

Sou dos que condenam os exames semiologicos dolorosos e tenho a satisfação de ter verificado, nos animais por mim examinados, que suportam perfeitamente bem o exame após uma simples anestesia da parede abdominal pela novocaina.

Era, de prever isto, aliás, as visceras sendo relativamente insensíveis, unicamente indicando dôres os individuos quando irritados ou distendidas. Um fato interessante por mim observado é que os animais indicavam dôr todas as vezes que tocava o relevo formado pelos rins.

Consegui observar essas experiencias: á direita — o figado, parte da face anterior, o rebordo anterior e parte da face interior — a vesicula biliar, a parte anterior do estomago, o sulco parieto-colico direito, relevo do rim, colon ascendente desde o cecum até o angulo hepatico — á esquerda: o baço, angulo parieto-colico esquerdo, relevo do rim colon descendente até o reto.

Com facilidade examinei o colon transverso e o intestino delgado.

Na pequena bacia poude com facilidade observar a bexiga e num cadaver de mulher, utero e ovarios.

Como vêdes, muitas visceras puderam ser examinadas e é essa a razão de ter eu mandado construir o tubo do aparelho com 30 centimetros de comprimento, afim de poder com uma só picada examinar quasi todo o conteúdo abdominal.

Encontramos algumas dificuldades, cuja principal é constituida pelo grande epiploon que ás vezes se coloca adiante do aparelho e que é necessario evitar perfurar para que não se tenha que lutar com alguma hemorragia.

Como são o grande epiploon e as alças intestinais os maiores impedimentos para o exame, consegui melhorar a situação pela posição dada aos pacientes. Assim quando desejava examinar o lado direito inclinava-os para a esquerda e vice-versa. Livrava-me assim quasi totalmente deles.

Para examinar a bacia colocava os individuos em posição de Trendelenburg forte, ficando assim com ele quasi inteiramente livre.

Meus senhores, eis em rapido esboço o que tenho feito.

Quer-me parecer que este aparelho tenha um grande alcance futuro. Sob o ponto de vista semiologico ele reduzirá de muito as laparotomias exploradoras, ás vezes tão mortalmente chocantes, além de que, pela sua simplicidade, o exame parece-me pôde ser feito sob anestesia local. Sob o ponto de vista terapeutico, creio, tambem muito auxiliará.

Seu perigo é aquele de uma paracentese e sua tecnica simplicissima.

Os nossos conhecimentos atuais de propedeutica abdominal são ainda enormemente falhos. Haja vista o que ainda ha bem pouco dizia o genial professor Antonio Cardarelli, no 4.º vol. de suas "Lições de Clinica Medica", á pag. 303:

"Vós sabeis certamente que nenhum diagnostico apresenta maiores dificuldades, nenhum diagnostico traz maiores surpresas que aquele dos tumores abdominais."

Se o grande mestre dizia isto eu me sinto feliz de contribuir para o maior conhecimento do labirinto sintomatologico abdominal.

Perdoem-me o tempo que vos roubei e seja esquecido por vós a pobreza de estilo gramatical para ser encarada unicamente a bôa vontade e o desejo de ser útil á ciencia medica.

Oportunamente trarei o resultado dos exames que realizar com este aparelho que tentarei sempre aperfeiçoar.

Aproveito a occasião para agradecer ao professor Tomaz Mariante e, a quem em tempo confiei as minhas experiencias, o entusiasmo que sempre me ineutiou para prosseguir neste trabalho."

Atas

Ata da sessão realizada a 27 de Maio de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presidente: Otavio de Souza — Secretario: Nino Marsiaj.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Pedro Maciel, Annes Dias, Carlos Hofmeister, Alvaro Ferreira, Nogueira Flôres, Florencio Ygartúa, Marajó de Barros, Mario Bernd, Huberto Wallau, Jaci Monteiro, Poli Espirito, Valdemar Job, Leonidas Escobar, Ennio Marsiaj, E. J. Kanan, Homero Fleck, Carlos Bento, Hugo Ribeiro, Batista Hofmeister e Nino Marsiaj; o sr. presidente declarou aberta a sessão. Lidas pelo 1.º secretario as atas das duas sessões anteriores foram as memas aprovadas sem emendas.

Em seguida tomou a palavra o dr. Tomaz Mariante que em seu nome e no do dr. Pedro Maciel leu uma conferencia sobre Neuro-fibromatose de Recklinghausen.

Após lêr a observação de uma doente, discutir o diagnostico diferencial faz considerações sobre as relações existentes entre a neuro-fibromatose e a osteite fibro-quistica descritas por Recklinghausen. Termina admitindo a existencia de ambos os syndromes na doente em questão.

Posto o assunto em discussão comentam o trabalho dos conferencistas os drs. Mario Bernd, Annes Dias e Ygartua.

Passando-se ás communicações verbais tomou a palavra o dr. Carlos Bento, que relatou um caso de enfisema sub-cutaneo consequente á ruptura de uma aderencia pleural após a uma applicação do pneumotorax terapeutico.

Em seguida o dr. Nino Marsiaj comunica ter feito applicação do Gadusan por via intra-raqueana num caso que ainda está em observação. Trata-se de um doente de 12 anos de idade, que se acha atacado de meningite tuberculosa com exame de liquido cefalo-raqueano positivo para o bacilo de Koch. O orador compromete-se a trazer os resultados dos seus trabalhos, sejam quais forem eles, á Sociedade. Termina justificando a communicação por acreditar ter sido o primeiro a empregar o Gadusan por esta via no tratamento da meningite tuberculosa.

Comentam esta communicação os drs. Hofmeister e Ygartua.

Pede a palavra após o dr. Tomaz Mariante para comunicar um caso de terçã maligna, vindo do Espirito Santo, numa mulher grávida atualmente na sua enfermaria.

Depois de salientar a dificuldade do tratamento neste caso, expõe a terapeutica usada que não impediu a continuação da prenhez.

Nada mais havendo a tratar o sr. presidente encerrou a sessão marcando para ordem do dia da proxima reunião uma conferencia do dr. Antero Lisbôa sobre "Contagio e herança da tuberculose".

Porto Alegre, 28 de Maio de 1932.

Dr. Nino Marsiaj.

Ata da sessão realizada a 3 de junho de 1932, na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presidente: Otavio de Souza — Secretario ad-hoc: Ari Viana.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Ari Viana, Manoel Loforte Gonçalves, Fernando Schneider, Silvio Baldino, Antero Lisbôa, Florencio Ygartúa, Nogueira Flores, Maximiliano Cauduro, Cassio Annes Dias, Leonidas Escobar, Luiz Gabriel Fayet, E. J. Kanan, Norman Sefton, Carlos Hofmeister, Hugo Ribeiro, Carlos Bento, Alvaro Barcelos Ferreira, Decio Martins Costa, Decio de Souza, Batista Hofmeister e José Barata, o snr. presidente declarou aberta a sessão

Lida a ata da sessão anterior e posta em discussão pediu a palavra o professor Tomaz Mariante que solicitou a retificação na parte em que se declara que a sua conferencia se referia a neurofibromatose de Recklinghausen, pois a sua conferencia teve por tema as doenças de Recklinghausen, isto é, a neurofibromatose e a osteite fibroquística; posta em votação foi aprovada com a retificação proposta. Em seguida pediu a palavra o dr. Cassio Annes Dias para propor para socio o dr. Edgar Eifler.

Passando-se a ordem do dia, foi dada a palavra ao dr. Antero Lisbôa que fez uma excelente conferencia sobre contagio e herança da tuberculose. Posta em discussão, pediram a palavra os drs. Decio Martins Costa, Carlos Bento, Florencio Ygartua, Decio de Souza, Tomaz Mariante, Carlos Hofmeister e Norman Sefton, sendo todos unanimes em elogiar o trabalho apresentado e felicitarem o autor.

Devido ao adiantado da hora o dr. presidente encerrou a sessão, marcando para a ordem do dia, de hoje a quinze dias, uma conferencia do dr. Ricaldone sobre diagnostico precoce da tuberculose.

Porto Alegre, 3 de Junho de 1932.

Dr. Ary Viana — secretario ad-hoc.

Ata da sessão realizada a 10 de Junho de 1932, na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presidente: Otavio de Souza — Secretario: Nino Marsiaj.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Loforte Gonçalves, Villeroy Schneider, Bruno Marsiaj, Florencio Ygartua, Antero Sarmiento, Nino Marsiaj, Silvio Baldino, João Ribeiro, Humberto Wallau, Hugo Ribeiro, Saint-Pastous, Poli M. Espirito, Luiz Fayet, E. J. Kanan, Eliseu Paglioli, Alvaro Ferreira, Carlos Bento, Helio Medeiros, Couto Barcellos, João Fischer, Batista Hofmeister, José

Eboli, Decio de Souza, Waldemar Job, Oddone Marsiaj e Jaime Vignoli, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida pelo 2.º secretario, a ata da sessão anterior, foi a mesma aprovada sem emendas.

Do expediente constavam: um officio assinado por seis socios da Sociedade pedindo a convocação de uma Assembléa Geral Extraordinaria afim de se tratar da reforma dos atuais Estatutos da mesma e uma carta do dr. Otavio Pinto, do Rio de Janeiro, agradecendo a representação desta Sociedade nas homenagens prestadas ao dr. José de Mendonça por motivo de seu afastamento da vida profissional.

Em seguida foi aceito unanimemente para socio o dr. Edgar Eiffler, proposto na sessão anterior pelo dr. Cassio Annes Dias.

Passando-se ás comunicações verbais tomou a palavra o dr. Loforte Gonçalves que dissertou sobre um novo processo de exame das visceras abdominaes, denominado por ele "abdominoscopia". Depois de descrever o aparelho ideado por ele e chamado "abdominoscopio", relatou as experiencias feitas nos animais com excelente resultado, prometendo iniciar breve as primeiras endoscopias no homem e trazer as conclusões a que chegou á Sociedade.

Comentam em termos elogiosos esta comunicação os Drs. Tomaz Mariante e Eliseu Paglioli.

Após pediu a palavra o dr. Nino Marsiaj, para relatar dois casos de diatese hemorragica que teve ocasião de observar na sua clinica particular.

Trata-se de dois casos de purpura de decurso benigno e evolução rapida e que o orador classificou-os, um como de síndrome de Werlhoff e o outro como do tipo anafilactoide. Depois de discutir as classificações francesa e alemã terminou mostrando-se partidario desta ultima.

Comentaram esta comunicação os Drs. Hugo Ribeiro, St. Pastous e Ygartua.

Por fim tomou a palavra o dr. Waldemar Job, que relatou um caso de dedos hipocraticos unilaterais.

Depois de descrever a observação do doente fez considerações sobre sua etio-patogenia.

Estando adiantada a hora o sr. presidente encerrou a sessão, marcando para sexta-feira proxima uma sessão de assembléa geral extraordinaria afim de se tratar da reforma dos presentes Estatutos da sociedade.

Porto Alegre, 15 de Junho de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.º secretario.

Ata da sessão de 17 de Junho de 1932 realizada na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. Drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Nino Marsiaj, Carlos Bento, Helmuth Weinmann, Ricaldone, Custodio Vieira da Cunha, Norman Sefton, Lupi Duarte, Leonidas Escobar, Luiz Fayet, E. J. Kanan, Decio de Souza, Batista Hofmeister, Bruno Marsiaj, Alvaro Ferreira, Florencio Ygartua, Marajó de Barros, Oswaldo de Souza, Silvio Baldino, Villeroy Schneider, Antero Sarmiento, Hu-

berto Wallau, Eliseu Paglioli, Helio Medeiros, Waldemar Job, Hugo Ribeiro, Decio Martins Costa, Edgard Eiffler, Ari Viana, Loforte Gonçalves e Couto Barcellos, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida pelo 1.º secretario a ata da reunião anterior, foi a mesma aprovada sem emendas.

Foi proposto pelo dr. Wallau para socio efetivo o dr. Helio Lopes Medeiros, formado e residente em Porto Alegre.

Em seguida o sr. presidente deu a palavra ao dr. José Ricaldone, inscrito em ordem do dia para falar sobre "Contribuição para o estudo do diagnostico precoce da tuberculose pulmonar".

O orador prendeu a atenção do auditorio pelo espaço de mais de uma hora, discorrendo sobre os variados metodos indicados para a exploração do aparelho respiratorio e sobre os diversos sinais gerais e reflexos para se chegar ao diagnostico da tuberculose pulmonar, quer precoce, quer em fase mais adiantada.

Fizeram comentarios sobre a conferencia do dr. Ricaldone os drs. Carlos Bento, Decio Martins Costa, Tomaz Mariante, Helmuth Weimann, Ygartua e Otavio de Souza, tendo respondido o conferencista.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente encerrou a sessão, marcando para Ordem do Dia da proxima reunião ordinaria uma conferencia do dr. Decio Martins Costa sobre a Tuberculose no lactente.

Porto Alegre, 22 de Junho de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.º secretario.



Assuntos de atualidade

Sobre o emprego dos sais de ouro na tuberculose pulmonar

por

W. Job

Chefe de clínica da cadeira de Terapeutica

Conquanto não constitua, cronologicamente, um assunto de atualidade, a crisoterapia da tuberculose, pela sua eficiencia e pouca utilização no nosso meio, merece ser mais divulgada e conhecida do medico pratico.

Creemos que o ceticismo que se seguiu ás suas primeiras e desastrosas applicações, originadas pelo emprego de doses excessivamente elevadas, muito contribuiu para a sua menor difusão entre nós.

Sem sermos inteiramente ceticos, incluímo-nos entre os que possuem um certo grau de immidade ao entusiasmo sobremodo sugestivo e contagioso com que se proclamam resultados collidos e se introduzem, assim, novas medicações. E não desconhecemos, tão pouco, a influencia psiquica, favoravel, de todo medicamento novo em uso.

A auroterapia, porém, constitue, atualmente, um processo de incontestavel eficacia, aceito pela grande maioria dos fisiologos. Utilizada com criterio, dentro de suas restritas indicações, é um meio terapeutico precioso que veio sobremodo enriquecer a quimioterapia da tuberculose, tão precaria em seus recursos.

São varios os preparados existentes (sanocrisina, crisalbina, tio-crisina, tisiocripina com base de arotiosulfato de sodio).

Administramo-los em dissolução na agua distilada ou soro fisiologico (5 — 10 cc.) A via endovenosa é a preferida, sendo a regeitar a via sub-cutanea.

As insuficiencias renal e hepatica, assim como o diabetes, constituem contra indicações ao seu emprego.

Nem todos os casos de tuberculose pulmonar beneficiam de seu emprego, apesar de Ameuille e Klotz afirmarem não existirem indicações especiais ao seu uso.

Se muitos julgam-na indicada nas fórmulas caseosas, agudas, não poucos proclamam sua eficacia nas tuberculosas torpidas estabilizadas.

Leon Bernard preconiza o seu emprego nos surtos evolutivos, mesmo muito agudos, dos processos chronicos, assim como na bilateralização das lesões no decurso do pneumotorax artificial. H. Mollard, em recente trabalho, publica as seguintes indicações da crisoterapia.

1.º, tuberculosas crônicas sub-febris, ativas, mas pouco evolutivas, com bom estado geral; 2.º, as fórmulas esclerosas torpidas, lentamente evolutivas, mas ativas; 3.º, nas fórmulas ganglionares, nas granulias frias crônicas; 4.º, nos surtos evolutivos dos processos crônicos; 5.º, como medicação adjuvante nos diversos processos de colapsoterapia.

Villaret e Kindberg aconselham o seu emprego, por via endopleural, nos pleurizes tuberculosos.

A terapêutica pelos sais de ouro é contra-indicada nos indivíduos caquéticos, com febre elevada, portadores de extensas e difusas lesões, nas fórmulas congestivas hemoptóicas, nas tuberculosas pneumônicas, granulicas agudas e nas septicêmicas.

Relativamente às doses a ser empregadas, a maioria dos autores adota o método das doses fracas e progressivas (Dumarest, Jaquerot, Garin).

Nos indivíduos resistentes inicia-se o tratamento com uma dose de 0,05 que será repetida na semana seguinte e elevada a 0,10 na terceira e quarta semanas. As doses seguintes (0,15 — 0,20) serão repetidas e semanais. Quando atingida a dose de 0,25 repetimo-la, semanalmente, oito vezes.

Aos pacientes idosos e áqueles cujo estado geral é precário, o método das pequenas doses, continuadas durante muito tempo, é preferível. Injetam-se 0,05, tres vezes por semana, durante tres a quatro mezes. Mollard faz uma injeção de 0,05, semanalmente, durante quarenta ou cinquenta semanas, num total de 2 grs. a 2,50.

Atingida a dose de 2 a 3 grs. do medicamento é necessario interromper a cura durante um mez e meio a tres mezes, para depois recommençar novas séries, de acordo com a necessidade do caso.

Quanto aos resultados que se obtêm com o emprego dos sais de ouro, julgamos muito eloquente a estatística de Saye (Barcelona), publicada em sua recente monografia sobre a "Chimiotherapie de la tuberculose":

p. 100

Casos negativos	14	} 20,94%
Casos nulos	30	
Casos levemente melhorados	30	} 79,03%
Casos notavelmente melhorados ...	43	
Casos muito melhorados	93	

Não menos sugestivos nos pareceram os resultados obtidos por L. Bernard e Mayer.

Num total de 142 casos de tuberculose pulmonar, febril, eles observaram em 43% dos pacientes uma parada do surto evolutivo, com queda progressiva e duravel da febre, melhora do peso e do estado geral, diminuição dos sinais funcionais e fisicos.

Em sua recente estatística sobre 400 doentes, H. Mollard (de Hau-

teville), assinala dois terços de melhoras com o emprego dos sais de ouro.

Pelos resultados acima consignados, conclue-se que o aurotiosulfato de sodio, não sendo um específico da tuberculose, possui real eficácia em seu tratamento. Acidentes serios não serão verificados quando manejado com critério. Reações importantes como albuminúria, estomatite, diarréia profusa com perda do peso recomendam a suspensão do tratamento.

Mollard e Cordier, que o empregaram muito, não verificaram acidentes mortais. Nos casos que tivemos oportunidade de usá-lo, não observamos reações fortes.

Uma técnica prudente, uma posologia restrita, uma seleção rigorosa dos doentes, são condições indispensáveis para o emprego do medicamento e garantia de sua eficácia.



Alcoolismo e Tuberculose

por

É. Arnould

Um documento para o estudo de sua frequencia comparada

(Transcrito da Presse Médicale n.º 48 — 1932)

Sem contudo ir até a conceber uma verdadeira relação de causa e efeito entre o alcoolismo e a tuberculose, tem-se acreditado voluntariamente numa dependencia tal entre estas duas molestias que sob o ponto de vista quantitativo a segunda fosse função da primeira, suas variações de frequencia se efetuando de modo paralelo, as do alcoolismo condicionando as da tuberculose. Diversas estatisticas tem sido produzidas em apoio desta maneira de ver. Nós temos já fornecido a prova material da inexistencia nas estatisticas em questão do paralelismo invocado, e nós temos estabelecido ou relatado outras estatisticas igualmente contraditorias deste paralelismo. A exatidão das nossas verificações tem sido reconhecida mesmo por pessoas que, não obstante, tem persistido em se declarar convencidas da influencia particular do alcoolismo sobre o aparecimento da tuberculose. Nós não esperamos modificar uma crença que parece não repousar sobre elementos de ordem racional. Mas para os espiritos que continuam livres em adaptar suas idéas aos fatos vindos ao seu conhecimento, nós produziremos aqui um documento estatístico novo e importante, singularmente demonstrativo da perfeita independencia do alcoolismo e da tuberculose.

Na Alemanha, de 1890 a 1905, o consumo de bebidas alcoholicas, tomado como indice da frequencia do alcoolismo, tem pouco variado: sua média é de 8.54 litros de alcool absoluto por cabeça, com um minimo de 8.43 de 1891 a 1895, e um maximo de 8.68 de 1896 a 1900. Durante o mesmo periodo a mortalidade por tuberculose, tomada como indice da frequencia desta molestia, não cessa ao contrario de diminuir e se abaixa de 26 á 20 por 10.000 vivos. De 1906 á 1910 o consumo alcoolico por cabeça não é mais que de 7.38 litros, depois, de 1911 á 1915, de 5 litros; a mortalidade tuberculosa continúa a diminuir como precedentemente para atingir em 1914 o minimo de 14 por 10.000. Então começa o periodo da guerra, durante o qual o consumo alcoolico, na falta de alcool disponivel, cái muito bruscamente a 1 litro por cabeça, e mesmo em 1918 á 0.7 litro, enquanto que a mortalidade tuberculosa toma ao contrario uma marcha ascendente para atingir neste mesmo ano de 1918 um maximo de 23 por 10.000. Nós não insistiremos sobre a extrema discordancia assim realizada, pois durante a guerra factores tornados excepcionalmente poderosos tem agido duma maneira insolita sobre a frequencia da tuberculose, á ponto de aniquilar talvez completamente as influencias contrarias: donde poderia resultar que todo traço tenha desaparecido do bene-

ficio a esperar em relação da mortalidade tuberculosa da grande refeição do alcoolismo.

Mas com o periodo de após-guerra nós encontramos na Alemanha uma situação mais ou menos normal. Ora, de 1920 á 1929 as marchas respectivas do alcoolismo e da tuberculose teem apresentado caracteres, cuja comparação nos pareceu muito suggestiva sob o ponto de vista da questão das relações possiveis destas duas molestias.

Para cerrar as cousas mais perto e chegar á relatorios especificos, os unicos dados estatisticos utilizados no presente estudo são concernentes aos **homens** de 30 á 70 anos. E', com efeito, essencialmente entre os individuos deste sexo e destas idades que se encontram os alcoolicos. Nós mencionaremos contudo a titulo de indicação geral que o consumo alcoolico para o conjunto da população foi avaliado em 1.8 litro de alcool absoluto por cabeça em 1920, em 3.38 litros de 1921 á 1925, em 4.54 litros de 1926 á 1928. E nós notaremos tambem que o numero dos obitos masculinos por alcoolismo na Prussia (este dado não sendo publicado para a totalidade da Alemanha) de 155 em 1920 se elevou um pouco acima de 500 desde 1925: não que nós façamos grande caso do valor absoluto desta indicação, mas porque nós pudemos conhecer a repartição por idades destes obitos. Ora os quatro quintos produziram-se de 30 á 70 anos. Nós sabemos doutra parte que os quatro quintos das psicoses alcoolicas, observadas nos homens no curso destes ultimos anos em um grande asilo alemão, consideraram tambem individuos destas mesmas idades. Nós estamos autorisados destas informações para admitir que os quatro quintos das diversas manifestações de alcoolismo sobrevindas nos homens se produzia igualmente nos individuos de 30 á 70 anos.

Esta avaliação era necessaria. Com efeito, nenhuma estatistica forneceu o numero dos alcoolicos duma população. Doutra parte ha muitas reservas a fazer sobre os dados da rubrica "falecimento por alcoolismo", quando esta rubrica existe, para que se possa sonhar tirar dela noções serias sobre as variações de frequencia desta intoxicação. Em "revanche" encontravam-se nas publicações officiais alemãs informações duma ordem diferente, que nos pareciam suscetiveis de nos esclarecer de modo muito sufficiente sobre o sentido e mesmo a extensão das variações supraditas: a saber para cada ano considerado, primeiro o numero dos homens tratados nos hospitais por embriaguez ou alcoolismo, depois o dos homens tratados nos mesmos estabelecimentos por cirrose de figado, enfim o dos homens tratados nos asilos de alienados por psicose alcoolica. Mas nós ignorávamos a distribuição por idade destes casos de molestia. Segundo o que dissemos mais acima, nós nos encontramos baseados a lhe attribuir os quatro quintos ao grupo das idades de 30 á 70 anos.

Nós obtivemos assim tres dados indiciarios de grande valor para a apreciação da frequencia do alcoolismo. Bem entendido todas as cirroses do figado não são de origem alcoolica; mas attribue-se geralmente esta origem á maior parte dentre elas, e na Alemanha mesma sua diminuição de perto de 70 por cento no fim da guerra em relação aos anos de antes-guerra veiu confirmar esta opinião.

Após ter calculado a taxa dos nossos tres indices de alcoolismo

para 100.000 homens de 30 á 70 anos durante os dez anos de 1920 á 1929, nós calculámos emfim sobre a mesma base e para os anos correspondentes a taxa da mortalidade tuberculosa tomada como indice de frequencia da tuberculose. O antiparalelismo dos 3 indices de alcoolismo duma parte, da mortalidade tuberculosa doutra parte, é frisante. De 1920 á 1929 a proporção das cirroses do figado duplicou, a dos casos de embriaguez ou de alcoolismo tratados nos hospitais triplicou, a dos doentes tratados nos asilos por psicose alcoolica sextuplicou; durante o mesmo tempo a mortalidade tuberculosa ao contrario diminuiu de um terço.

Ha mais. Para os anos de 1922 e sobretudo 1923, o traçado dos indices de alcoolismo cessa de ser ascendente ou mesmo se abaixa francamente; ao inverso o da tuberculose cessa de descer e pronuncia uma ascensão muito nitida. Seguem-se nos traçados entalhos em sentido oposto, i. é, um antiparalelismo de tal modo completo que sugere que si não houver interdependencia entre o alcoolismo e a tuberculose, estas duas molestias se encontram em compensação sob a dependencia dum terceiro fenomeno em relação ao qual sua frequencia varia respectivamente de maneira inversa: a saber, a situação economica da população considerada. Com effeito, o ano de 1923 foi na Alemanha o ano da inflação, durante o qual a miseria foi o quinhão da maior parte dos alemães. A maior parte dos autores que se occuparam destas questões desde 20 anos se encontram, de resto, de acôrdo para reconhecerem que durante depressões economicas serias o consumo alcoolico diminue e a frequencia da tuberculose aumenta. Os nossos graficos constituem uma illustração das verificações já feitas a este proposito, ao mesmo tempo que trazem o testemunho duma retumbante discordancia entre a frequencia do alcoolismo e a da tuberculose. Uma não é função da outra, mesmo no grupo masculino de 30 á 70 anos onde se encontra a grande maioria dos individuos que abusam das bebidas alcoolicas.

Por conseguinte, a luta contra o alcoolismo, tão desejavel seja ella doutra parte, não poderia em nenhuma maneira representar um meio de lutar contra a tuberculose, nem sobretudo o mais eficaz destes meios, contrariamente á opinião ainda dividida por muitos medicos que na especie preferem a illusão ao conhecimento das realidades.

Arnould — Alcoolisme et tuberculose. La question de leurs rapports d'après les statistiques comparées de consommation alcoolique et de mortalité tuberculeuse dans les départements français (Revue de la Tuberculose. 1923). — Existe-t-il des concordances statistiques entre l'alcoolisme et la tuberculose? (Revue d'hygiène, 1925).

E. J. K.



P E D I A T R I A

VII CONGRESSO DE PEDIATRAS DA LINGUA FRANCEZA

Estrasburgo 5. 7. Outubro de 1931

TRADUÇÃO DE FLORENCIO YGARTUA

DOCENTE DE CLÍNICA PEDIÁTRICA MÉDICA.

As Avitaminoses no Lactente

As formas frustradas e latentes das avitaminoses no lactente

Bertoye (P) (Lyon). Informante — As avitaminoses não diferem das outras enfermidades da nutrição — Não existe, em primeiro grau, nenhum dos sintomas habituais que indicam a carencia; é um periodo de alterações da nutrição e do crescimento. É o estado latente de Hess, Meyer, Nassau, Abels; é o começo dos estados de precarencia, de Weith e Mouriquand. A existencia deste estado latente é difficil de por em evidencia nas condições ordinarias, porém, sua realidade está demonstrada pelo escorbuto cronico experimental, tipo Mouriquand—Michel. Requer uns 80 dias para apresentar sinais ostéo-hemorrhagicos, estes se curam, mas logo se reproduzem. No intervalo dessas fases o organismo está em estado de avitaminose latente, bastando, pois, a intervenção de um fator patogenico (extrato tiroideu, oleo de figado de bacalhau, etc.) para determinar a aparição immediata dos fenomenos osteo-hemorrhagicos.

O estado latente das avitaminoses pôde provir tanto da precarencia como da postcarencia. Não se trata, por outro lado, de uma enfermidade por carencia, sinão de um terreno especial creado pela carencia. As avitaminoses tipicas são pouco frequentes em nossas regiões, porém, os terrenos carenciados são cada vez mais numerosos.

Fórmulas latentes, fórmulas frustradas correspondendo á precarencia, fórmulas completas, tais são, enfim, as tres modalidades de avitaminoses que se pôdem considerar.

DAS CONDIÇÕES NECESSARIAS PARA LEVAR A UM ESTADO DE
AVITAMINOSES COMPLETO

De varios individuos submetidos ao regime carenciado, uns apresentam sinais de carencia, outros não. É que ha toda uma serie de condições necessarias para a aparição da avitaminose.

Quantidade de vitaminas. Para evitar a avitaminose é necessaria uma quantidade determinada de vitaminas. Se estas são inferiores á cifra normal, vê-se que sobrevem carencias parciais (Weith e Mouriquand). A duração da latencia do escorbuto experimental está ligada á quantidade de substancias anti-escorbúticas administradas (Axel—Hofer). Em clinica, tambem, as fórmulas frustradas e latentes, da avitaminose C, observadas nos lactentes, provem de carencias parciais. Pôdem ser devidas á administração de leite pasteurizado, de leite fervido,

de leite seco, de leite condensado, que contém o fator C, porém, em quantidade insuficiente. O mesmo acontece com a avitaminose A.

Noção do terreno — Mesmo quando a vitamina é dada em quantidade suficiente, ela pôde ser utilizada defeituosamente. Quanto mais novo é o organismo, mais vitaminas requer salvo nas primeiras semanas de vida. O recém-nascido parece trazer uma reserva de vitaminas, no entanto, se o regime da mãe não é suficientemente rico em substâncias anti-escorbuticas, a criança é mais sensível desde o seu nascimento. Para Reyher, a debilidade congênita e o nascimento antes de termo seriam, as vezes, atribuíveis a uma avitaminose congênita causada pela alimentação carenciada da mãe. Quando a carencia parcial se prolonga longo tempo não apresenta sintomas característicos sinão quando o crescimento é suficientemente ativo; de outro modo, a enfermidade não passa dos estados frustrados ou latentes. A evolução do raquitismo humano é um exemplo disto. As deformações macroscópicas características, não aparecem sinão quando o lactente cresce em peso e estatura á base de uma alimentação melhor. Experimentalmente se acelera o aparecimento dos sintomas do escorbuto, aumentando a atividade metabólica (Monriquand, Michel e Bernheim). Isto explica porque os casos de avitaminose aparecem frequentemente em crianças mal alimentadas. A qualidade dos alimentos subministrados intervem igualmente, daí a importancia dos regimes bem equilibrados. Ha tambem, na nutrição, incoguitas que criam predisposições. Para o escorbuto, a diatese exsudativa de Ozerny é um fator predisponente. **As infecções** concorrem para a formação de um terreno sensível á carencia. Por sua repetição, ainda que atenuada, podem determinar um síndrome de avitaminose frustrada. Autores ha que observaram epidemias de escorbuto provenientes da gripe, da desinteria, da difteria nasal, do sarampo, da coqueluche e da varicela. Stern em lactentes retardados em estado pre-escorbutico estudou o efeito da vacinação jeneriana. Metade, mais ou menos, das crianças apresentaram, depois da vacinação, sintomas característicos da enfermidade de Barlow, petequias, equimoses, hemorragias sub-periosteicas. Entretanto Hess informa que não lhe foi possível encontrar nenhuma relação entre a tuberculose, a sífilis ou a malária e o desenvolvimento do escorbuto. As **intoxicações** obram no mesmo sentido que as infecções. O extrato tiroideu acelera a aparição dos regimes de carencia ativando o metabolismo, mas tambem como substancia anormalmente introduzida no organismo. O mesmo acontece com o oleu de figado de bacalháu e sobretudo, o enxofre.

O estado latente das avitaminoses se revela por alterações de ordem banal, sem nenhum carater especifico. Para atribuil-os á sua verdadeira causa, temos de remontar até á sua etiologia e ás condições em que elas aparecem.

ESTUDOS CLINICOS DAS AVITAMINOSSES

Na atualidade são reconhecidos como de origem avitaminosica: o escorbuto, o beriberi, a xeroftalmia e o raquitismo. O autor estuda essas enfermidades em suas fórmãs frustradas e no estado latente. Deixa de lado a pelegra, o spru e a tetania que talvez estejam vinculadas (ainda que se não possa afirmar positivamente) com as avitaminoses.

AVITAMINOSE C. O pre-escorbuto — Quando primitivamente se considerava o escorbuto como uma doença que se iniciava bruscamente, em plena saúde aparente não tardou porém, a chegar-se á conclusão de que ele era precedido de

um período mais ou menos longo de alterações gerais ou de acidentes diversos. Barlow, foi o primeiro que assinalou as fórmulas mono-sintomáticas, que se revelaram por hematurias ou sensibilidade das epífises. Em 1906 Fraenkel observa que o escorbuto é precedido às vezes, por palidez, anorexia e febre. Alguns anos mais tarde descreve os sinais radiográficos que podem preceder o escorbuto confirmado. Na França, Hutinel em 1909 e Comby chamam a atenção sobre os sintomas pre-escorbóticos. Em 1919 Weith e Mouriquand generalizam, nas diferentes avitaminoses, a noção da precarencia e em 1922 insistem sobre a **anemia pre-escorbótica** que resiste ao ferro e cede ao suco de frutas frescas. Em 1919 Kaysers refere casos de desintéria pre-escorbótica. Tendo por base os trabalhos de Hess, em 1920, aparecem numerosas publicações sobre os escorbutos frustrados e latentes. O pre-escorbuto é, geralmente, desconhecido. O escorbuto típico não aparece no latente senão raras vezes, antes do 6.º mez; conseqüentemente é no decorrer dos seis primeiros meses, que se observa com mais frequência, o escorbuto latente e nas proximidades do sexto os sintomas do escorbuto frustrado. O período preparatório do escorbuto se manifesta geralmente assim: a criança cessa de aumentar de peso, perde o apetite, fica pálida, tem às vezes um ligeiro edema nas palpebras superiores, fica irritável e "gritona". As gengivas aparecem mais ou menos lividas, os membros inferiores apresentam certa flacidez. Com a administração de suco de limão em quantidade suficiente, evita-se o escorbuto típico e tudo entra em ordem.

As fórmulas frustradas do escorbuto são fórmulas mono-sintomáticas, caracterizadas, sobretudo, por hemorragias ou anemias. As **hemorragias** são, preferentemente, cutâneas (petequias). As das mucosas aparecem sobre o paladar, o lábio inferior, a língua e a conjuntiva. A mais importante é a eritrocituria. Meyer e Nassau admitem que todas as hemorragias idiopáticas sobrevindo nas proximidades do 6.º mez, são escorbutos frustrados. Não são todos os autores dessa opinião, porém, deve-se considerar que assim sucede a mimdo, pois, grande numero dessas hemorragias cedem á terapeutica anti-escorbótica. As **anemias** são constantes no escorbuto, porém a questão é saber se a falta do fator anti-escorbótico pôde produzir uma anemia sem provocar ao mesmo tempo sintomas de escorbuto típico. O autor admite que isso pôde succeder e que as chamadas anemias idiopáticas pôdem ser um sintoma de carencia frustrada. As anemias pôdem aparecer no período de pre-carencia e apresentar-se debaixo da fórmula de anemia simples ou de anemia do tipo clorótico. Não diferem das anemias por outras causas, por nenhum sintoma particular, senão unicamente pela sua reação á terapeutica. Não se sabe ainda si as anemias pre-escorbóticas pôdem afetar uma fórmula mais grave. Não obstante, Malldague delinea a questão da etiologia pela carencia em certas anemias do tipo Jacksch—Luzet. Os **edemas** localizados foram assinalados pela primeira vez por Meyer. O edema generalizado, descrito por Notel Wallgren, observa-se melhor no escorbuto confirmado.

As alterações cutâneas que se pôdem encontrar são: hiperqueratose e o equizema, resultante de traumatismo. As **alterações digestivas** apresentam-se habitualmente sob a fórmula de diarreia ou mesmo de desintéria com dejeções sangüinolentas. Si estão ligadas á avitaminose C, basta a ingestão de legumes ou de suco de frutas. Pôdem relacionarse com estes fatos as observações de Rohmer, sobre a utilidade da vitamina C, na enfermidade ecliaca.

As **dóres** pôdem existir muito tempo antes do aparecimento do escorbuto confirmado. Localizam-se ao nível das epífises porém sobretudo na caixa torácica.

AVITAMINOSE A — O fator A foi descoberto em 1913, por Mae Collum e Davis, Osborne e Mendel. Sua carencia provocaria uma retenção no crescimento e alterações oculares, além do raquitismo, porém pouco depois Pappenheimer, Hess e Mae Cahn, Mae Collum Simmonelo Becker e Shippert, demonstraram que não havia identidade entre o fator A e o fator anti-raquitico. O fator A porém não foi isolado, sabe-se que existe em quantidade importante na manteiga, nos oleus de peixe (sobretudo no oleu de fígado de bacalhau) na gema do ovo, no espinafre e na cenoura.

A AVITAMINOSE A, typica, observa-se em lactentes cuja alimentação é muito pobre em gorduras (babeurre, leite, desnatado, sopas a agua). Ao termo de um tempo variavel deste regime, o peso estaciona, sobrevindo alterações digestivas e infecciosas e, por ultimo, os accidentes caracteristicos da avitaminose A: **hemeralopia, xerose conjuntival, queratomalacia**. Esta ultima é a unica que permite afirmar a avitaminose A. A cornea torna-se opaca progressivamente, logo se ulcera e se perfura, a iris faz hernia e a destruição do olho é completa. Se não se institue a terapeutica especifica, sobrevem a morte, com ou sem fenomenos, agregados de infeção. Se se emprega precocemente o oleu de fígado de bacalhau, ao contrario, nada do que se disse antes acontece.

AS FORMAS FRUSTRADAS E LATENTES DA AVITAMINOSE A manifestam-se por diversos accidentes que precedem a queratomalacia, em casos confirmados. A diarreia, a anemia e as alterações sanguineas não figuram na carencia A — As distrofias, pelo contrario, precedem ás vezes, desde muito tempo, a xeroftalmia. Póde descrever-se tambem uma **fórma com edema**, que ás vezes não leva á xeroftalmia, mas que comprova sua origem pela sensibilidade á terapeutica. Póde observar-se ás vezes, um edema generalizado, parecido ao de uma nefrite cronica hidropigenica.

A predisposição para as infeções é frequente e póde levar á morte, antes do aparecimento dos sinais caracteristicos. Lesné e Clement mostram que, no rato, os primeiros sintomas da carencia do fator liposolúvel A são os de uma infeção nas vias respiratorias superiores. Clinicamente se tem observado, nos individuos carenciados, infeções cutaneas, com frequencia (furunculoses, piodermites e impetigos) tambem das vias respiratorias superiores (faringites, otites, traqueites) e das vias urinarias. Não se tornou, porém, ainda evidente a prova da etiologia dessas alterações, pois a cura pelo adiccionamiento ao regime do fator A é muito inconstante.

Certas alterações oculares distintas da xeroftalmia, pódem, ao contrario, desviar para uma avitaminose A. As conjuntivites, principalmente, pódem ser formas frustradas de xerosis conjuntival. Na Dinamarca, é o leite desnatado por centrifugação a causa, com maior frequencia, da xeroftalmia. Na França é o babeurre, quando se prolonga o seu uso. As farinhas lacteas preparadas com leite em pó desnatado, pódem igualmente ser a causa da avitaminose A. — A profilaxia e a terapeutica completam-se dando-se á criança uma alimentação rica e variada contendo o fator A em quantidade suficientemente, para impedir o seu aparecimento. O tratamento curativo reduz-se ao emprego do leite completo, do oleu de fígado de bacalhau e do fígado.

AVITAMINOSE B — As investigações da Sra. Randoin, de Simonet e Lecoq,

permitem isolar 4 vitaminas B. **A vitamina B anti-neurítica e a vitamina B de crescimento** interessam á medicina infantil.

Sintomas iniciais do beriberi no lactente. — As paralisias são os sintomas iniciais, mas na criança se localizam preferentemente nos nervos cranianos. As crianças que se amamentam no seio de uma mãe cuja alimentação carece de vitamina B, apresentam no fim de dois meses os primeiros sintomas de carencia: **perda do apetite e vomitos**, em seguida sobrevem **constipação**, alternando ou não com diarreia. Notam-se também anemia, enfraquecimento e alterações cardiovasculares. Este estado frustrado do beriberi pôde durar alguns dias e até algumas semanas. Os sintomas iniciais da avitaminose B. experimental, são analogos. Ribadeu—Dumas descrevem um síndrome frustrado de avitaminose B. no lactente, caracterizado por anorexia, constipação, insonia, agitação, tonicidade exagerada dos musculos e dos membros.

A alimentação do lactente é pobre em fator B. As farinhas, que se usam habitualmente, não contem sinão debéis quantidades. Para remediar essa insuficiencia devem-se recomendar as sementes de cereais (Milho, trigo, arroz etc.) e, sobretudo a levedura de cerveja fresca.

VITAMINA D — A carencia de vitamina D, pôde ser considerada como um fator do raquitismo experimental, embóra ela impeça a sua produção, ainda mesmo com um regime deficiente em fosforo; porém não succede o mesmo com o raquitismo humano.

A vitamina D entra em parte na sua constituição, porém, os fatores que a originam parecem multiplos e é difficil precisar a importancia que convem attribuir a vitamina D, em seu aparecimento. Feitas estas reservas, pôde-se considerar como formas frustradas das avitaminoses, os primeiros estados de raquitismo do lactente, caracterizados por sinais radiográficos que interessam a região dia-epifisaria dos ossos compridos e por alterações do metabolismo do fosfato e do calcio.

CONCEITO DE CONJUNTO DAS AVITAMINOSES FRUSTRADAS E LATENTES — Conclue-se desta exposição que as formas frustradas reproduzem, de modo menos acentuado, o quadro da carencia completa. Tais são as diversas hemorragias da avitaminose C. e os sinais oculares da avitaminose A. **As fórmulas latentes**, pelo contrario, manifestam-se por algum dos grandes síndromes da patologia do lactente: **anemias**, sobretudo na avitaminose C., **alterações digestivas**, **alterações do crescimento estatural e ponderal**, **diminuição da resistencia ás infecções**.

As carencias de vitaminas são, por outro lado, ordinariamente multiplas, porém uma delas pôde predominar. Essas noções dirigem a profilaxia e o tratamento. E' de lembrar-se que á criança se deve dar uma grande quantidade de vitaminas e cuidar, por conseguinte, de variar suficientemente a alimentação.

Tambem deve dar-se desde cedo, sucos de frutas, legumes, oleu de figado de bacalhau, todos eles, alimentos muito ricos em vitaminas.



Livros e teses

Jacinto Godoy — PSICOPATOLOGIA FORENSE — I Serie — 1 vol.

Ed. Globo — Porto Alegre — 1932

Presentemente, em sequencia a estudos das escolas americanas, distinguimos duas formas de psicologia, de utilidade bem diversa: a psicologia estrutural e a psicologia funcional ou dinamica.

A primeira destas formas foi-nos legada pelos empiristas ingleses que têm a Locke por chefe de escola. Ao curso do tempo, ela evoluiu de uma concepção estritamente atomista a uma de sintese que mal esconde a tentativa ambiciosa de explicar a atividade do espirito pelas simples leis de associação. Só lhe interessa a descrição fenomenologica dos estados de consciencia e a explicação destes estados por leis talhadas á maneira das que encontraram as ciencias da natureza. Quanto mais impessoal a analyse, mais exata, mais psicologica e cientifica...

A psicologia funcional tem por objeto o estudo da atividade individual. Para ser util ao homem, que tal é a finalidade das ciencias, ela estuda o procedimento que varia de individuo para individuo consoante sistemas de inter-relações entre os "meios" e as estruturas biopsicologicas que condicionam a ação. Não que despreze a atividade conciente. Mas para essa forma de psicologia, a atividade conciente não é uma realidade interior e inatingivel mas o que apreendemos na confissão voluntaria do individuo, tal a palavra; ou involuntaria, tal a mimica espontanea. Essa forma de psicologia mostrou que na esfera das ciencias psicologicas, o psicologo não pôde ter a atitude de indiferença que se impõe, em outros dominios, ao investigador. Exige-se-lhe um fator pessoal de "compreensão", forma intuitiva de conhecimento que apreende as nuances em que se oculta o "sentido" e a "totalidade" em que se executa a ação. Jamais tal forma de conhecimento será transmitida como se transmite uma relação explicativa; mas jamais chegará qualquer relação explicativa a fazer-nos compreender o homem como aquela forma de conhecimento. Daí a resurreição em psicologia das descrições individuais; do interesse pela evolução do psiquismo individual das primeiras transformações embrionarias como nos demonstra a tentativa ousada de von Monakow, á decadencia final da senectude.

"PSICOPATOLOGIA FORENSE" de Jacinto Godoy é, fundamentalmente, um trabalho que se integra nas correntes modernas de uma psicologia mais util que é a psicologia dinamica. O maior elogio que se lhe possa fazer, é sublinhar o valor cultural da sua feitura: não um suceder de paginas em que se encadeem teorias e teorias; mas a revelação da vida psicologica individual debatendo-se entre forças hereditarias e forças ambientes, dilacerada pelos conflitos entre tendencias e imposições da moral e do direito, mergulhada no mundo ideal das

toxicomanias, sofrendo a irreabilidade do mundo exterior e agressivo, a miseria do proprio espirito ou o espanto em face da ação automaticamente executada. Em todas as latitudes, essa obra admiravel ultrapassa o que se propõe: um estudo sobre a medicina legal dos alienados. Sem deixar de o ser, sem deixar de expor uma erudição juridica vasta e minuciosa, uma cultura medica profunda, ela é, a traços vigorosos e principalmente, um trabalho de psicologia, não livresca e mumificada, mas conereta, dinamica, vivida. Todos os pareceres revestem-se desta "dramaticidade" que é a face multipla e una da vida. Em atitude natural, a intuição psicologica do autor traz a relevo, para a nossa reflexão, as individualidades que estuda. A teoria brota do caso concreto como a flor da haste: aqui e ali, onde a significação o exige, para levar mais longe a compreensão... O caso concreto (acentuemos o valor dessa orientação) permanece sempre em primeiro plano. Tal permite reviver, por interpenetração afetiva, a mesma vida espiritual que o autor estuda. A discreção da teoria não é penuria mas seleção harmoniosa. Sentem-se aqui as qualidades altamente criticas do espirito francês.

No convivio dos classicos da psiquiatria francesa — creadores do mais fecundo dos metodos psicologicos — modelou Jacinto Godoy o seu espirito. Ha um entusiasmo intimo, que ele não esconde, pela tradição magnifica da psiquiatria e da psicologia francesas. E' uma intimidade que desponta em um e outro trecho, sem afetação, como um gesto natural, uma lembrança querida. Ao inicio do discurso que abre o livro, a evocação do Bairro Latino, em meio a "bouquinistes", a obra de um classico entre as mãos, é a reconstrução historica da sua cultura. Mas esse amor á tradição, essa impregnação por uma forma de cultura, não lhe prejudicam o sentido profundo da realidade psicologica. Daí, a temperança no comentario, a posição, em primeiro plano, da intuição psicologica que acompanha os homens penetrando-lhes o segredo da ação, reconstruindo por simpatia o microcosmos individual. Afirma-se aqui, em medicina legal como em psicologia, o autor um mestre na expressão mais alta do vocabulo.

Tratada por uma análise mais minuciosa, releva salientar em "PSICOPATOLOGIA FORENSE" o discurso pronunciado quando da inauguração do Manicomio Judiciario do Estado, em que o insigne Diretor da Assistencia a Alienados do R. G. do Sul traça diretrizes expondo suas ideias sobre a evolução da psiquiatria, a responsabilidade penal, a função do Manicomio Judiciario e a Higiene Mental.

Os pareceres que se seguem não podem ser resumidos. São, como vimos, uma obra rara em que se enfeixam observação e reflexão sobre casos que são tratados sob o triplice aspeto: medico-legal, psicologico e social. Dividida em 12 capitulos, lições magnificas que crearam jurisprudencia, esta obra nos apresenta as reações anti-sociais dos alcoolista, dos toxicomanos, dos epileticos, dos maniacos e melancolicos, dos delirantes cronicos não alucinados, dos delirantes episodicos, dos disgenesicos. Estuda as perturbações mentais alegadas, pretextadas ou simuladas; reproduz informações ao Superior Tribunal do Estado; reúne os pareceres e votos emitidos pelo autor como membro do Conselho Penitenciario do Estado. Cumpre acentuar entre esses o caso "Osorio

Casusa" em que o autor, justificando um voto perante o Conselho Penitenciário, traça, em forma magistral, o resultado de suas meditações sobre o Livramento Condicional. Igualmente o parecer n.º 51 em que nos propõe mais uma forma de "sinistrose": a **sinistrose criminal**: "o estado mental de certos criminosos, alegando, pretextando ou exagerando doença ou perturbação cerebral de natureza toxica, infecciosa ou traumática, de que sofram ou hajam sofrido, recente ou remotamente, tudo com a ideia prevalente de reivindicar prerogativas legais, atenuantes ou dirimentes das penalidades do Código".

D. S. S.

Dr. Manoel Madeira da Rosa. — DO MÉTODO DE FOCHIER
No Tratamento da Infecção
Puerperal.

Tese de Porto Alegre, 1932. — Bóia Imprensa, edit.

O método de Fochier consiste na formação de um ou mais abscessos asépticos, por meio duma injeção de substância irritante, aplicada no tecido celular sub-cutâneo, com o fito de determinar um desfecho favorável em casos infecciosos graves. A substância irritante empregada é a essência de terebentina na dose, para adulto, de 1 á 2 cc.

O A. apresenta no seu trabalho os seguintes capítulos:

Introdução.

Método de Fochier.

Historia. — Indicação. — Contra-indicação. — Modo de emprego. — Evolução clinica. — Tratamento.

Modo de ação.

Valor prognostico e curativo do Método de Fochier.

Observações.

Conclusões.

1. — O abscesso de fixação não deve ser provocado tardiamente.
2. — A dor produzida pelo abscesso de fixação é perfeitamente suportável.
3. — Os inconvenientes que ha em provocar o abscesso na face externa de uma das coxas são mínimos.
4. — O abscesso deve ser incisado sómente quando a flutuação fór bem nítida.
5. — Quando a temperatura não cede com o primeiro abscesso, deve-se provocar outro antes de incisar aquêle.
6. — Aberto o abscesso, a sua cura se dá no fim de 8 a 10 dias, em média.
7. — A reação positiva do abscesso de fixação se verifica, em geral, dentro de 12 a 24 horas.
8. — Ainda não existe uma explicação definitiva do modo de ação do abscesso de fixação.
9. — Uma reação negativa importa em um mau prognostico.
10. — O método de Fochier é de real valor no tratamento da infecção puerperal.

E. J. K.

Revistas e jornais

THE AMERICAN JOURNAL OF SURGERY

Seventy-Six Fifth Avenue

New York City

Abril 1932

Algumas experiencias com o oleotorax

por

Harry C. Ballou — St. Louis, Mo.

O A. relata algumas experiencias com o oleotorax. Consistem no seu emprego no tratamento de lesões tuberculosas dos pulmões e da pleura. Inclúe alguns exemplos do seu valor e dos seus limites como adjuvante do pneumotorax no tratamento das bronquiecetasias. Comunica um caso em que o oleotorax foi, com exito, empregado como suplemento á uma incompleta toracoplastia por tuberculose pulmonar, que teve de ser abandonada, por causa duma efusão purulenta pleural no pulmão afetado e da átividade do pulmão oposito. As experiencias referidas como as outras não relatadas justificam o continuo uso desta forma de tratamento, no sentido de compressão e desinfecção sómente em casos seleccionados, quando outros reconhecidos métodos falham. O A. acha que são necessarias, evidentemente, mais observações para que possa ser determinado o verdadeiro valor do oleotorax em alguns tipos de casos dados.

E. J. K.

O papel representado pelos nervos espinhais nos disturbios funcionais da digestão

por

C. E. McDermid, Niagara Falls, N. Y.

O A. chegou ás seguintes conclusões:

1. Hiperalgisia ou hiperestesia da parede abdominal não significa, necessariamente, que as visceras abdominaes estão doentes.
2. Hiperalgisia da parede abdominal póde significar que os nervos intercostais estão irritados ou estimulados, ou no seu ponto de emergencia da espinha, ou em algum ponto ao longo d seu curso.
3. E' importante diferenciar si a hiperalgisia é da propria parede abdominal, ou é devida á sensibilidade duma viscera abdominal. Os tests descritos por Carnett farão eficazmente esta diferenciação.
4. Recente pesuiza physio-neurologica conclúe, evidentemente, que existe al um reflexo cutaneo-visceral. Acredita-se que, quando a irritação ou o estímulo é

aplicado aos maiores e mais profundos nervos espinhais, se manifesta uma disfunção digestiva devida á um reflexo transmitido da periferia ao tubo digestivo, através o sistema nervoso autonómo. Procurando-se um nome que exprima a idéa desejada este reflexo foi chamado de reflexo perifero-visceral.

5. Por investigação clinica, as afecções dos nervos espinhais, a artrite da columna vertebral, as lesões confinadas á parede toracica e as fraturas da pelvis toem sido, todas, consideradas como capazes de produzir pequenas desordens funcionais da digestão ou, si o traumatismo ou a irritação fôr sufficiente, como capazes de produzir o ileus.

E. J. K.

Lesões traumaticas das víceras abdominaes

por

J. William Hinton — New York

O A. indica uma immediata laparotomia nos casos em que se está, razoavelmente, certo da lesão duma vícera ôca por traumatismo abdominal. Entretanto, nos casos em que o diagnostico é incerto, aconselha o método conservador de tratamento, para vantagem do paciente, do que o submeter á uma immediata operação. Si este principio fôr seguido, ter-se-á uma baixa mortalidade e morbidez nos casos de lesões das víceras abdominaes.

E. J. K.

Hemorroidas internas

por

Robert I. Hiller — Milwaukee, Wis.

O A. estuda a patogenia das hemorroidas internas e o seu tratamento racional pelas injeções esclerosantes. Chega ás seguintes conclusões:

As hemorroidas internas são devidas, principalmente, ao refluxo no plexo hemorroidario após ter ocorrido a dilatação dos hiatus vasculares na parede rétal. A posição sentada e enterrada (cadeiras estofadas) é uma das causas predisponentes ao seu desenvolvimento. A injeção de uma solução oleosa de fenol á 5%, sob a mucosa rétal bem acima da hemorroida, oferece um seguro e racional método não operatorio de tratamento, em casos escolhidos de hemorroidas internas.

E. J. K.

Técnica operatoria da Elefantiasse do escroto.

por

James I. Knott e Justus B. Rice — Firestone Plantations, Liberia

O A. descreve o método operatorio da elefantiasse do escroto. O ponto mais importante é a posição do paciente na mesa. Este é colocado em posição horizontal com as pernas caídas aos lados e os pés suportados por cadeiras. Girando e tumor para o lado oposto tem-se uma boa exposição, poupando o manejo ou a suspensão do mesmo. O penis e os testiculos são dissecados através uma incisão sobre o pubis, e a operação é geralmente terminada sem cortar em tecido elefantóide.

E. J. K.

Teorias da micose fungoide, da molestia de Hodgkin, etc.

por

B. Maikowitz, Bloomington, Ill.

O A. relata dous casos, um de micose fungoide e outro de molestia de Hodgkin. Chega ás seguintes conclusões:

As doenças de origem linfática, chamadas linfadenosis, si bem que relatadas de lado, são difíceis de classificar, por causa da etiologia e das transformações que ocorrem nestas doenças serem desconhecidas. A marcada hiperplasia primaria linfoide, que não tem o caráter destrutivo e a tendencia invasora da malignidade, conduz-nos a acreditar que aquelas doenças não são verdadeiros tumores.

O aspéto geral das celulas e da fibrose, que é parecido ao da inflamação, empresta uma evidencia em relação á teoria que estas doenças são de origem infecciosa.

A micose fungoide e a molestia de Hodgkin são discutidas neste artigo e, enquanto ambas estas doenças são fatais, verdadeiras metástases não puderam ser estabelecidas; o termo de tumor maligno não pôde, pois, ser propriamente aplicado.

Os aspéto clinico e histologico nestes casos parecem estar a favor antes da infeção que de tumor.

E. J. K.

Algumas observações sobre a radiumterapia do esofago

por Guisez (S. de Medicine de Paris — 1932)

Guisez relatou casos de cancer do esofago, tratados pelo radium, com sobrevivencia de mais de dois anos. Em todos os seus doentes o mal já datava de muito tempo e a estenose era muito acentuada. Esse tratamento só é possivel quando a estenose permite, ainda, a passagem da sonda porta-radium. Como sinais favoraveis consigna a volta do apetite e o aumento do peso. E' facil constatar a desaparição completa do tumor pela endoscopia.

W. J.

(Societé Medicale des Hospitiaux de Paris)

Sobre um caso de molestia de Paget

por

M. Laignel Lavastine

Maio 1932

O quadro clinico do caso apresentado pelos AA. nada tem de particular. São os caracteres classicos da molestia de Paget. Referem-se ás relações estreitas que afetam certas distrofias osseas com disturbios das paratiroides. O emprego da opoterapia paratiroidica não trouxe beneficios para o doente. Aplicações radioterapicas sobre a região paratiroidica determinaram inecontestavel melhora. Julgam os AA. que a origem endocrica da M. de Paget não está, atualmente, demonstrada, apesar das melhoras que tem sido assinaladas pela opoterapia cortico-suprarenal.

nal. Acha que a moléstia de Paget deve conservar sua autonomia entre as distososes.

W. J.

O tratamento pelo azul de tripana dos parkinsonianos de origem encefalítica

por

Laignel Lavastine

Preconiza o emprego endovenoso de uma solução á 1% de azul de tripana em agua. As duas primeiras injeções serão de 1 cc e as tres ou quatro seguintes de 2 cc. O intervalo entre cada injeção deverá ser de 3 a 4 dias. Cada serie de injeções deverá ser separada da seguinte por um intervalo de um mês. Muitas vezes a injeção determina uma leve reacção, tanto mais fraca quanto mais puro for o azul de tripana.

As formas jovens, recentes, são mais favoravelmente influenciadas. O elemento mais bem influenciado é a rigidez, tanto mental como somatica.

Aplicado com prudencia e perseverança, o referido medicamento permite obter melhoras importantes e duraveis.

W. J.

Sifilis nervosa, tabes e terapêuticas novas

por Paul Carrette. An. M. Psic. Maio 1932

As reacções do tabes em face dos pirogenos são bem diversamente interpretadas. Em geral a opinião não é muito favoravel. O autor insiste em que presentemente dá-se pouca importancia á maneira como se instalou a ataxia e tal confunde duas fórmulas de ataxia: a primeira que aparece repentinamente ao curso de uma infecção sifilitica e acompanha geralmente disturbios mentais; a segunda, que é a ataxia signo de um verdadeiro tabes, aparece após sintomas de meningo-radculite. Esta identificação do periodo pré-ataxico é indispensavel a um diagnostico certo de tabes. A primeira fórmula de ataxia é passageira e cede tanto a pirogenos como a arsenicais. Não ha vantagens, senão aparentes, no emprego da malarioterapia. Sobre a segunda, a malarioterapia não tem ação. Daí conclue o autor que a terapeutica do tabes os agentes quimicos devem ser preferidos aos pirogenos no inicio; mais tarde, quando estão organisadas as lesões, os pirogenos tornam-se inuteis ou mesmo perniciosos. As curas observadas não são de ataxias de um verdadeiro tabes.

D. S. S.

Ensaio de contribuição á lingua psiquiatrica: 1) Nivel mental e abaixamento do nivel. ;2) Os enfraquecimentos intellectuais: a) transitorios (confusão, estupor etc.); b) definitivos (todos os graus de enfraquecimento até a demencia).

por Th. Simon e P. Larivière. An. M. Psic. Maio 1932

A avaliação da intelligencia deve ser feita pelo metodo dos tests, embora seja rudimentar essa avaliação. Com essa escala de medida chega-se a um ponto, a um

nível além do qual o indivíduo não responde convenientemente. Este ponto é o nível mental. Só por uma técnica determinada podemos precisar o nível mental.

Afirmamos um abaixamento do nível mental quando comparamos ao estado mental anterior de um indivíduo o seu estado mental presente. As mais das vezes é apenas uma avaliação indirecta: eu nos apoiamos sobre notificações da vida anterior do indivíduo ou sobre os destroços culturais que o seu estado mental presente revela. A dificuldade em reunir opiniões concordes não é senão de ordem pratica. Revela salientar que a verificação de um enfraquecimento psiquico propõe o problema da sua origem. Póde haver abaixamentos do nível mental fisiologicos, morbidos ou dissimulações do nível tais as "respostas ao lado" porque se escapa a uma interrogação. Daí, a diferenciação que o autor juntamente com Binet estabeleceu: **abaixamentos aparentes** provenientes de uma attitude do indivíduo em face ao exame; e **abaixamentos reais** que provem de uma impossibilidade em responder embora a passividade do indivíduo á nossa vontade. Nestes ultimos casos poderíamos superpor **abaixamento do nível mental e enfraquecimento das faculdades mentais** si não encontrassemos os conceitos de **definitivo e transitorio**. E' o problema da **demencia** que se propõe.

O autor estuda historicamente o conceito de demencia e separa-o do de enfraquecimento psiquico. A demencia não é sómente um enfraquecimento psiquico definitivo mas intenso. Acentua que a noção de reversibilidade na demencia é inaceitavel. Esta deve ser conservada para caracterisar o grau ultimo de enfraquecimento psiquico com os seus dois caracteres: definitivo e profundo.

O autor propõe que quando verificarmos um abaixamento real do nível mental rotulemo-lo de enfraquecimento intelectual, distinguindo os enfraquecimentos intellectuais temporarios como a confusão e o estupor, e os enfraquecimentos intellectuais definitivos que nos apresentam uma escala cujo ultimo termo é a demencia.

D. S. S.

Estudos experimentais sobre os problemas da imunidade na P. G.

por Gallinek, Monatsschrift f. Psq.

O sangue dos P. G. apresenta um fraco grau de defeza. Enquanto no serum da sífilis secundaria recente, os espiroquetas vivem 75 minutos e 20—30 sómente no da sífilis cerebral, eles vivem 5—6 horas no serum dos P. G., isto é, tanto quanto no dos individuos sãos. A malarioterapia parece produzir um aumento das forças de defeza que atinge seu maximo cerca de 6 meses após o tratamento.

D. S. S.

Tumores internos da medula espinal

por J. Kernohan, H. Woltman e A. Adson

Arch. of Neu. and Psq. Chicago. Out. 931

O estudo dos tumores intramedulares é tão arido para o anatomista como para o clinico. Excepto os casos de disturbios sensitivos bem dissociados, é difficil o diagnostico entre tumores da medula e compressões. Além disso certas afeções assemelham-se, evolutivamente, aos tumores tal a siringomielia. Histologicamente os autores diferenciam alguns tipos: os ependimomas de grandes celulas tubula-

res ou mixtas (ependimogliomas); os espongiblastomas, menos comuns que no cerebro, todos mixtos; os astroblastomas; os ganglioneuromas, muito raros; os hemangioblastomas.

Estes diversos tipos não indicam um tipo evolutivo particular. Releva salientar a lentidão do processo habitualmente (10 e mesmo 14 anos) e o sucesso as mais das vezes muito completo das intervenções cirúrgicas.

D. S. S.

Síndrome adiposo-pilo-genital por lesão méso-diencefálica de origem sífilítica

por Lhermitte e Bijon S. Med. de Paris an. m. Maio 1932

Os autores apresentam uma moça em que se estabelece progressivamente a síndrome seguinte: crises frequentes de cataplexia, adiposidade excessiva, pilosidade muito desenvolvida da face. A perfeita integridade da base do crânio não permite incriminar uma lesão primitiva da hipófise e, de outro lado, a existência de uma síndrome de Parinaud com diplegia paradoxal permite afirmar o local meso-diencefálico da lesão causal. Esta doente apresenta enfim um tabes confirmado, o que nos dá o direito de pensar em uma sífilis hereditária como causa. É, portanto, mais um exemplo de localização da sífilis hereditária na região infundíbulo-tuberiana e na calota méso-diencefálica que a prolonga para traz, onde precisamente se localizam os centros principais do sistema vegetativo intra-craniano.

D. S. S.

Toxicomania intravenosa

por Dupouy e Pichard. S. med. Psq. de Paris an. m. P. Maio 1932

Os autores relatam uma observação de um ferido de guerra que recebeu uma bala na região lombar com secção completa da medula (L1—L2). Para combater as dores fulgurantes que continuaram mesmo após uma laminectomia foi-lhe administrada morfina. O paciente habituou-se á morfina e ao pantopon associados. Para diminuir as doses recorreu á via intravenosa. Na primeira tentativa sofreu uma síncope que durou 3 horas. Esta entretanto se acompanhou de alguns fenómenos como “um choque no coração” que o levaram a perseverar nesta via. A notar que tal efeito não aparece com a heroína intravenosa. Igualmente a ausência de abscessos. O autor acentua a toxidez da associação morfina—pantopon que dá origem a acessos confusionais embora de pouca duração pela facilidade de eliminação. A dose máxima é difícil a fixar-se dada a tolerância do organismo para os opiáceos.

D. S. S.

O amoníaco urinário nas nefrites e nas nefroses

por M. Polonovski e Paul Boulanger

(Presse Medicale. Maio 1932)

Após uma série de considerações sobre o critério até então seguido na classificação das nefrites, os A. tecem comentários em torno da classificação de Volhard que tem suscitado muitas críticas. A maior parte das nefroses tem uma in-

dividualidade clinica muito relativa. As fórmulas puras são raras. Citam os trabalhos de Magnus—Löwy sobre a amoniúria. A amoniúria se acha diminuída nas nefrites e aumentada nas nefroses. Apresentam uma estatística de 10 observações e concluem pelo valor e frequência desse sintoma.

J.

A Phenyldrasine na eritreemia

por M. Gazotte (Arch. Malad. Coeur)

Relata a observação de um doente com 51 anos de idade, com eritreemia. A radioterapia, sobre os ossos longos, foi sem resultados favoráveis. O benzol, na dose de 20 grs. em dez dias, sem modificações. A phenyldrasine, injeções, na dose diaria de 0,02, durante cinco dias consecutivos, seguida da ingestão de 0,10 diarios, durante trinta dias, produziu acentuada queda do numero das hemacias.

J.

Gangrenas e pruridos diabeticos. Glicosuria e glicemia. Radioterapia das regiões suprarenais

por Langeron e Desplats

(Journées Medicales de la Faulté de Lille)

Junho de 1932

Em trabalhos anteriores os A. fazem referencias á ação vaso-motora da radioterapia suprarenal nas arterites. Apresentam- então, quatro casos de gangrena diabetica curados por esse metodo. Fóra da ação vaso-motora suas observações demonstram uma ação, não duvidosa, sobre a glicosuria e a glicemia. Essas ações não parecem estar sob a dependencia uma da outra, mas ambas do efeito equilibrante dos raios X sobre o sistema neuro-vegetativo.

J.

