

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1936

PRESIDENTE

MARIO TOTTA

Cat. de Cl. Obstétrica

VICÉ-PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatría

SECRETARIO GERAL

JOÃO L. DE AZEVEDO

Diretor da Eof. Octavio de Souza

1.º SECRETARIO

HELMUTH WEINMANN

Doc. de Histologia

2.º SECRETARIO

LUIZ S. BARATA

Doc. de Cl. Urológica

TESOUREIRO

CORADINO L. DUARTE

Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTÍFICA

IVO CORRÊA MEYER

Cat. de Cl. Oftalmológica

THOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Médica

J. MAYA FAILLACE

Doc. e Chefe do Lab. de
Higiene

SECRETARIO DA REDAÇÃO

ADAYR FIGUEIREDO

REDATORES

NOGUEIRA FLORES

ANNES DIAS

R. DI PRIMIO

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

H. WALLAU

AMERICO VALERIO

ALVARO FERREIRA

MARTIN GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

WALDEMAR JOB

JACY MONTEIRO

FLORES SOARES

HUGO RIBEIRO

— 0 —

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

Assuntos comerciais com o gerente Almazor Alves, na séde da Redação

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

JACY CARNEIRO MONTEIRO — Estenose do esofago de causa pouco vulgar (mal de engasgo) e seu tratamento	Pag. 539
JOSE' SARMENTO BARATA — Aspectos clinicos, radiológicos e retrocardiográficos da doença de Boullaud	„ 557
ADAYR FIGUEIREDO — O mentol no tratamento sintomatico do vômito ..	574

Notas terapeuticas

Notas terapeuticas	„ 579
--------------------------	-------

Noticiario

Noticiario	„ 581
------------------	-------

IODEFIS PREPARADO COM IODOPEPTÍDIOS ABIURÉTICOS
ampuls. de 2cc., contendo 10 centigrs. de cada
Via intramuscular ou endovenosa



O mais energico medicamento contra
os **espasmos dolorosos** do
pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios
(asthma), dos ureteres, do utero, etc.

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTE

Á base de papaverina, belladonna, meimendo e boldo.
XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

Estenose do esofago de causa pouco vulgar (mal de engasgo) e seu tratamento

por

Jacy Carneiro Monteiro
Docente Sre de Clinica Cirurgica

Catarina K., de 43 anos de idade, branca, domestica, natural deste Estado, baixa á 10.^a enfermaria por perturbações da deglutição; está enferma a quatro anos, e seu mal começou lentamente; sentia a principio dificuldade para engulir os solidos como a carne, os alimentos liquidos porem passavam com mais facilidade. Estas perturbações disfagicas foram aumentando gradativamente, a ponto dos alimentos ficarem "trancados", produzindo sensações dolorosas que eram mais acentuadas na região dorsal e no peito; nesta ocasião notou que a sua salivação estava aumentada, e que os vasos do pescoço pulsavam agitadaamente. Nestes momentos costumava tomar grande quantidade d'água, que as vezes lhe trazia melhoras, compelindo os alimentos para o estomago; outras vezes só obtinha alivio para os seus males, quando vomitava os alimentos ingeridos; os vomitos não tinham odor nauseabundo, nem lhe modificavam o apetite. De quando em quando seu estado melhorava, e os alimentos, mesmo os solidos, passavam perfeitamente bem para o estomago, estas melhoras porem não eram duradouras e no fim de dez a doze dias, retornava a sentir seus fenomenos disfagicos. Estas alternativas de melhora e peora faziam parte integrante do seu quadro morbido nestes ultimos quatro anos. Ultimamente, pela dificuldade em alimentar-se, tem emagrecido sensivelmente; em Ijuí, onde reside, um medico lhe introduziu uma sonda no esofago sem contudo lhe trazer melhoras com esta pratica. Sofre muito de constipação passando até cinco e mais dias sem defecar.

Anamnese remota. Com 14 anos teve variola; aos 38 começou a sofrer do figado, sendo mais tarde operada, foi-lhe retirada a vesicula biliar que continha 25 calculos.

Anamnese familiar e hereditaria. Seu pac soffria muito de constipação e por este motivo lhe fizeram um anus iliaco; sobreviveu pouco tempo, falecendo aos 52 anos de idade (provavelmente um cancer do reto). Sofria tambem de perturbações disfagicas e era muito fraco e emagrecido; sua mãe tem 56 anos e é sadia. Tem oito irmãos, todos for-

tes. Seu marido não é doente; teve cinco filhos, um morreu de hidropisia (sic) e os restantes gosam boa saúde.

Anamnese fisiologica. Naceu a termo. Menarca aos 15 anos. Nada de anormal informa quanto a dentição, puberdade, marcha, funções sexuaes etc. Apetite e sono sempre foram normaes antes de adoecer.

Resumo da anamnese. Doente de 43 anos de idade, tempo de molestia quatro anos, sofrimentos mais acentuados: disfagia, vomitos, salivação abundante, dores toraxicas, emagrecimento moderado, e alternativas de melhoras e pioras em seu estado morbido.

Exame objetivo. A doente encontra-se em atitude serena no leito e seu facies não denota sofrimento. Musculatura e panículo adiposo deficientes. Estado psiquico normal, respondendo com acerto as perguntas que lhes são dirigidas, e orientando bem sua anamnese. Estado de nutrição precario. Mucosas visiveis ligeiramente descoradas. Pele seca e quebradiça; extremidades e articulações normaes; ganglios linfaticos não perceptíveis. Faneros dentro da normalidade. Pulso 70. Temperatura axilar 36,5. Marcha sem perturbações. Orgãos do sentido normaes. Tipo constitucional brevilíneo.

Aparelhos. Respiratorio, circulatorio, urinario e nervoso dentro dos quadros da normalidade. Digestivo com perturbações disfagicas, e constipação, como foi acima descrito. Cabeça, osseos e articulações sem reparo digno de nota. Genital normal. Catamenios regulares.

Região doente. Os sofrimentos da paciente sendo acentuados para o lado do esofago, devemos dizer, que o exame clinico deste órgão pelos meios clinicos habituaes, é de todo insufficiente pela situação endo-toraxica de grande extensão deste órgão. Dirigimos, contudo, a nossa atenção para a região cervical esquerda, por onde desce o segmento superior desse conduto; pela inspeção, palpação, percussão e ausculta desta região, nada logramos perceber de anormal.

O cateterismo e a esofagoscopia não foram praticados, por não termos no nosso serviço, departamento especial para estas pesquisas semiologicas.

Ventre. Abdomen não distendido, emagrecido, mostrando no quadrante superior direito, paralelo ao rebordo costal, a cicatrís da colecistectomia, que se apresentava em boas condições de solidez; não havia alterações de coloração nem solução de continuidade. A' pressão, era mole, depressível, indolor e não mostrava evidencia de tumor. Fígado e baço em seus limites normaes. Timpanismo acentuado e regular em todo o ventre. Região epigastica negativa.

Diagnostico diferencial. Diante do exposto, pela riqueza da sintomatologia verificada, através da anamnese e exame clinico da paciente ora em estudo, não resta a menor duvida que estamos em presença de uma perturbação grave para o lado do esofago, caracterizada por distúrbios na luz deste conduto, e de aspecto estenosante; resta-nos saber agora qual a modalidade clinica que está em jogo no presente caso, para enunciarmos o nosso diagnostico definitivo.

As *esofagites agudas* que seguem as doenças infecciosas, como varíola, febre tifoide, escarlatina etc., não entram em linha de conta, pela ausência destas entidades patológicas no passado da nossa doente; além disso as *esofagites agudas* têm uma sintomatologia mais ruidosa com disfagias intensas, mau estado geral e evolução mais curta etc.

Ficam também afastadas as estenoses por *ingestão de corpos estranhos*, por não existir este informe na anamnese do caso em questão.

As estenoses chamadas *cicatriciaes*, tão comum nas mulheres jovens, como temos observado no nosso serviço da 10. enfermaria, por ingestão de líquidos corrosivos, tipo soda caustica, não fazem parte do quadro presente pela negativa da paciente.

A possibilidade de uma *cicatris de ulcera* esofagiana, também não nos parece possível pela falta de historia sugestiva.

As estenoses de causa especifica como a sifilitica, tuberculosa e parasitaria (actinomicosica), não encontram aceitação no nosso caso, pois a variedade *sifilitica* que prefere, via de regra, a porção alta do esofago, não encontra aqui justificativa, pela falta de estigmas lueticos na paciente (ausencia de adenopatias, de dores ósseas, de aborto etc.). A *tuberculosa*, que é excessivamente rara, provem de focos pulmonares ou adenopaticos da vizinhança do conduto esofagiano que o perfuram; o caso aqui relatado porem está indene de tuberculose. A estenose de causa *parasitaria* é também muito rara, e o diagnostico se faz pelo exame laboratorial das secreções expelidas pelo vomito, onde são encontrados os corpusculos característicos desta afecção e pela prova terapeutica com os ioduretos. Embora não tenham sido examinados os detritos espelidos pelo vomito da nossa doente, acreditamos que sua enfermidade não seja de causa parasitaria, pela raridade desta forma e pela ausencia de elementos convincentes.

O *cancer* do esofago, produzindo a atrezia deste orgão, é a causa de estenose mais comumente encontrada na pratica corrente, mas a sua evolução é rapida, levando o doente a cachexia e á morte em poucos meses; ora, no caso em estudo, os fenomenos disfagicos datam de quatro anos, e o estado geral da paciente é mais ou menos satisfatorio, não trata-se, pois, de cancer.

A estenose do esofago de *causa extrinseca*, por compressão desse canal por massas ganglionares do mediastino, abcessos frios, aneurismas da aorta (a causa mais comum), tumor da tiroide etc., não encontram justificativa aqui, pela ausencia destas modalidades patológicas na nossa paciente.

Resta-nos ainda fixar a nossa atenção sobre as estenoses esofagianas, conhecidas sob a denominação de: *idiopaticas, nervosas, espasticas*, etc. Esta entidade morbida é caracterizada por sua evolução muito lenta, por perturbações disfagicas mais ou menos sensiveis, com emagrecimento lento dos doentes, e pelo estado geral pouco agravado, pelas alternativas de peoras e melhoras, levando o doente á morte no praso de 10 a 20 anos de cachexia, ou de uma outra doença intercurrente, como a tuberculose pulmonar, como é frequente, pelo estado extremo de inanição a que chegam estes enfermos.

A doente cuja historia serve de base a esta comunicação, apresenta o quadro clinico muito semelhante ao acima relatado, pois sua enfermidade data de quatro anos, os phenomenos disfagicos estão presentes e são mais ou menos sensiveis, e o estado geral é relativamente satisfatorio; tendo eliminado clinicamente as outras variedades morbidas causadoras de angustia esofagiana, estamos inclinado a orientar o nosso diagnostico para o capitulo desta ultima afecção recém descrita, e declararmos que estamos em presença de um caso de estenose esofagiana de causa espastica, denominada cardio-espasmo, mal de engasgo ou mal de entalo como é conhecido no interior do nosso país.

Tendo excluido clinicamente as diversas afecções estenosantes do esofago, e ficado com o diagnostico clinico de cardioespasmo, devemos lançar mão dos diversos meios de investigação, ao nosso dispor na semiologia esofagiana, para consolidar o nosso diagnostico. Tres são os meios que estão ao nosso alcance para esta realisação, o cateterismo do esofago com sondas especiaes, a esofagoscopia e o exame radiologico.

Num serviço de cirurgia geral como é o nosso na 10.^a enfermaria, em que não dispomos de material para um exame especializado, lança-mos mão da investigação radiologica, que indiscutivelmente é um dos melhores meios de diagnostico nas lesões do conduto esofagiano, pelas informações preciosas e seguras que nos fornece.

O resultado deste exame nos revelou, que a nossa doente era portadora de uma acentuada dilatação do esofago, um verdadeiro megaesofago e que a estenose estava situada ao nivel do cardia; a dilatação era uniforme em quasi todo o canal, e a imagem apresentava-se grandemente aumentada no sentido transverso, com contornos lisos e regulares, não havendo indicios de formações lacunares ou diverticulares, e terminando na sua porção inferior por um infundibulum levemente desviado para a esquerda.

Com os dados, pois, fornecidos pelos Raios X, podemos afirmar ao lado da historia clinica que a nossa enferma é de fato portadora de um espasmo persistente ao nivel do cardia, ou de um cardioespasmo.

Esta afecção, muito comum nos estados nordestinos, em São Paulo, Minas e estado do Rio de Janeiro, foi posta em evidencia de uma maneira brilhante pela escola paulista, com os estudos profundos de Vamprié, seguido de Camargo, Parisi e, ultimamente, por Alipio Corrêa Neto, através de seu belo livro: *Patogenia, Diagnostico e Tratamento do Megaesofago*. Foi tambem tema oficial no Congresso de Medicina Paulista em 1933. Aqui entre nós foi divulgado por meio de uma erudita conferencia do Professor Almeida Prado, em 1934.

Sua etiologia não é clara e são incriminadas como causadoras desta molestia, as intoxicações, as infecções, como a sífilis, impaludismo, tuberculose, febre tifoide e doença de Chagas; os traumatismos, a ulcera gastrica, perturbações psicicas, deformidades congenitas, avitaminoses etc., etc.

Quanto á patogenia, continúa no terreno das hipoteses para explicar as perturbações funcionaes do esfinter cardiaco; entre grande numero destas destacam-se a de Krauss, que aponta como fator mais impor-

tante uma falta de coordenação entre os nervos constritores e dilatadores do esôfago: pneumogástrico e simpático; outros, como Chevalier Jackson acredita na ação preponderante da gravata muscular que circunda o esôfago no momento em que este atravessa o diafragma. A teoria congênita e a fibrose do cardia são ainda defendidas por Bard e Moscher respectivamente. A escola paulista com A. Correa Netto aceita a patogenia descrita por Hurst e Rake, que constitui a tese da *Acalasia do cardia*, ou não abertura deste esfinter, produzida por lesões nervosas dos plexos autônomos de Meissner e Auerbach situados nas paredes esofágicas.

Os paulistas apresentam comprovações anatomo-patológicas, das lesões dos plexos nervosos atingidos, e acreditam que o cardiospasmô seja causado, pelas infecções, intoxicações e muito especialmente pela avitaminose; comparam ainda as lesões do esôfago com as do grasso intestino, pois é muito comum a coexistência de um megacolon nos doentes portadores de megaesôfago.

Guisez mestre incontestável na patologia do esôfago, em um artigo sobre "estenoses graves da parte inferior do esôfago", publicado na *Presse Medicale* de Julho deste ano, baseado na sua grande observação esofagoscópica, insiste em sustentar suas idéias sobre a influencia da esofagite crônica ao nível do cardia, como causa preponderante na patogenia do mal de engasgo; aponta também como causa adjuvante a má mastigação nestes pacientes, pois, com o esofagoscópio, tem observado as massas de materias alimentares, como fragmentos duros de pão e carne, incluídos na retrodilatação que precede a estenose, produzindo uma irritação continuada e favorecendo a aparição da esofagite. Colaboram nestas asserções Mac Ready, de Chicago, e Mosher, da Mayo Clinic.

O diagnostico é relativamente facil, uma vez eliminadas as outras afecções causadoras das estenoses esofágicas, principalmente o cancer, por ser a mais comumente encontrada nestes casos; os fenomenos disfágicos, as dores toraxicas, a evolução lenta, o emagrecimento moderado, a hipertrofia das parotidas (que no nosso caso não existia), a sialorréa, e a imagem radiologica caracteristica, são suficientes para a confirmação deste diagnostico.

Tratamento. Varias são as medidas terapeuticas mobilizadas, para debelar esta grave enfermidade, como o cateterismo dilatador com sondas esofágicas, simples ou diatermicas, ou ainda com o auxilio da electrolise; as dilatações sob o controle da vista por intermedio do esofagoscópio como preconiza Guisez, as dilatações forçadas do cardia por meio dos balões hidrostático, como os de Russel e Gotstein que, aliados ás diversas medicações anti-espasmódicas constituem os recursos de ordem medica na luta contra essa entidade morbida. Os de ordem cirurgica ou sangrentos, tem por escopo atacar a estenose do cardia por via retrograda após laparotomia previa. Assim, nos casos muito graves, em que a paciente está grandemente depauperada, com espasmo persistente, alguns autores indicam a gastrostomia para alimentar melhor o individuo; e depois, quando o estado geral se refaz, tenta-se o cateterismo retrogrado, fazendo as sondas penetrarem no cardia atravez do orificio da

gastrostomia; outros cientistas preferem, uma vez constituída a fistula gastrica, empregar o processo do cateterismo sem fim, que consiste em fazer a doente engulir durante uns dias tres a quatro metros de um fio resistente, seda n.º 3, que lentamente atravessa o cardia estenosado e aparece no estomago; recolhe-se esta ponta do fio na cavidade gastrica, adapta-se uma sonda especial nesta extremidade inferior do fio, e força-se a passagem do cardia fazendo-se tracção pela extremidade superior do fio que está fixado na face do paciente com esparadrapo; desta maneira as vezes se consegue dilatar o esfinter espasmodico em varias secções de dilatação, no intervalo destas amarra-se as duas extremidades do fio, a superior que sae pela boca com a inferior que aflora do orificio da gastrostomia, para não se perder o condutor. Mickulicz propoz um outro processo que leva seu nome, e que consiste em atravez da gastrostomia introduzir a viva força dois dedos no cardia, e praticar a dilatação forçada deste orificio. Heller, por fim, idealizou a sua operação, que consta de, apóz celiotomia mediana superior, descobrir o cardia e incisar a bisturi o esfinter respectivo, respeitando apenas a mucosa; desta maneira este orificio permanece aberto e cessa o espasmo persistente e causador do mal de engasgo ou megaesofago.

Apreciações sobre os diferentes metodos de tratamento:

O cateterismo do esofago por sondas dilatadoras, no cardio espasmo, com ou sem o auxilio do esofagoscopia, nem sempre são coroados de successo e alem disso necessitam uma aparelhagem e um tecnico especiaes.

Os processos cruentos, requerendo gastrostomia, não estão ao alcance de qualquer profissional, exigindo a cooparticipação do cirurgião e um meio aparelhado, alem dos riscos que corre o paciente. A operação de Heller, assim como a transtoraxica de Sauerbruch, e as de Wendel e Heyrowsky, são operações melindrosas, com mortalidade elevada a de Sauerbruch, e necessitando para sua pratica verdadeiros cirurgiões de carreira.

A operação de Heller, a mais divulgada de todas, só em São Paulo foi executada 200 vezes pelo Professor Camargo e com bons resultados. Tivemos ocasião de ve-la praticar seis vezes pelos cirurgiões de Belo-Horizonte em 1930, e duas vezes por Brandão Filho no Rio de Janeiro em 1933, todas coroadas de bom exito.

O processo da *dilatação forçada* do cardia pelo balão hidrostático de Russel ou Gottstein, constitue um metodo de tratamento do mega esofago, acessível a qualquer, pratico, de tecnica bastante simples, e os resultados satisfatorios de seu emprego, são os motivos preponderantes da nossa comunicação desta noite.

Este processo divulgado no nosso meio atravez duma conferencia pelo Professor Almeida Prado como frizamos acima, foi introduzido no Rio Grande do Sul pelo nosso eminente Mestre Dr. Alfeu Bica de Medeiros, cirurgião sempre joven na modernização incessante de suas tecnicas, e propecto diretor da 10.^a enfermaria da Santa Casa, verdadeira escola de Cirurgia, e onde a 14 anos prestamos nossa modesta colaboração, como assistente do serviço.

Conta já este cirurgião com oito casos de cardioespaismo, tratados por este método, e todos com resultados bastante animadores, para não dizer satisfatórios, nestes últimos dois anos. A estatística é pequena, como vedes, pela relativa raridade desta afecção entre nós.

O *balão* que serve para as nossas dilatações, foi trazido de São Paulo pelo Dr. Bica de Medeiros, e foi construído sob as indicações de A. Corrêa Netto; este balão é constituído por dois involucros, o externo de tafetá forte, e o interno de borracha, duas olivas de metal limitam o aparelho nas extremidades e são perfuradas; um tubo de borracha resistente sai do interior do balão e continúa para o exterior num extensão de 60 cms., sobre este tubo são fixadas as duas extremidades do balão, um fio metálico passa por dentro do tubo de borracha para firmá-lo; o balão tem 15 cms. de comprimento, as gravuras anexas, emprestadas do livro de A. Corrêa Netto, elucidarão mais esta descrição.

Técnica da introdução do balão hidrostatico: uma vez o diagnostico firmado de mal de engasgo devemos preparar o paciente para a intervenção, e para isto lava-se na vespera o esofago do doente e repete-se esta pratica no dia da operação; meia hora antes administra-se uma ampola de morfina. Tres dias antes o paciente vai engulindo lentamente tres metros de seda n.º 3; este fio atravessa a estenose, fixa-se no intestino do paciente e serve de condutor para a introdução do balão, passa-se a ponta do fio pelo orificio da oliva inferior do aparelho e ele conduzirá o aparelho diretamente ao cardia. O balão é assim introduzido no esofago do paciente com relativa facilidade, e pelo controle radiologico procuramos localisar a sua extremidade inferior ponteada pela oliva metálica, para ver se ela está no estomago; caso estiver, começamos a encher o balão pelo tubo de borracha com uma solução de iodureto de sódio a 20% por intermedio de uma seringa; a capacidade do balão regula entre 200 a 350 cc, mas a sua repleção, uma vez ele introduzido no esofago, vai sendo feita lentamente, controlada pela imagem radiologica que mostra o balão crescendo de volume e principalmente pelas sensações dolorosas manifestadas pelo paciente, que são segundo Vinson, denunciadoras da dilatação do esfíncter do cardia.

Desta maneira a quantidade de liquido usado varia muito; alguns doentes queixam-se de dores com 150 a 200 cc, outros suportam facilmente maior volume; o balão, uma vez dilatado com a solução de iodureto, é deixado em contato com o cardia durante o espaço de tempo de dois a tres minutos. Todos os casos de 10.^a enfermaria foram dilatados sob o controle dos raios X, embora alguns autores achem esta pratica dispensavel. Na doente que serviu para esta comunicação, foram feitas duas applicações com o intervalo de uma semana, algumas vezes basta uma só applicação para curar o paciente, outras vezes porem são necessarias varias secções de dilatação.

Nos casos felizes a melhora aparece logo nos dias que seguem a dilatação, como aconteceu no que relatamos; a disfagia desapareceu e a enferma começou a alimentar-se satisfatoriamente; como seu domicilio era no interior do estado, resolvemos fazer uma segunda dilatação para consolidar a cura. A alimentação nos primeiros dias deverá ser liquida, e o doente guardará repouso ao leito por dois dias.

Este processo é de grande benignidade e de tecnica muito facil e acessivel a qualquer profissional; no nosso serviço da 10.^a enfermaria, os internos mais graduados encarregam-se desta applicação, e o fazem com perfeição. Devemos declarar que têm sido publicados casos de peritonite por rompimento do cardia, por uma dilatação excessiva do balão, mas estes accidentes são muito raros, e tendem a desaparecer uma vez atendidos todos os detalhes de tecnica. Raras vezes o balão não consegue passar o cardia, e então temos que abandonar este processo e lançar mãos de outros meios.

Deixamos de publicar as oito observações por extenso, assim como as radiografias respectivas, por isto que o quadro clinico do caso por nós apresentado, quasi nada difere dos outros em questão, o mesmo acontecendo co mos clichés radiograficos, desta maneira julgamos desnecessaria esta repetição. Chamamos ainda a atenção para a coexistencia do megacolon nos casos de mega esofago, nos oito casos estudados esta coincidencia esteve presente tres vezes.

Terminando aqui a nossa comunicação, só tivemos como escopo secundar o nosso illustre mestre Dr. Alfeu Bica de Medeiros na divulgação deste ótimo processo terapeutico, no combate á terrivel afecção conhecida como megaesofago ou cardioespasmo.

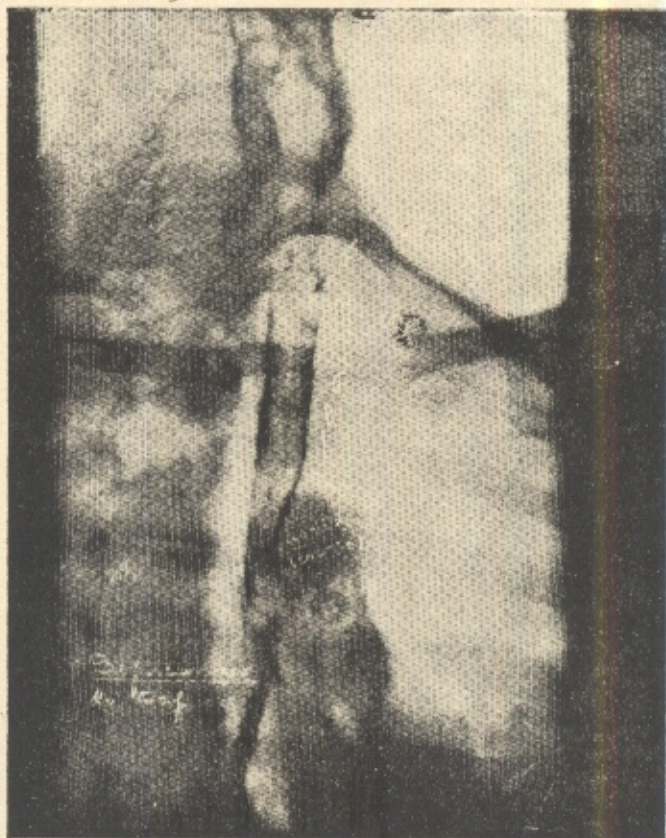


Cancer do esofago.

I



Estenose do esofago por liquido caustico.



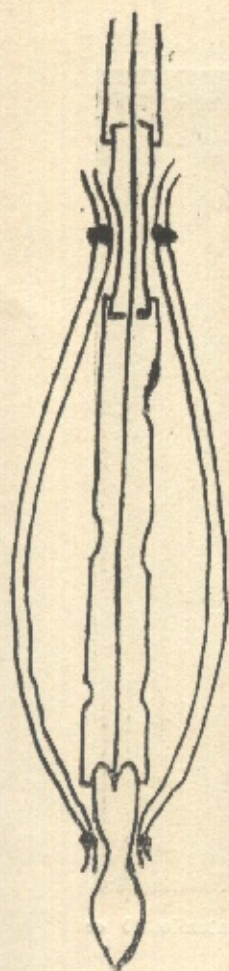
Estenose do esôfago de causa extrínseca (ectasia da aorta).

III



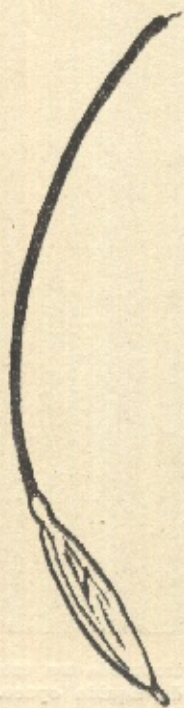
Mega esofago ou cardioespasmo.

IV



Esquema do balão de Russell.

V



O balão vazio antes de seu emprego.

VI



O balão distendido por líquido.

VII



O balão de Russell introduzido no esôfago e contendo 40 cc de líquido opaco.

VIII



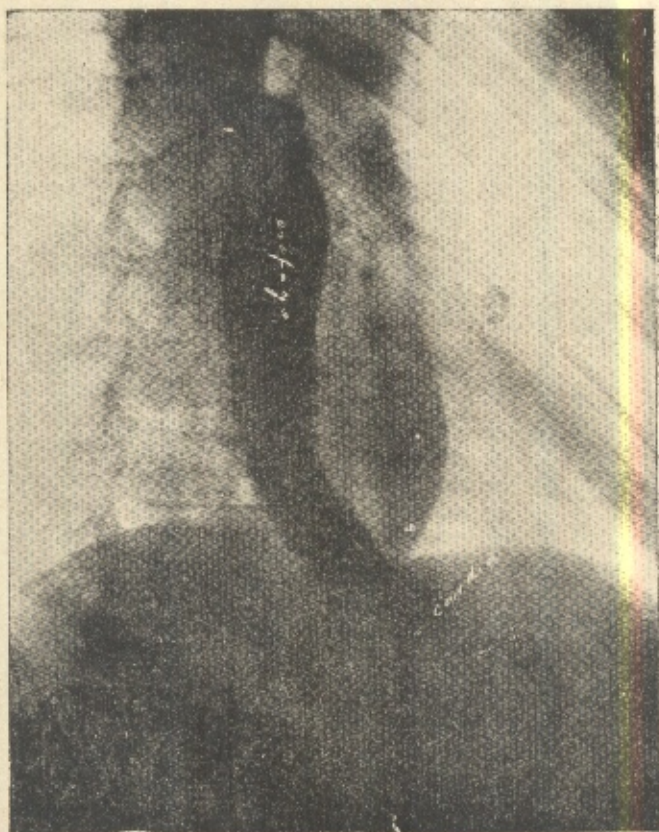
O balão no esôfago com 150 cc de líquido opaco.

IX



O balão introduzido no esôfago distendido ao máximo.

X



Radiografia depois da dilatação com o balão de Russel.



ONDENA

Hormônio ovariano estandardizado
para a terapeutica vicariante na formação do
hormônio-folicular escasso ou deficiente.
Doenças climatericas, oti-
gomenorréia, amenorréia.

Embalagens :

Drageas

Vidro com 15 drageas de Ondena

1 dragea corresponde ao efeito de 0,01 mg.
de Oestrón = 100 unidades int.

Supositorios

Caixa com 5 supositorios

Cada supositorio corresponde ao efeito de
0,05 mg. de benzoato de Oestradiol = 500
unidades int. de benzoato.

Solução em ampolas

Caixa com 1 ampola de 2 cc.

Sol. aquosa esterilizada para injeção intra-
muscular. Cada ampola corresponde ao
efeito de 0,01 mg. de Oestrón = 500
unidades int.

Caixa com 1 ampola de 1 cc.

Sol. aquosa esterilizada para injeção intra-
muscular. Cada ampola corresponde ao
efeito de 0,1 mg. de Oestrón = 1.000
unidades int.

Caixa com 2 ampolas de 1 cc.

Sol. oleosa para injeção intramuscular.
Cada ampola corresponde ao efeito de
1 mg. de benzoato de Oestradiol = 10.000
unidades int. de benzoato.

Caixa com 1 ampola de 1 cc.

Sol. oleosa para injeção intramuscular.
Cada ampola corresponde ao efeito de
5 mg. de benzoato de Oestradiol = 50.000
unidades int. de benzoato.

Solução oleosa para
criação de prematuros
Vidro de 10 cc.

Sol. oleosa para emprego oral. 1 cc. cor-
responde ao efeito de 0,02 mg. de Oes-
trón = 200 unidades int.



A Chimica » Bayer «

Trabalhos originais

Aspetos clínicos, radiológicos e eletrocardiográficos da
doença de Bouillaud*

por

José Sarmiento Barata

(Continuação)

Cinco contrações para cada 3 segundos.

Fórma do movimento sistó-diafólico:

Arco inferior esquerdo: logo acima do ponto G ganchos arredondados e amputados, correspondendo á aurícula esquerda, e mais para cima os ganchos tornam-se pontudos e mostram um profundo movimento sistó-diafólico que traduz a forte expansão a esse nível correspondendo á arteria pulmonar.

Arco direito: logo acima da cúpula diafragmática, lanceolado corresponde ao ventrículo direito, mais para cima um arco de ganchos de



Fig. n.º 45 A

ramos curvos corresponde á aurícula direita, mais para cima os ganchos tornam-se arredondados e amputados como na parte inferior do arco

* Trabalho lido na sessão de 5 de Dezembro de 1935 da Sociedade de Medicina por ocasião das Jornadas Médicas comemorativas do Centenário Farroupilha.

medio, formando uma curva que invade a area cardiaca e que corresponde á veia cava superior e finalmente sobre ela ganchos do tipo trapezoidal, que assinalam a aorta.

Traçados mecanicos: (Figs. 46 e 46 A)

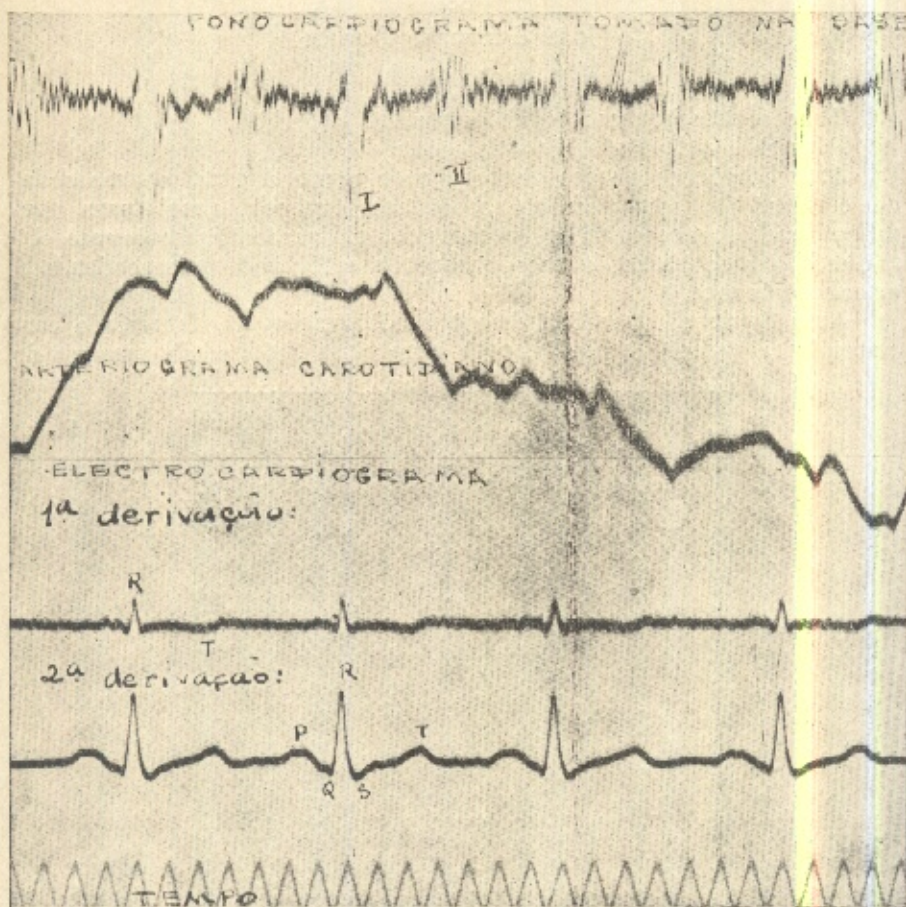


Fig. n.º 46

Fonocardiograma tomado na base: nitido desdobramento da 2.^a bulha. Figs. 46 e 46 A.

Fonocardiograma tomado na ponta: sopro sistolico, estalo de abertura da mitral. Sopro diastolico forte.

Arteriograma carotidiano: guarda as relações cronológicas com o eletrocardiograma.

Eletrocardiograma: Ritmo sinusal regular.

1.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P muito pequena e bifida.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T negativa.

2.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P com uma amplitude de 0"16. Intervalo PQ = 0"18.

Eletrograma ventricular: morfologicamente tipico. QRS = 0"07. Onda T ampla e positiva.

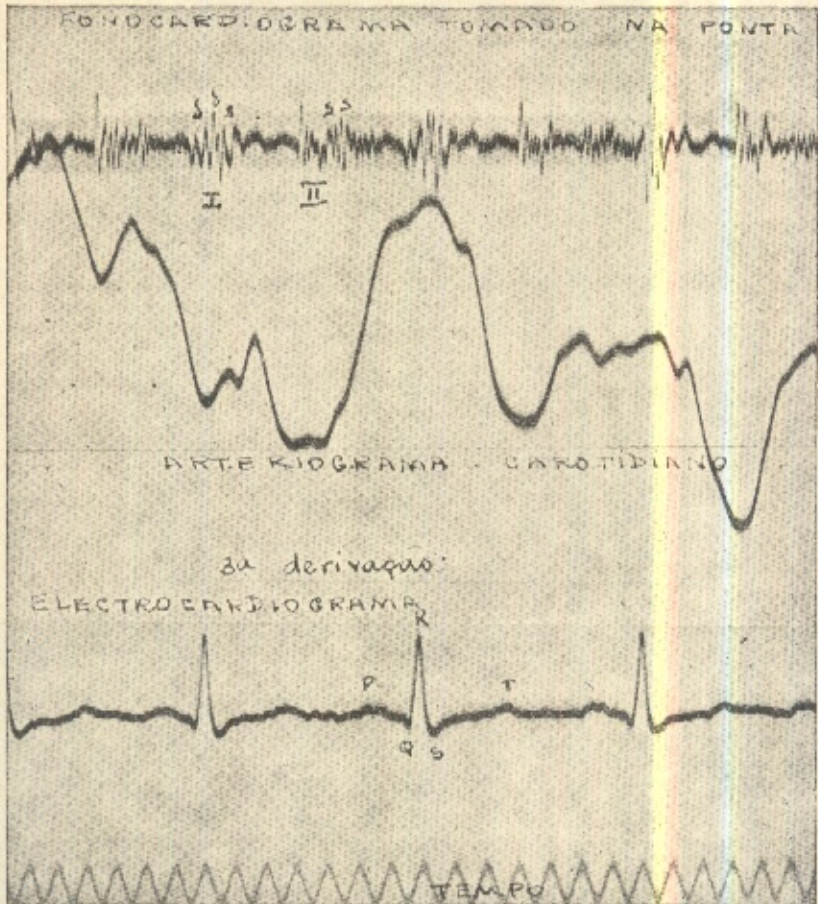


Fig. n.º 46 A

3.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P ampla e positiva.

Eletrograma ventricular: flecha principal R, onda T positiva de baixo potencial.

F. S., registo 1289. Passado de forma cardio-articular da doença de BOULLAUD. Diagnostico clinico: doença mitral.

Exame radiológico: (Figs. 47 e 48)

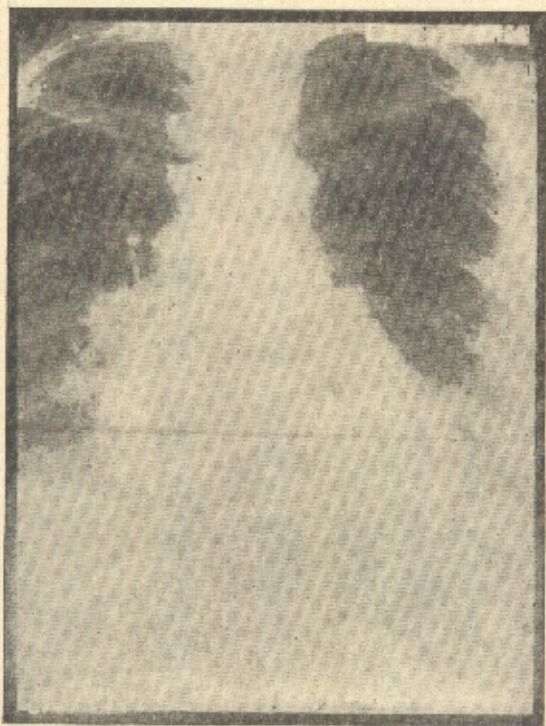


Fig. n.º 47

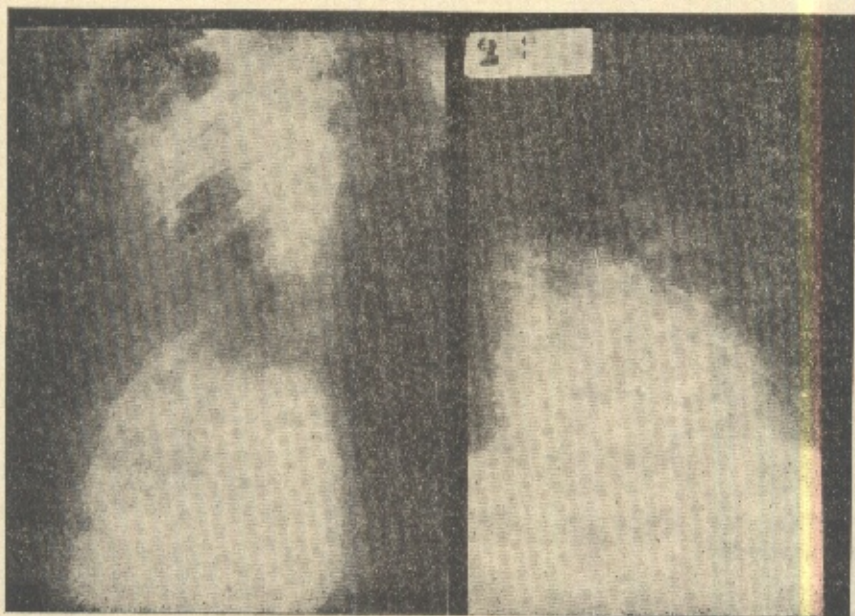


Fig. n.º 48

Coração do tipo obliquo.

Batimentos tumultuosos em todo o contorno cardio-vascular.

Ponto G baixo. Ao nível do arco medio a auricula esquerda e arteria pulmonar fazem forte relevo. Auricula esquerda se distingue no contorno direito.

Ponto D baixo. Ponta do coração abaixo da cupula diafragmatica.

Aumento do angulo de abertura dos bronquios.

Area cardiaca aumentada á custa da dilatação e hipertrofia da auricula esquerda e ventriculo direito.

Exame radioquimografico: (Fig. 49)

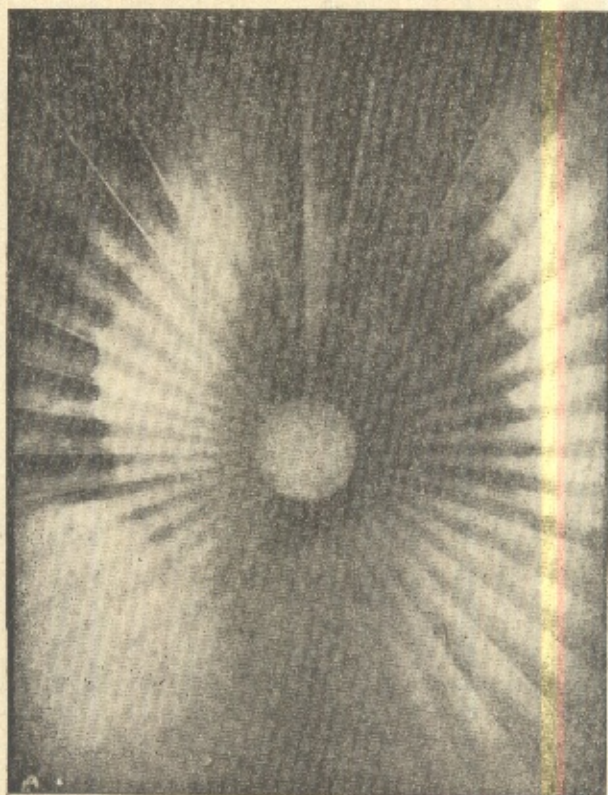


Fig. n.º 49

4 contrações em 3 segundos com movimentos sistó-diastólicos em tempos sensivelmente iguais.

Fórma do movimento sistó-diastólico:

Arco inferior esquerdo: lanceolado, notando-se forte projeção da ponta.

Arco superior esquerdo: curvilíneo, amputado.

Arco inferior direito: com arrastamento ventricular.

Arco superior direito: amputado, curvilíneo como ao nível do arco medio. Mais acima ganchos do tipo trapezoidal longo correspondendo à aorta ascendente.

Fonocardiograma: (Figs. 50 e 50 A)

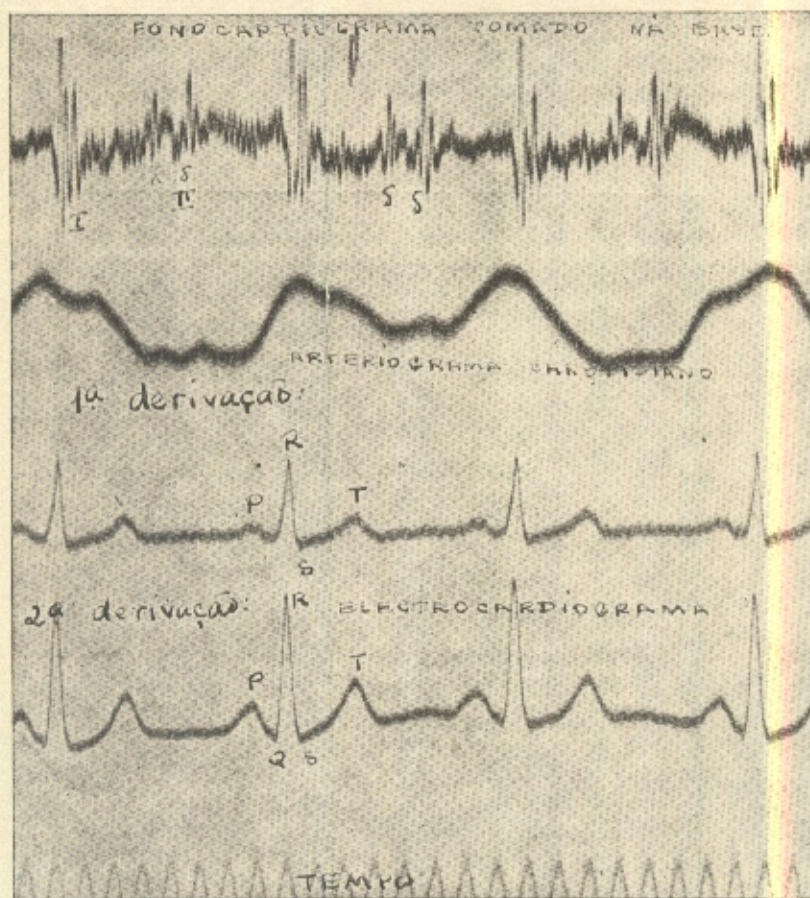


Fig. n.º 50

Tomado na base: desdobramento de 2.^a bulha.

Tomado na ponta: desdobramento de 1.^a bulha. Sopros sistólico.

Arteriograma carotidiano:

Guarda as relações cronológicas com o eletrocardiograma.

Eletrocardiograma: Ritmo sinusal regular.

1.^a derivação:

Eletrograma auricular: onda P bifida e de amplitude normal.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T positiva.

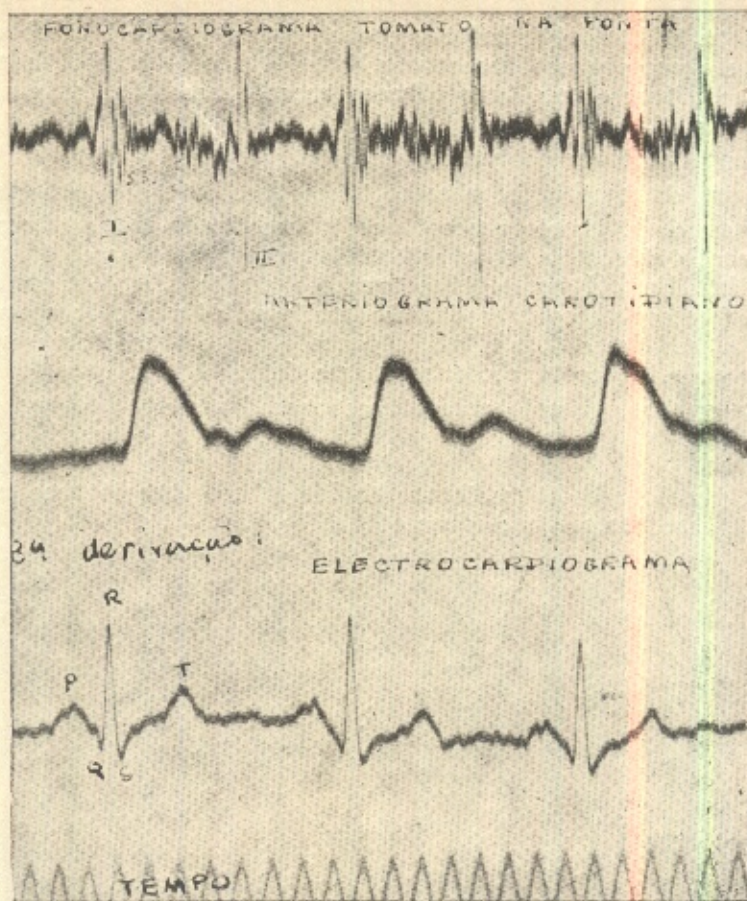


Fig. n.º 50 A

2.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P com colchete em seu ramo descendente e uma amplitude de 0"13. Intervalo PQ = 0"16.

Eletrograma ventricular: morfologicamente típico. Onda T ampla e positiva.

3.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P positiva, de amplitude exagerada e bifida.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T ampla e positiva.

Como anomalia de forma e de potencial, vou mostrar a observação seguinte:

D. B., com 16 anos de idade. Aos 8 anos é acometido de violenta forma cardio-articular da doença de BOUILLAUD.

As manifestações articulares generalizaram-se, inclusive uma espondilite, e o processo cardíaco exteriorizou-se por manifestações de insuficiência cardíaca e uma lesão valvular segundo nos informou o médico da família.

Consulta-nos em dissistolia.

Rapaz de constituição robusta.

O exame do coração nos revelou um aumento da área cardíaca, com ictus cordis difuso, globuloso e desviado para baixo e para fóra. Frêmito diastólico á altura do 2.º entrecosto á direita. Duplo sôpro ao nível do foco aortico, sendo o diastolico muito mais forte, rude e com propagação para baixo. Ao nível da ponta, sopro sistólico se propagando para a axila. Dança das artérias e forte thrill.

As artérias se acham endurecida se mostram-se com batimentos exagerados.

A pressão arterial mostrou-se ao Plesch com uma maxima normal de 12,9, com uma minima baixa: 4,2. (Fig. 51)

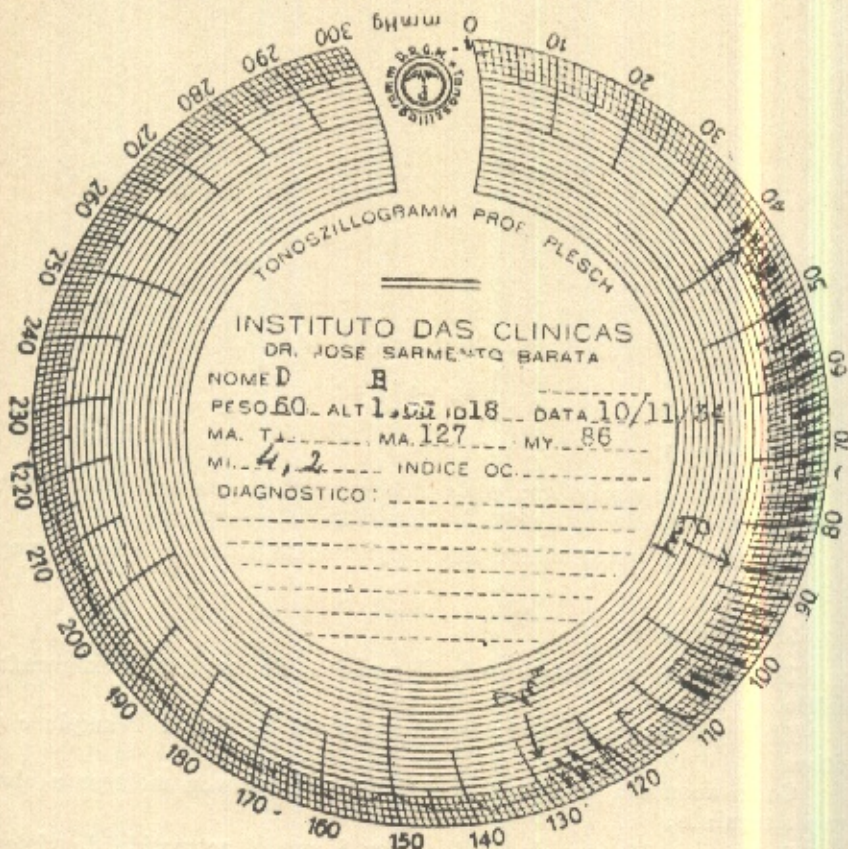


Fig. n.º 51

Pressão venosa dentro dos limites normais: 20 ao nível da dobra do cotovelo.

Ao exame radiológico:



Fig. n.º 52

Coração do tipo obliquo. (fig. 52)

O exame nas incidencias obliquas revela aumento das cavidades auriculares.

Ponta situada abaixo da hemi-cupula diafragmatica.

Area cardíaca total e uniformemente aumentada.

Aorta de opacidade normal, alongada, diametros aumentados ao nível da porção ascendente e crossa.

O eletrocardiograma revelou: (Figs. 53 e 53 A)

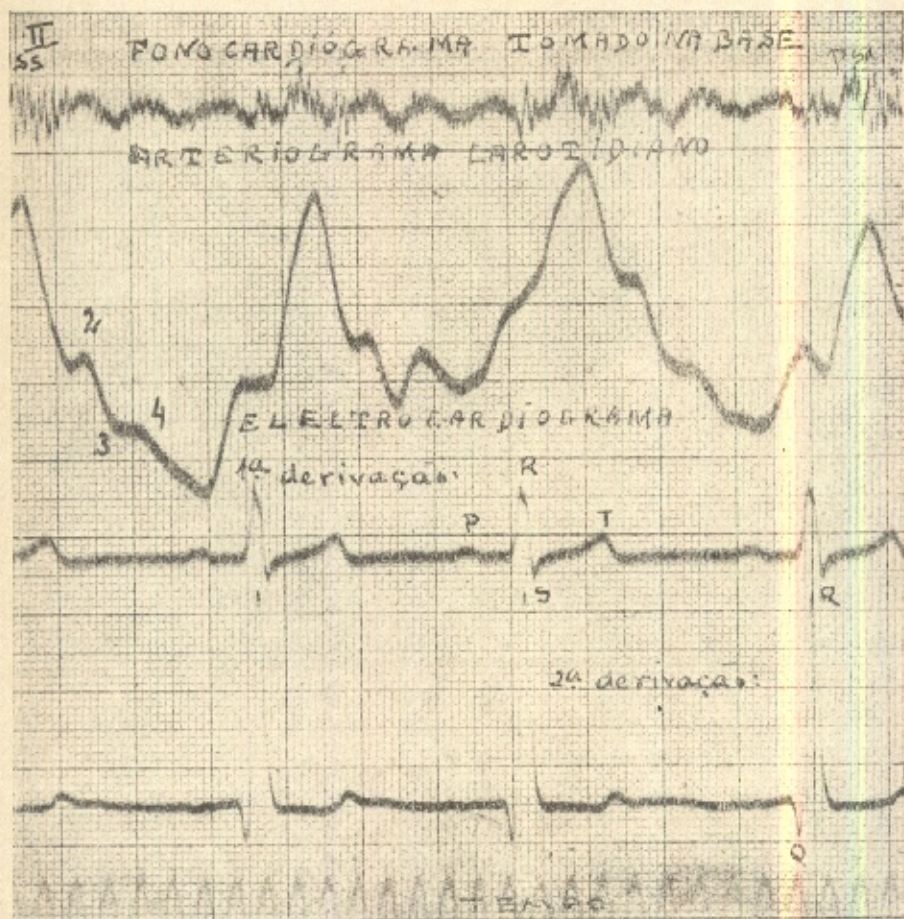


Fig. n.º 53

O fonocardiograma tomado no 2.º entrecosto á direita junto ao esterno mostra um desdobramento de 2.ª bulha e um sopro sistólico.

Arteriograma carotidiano:

Fase de ascensão muito oblíqua. Forte onda de anaerótismo.

Cardiograma: em decubito lateral esquerdo.

Mostra uma onda sistólica de longa duração.

Eletrocardiograma:

Complexos auriculares e ventriculares seguem-se a intervalos regulares e iguais, com um ritmo de 74 por minuto.

O exame dos complexos tomados isoladamente nas diversas derivações revela:

1.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva bifida e de amplitude normal.

(0^o08). Intervalo PQ = 0^o18.

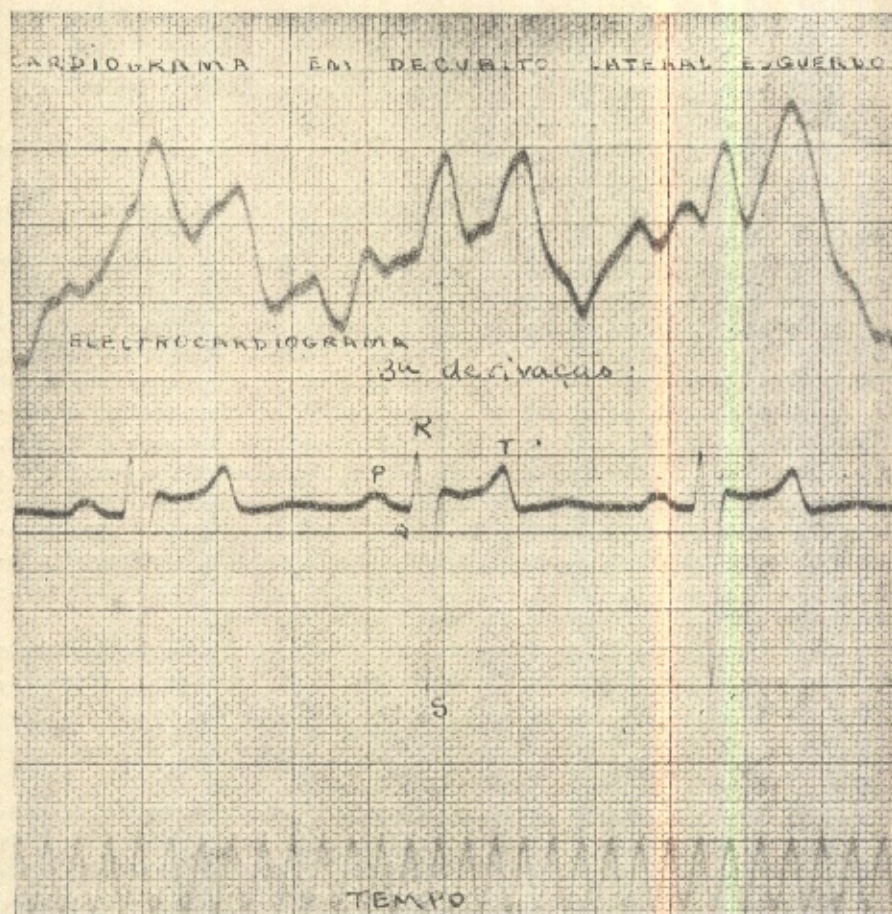


Fig. n.º 53 A

Eletrograma ventricular — flecha principal R, com colchete em seu ramo descendente. Onde T positiva e de amplitude normal.

2.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P não se distingue da linha isopotencial.

Eletrograma ventricular — onda R de potencial extremamente alto. Onda S muito profunda. QRS = 0^o09. Espaço ST normal. Onda T positiva.

3.^a derivação:

Eletrograma auricular — onda P positiva, ampla e bifida.

Eletrograma ventricular — flecha principal S. Onda R pequena. Espaço ST acima da linha iso-elétrica. Onda T positiva e ampla.

CONCLUSÃO:

O fonocardiograma obtido é do tipo que se verifica nas lesões de insuficiência aortica com estenose.

Ritmo sinusal. O alto potencial de R em segunda derivação se verifica nos casos de lesão aortica.

Atipia ventricular leve. Preponderancia ventricular esquerda correspondendo ao sub-tipo b do V grupo de BACH.

Nas observações de G. N., Reg. 1128 e C. V. Reg. 1212, a correção de potencial coincide com a melhora clinica do caso.

Aliás achatamento de P, sua negatividade e seu aumento da amplitude tem sido considerado como um sinal revelando escassa capacidade funcional da auricula. Pardee conclue em seus trabalhos que toda onda P menor que 1 mm de altura, nas 3 derivações, exprime escassa capacidade funcional da auricula ou difusão da infecção no musculo auricular. Os trabalhos de Chvartzmam e os de Battro têm chamado a atenção para o valor prognostico dessas modificações do potencial de P, que traduzem insuficiência do miocardio auricular, verdadeiro estado prefibrilatorio da auricula e que sómente poderia ser evidenciado por traçados tomados sucessivamente, pois a volta do potencial normal desta onda coincide com a melhora funcional da auricula.

Tudo nos parece indicar que a atipia auricular, particularmente quando as anomalias se associam, tem significação patológica, traduzindo a existencia de um processo de miocardite auricular.

ATIPIA DE Q R S:

Q R S, que normalmente méde em media 0^o06 temos verificado aumentado em alguns casos, assim como a presença do colchete em alguns de seus ramos, a bifidez e a baixa voltagem. Estas deformações as tenho encontrado durante o surto agudo, em seus intervalos e longos anos após estes.

Coelho de Lisboa, cita casos de atipia com pericardite e os interpreta como consequentes á compressão do miocardio pelo derrame. Para nós a atipia de Q R S, traduz lesão do miocardio e não cremos em atipia por derrame pericardico. Casos de pericardite sem atipia, temos verificado no reumatismo, assim como, casos de atipia sem pericardite.

Sob o registro 770 A C. temos a observação d'um caso de grande derrame do pericardio, cuja observação se processou rapidamente com a medicação pelo salicilato de sodio em uma paciente que já havia feito

uma fôrma frusta de reumatismo poliarticular agudo, tendo ficado com uma lesão da mitral e na qual o eletro-cardiograma tomado na ocasião da 1.^a radiografia, revelava uma exagerada amplitude e alto potencial de P em 2.^a derivação e uma preponderancia esquerda do tipo V^o e sub tipo b de Bacq: como se vê, um grande derrame, uma lesão mitral reumatismal e ausencia de atipia ventricular. (Fig. 54 e 54 A)

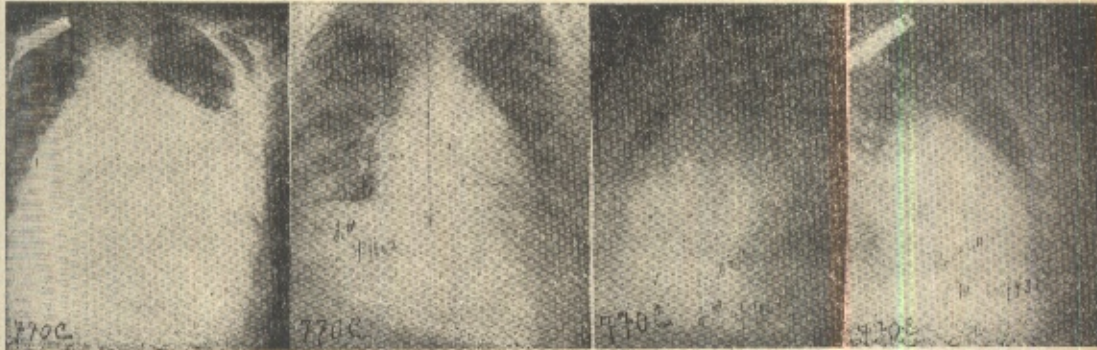


Fig. n.º 54

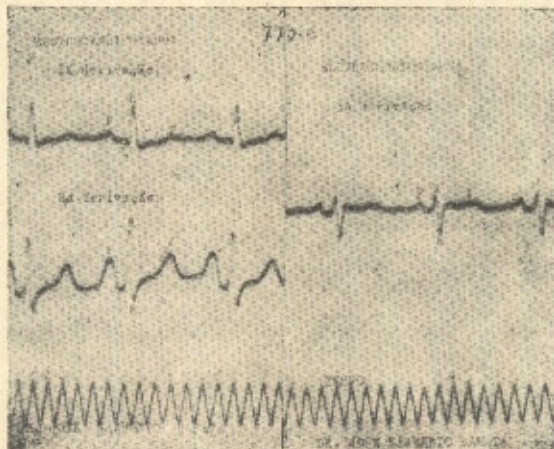


Fig. n.º 54 A

É interessante e digno que se assinala após o fato de apresentar à nossa doente um grande derrame pericardico, uma pressão arterial de 11 de maxima e 7 de minima sem as anomalias de T e ST descritas na pericardite experimental por Katz, Feit e Scott e mais recentemente por Foulger em interessantissimo artigo publicado no The American Heart Journal, em Agosto de 1932 á pg. 740.

Registro 669 D R com 13 anos, um passado de reumatismo poliarticular agudo, desde os 5 anos e uma doença mitral com silhueta radiológica, correspondendo ao 7.º complexo de Abreu. O eletrocardiograma tomado um mez após intensa medicação pelo salicilato intravenosamente e em periodo de acalmia da doença, revelou: (Fig. 55)

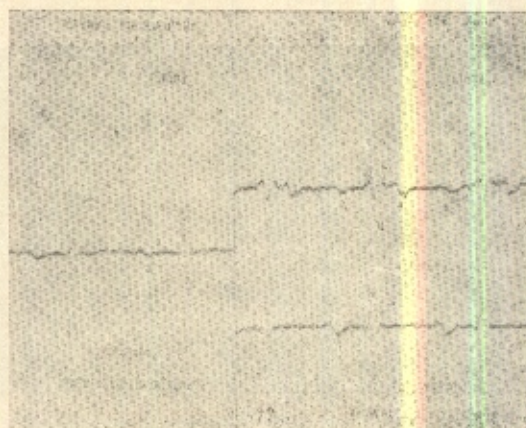
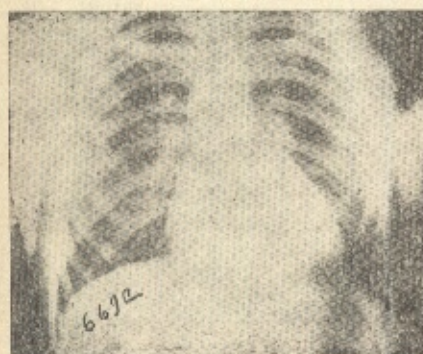


Fig. n.º 55

Ritmo sinusal regular.

1.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P imperceptível.

Eletrograma ventricular: flecha principal R. Onda T positiva.

2.ª derivação:

Eletrograma auricular: onda P positiva, bifida e uma amplitude de 0"11. Intervalo PQ = 0"18.

Eletrograma ventricular: Q R S de 0"09. Forte colchete do ramo descendente de R. Onda T positiva.

Constante sistolo-diastrólica: K = 0,0050.

3.ª derivação:

Complexos normais com R como flecha principal no eletrograma ventricular. Por conseguinte a atipia permanecia, passado o surto agudo e após intenso tratamento pelo salicilato. Não mais tornei a vêr este paciente que reside em Dores de Camaquã, mas, segundo informação, foi ainda ultimamente acometido de novo surto reumatismal.

No caso da observação 750 de que vos falei, ha pouco, havia atipia de Q R S, consistindo em colchete do ramo descendente de R em 1.ª derivação, também passado o surto agudo e após longo tratamento pelo salicilato.

O jovem P. T. C. M., registro 367 A. C., seis anos após o último surto de reumatismo e embora não acuse manifestações subjetivas do seu mal, vai ao consultório. Verificamos uma dupla lesão da mitral e o electrocardiograma revelou uma atipia de Q R S muito pronunciada nas quatro derivações. Este nosso observado clinicamente parece ter feito uma forma estabilizada da doença e no entanto existe uma atipia electrocardiografica não pronunciada. (Fig. 56)

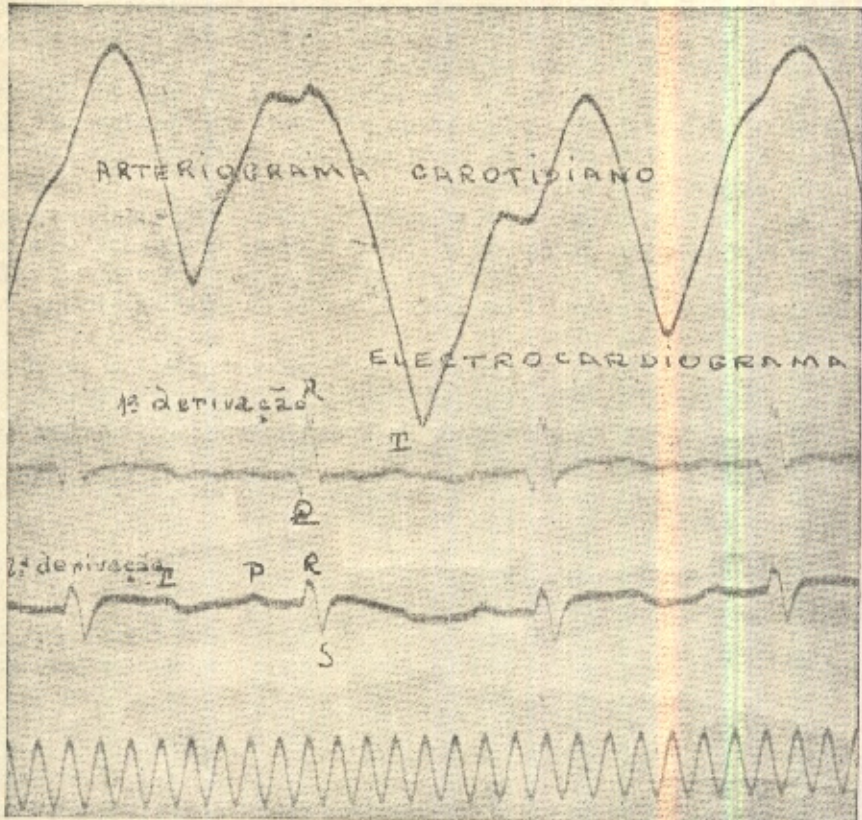


Fig. n.º 56

Já ha alguns anos em artigo publicado na Revista de Radiologia e Clínica sobre a estenose mitral, me referi ás observações de Castex descritas na Prensa Medica Argentina, em 30 de Outubro de 1928 de casos de angina de peito complicando a estenose mitral e aos interessantes trabalhos de Salomon Slater publicados no American Journal of the Medical Science em Janeiro e Fevereiro de 1931 sobre casos de coronarite na doença de BOUILLAUD com atipia de T e ST que conseguiram fazer desaparecer após a medicação pelo salicilato de sodio. Tal achado exprime localização peri-coronariana ou coronariana do agente etiologico baseado nos instrutivos estudos anatomo-patologicos de Pichon, Lagain,

Pautrat e Mlle. Cursay os quais descreveram lesões coronarianas e pericoronarianas de natureza reumatismal, afastando a hipótese da hiperexcitabilidade neurotonica de origem oro-valvular como queria Doumer de Lille.

ANOMALIA DE T

Tem sido registado achatamento, desaparecimento e inversão de T, tendo se normalizado com a terapeutica salicilada. Tal atipia verificada raramente por Lian e Aubertin em geral desaparece com o surto agudo e é nitidamente influenciada pela medicação salicilada.

Da modificações da onda T, se conclue sobre a evolução da doença, constituindo a tendência ao achatamento e inversão mau prognostico. No paciente de nossa 1.^a observação havia manifesto achatamento, e faleceu 24 horas após a tomada do traçado.

Lévy, verificou cinco vezes a anomalia da onda T, em uma ou varias derivações e duas vezes atipia de Q R S e T. Estas anomalias, se mostraram em geral transitorias e sómente em dois casos permaneceram após o surto agudo da doença. Para Lévy a medicação salicilada influe sobre a evolução dessas atipias.

Para Clere e Villard as alterações de T comportariam um prognostico reservado.

Dimitracoff, cita casos de atipia de T com regressão ao normal seis mezes após o surto reumatismal.

Entre as nossas observadas, como viram, não é raro, e a sua redução de potencial é de mau prognostico.

CONCLUSÕES

1. Orientado por essas novas aquisições da medicina o medico pode proteger os seus doentes de complicações ultteriores que tão sombrio tornavam o seu futuro.

2. A docilidade terapeutica aparente dessa doença, a maneira silenciosa e frusta pela qual evolve a tem tornado verdadeiro flagelo da infancia. Incapacita fisicamente um sem numero, pelo ataque a um dos mais nobres órgãos de economia — o coração, creando um problema medico-social.

3. Cumpre ao medico estar de sobreaviso com as fórmias clinicas outras que as cardiacas e artropaticas.

4. Do diagnostico precoce e intervenção terapeutica imediata vai depender futuramente a maior ou menor mutilação do coração.

5. A radiologia, como a eletrocardiografia, são atualmente os mais seguros auxiliares no diagnostico e prognostico da doença de Bouillaud.

6. As anomalias associadas de P exteriorizam um processo de miocardite auricular.

7. A atipia ventricular está condicionada ao processo de miocardite ventricular.

8. A permanencia de uma atipia eletrocardiografica é indicadora de atividade do processo etiologico e de seu carater evolutivo.

9. A classica medicação pelo enxofre e pelo salicilato de sodio nem sempre refazem um disturbio de condução, reumatismal, ou removem uma atipia ventricular da mesma origem.

10. Os traçados eletrocardiograficos tomados periodicamente constituem unico meio que possuímos para nos orientar quanto ao tratamento e prognóstico na doença de Bouillaud.

11. A atipia de ST na doença de Bouillaud é indicadora de um processo de coronarite.

12. Os corações reumaticos e descompensados aproveitam na cura de tonicardiacos para compensação quando precedidos do tratamento salicilado.



CELLONA

A APERFEÇOADA ATADURA GESSADA ALEMÃ

- ① PRONTA PARA USO IMEDIATO
- ② METADE DO PESO
- ③ APLICAÇÃO LIMPA
- ④ MUITO ECONOMICA
- ⑤ CORTADA, O RESTO CONSERVA-SE BEM NA LATA

LATAS DE FOLHA COM 1 E 12 PEÇAS NOS TAMAÑHOS USUAIS

O HODIERNO CIRURGIÃO APLICA SÓMENTE ATADURAS GESSADAS "CELLONA"

LIGADURA Cellona
(Fabricada e registrada)
A NOVA LIGADURA DE GESSO APERFEÇOADA
PRONTA PARA USO IMEDIATO
Largura 10 cm.
FABRICANTES
LOHMANN A. G. VORM. LUIS
FAHR AM RHEIN - ALLEMANHA
DISTRIBUIDORES EXCLUSIVOS
MOLINARI & COMP. RIO DE JANEIRO
LATA Nº 12 - 125

O mentol no tratamento sintomático do vômito (*)

por

Adair Figueiredo

Na presente comunicação, quero chamar a atenção dos componentes desta casa para a eficiência do mentol no tratamento sintomático do vômito, medicação de alta importância, em todos esses casos em que o médico se vê privado da possibilidade de alimentar os doentes ou de ministrar-lhe medicamentos por via oral, em razão da intolerância gástrica.

O emprego do mentol por via gástrica não constitui novidade em terapêutica, tal como menos-avisado espírito poderia crer, pois já G. Lemoine e E. Gérard o recomendam no seu formulário.

O velho TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE THÉRAPEUTIQUE de A. Manquat estuda também, nas suas páginas 327 até 330, a ação patogênica desse medicamento, e mais os resultados que se podem obter com o seu emprego por via gástrica.

Subscrive o autor o conceito de D. Semberg que, após experiências minuciosas, concluiu pela semelhança do mentol à cocaína, no que diz respeito aos efeitos locais.

Segundo esses autores, é ele um depressor do sistema nervoso, o que se pôde mesmo provar com as paralisias bulbares observadas por Pellaconi.

Diz ainda, textualmente, A. Manquat: "À l'intérieur, ce médicament agit com antispasmodique et comme carminatif.

L'essence de menthe est antispasmodique et calmante."

A. Richaud, em seu PRÉCIS DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE, registra a eficiência prática do mentol, no tratamento sintomático do vômito, nas páginas 795 até 796.

E entre outros autores, Pedro Luis Napoleão Chernoviz, no seu FORMULÁRIO E GUIA MÉDICO, que é um livro amplamente difundido — e até mesmo entre leigos —, assinala o uso desse produto extrativo da mentha arvensis por via oral, como recomendado para os vômitos da gravidez, na dose de 1,0 (uma grama) por dia.

A nossa experiência mostrou ser desnecessária tão elevada dose.

(*) Comunicação feita à Sociedade de Medicina de Porto Alegre na sessão de

Não me alongarei mais na documentação do fato de que o método não constitue novidade, e sobre o de haver ele sido suficientemente estudado.

Mas direi que, precisamente, a sua antiguidade foi a razão de me haver interessado por uma observação mais extensa sobre a materia.

Tenho a impressão de não se justificar o abandono a que foi votado esse recurso terapeutico que, segundo as informações colhidas entre colégas de Porto Alegre, não foi, jamais, empregada no Rio Grande do Sul — quiçá no Brasil.

Em face das minhas observações, e acompanhado pelos ilustrados colégas que trabalham na I.^a Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia desta cidade, posso dizer-vos que, em nossas mãos, o mentol se revelou recurso therapeutico cujo emprego, no tratamento sintomatico do vômito, produziu resultados francamente animadores.

O mentol ainda é descongestionante. E pôde, tambem, paralisar, em doses altas, a sensibilidade e os reflexos.

Pellaconi, Dana, Vladinarsky e Pouchet estudaram-no, e A. Manquat afirma, sobre os estudos anteriores, que o mentol é, verdadeiramente eficiente, como antiespasmodico e calmante.

E concordando com Schmitz, Bondel e Crésantignes (desde 1892 até 1902), o mesmo autor reconhece, ainda uma vez, o valor dessa medicação nos vômitos de origem reflexa, recommendando-a na dose de 0,05 (cinco centigr.) pro die.

A. Richaud confirma, em 1934, as afirmações de A. Manquat, insistindo sobre a influência do mentol sobre as mucosas.

E vai mais além: indica-o no tratamento das nevralgias e dos pruridos.

Reforça, de tal fôrma, o conceito de espasmolítico que, a respeito de tal medicação, haviam virados os autores já referidos nesta comunicação.

E conquanto a maioria dos autores pareça querer limitar-se á indicação do mentol para o uso chamado externo, tres annos de experiencia mostraram — a mim e a mais tres colégas — que o uso interno do mentol é, verdadeiramente, eficiente, no tratamento sintomatico do vômito.

Onde a medicação correntemente usada falhou, ele produziu, em nossas mãos, os resultados desejaveis.

Na I.^a Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, posue cerca de sessenta casos tratados assim. E tão satisfatorios se mostraram os resultados que os demais colégas que trabalham no mesmo serviço entraram a empregar a medicação inicialmente empregada por mim.

Na clínica particular, tenho quase uma centena de casos tratados por esse método, todos representando êxitos brilhantes de semelhante tratamento sintomático.

Surge a questão das doses: E devo dizer que empreguei, até hoje, de 0,25 a 0,30 em solução de goma adoçada pela sacarina, para as vinte e quatro horas, de hora em hora ou de $\frac{1}{2}$ em $\frac{1}{2}$ hora, sempre de conformidade com a gravidade do caso clínico.

Segundo as minhas observações, o método que emprego é eficiente, do ponto-de-vista do tratamento sintomático, em clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetricia (como medicação de urgência).

Para as crianças, uso as doses indicadas pelas imposições clássicas: estabeleço as doses que correspondem ao cálculo que, habitualmente, se faz, a respeito.

Esta comunicação não tem outro objetivo sinão o de concitar os componentes da Sociedade de Medicina de Porto Alegre a que estudem melhor, nos limites de suas clínicas hospitalar e particular, a eficiência do método que temos empregado na I.^a Enfermaria do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, desde 1933, em primeira-mão no Rio Grande do Sul e, talvez no Brasil, para proveito daqueles que, em consequência desse fenómeno (vômito), ficam diariamente privados da alimentação e da medicação necessarias á total restauração da própria saúde.

Para mim, diante do que conseguimos na Enfermaria em que trabalho, com o emprego do mentol por via gastrica, o grave problema do tratamento sintomático do vômito está resolvido pelo uso dessa medicação tão velha quanto eficiente.

E posso resumir meu pensamento sobre o assunto nas seguintes conclusões:

1.^a — O mentol, empregado por via gastrica, não provoca accidentes, conforme constatei em 100% dos casos observados na clínica hospitalar e na particular;

2.^a — Essa medicação suprime o vômito dentro de trez horas (máximo observado por mim);

3.^a — A dose indicada por A. Manquat é deficiente, no sentido da tolerancia, pois minhas doentes suportam perfeitamente 0,25 e 0,30 (pro die) de mentol, em trez anos de experiencia que tenho, sem apresentarem outro sinal de efeito secundario, além de uma ligeira e facilmente sanavel constipação intestinal;

4.^a — A dose indicada por Pedro Luiz Napoleão Chernoviz é condenável, não se tendo feito preciso o emprego de quantidades superiores ás que correntemente empregamos, nos casos que tratamos, para debelação do phenomeno vômito;

5.^a — O emprego do mentol por via gastrica, no tratamento sintomatico do vômito, constitue medicação praticamente inócua que merece ser melhor experimentada e difundida no Brasil, onde se acha quase completamente abandonada, e que é capaz de oferecer grande auxilio ao clínico e ao cirurgião, conforme tive oportunidade de observar, quér em casos de clinica médica e quér noutros, de ginecologia, obstetricia e cirurgia geral.

MENTHOL IN DER SYMPTOMATISCHEN BEHANDLUNG DES ERBRECHENS

Zusammen mit verschiedenen Kollegen, hat er in 3 Jahren praktischer Erfahrung im Hospital der Santa Casa de Misericordia hervorragende Resultate erzielt und äussert sich darüber wie folgt:

- 1.^o — Menthol, auf gestrichem Wege angewandt, erzeugt keine Unfälle, wie er in 100% der behandelten Fälle festgestellt hat.
- 2.^o — Dieses Mittel stillt das Erbrechen innerhalb von 3 Stunden (maximum durch ihn beobachtet).
- 3.^o — Die von A. Manquet vorgeschriebene Dosis ist ungenügend. Auf Grund eigener Erfahrung können Kranke 0,25 bis 0,30 ("prodie") vollkommen vertragen und die einzigste Erscheinung die entstehen kann, ist eine leichte Verstopfung.
- 4.^o — Die Dosis von Pedro L. Napoleão Chernoviz ist nicht empfehlenswert, denn in der Praxis ist ein Gebrauch von grösseren Mengen als 0,35 bis 0,30 nicht notwendig.
- 5.^o — Dem Gebrauche von Menthol auf gestrichem Wege ist bis jetzt in Brasilien nicht die entsprechende Achtung beigemessen. Es ist in der Tat ein hervorragendes Mittel, laut Feststellung des Verfassers in der Praxis, für Aerzte in fast allen klinischen Fällen.

EL MENTOL EN EL TRATAMIENTO SINTOMÁTICO DEL VÓMITO

El Autor, después de estudiar la cuestión bajo sus varios puntos de mira, conclue así:

I.^a — El mentol, empleado por la via oral, no da causa a accidentes (100%).

II.^a — El método domina el vômito em tres horas (tiempo maximo observado en la 1.^a Enfermaria del Hospital de la Santa Casa de Misericordia).

III.^a — La dosis de Manquat (0,05) se ha evidenciado ineficiente, y las enfermas han soportado bién la que el Autor ha empleado (0,25 a 0,30) desde hace tres años.

IV.^o — La dosis de Chernoviz no es necesaria, pues siempre ha cedido la resistencia del vómito a la ingestión de 0,30 (maximum) pro die.

V.^o — El método constituye una practica eficiente y que merece toda la confianza del profesional y así bien merece ser mejor estudiado y empleado en el Brasil, en donde el Autor lo ha resuscitado, con la ayuda de tres colegas y en cerca de cien casos de clínica médica, ginecología, obstetricia cirugía general.

MENTHOL IN THE SYMPTOMATIC TREATMENT OF VOMIT

- 1.^o — Menthol used through the gastric way does not cause accidents as was stated in 100% of cases treated.
- 2.^o — This medicament suppresses vomit within three hours (maximum observed)
- 3.^o — In the sense of tolerance the dose as indicated by A. Manquet is deficient. In three years of experience he stated that the invalids perfectly support 0,25 to 0,30 ("prodie") of menthol without showing signs of any secondary effects, except a slight constipation of the intestines.
- 4.^o — The dose as indicated by Pedro L. Napoleão Chernoviz is condemnable because it is not necessary that higher quantities be employed as those of 0,25 to 0,30.
- 5.^o — The use of menthol through the gastric way in the symptomatic treatment of vomit is a method that deserves to be more diffused in Brazil, where it is practically abandoned, as it represents a great help to physicians and surgeons, according to the observations the author has made, in cases of clinical medicine and general surgery.

Excipiente gelosado - Vehículo perfeito (Não gorduroso)



UMA ASPIRAÇÃO

EGUALA

UMA PULVERISAÇÃO

LABORATORIOS LUTSIA - Paris - Rouen.

Amstras e Litteratura: SEYS, PIERRE & CIA. LTDA. - C. Postal 489 - Rio

Para a tosse e suas funestas
consequencias, uzar sómente
Peitoral de Angico Pelotense.
E' tiro e queda.

EQUILIBRIO

DO

SYSTEMA NEURO-VEGETATIVO GASTRO-INTESTINAL

FORMULA:

Atropina (Sulf.) 0,004

Eserina (Salicyl). 0,006

Extr. fl. Rhamnus purshiana,
sem amargo, 10 c.c.

Vehiculo q. s. para 100 c.c.

DOSE: Uma colherinha de
café antes das refeições.

DESEQUILIBRIO
VAGO
SYMPATICO
GASTRO-INTESTINAL

ENTEROTONUS

Prisão de ventre rebelde
Perturbações do plexo solar
Dyspepsia nervosa
Meteorismo - Aerocolia
Aerofagia - Colites

ENTEROTONUS

O

PODEROSO REGULADOR

Laboratorio do "FLUOCAL" - Pedro Breves & Cia.
Av. Mem. de Sá, 216 - Rio de Janeiro

Notas terapeuticas

ANTIPHLOGISTINE EM GINECOLOGIA

E' um medicamento muito empregado pelos ginecologistas que, por experiencia, já conhecem as propriedades antisepticas e a eficacia desse produto do laboratório farmacêutico.

A sua marcada ação osmotica alivia fisiologicamente os excessos de fluido (exsudatos) dos tecidos congestionados. Esse preparado é considerado superior as cataplasmas comuns, devido ao êxito que tem obtido como agente terapeutico.

O seu emprego, quer como cataplasma, quer como tampão, é geralmente considerado util. Nas inflamações da região pélvica, a Antiphlogistine é aplicada como complemento de outras medidas que o ginecologista julgue necessárias. Como tampão é utilissima, toda vez que se requer esse recurso, por ser antiseptica, higroscópica e altamente higienica. O seu emprego com absoluta confiança pôde ser recomendado, porque não é tóxica.

A nossa brochura "Lembretes Ginecológicos" está a disposição dos senhores facultativos, assim como também enviaremos amostra aos interessados que sollicitarem á The Denver Chemical Mfg. Company, 163 Varick Street, Nova York.

PAPEL DO ENXOFRE NA MOLECULA DOS BISMUTOS LIPO-SOLUVEIS

Levaditi — Lyon Médical, janeiro de 1936

Conhecidos desde 1924 e estudados em França e Alemanha os bismutos lipo-solveis constituem um traço de união entre os sais de bismuto solveis e os derivados insolúveis. *Levaditi*, em 1924, experimentou o iodo-bismutato de trietilamina e, simultaneamente, Fournier e Guénot ensaiaram diversos compostos lipo-solveis.

Enquanto isso, na Alemanha, Mulzer e Plaut experimentavam diversos derivados bismuticos lipo-solveis, tais como o embial. Muller, Grummache e Kohlenberger, dizendo que o embial se reabsorve lentamente, abandonam esse produto e passam a aconselhar o spiribismol (iodeto duplo de quinina e bismuto associado á lecitina e solubilizado no oleo).

Proseguindo esses ensaios, os autores alemães encontraram ser preferivel utilizar-se do camforocarbonato de bismuto. E, em França, as experimentações feitas por Girard, Picon, Lecoq e Ferrand, *Levaditi*, Manin, V. Sanchez, Bayarri, Melle R. Schoen evidenciaram o camforocarbonato de bismuto e o camfo-carbonato duplo de etila e de bismu-

to. Usados, a princípio com grande entusiasmo, não corresponderam êles, contudo, á expetativa, razão pela qual os experimentadores se orientaram em busca de novos compostos.

Dentre esses compostos novos, um produto se impoz, desde logo, pelas suas qualidades multiplas. Trata-se do butil-tielaurato de bisauto oleo-solúvel — o *neocardil*.

O *neocardil* apresenta, sobre os produtos de bismuto lipo-solúveis, a vantagem de conter enxofre na sua molecula organica. Sabe-se, com effeito, que o enxofre favorece a ação terapêutica do elemento metalico ou metaloidico de certos compostos medicamentosos, agindo como anti-choque. A sua presença foi reconhecida, como util nos arsenobenzoes e indispensavel nos saes de ouro injetaveis. Nestes diversos compostos, o enxofre intervem para melhorar o coeficiente terapêutico.

A tolerancia do organismo para o *neocardyl* é muito grande. Tal tolerancia permite injetar, sem inconvenientes, doses elevadas de bismuto-metalico.

BIBLIOTECA TOMAZ MARIANTE

Porto Alegre, 5 de outubro de 1936.

Eminente mestre e querido amigo Dr. Mario.

Em segunda remessa, mando-lhe aqui algo hoje raro, para o enriquecimento da Biblioteca Tomaz Mariante, mantida pela Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

Os volumes que lhe mando correspondem a edições exgotadas, conhecidas por muito pouca gente no Rio Grande do Sul.

Com um abraço muito afetuoso do seu menór coléga e maximo reverenciador — o

(a) *Adair Figueiredo*.

Anexo: ARQUIVOS DE HIGIENE (Publicados pelo Departamento Nacional de Saúde Pública), em suas edições:

- Ano I, primeiro volume
- Ano III, completo (2 vols.)
- Ano IV, completo (2 vols.)
- Total: 5 volumes.

DANTE DE LAYTANO

Historia da Republica Riograndense

Formato: 13x20 — Páginas: 390 — Preço: 10\$.

Dante de Laytano, que se tem distinguido últimamente em estudos históricos e etnológicos, nos dá num volume de perto de quatrocentas páginas a melhor síntese até hoje publicada da História da República Riograndense.

Para compor este livro utilissimo, o autor fugiu aos velhos métodos. Com o número de palavras apenas necessário para exprimir suas idéias; sem fugir para o domínio das considerações abstratas, mas jogando sempre com fatos, — êle conseguiu pintar em traços largos e vigorosos vários quadros que no seu conjunto são a história do Rio Grande de 1835 a 1845.

Recomenda-se a estudantes e estudiosos este último livro de Dante de Laytano, que por certo há de encontrar grande aceitação.

FLUOCAL LECITHINADO

EMULSÃO
AQUOSA
ESTAVEL

DE CALCIO
ORGANICO,
MAGNESIO

E LECITHINA
DE OVO

REMINERALIZA
E
RECALCIFICA

TONIFICA
O
ORGANISMO

TONIFICA
O
SYSTEMA NERVOSO

TUBERCULOSES
LYMPHATISMO
CHLOROSE

EMMAGRECIAMENTO
ANEMIAS
CONVALESCENÇAS

NEURASTHENIA
CANSACO CEREBRAL
ESGOTAMENTO NERVOSO

NEURILAN

Poderoso calmante do systema neuro-vegetativo.

Indicado na excitação nervosa, nos desequilíbrios vegetativos, ténicos, palpitações, insónia, disppepsia nervosa.

A base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimendo.

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua assucarada ás refeições.

Lab. Gross-Rio

NAO DEPRIMENTE

NEURILAN

A preparação de bismuto que tem a preferencia da classe Médica do país para combate energico á

Sifilis

em adultos e crianças.

Natrol

(Tartaro bismutato de sódio)

Pelas seguintes razões:

- 1 — Sal solúvel — Ação pronta
 - 2 — Indolor
 - 3 — Atoxico
 - 4 — Eficaz — Confiança na ação terapêutica.
-) Tolerancia perfeita

Injeções intramusculares — 2cc. = 0,038 Bi

Pomada de NATROL — Cicatrizante — espirilicida.

TERAPEUTICA MARCIAL DAS ANEMIAS EM GERAL

Pelo ferro fisiologico, diretamente assimilavel, das preparações de

Oxi-Hemoglobina

L. C. S. A.

(Elixir ou Xarope)

Medicação regeneradora do globulo vermelho.

Reconstituinte opoterapico do sangue.

Produtos ricos em hemoglobina, de tolerancia absoluta, ótimo sabor, estimados pelas crianças

Pelos sais de ferro e arsenico, que constituem a base da

Ferrotonina

(citrate de ferro+arseniato de sódio)

Formula do Prof. Austregesilo.

Empólas

Injeção indolor — Efeito rapido.

.....

Carlos da Silva Araujo & Cia. — Caixa Postal, 163 — Rio de Janeiro.

Agente em Porto Alegre — Fausto Sant'Anna — R. Siqueira Campos, 1257

Agente em Pelotas — Bohas & Carneiro — R. Marechal Floriano, 115.

Noticiario

INQUERITO SOBRE O VINHO

Do Dr. Carlos da Silva Araujo, recebemos o questionario abaixo, distribuido pelo *Comité Scientifique d'Etudes medicales sur le Vin et le Raisin* e cuja publicação nos é solicitada:

1.º — Considerais o vinho como bebida alimentar *indispensavel, util ou nociva?*

2.º — O vinho é por vós, alguma vez ou sempre, interdito ou tolerado?

3.º — Confundis, na vossa concepção o vinismo com o alcoolismo?"

4.º — Pensais que na vossa região, por motivos sociais, economicos ou higienicos, a propaganda médica em favor do vinho seria util ou nociva?

5.º — Sois abstinente de bebidas alcoolicas?... Incluis nessa abstinencia o vinho?

6.º — Tendes alguma pergunta a formular ou sugestão a fazer sobre o assunto?... Quais?...

Nome do médico:

Endereço postal:"

Para melhor esclarecimento dos colégas, indicamos a conveniencia de encaminharem suas respostas ao *Office International du Vin*, cujo endereço é o seguinte: 1, Place du Palais-Bourbon, Paris 3.º — FRANCE.

JOSEPH CONRAD

TUFÃO

Formato: 14x19 — Páginas: 260 — Preço: 8\$.

Conrad, na opinião dos mais illustres escritores contemporâneos, não tem rival como novelista. Suas novelas, que giram em geral em torno de homens e coisas do mar, são deliciosas, cheias de colorido, dramáticas e de funda observação psicologica.

TUFÃO é a história duma tempestade em alto mar. É alucinante. Tem uma intensidade arrasadora. Mostra bem os recursos do romancista Conrad; nos domina de tal maneira que somos levados a dizer, ao cabo da leitura: "É uma história como eu nunca havia lido!"

Na França, Alemanha, Inglaterra, Estados Unidos e países escandinavos hoje em dia existe o que se pode chamar "**O culto de Joseph Conrad**". Erguem-lhe monumentos, dão a bibliotecas o seu nome glorioso e uma revista inglesa nos mostrou, ha pouco, o retrato dum veleiro bellissimo que se chama romanticamente "**Joseph Conrad**".

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o
Café 35
do
famoso
Café Nacional

COLITES - DIARRHEIAS NAS GRENGAS - GAS-
TRO ENTERITIS - ACNÉ - MELHORA A DER-
MATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PU-
TRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-IN-
TOXICAÇÃO INTESTINAL

COMPRIMIDOS COMPRIMIDOS

BIOLATOL

FERMENTO LACTICO

PREPARADO NO
LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO
PORTO ALEGRE

YBARTUA