

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVI

FEVEREIRO DE 1937

N. 2

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1937

PRESIDENTE

MARIO TOTTA

Cat. de Clinica Obstetrica

VICE-PRESIDENTE

WALDEMAR NIEMEYER

Doc. de Cl. Oftalmologica

SECRETARIO GERAL

HELMUTH WEINMANN

Docente de Histologia e
Embriologia Geral

1.º SECRETARIO

LUIS S. BARATA

Doc. de Cl. Urologica

2.º SECRETARIO

CARLOS CARRION

TESOUREIRO

CORADINO L. DUARTE

Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

THOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

FLORENCIO IGARTUA

Doc. de Cl. Pediatria

ELYSEU PAGLIOLI

Doc. de Anatomia, Cirurgia
e Obstetricia

SECRETARIO DA REDAÇÃO

ADAYR FIGUEIREDO

REDADORES

NOGUEIRA FLÔRES

ANNES DIAS

R. DI PRIMIO

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

H. WALLAU

AMERICO VALERIO

ALVARO FERREIRA

IVO CORRÊA MEYER

JOÃO L. DE AZEVEDO

MARTIM GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

J. MAYA FAILLACE

JACY MONTEIRO

FLÔRES SOARES

HUGO RIBEIRO

NINO MARSIAJ

— 0 —

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

Assuntos comerciais com o gerente **Almanzor Alves**, na séde da Redação
Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

SAINT PASTOUS — Síndromes icterigenicas pseudo-coledocianas	Pg. 57
REBELLO HORTA — Contribuição ao estudo de melena genuina	„ 73
E. J. KANAN—Osteodistrofia congenita e hereditaria das mãos e dos pés	„ 79

Noticiario

Noticiario	„ 89
Estatutos da Secção de cirurgia da Sociedade de Medicina de P. Alegre	„ 93

IODEFIS

PREPARADO COM IODOPEPTI-
DIOS ABIURÉTICOS
amps. de 2cc., contendo 10 centigrs. de iodo
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 ENTORPECENTES

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

Lab.^{rio} Gross - Rio

Trabalhos originais

Síndromes icterigénicas pseudo-coledocianas

Problemas de diagnóstico e terapêutica

Conferência realizada pelo Prof. Saint Pastous na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e na Sociedade de Medicina de Porto Alegre

No exercício da III Cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Porto Alegre, apresentamos recentemente em aula dois casos de **síndrome icterigénica do tipo coledociano**, do Serviço de Cirurgia do Dr. Alfeu Bica de Medeiros, ambos operados por esse eminente cirurgião.

Embora corrente seja a frequência das icterícias nas Clínicas hospitalares, continuam as síndromes icterigénicas em ordem do dia, no que diz respeito aos problemas de diagnóstico e sua orientação terapêutica.

Muito pése ao progresso realizado em nossos dias nos métodos de exploração diagnóstica, o vasto e difícil capítulo da patologia biliar continúa a oferecer ao pensamento médico motivos subtis de torturantes cogitações.

Neste último decênio, a fisiopatologia clínica e cirúrgica das vias biliares empreendeu notável evolução em seus conceitos doutrinários e em suas directrizes terapêuticas, enriquecendo-se com novos processos semióticos e novas orientações nas técnicas operatorias.

Emançada a doutrina médica do restrito conceito anatómico de molestia, também no domínio da patologia do fígado e das vias biliares intensa e fecunda tem sido a renovação de princípios e conhecimentos, inspirados na ampla e sedutora concepção fisiopatológica da doença.

Comentando a evolução da semiologia fisiopatológica das vias biliares, Bérard e Mallet-Guy, da tradicional Escola cirúrgica de Lyon, declaram que também a cirurgia das vias biliares tende a se desenvolver nesse sentido fisiológico, devendo para isso libertar-se do preconceito que considera anatomicamente a lesão a combater, para, ao invés disso, enfrentar a perturbação fisiológica, amparada em métodos de exploração funcional das síndromes hepato-biliares.

Da observação dos dois casos clínicos acima referidos destacaremos alguns dados, para com eles esboçar um ensaio de estudo de problemas médicos e cirúrgicos de atualidade no terreno da patologia biliar.

Ambas as pacientes eram portadoras da tríade sintomatológica peculiar às síndromes de obstrução do coledoco, a saber: icterícia, acolia e colúria.

Da primeira observação, desejamos apenas salientar a extrema gravidade do estado geral, a rápida evolução para o exito letal e a considerável hepatomegalia de natureza neoplásica, conforme o exame histopatológico.

A paciente da segunda observação relatava longo passado de colicadas hepáticas, algumas véses sucedidas de ictericias transitorias. Sua molestia actual datava de cêrea de um mês, constando essencialmente de ictericia franca, acolia e colúria; ausencia de prurido, de febre, de dôr e de vomitos; fígado e baço de volume normal; vesícula biliar impalpável; manobra de Murphy positiva; pulso de ritmo normal; anorexia, astenia, insônia, constipação intestinal e emagrecimento.

Após repetidas tubagens duodenais pelo método de Meltzer-Lyon completamente negativas, conseguimos uma vês obter cêrea de 30 cc. de bile A, de aspecto turvo, de côr olivo-escura e consistência viscosa; após a administração da solução de sulfato de magnésia, drenou pequena quantidade de bile de côr amarelo-pálida e fluida.

A reação de Hymans van den Bergh, repetidas véses feita, foi sempre directa e immediata.

As cifras de bilirrubina total, no sangue, oscilaram nos varios exames entre 16 e 20 mgrs. por mil.

As curvas de hiperbilirrubinemia directa e indirecta, por dosagem em separado segundo o método de Varela-Fuentes, foram de direção divergente, com ascendência prevalente da bilirrubina indirecta.

Taxa colesterinêmica: 1,80% — Resistência globular normal. Prova de Bauer positiva.

O exame radiográfico directo ou radiografia simples do hipocondrio direito não acusou sombras com aspecto de calculos biliares.

A próva de Graham-Cole ou exame colecistográfico não foi praticada, pois sistematicamente prescindimos deste processo de investigação nos casos de ictericia franca, em que o grau acentuado de insuficiência hepática coexistente é motivo antecipado de colecistograma negativo, retirando, por isso, ao método a sua possibilidade de esclarecimento do estado funcional e somático da vesícula biliar.

O exame radiológico do estomago e duodeno acusou apenas sinais de gastro-duodenite, com demora de transito no duodeno.

Do ato operatorio destacamos, com respeito á primeira paciente, fígado grande e de superfície irregular e nodosa, vesícula biliar de aspecto normal, canais biliares extrahepáticos livres; feita a colodocostomia, verificou-se completa ausencia de calculo no coledoco, esfíncter de Oddi livre, pancreas de aspecto normal.

Da segunda paciente, devemos consignar a verificação de uma vesícula pequena, retraída, esclerosada, completamente vazia de bile mas contendo alguns pequenos calculos; fígado de volume normal; canal coledoco grandemente dilatado, de consistência esclerosada; pancreas de aspecto normal;

Feita a coledocostomia, notou-se absoluta ausencia de bile, ausencia de calculos, transito sem resistencia ao nivel do esfincter de Oddi.

Nas primeiras 24 horas que se seguiram á intervenção, em ambas as doentes, não houve escoamento de bile pelo dreno deixado no coledoco: a paciente do cancer do figado, nos 5 dias que ainda sobreviveu, eliminou pela fistula coledociana pequenas porções de bile; na paciente da coletitiase e ectasia do coledoco, já no segundo dia se estabeleceu transito de bile, em quantidade regular, que se tornou mais consideravel nos dias subsequentes, embora deficiente e incompleta perdurasse a passagem de bile ao duodeno.

Do resumo das nossas duas observações, porêmos em destaque, para servirem de pontos de referencia aos comentarios que vamos desenvolver, os seguintes dados de maior significação diagnostica:

I — Dois casos de síndrome icterigenica de tipo coledociano ou sejam ictericias comumente chamadas mecanicas ou de retenção, em que a intervenção cirurgica demonstrou não existir obstrução do coledoco.

II — A tubagem duodenal, negativa varias vêses, de uma feita deu bile A concentrada e em quantidade abundante, ausencia de bile B e pequena porção de bile C, fracamente pigmentada.

III — Pelo metodo de Varela Fuentes, verificou-se no sangue presença de bilirrubina directa e indirecta, com cifras mais altas de bilirrubina indirecta, em ambos os casos, em maior proporção no caso de cancer do figado.

IV — Em um dos casos, ao lado de uma vesicula esclero-atrofica calculosa, totalmente vasia de bile, coexistia notavel dilatação do coledoco.

V — Feita a coledocostomia, verificou-se completa ausencia de bile no coledoco e hepatico, não havendo drenado pelo tubo de Kehr uma só gota de bile; em ambos os casos a passagem de sondas exploradoras pelo esfincter de Oddi se fez sem resistencia e sem denotar a presença de calculos.

VI — Nas primeiras 24 horas não houve eliminação de bile pelo dreno coledociano; nos dias subsequentes a drenagem biliar se estabeleceu em quantidades regulares pelo dreno, mas de modo insufficiente ao duodeno, na paciente da dilatação do coledoco.

Inicialmente, cumpre acentuar que a constatação da triade sintomatica: ictericia, acolia e coluria, tida e reconhecida habitualmente

como expressão das síndromes coledocianas de ordem mecânica ou por obstrução, não deve prevalecer como argumento apriorístico dessa presunção patogénica.

O critério clínico de atribuir a ausência de pigmentos biliares nas fezes em ictericias com colúria a processos de obstrução, tanto pôde conduzir á verdade como ao erro de diagnóstico.

Si é incontestável e mesmo comum que o complexo de ictericia + acolia + colúria corresponde a obstrução coledociana, não é menos exato nem menos frequente que esse mesmo complexo de ictericia com acolia e colúria exista sem obstrução do coledoco.

Ha, realmente, uma síndrome icterigénica de tipo coledociano por obstrução, e uma síndrome absolutamente idéntica mas sem obstrução; á primeira reservaremos a designação de síndrome coledociana; e á segunda a de síndrome pseudo-coledociana.

Não mais deve subsistir o erroneo critério semiotico de se julgar pelo aspecto das fezes o estado de permeabilidade ou de obstrução das vias de eliminação da bile.

Só ha um metodo de investigação semiológica capaz de informar com absoluta exatidão sobre o transito da bile ao duodeno: é a tubagem de Einhorn praticada de acôrdo com a técnica de Meltzer-Lyon ou processos congéneres.

No diagnóstico diferencial das síndromes coledocianas, importa sobretudo saber si a obstrução é total ou parcial, si ela é permanente ou intermitente, si tende a aumentar ou a se reduzir. E esses preciosos dados de observação só os pôde ministrar a tubagem duodenal, procedida diariamente no decurso da molestia.

Quando pela tubagem duodenal se constata completa ausência de bile no duodeno, ha uma forte presunção clínica em favor de obstrução do coledoco, si bem que essa circumstancia também coexista em casos de perfeita permeabilidade dos canais e cretores da bile.

A ausência de bile no duodeno em casos de permeabilidade das vias biliares é patognomónica das síndromes icterigénicas hepatolíticas, por lesão ou destruição da célula hepática: hepatites ou hepatoses icterigénicas, ou ainda de ictericias por colostase canalicular e capilicular, em que ha fatalmente difusão do processo inflamatório á célula hepática.

Estas ictericias por hepatolise constituem o grupo das síndromes icterigénicas pseudo-coledocianas.

Nas síndromes coledocianas a bile não desce ao duodeno em virtude do fatos obliterante; nas síndromes pseudo-coledocianas ha ausência de bile não só no duodeno como também no coledoco, porque o processo da hepatolise abre solução de continuidade por onde a bile passa dos canaliculos biliares aos capilares sanguíneos.

Nem sempre, porém, nas síndromes coledocianas o mecanismo de retenção é exclusivamente representado pela obstrução do coledoco; com o evolver da molestia, á retenção por obstrução do coledoco se associa ou se agrega a retenção por lesão da célula hepática, secundaria á estase coledociana.

Daí, a subdivisão das síndromes icterigénicas coledocianas em puras e mixtas ou associadas.

..Em notável e recente estudo sobre classificação e tratamento das ictericias, baseado em copiosa documentação cirúrgica e anatomo-patológica, Roberto Solé afirma que "as ictericias, sobretudo as chamadas catarrais e algumas hepatites icterigénicas agudas, podem se acompanhar dos sintomas patognomónicos das ictericias por obstrução e que os numerosos casos de ictericias que ele tem assistido nos últimos anos permitem assegurar que o maior numero de síndromes coledocianas são produzidas por hepatites que simulam obstruções coledocianas; nessa elevada percentagem de síndromes pseudo-coledocianas estriba a maior dificuldade diagnóstica para o clínico; pôde-se mesmo dizer que é semelhante a proporção entre as síndromes coledocianas aparentes e as verdadeiras".

Em capítulo consagrado á fisiopatologia e semiologia da síndrome coledociana, Egidio Mazzei e Horacio Acevedo consignam que o encravamento do calculo e a coledocite aguda satélite não constituem a única patogenia da síndrome na litíase biliar; muito frequentemente vêm-se enfermos com todos os caracteres da ictericia obstrutiva, nos quais a intervenção não revela presença de calculos; alguns cirúrgicos elevam essa cifra de casos a 50%.

Simon Rey, reportando-se aos conceitos anatomo-terapêuticos que prevaleciam outróra no diagnóstico das ictericias de retenção, declara a falência hoje desse fundamento, dizendo que a tubagem duodenal, a cirurgia e a necropsia revelam repetidamente completa permeabilidade das vias biliares onde se presumia existir uma obstrução.

Adriano Bengoléa refere-se ao difícil problema de diagnóstico das síndromes coledocianas e afirma que qualquer afecção hepato-biliar pôde, em determinado momento de sua evolução, ocasionar ictericias exatamente do tipo de obstrução do coledoco.

Para maior clareza na interpretação desses fenómenos, repitamos a sintética exposição feita por Solé em sua notável lição: "Da revista dos diversos tipos de ictericia estudados e da comprovação histológica realizada mediante biopsia, surge a complexidade do problema, pelos numerosos fatores que podem dar a mesma síndrome de ictericia, apesar de atuarem de maneira muito diferente. O curso normal da bile pelos condutos excretorios pôde alterar-se por dois mecanismos fundamentais:

1) — por obstrução total ou parcial ao nível dos diferentes segmentos da árvore biliar: coledoco, canais interlobulares, septais e trabeculares, determinando um aumento da tensão intracanalicular;

2) — por alteração do parênquima, que ocasiona um desvio anormal da bile aos espaços linfáticos e aos capilares sinuoides, para se derramar na via linfática ou sanguínea. Estes dois fatores se associam frequentemente, mas podem atuar isoladamente. O lugar de menor resistência é a zona intermédia ao canaliculo biliar e ao capili-

culo, denominada ampola ou segmento de conexão; a dilatação da sua parede permite a difusão ou diapedese da bile, mesmo sem ruptura. A este mecanismo Hiyeda atribue a primeira manifestação clinica da ictericia. Quando a tensão persiste ou aumenta, á difusão ou diapedese se agrega a produção de fissuras ou efrações indicadas por Fiesinger, que estabeleceu uma solução de continuidade na trabecula, vertendo a bile directamente na corrente circulatoria. A impregnação do parenquima hepatico pela bile toxica produz necroses localizadas, que aumentam a desorganização das trabeculas e intensificam a ictericia”.

Do exposto depende-se que o grau de intensidade de uma ictericia por hepatolise será inversamente proporcional á extensão do processo destrutivo; quanto maior fôr a area do parenquima hepatico destruida, menor será a capacidade de produção de bile a ser vertida no sangue e tecidos; logo, nas ictericias por hepatites extremamente graves tende a se diluir a tonalidade da pigmentação cutanea.

Dos casos operados por Solé, permitimo-nos extrair as seguintes observações: Em um caso de ictericia das chamadas catarrais, com pseudo-sindrome coledociana, encontrou lesões do parenquima caracterizadas por tumefação celular, atrofia homogenea, deslocamento trabecular e sobrecarga de pigmentos extra e intracelular; apesar de não existir obstrução nas vias biliares, a ictericia foi muito intensa e não drenou bile nos cinco dias após a intervenção. Em outro caso com lesões hepaticas de aspecto citolítico, com permeabilidade do coledoco, tambem não houve drenagem de bile nos primeiros dias que se seguiram á intervenção. Em um doente operado em pleno ataque de ictericia com acolia e coluria, encontra colecistite alitiasica com coledoco permeavel; a biopsia revela hepatite centrolobulillar com bloqueio das celulas de Kupffer. Os casos citados são de hepatites icterigenicas como pseudo-sindrome coledociana.

Comentando a verificação de ausencia de bile no coledoco e ausencia de drenagem biliar nos primeiros dias do periodo post-operatorio, para reaparecer á medida que as condições hepaticas melhoram, Solé, com muita razão, põe em duvida o valor dado á tubagem duodenal como metodo de tratamento das coledocites calculosas e pergunta si as curas atribuidas nesses casos á eliminação de calculos provocada pela tubagem não seriam apenas o resultado da regressão de processos de hepatites icterigenicas.

Confirmando as experiencias de Ponfick, Meister e Fishbeck, Solé verificou que na segunda e terceira semanas de iniciada uma ic-

tericia por obstrução do coledoco se desenvolve um processo de hiperergia ou hiperplasia celular de compensação no parenquima hepatico, e considera esse o momento oportuno para a intervenção cirurgica, salvo nos casos de coledocites supuradas, em que se deve agir com urgencia.

METODOS DIAGNOSTICOS DOS SINDROMES ICTERIGENICAS COLEDOCIANAS.

Si a experiencia ensina com precisão a epoca oportuna da intervenção cirurgica, é menos segura e positiva a clinica no firmar com rigor o diagnostico de obstrução nas sindromes coledocianas.

Com respeito á possibilidade de diagnostico diferencial entre sindromes coledociana e pseudo-coledociana é forçoso reconhecer o valor relativo e dubio dos principais elementos tidos como de primeira linha; salvo quando reunidos em complexo evidente, grande deverá ser a prudencia em sua interpretação clinica.

As oscilações volumetricas do figado em acordeão coincidentemente com modificações da tonalidade da ictericia, da acolia e da coluria, prova de Delbet positiva com ou sem curvas hipertermicas oscilantes, em paciente portador de litíase biliar, sobretudo si o exame radiografico revelar imagens de calculos na região anatomica do coledoco, formam um complexo de forte presunção diagnostica de obliteração calculosa do coledoco.

O antecedente de coletíaiase não tem valor decisivo; em uma de nossas observações havia calculos na vesicula e coledoco livre; além disso, frequentes são os casos de calculos no coledoco sem ictericia; não menos importante é a frequencia das hepatites secundarias ás litíases biliares, sendo elas as responsaveis pela síndrome icterigenica.

A prova de Meltzer Lyon não é concludente; já vimos que nas ictericias hepatolíticas, com vias biliares permeaveis, a tubagem duodenal costuma ser inteiramente negativa, dias a oito; de outra parte, é conveniente vulgarisar que as obstruções do coledoco por calculo raramente são totais, a não ser nos momentos em que o fator espasmodico ou a tumefação por coledocite aguda completam a obliteração; em repetidas tubagens, sempre se consegue obter traços de bile.

Com respeito á obstrução do coledoco por cancer do pancreas ou do proprio coledoco, é tambem relativa a significação da negatividade da prova de Meltzer-Lyon.

Embora expressiva, a lei de Courvoisier Perrier está sujeita a resalvas.

Respeito á prova colecistografica de Graham-Cole, já comentámos as suas restrições; a radiografia simples, sobretudo quando praticada em serie no decurso da molestia, pôde ter valor decisivo, si refere a presença e o desaparecimento de sombras com aspecto de calculos no trajecto anatomico-radiologico do coledoco. Neste caso, a documentação se eleva de valor com o controle praticado nas fézas.

As chamadas provas funcionais do fígado pécam pela falencia de principios; nada mais aleatorio e contestavel que o valor especifico das provas de função de um orgão, quando hoje deve prevalecer no estudo fisiopatologico e conceito de complexos, de sistemas ou de constelações de orgãos e aparelhos. Alem disso, sabe-se que via de regra, salvo na fase inicial da molestia, as ictericias mecanicas por obstrução do coledoco, por calculo ou de origem extrinseca, se compliçam sempre de colostase intracanalicular e consequentemente de hepatites. Sem duvida, nesse periodo incipiente ou nos casos, excepcionalmente raros, de obstrução mecanica sem insuficiencia hepato-celular, assumiriam valor inestimavel a negatividade da prova de Bauer, a retenção massiva dos elementos constitutivos da bile, a hiperbilirrubinemia com predominio quasi exclusivo de bilirrubina directa, bilirrubinuria, colaluria, acolia total, prurido intenso, bradicardia, etc.

Traçando normas de diagnostico diferencial pela pesquisa humoral, Adler fornece os seguintes dados:

1 — Na litiase do coledoco: altas cifras de colesterinemia, hiperbilirrubinemia com hipourubinemia, cifra normal de aminoacidos, bilirrubinuria elevada, prova da galactosuria negativa;

2 — Nas ictericias hepatoliticas; cifras baixas de colesterinemia, hiperbilirrubinemia com fraca bilirrubinuria e urobilinuria abundante, aumento consideravel dos aminoacidos no sangue, reserva albu-minica baixa, prova de galactosuria negativa.

CURVAS BILIRRUBINEMICAS DE VARELA FUENTES.

Admitimos ser de grande merito na avaliação do grau de insuficiencia hepatica a determinação das curvas, por dosagem em separado, de bilirrubinemia directa e indirecta, segundo o metodo de Varela Fuentes.

Em estado de normalidade da celula hepatica não se deve encontrar no sangue bilirrubina directa.

Nas ictericias por obstrução do coledoco sem maior participação do parenquima hepatico, a hiperbilirrubinemia se eleva com predominancia de bilirrubina directa.

Nas ictericias hepatoliticas benignas, ha igualmente predominio de bilirrubina directa; nas hepatites graves ou por lesões extensas verifica-se, ao contrario, grande excesso de bilirrubina indirecta.

O prognostico das syndromes icterigenicas, e até certo ponto a sua diferenciação diagnostica, podem-se orientar pelo traçado de curvas bilirrubinemicas.

A ascensão sistematica da curva de bilirrubina indirecta, com depressão da curva de bilirrubina directa é sinal de máu prognostico e de evolução fatal para estado de atrofia amarela aguda do fígado. A evolução em sentido inverso traduz processo de reparação do parenquima e reintegração funcional da celula hepatica.

Estudando as hepatites secundarias á colostase, Guy Albot acen-túa a sua opposição ás hepatites toxi-infecciosas de origem hematoge-nica, considerando a estase por obstaculo do coledoco como fator decisivo e dominante. As estases agudas e violentas conduzem á sín-drome de hidrohepatose de Mac Master e Peyton Rous e á obstrução maligna e Judd e Counsellor.

O primeiro passo na evolução dos conhecimentos de patogenia, diagnostico e tratamento das síndromes icterigenicas de tipo coledo-ciano se fez no sentido do conceito patogenico das hepatites icterige-nicas, cuja significação em clinica acabamos de referir a largos tra-gos.

COLEDOCITES ICTERIGENICAS.

Graças aos trabalhos de Brulé, Chabrol, Belfor del Valle, Collet, Benoit, Boris Klotz, Hamburger, Bengoléa e outros, a orientação dia-gnóstica e terapeutica volta-se hoje com interessantes realizações pra-ticas para o estudo das coledocites icterigenicas, como entidades no-sologicas a opôr no diagnostico diferencial das síndromes pseudo-co-ledocianas.

Em 1934, Brulé, Collet e Hamburger fazem interessante comuni-cação de ictericias de patogenia obscura, mas reguramente não de ori-gem hepatica; levantam a hipotese de se tratar de ictericias por co-listase, fundamentando essa interpretação nos resultados da terapeu-tica pela tubagem duodenal. "Parece-nos, dizem esses autores, muito importante e relativamente facil distinguir este tipo clinico particu-lar das hepatites icterigenicas comumente observadas, pois que o dia-gnostico estabelecido, comporta uma sanção terapeutica imediata: a drenagem medica das vias biliares produz em alguns dias o retrocesso de uma ictericia que persistia ha mêses e anos, e para a qual a inter-venção cirurgica poderia parecer indispensavel.

São esses casos descritos como síndromes de coledocites medicas icterigenicas, curaveis com a tubagem duodenal.

Publicando dois novos casos, Brulé, Collet e Netter referem o grande aumento de volume do figado, simulando a hepatomegalia da litiase do coledoco e do cancer d pancreas; chamam atenção para que não se confundam esses casos com síndromes pseudo-coledocianas por hepatites cronicas e aconselham a pratica oportuna da tubagem du-odenal com o fim de evitar que a coledocite medica se transforme em afecção cirurgica; Harvier e Antonelli citam observações identicas.

Com longa experiencia de mais de 15 anos de observação, Chabrol exalta a indicação e o successo terapeutico da tubagem duodenal praticada quotidianamente e longo tempo nas syndromes ictericas do tipo catarral e infeccioso.

Desfazendo pontos obscuros e controvertidos com respeito ao diagnostico diferencial entre syndromes coledocianas por hepatite e por coledocite, diz Chabrol que é facil de explicar o retorno immediato da drenagem biliar por coledocostomia sendo a coledocite obliterante a causa da acolia, mas incompreensivel seria si realmente a syndrome coledociana dependesse de uma hepatite.

TUBAGEM DUODENAL.

...Adrian Bengoléa, em numerosos trabalhos sobre syndromes coledocianas, preconiza a tubagem duodenal como um metodo indispensavel ao diagnostico e tratamento; afirma que atualmente não se pôde falar em diagnostico e tratamento do figado e vias biliares sem recorrer ao emprego da tubagem duodenal, que assume valor decisivo no esclarecimento das syndromes coledocianas. Chega ás seguintes conclusões:

1 — Nos casos em que a ictericia cede é tubagem, trata-se de colecistites cronicas com ou sem litiase, angiocolites catarrais, angiocolites infecciosas, pancreatites cronicas, etc.;

2 — Nos casos em que a ictericia se atenua, mas reincide, trata-se em geral de litiase do coledoco; a este proposito afirma Bengoléa ter conseguido em 16% dos casos de litiase a passagem de calculos ao duodeno mediante a tubagem;

3 — Casos em que a ictericia não se modifica; trata-se então de neoplasmas do coledoco ou do pancreas.

Comentando as communicações feitas por Bengoléa ás Sociedades de Cirurgia de Paris e Lyon sobre os successos por ele obtidos com a tubagem duodenal nas ictericias por litiase do coledoco, Bérard, Mallet-Guy e Villard contestam em parte o valor do problema erigido por Bengoléa em torno da tubagem duodenal nas retenções calculosas do coledoco.

COLEDOCITES CIRURGICAS.

Não menos importante é o conceito hoje vulgar de syndromes icterigenicas por coledocites da alçada da cirurgia, a saber as **coledocites cirurgicas**.

Etienne Chabrol, em profunda lição sobre as coledocites icterigenicas, declara que a coledocite tende a renascer de suas cinzas, gra-

gas a tubagem de Einhorn e a colecistostomia, reivindicando nas síndromes coledocianas o lugar em parte usurpado pelo conceito das hepatites icterigenicas ou síndromes pseudocoledocianas.

Ha um grupo de coledocites icterigenicas — afirma Chabrol —, que os cirurgiões nos fizeram conhecer, retificando nossos diagnosticos de calculo do coledoco ou de cancer do pancreas.

Gosset, Charrier, Thalheimer, Mathieu e Boris Klotz, enriqueceram, desde 1923, com pesquisas e memorias importantes o capitulo das coledocites.

Chabrol e Boris Klotz comentam a estatistica de 105 observações, reunidas por Benoit, de ictericias tratadas cirurgicamente, e em que a biopsia do tecido hepatico acusava processos de cirrose, de hepatites profundas, de atrofia amarela aguda, e que, não obstante, curaram pela colecistostomia: a drenagem da bile vesicular seguiu-se de escoamento da bile concentrada retida no figado, fazendo cessar o efeito de compressão sobre a celula hepatica, que entra assim em repouso e restabelece sua capacidade funcional.

Acreditam que a abertura das vias biliares desencadeiem fenomenos neuro-vegetativos no dominio do figado.

A estas observações de Chabrol, seguiram-se numerosas contribuições similares de Benoit, Rovsing, Braun, von Haberer, Cuneo, Bloch e outros.

Etienne Chabrol, comentando as indicações e os sucessos notaveis da **colecistostomia** no diagnostico e tratamento das coledocites icterigenicas, diz: "O cirurgião intervem pensando encontrar obstrução do coledoco por calculo ou por cancer do pancreas; mas ao verificar que não ha litíase nem cancer do pancreas, fixa com gesto instintivo, a vesicula á pele, sem esperanças na sua drenagem; mas eis que ao dia seguinte, a sonda vesicular fornece uma bile abundante e muito negra, feliz presagio de cura da ictericia."

Em 1930, o Dr. Alfeu Bica de Medeiros teve oportunidade de observar fato absolutamente identico em sua estatistica de cirurgia biliar; chamado pelo Prof. Annes Dias para operar um caso grave de ictericia do tipo de obstrução coledociana, feita a laparatomia, verificou existir uma vesicula esclero-atrofica e avançado processo de coledocite esclero-retractil. Praticada a coledocostomia, notou **absoluta** ausencia de bile nos canais extrahepaticos; fez, então, a colecistostomia, que tambem não drenou a minima porção de bile. Entretanto, com surpresa propria, observou no dia imediato á operação que o penso estava inundado de bile escura, escoada pela vesicula aberta.

Nestes ultimos anos, Chabrol, Broch Porin, Fiessinger, Monod, Petit Dutailis, em França, têm apresentado observações nesse sentido; encontra-se hoje na literatura estrangeira, sobretudo norte-americana, para mais de uma centena de publicações em torno do tratamento pela colecistostomia das coledocites icterigenicas.

Em seu excelente livro sobre "Exploração funcional das vias biliares e cirurgia", Bérard e Mallet-Guy tiveram o grande merito de

imprimir á perquirição semiotica e á cirurgia das vias biliares novas orientações, modificando e dilatando de modo consideravel os horizontes da patologia do figado.

A colecistostomia, após longa fase de abandono e incompreensão de suas legitimas e importantes indicações, retoma na atualidade posição de destaque na moderna cirurgia biliar, pois ela é "a mais alta expressão da drenagem da via biliar acessoria, e, de outra parte, permite uma exploração funcional muito completa, a mais profunda que se possa pretender, dos canais biliares; ela autorisa uma verdadeira analyse fisiologica da vesicula, do coledoco e do esfincter de Oddi; fixando a causa da síndrome funcional, ela indica o tratamento racional; oferecendo incomparaveis possibilidades de estudo da fisiologia normal e patologia das vias biliares, ela nos põe a esse respeito em condições quasi experimentais."

Em face do difficil problema das estases biliares, a colecistostomia, afóra sua eficiencia de ordem terapeutica, deve constituir o mais completo metodo de exploração diagnostica.

Santy vem aconselhando a pratica sistematica da colecistostomia nesses casos.

A colecistostomia abre a porta á exploração morfologica e funcional de toda a arvore biliar, extra e intrahepatica mediante a colangiografia com lipiodol.

Um dos argumentos praticos mais eloquentes do valor semiotico da colecistostomia seguida de colangiografia nos fornece o diagnostico da síndrome clinica de **estase biliar por vesicula irritavel ou intolerante**, que, em dado momento, pôde revestir toda a feição clinica da síndrome pseudocoledociana.

Só o estudo do transito opaco pelo lipiodol nos esclarece o mecanismo determinante da dôr vesicular. Já á introdução das primeira gotas de lipiodol na vesicula, esta reage energicamente e entra em estado de contratura dolorosa permanente; o lipiodol passa ao cistico e ao coledoco, se detem ao nivel do esfincter de Oddi, que permanece espasmodico, obrigando a substancia opaca a refluir ao canal hepatico e invadir a arvore biliar intrahepatica, que se mostra dilatada.

Em nosso meio medico, o Professor Martim Gomes, em colaboração com Saint Pastous, apresentou interessante e original contribuição ao estudo da colangiografia em um caso de hidrohepatose, publicado em 1932 nos arquivos Rio Grandenses de Medicina e na Revista de Radiologia Clinica.

O conceito fisiopatologico desta síndrome assenta na sinergia espastica da vesicula e do esfincter de Oddi, perfeitamente verificaveis pela exploração colangiografica lipiodolada após colecistostomia.

Em um doente operado por motivo de vesicula de estase, Zander observou dilatação dos canais coledoco e hepatico, que ele atribue a espasmo do esfincter de Oddi; esta verificação operatoria é uma de-

monstração do ensinamento fornecido pela colangiografia. Bérard e Mallet-Guy, em colaboração com Savy, imprimiram realmente uma verdadeira base fisiopatológica ás ideias e hipóteses até então reinantes com respeito ás síndromes ocasionadas por espasmos do esfíncter de Oddi. E com os ensinamentos colhidos no estudo original da síndrome de vesícula intolerante, esses autores explicam o mecanismo da colica hepática vesicular sine materia, graças ao subsídio da colecistostomia e colangiografia.

COLEDOCO-ODDITE RETRACTIL DE DEL VALLE.

Delfor del Valle e Garre sintetizam como pequenos e grandes sinais da síndrome de **coledoco-oddite retractil** o seguinte quadro sintomatológico: cefaleia, febre, distúrbios gastro-intestinais, hipocolia, acolia, colúria, fígado levemente aumentado e doloroso, pontos de Desjardin e Chauffard dolorosos e subicterícia intermitente.

Eis como esses autores orientam a exploração cirúrgica e a técnica operatoria nos casos de coledoco-oddite retractil: verificada a ausência de cálculos e demais causas de destruição, fazem a duodenostomia para examinar a ampola de Vater, a qual, nesses casos, se apresenta com aspecto clitoriforme.

A seguir, com finos estiletos e velas olivares ensaiam o cateterismo da ampola de Vater e esfíncter de Oddi.

Ao retirar do canal a vela exploradora, jorra grande quantidade de bile negra.

É curioso referir que as manobras de cateterismo do esfíncter de Oddi despertam no paciente a manifestação de dor, com irradiação á região dorsal e á espadua, com todos os caracteres próprios ao seu sofrimento habitual: é a reprodução experimental da colica hepática, fenómeno esse já observado por Bérard e Mallet-Guy com a prova de Meltzer-Lyon, no ato de introduzir a solução de sulfato de magnésia no duodeno, e a que esses autores dão um grande valor no diagnóstico diferencial das afecções da vesícula biliar.

Nesses casos de coledoco-oddite, a coledocostomia comprova a natureza esclerosada da parede do canal; pela incisão do coledoco pratica-se a colangiografia com lipiodol, que revela considerável ectasia dos canais extra e intrahepáticos.

A prova de colangiografia após coledocostomia permite ainda explorar o pâncreas; via de regra, o canal de Wirsung se encontra dilatado, dando lugar a refluxo da bile ao pâncreas, ponto de partida de pancreatites crônicas e hemorrágicas.

Brachetto Brian cita um caso autopsiado de pancreatite hemorrágica secundária a uma obstrução da ampola de Vater por cancer.

As consequências tardias da coledoco-oddite retrátil são realmente temíveis; do lado do fígado instalam-se lesões de lipidose e processo inflamatório fibro-escleroso de cortico-hepatite ou cortico-glissonite, exaustivamente estudado com rica documentação anatomopatológica por Solé e Donovan, na Argentina.

Como conclusões de seus trabalhos e estudos sobre a síndrome icterigênica de coledoco-oddite retrátil, Del Valle e Garre recomendam como único tratamento larga divulsão do esfíncter de Oddi ou papilotomia, seguida de drenagem.

Consideram a duodenostomia de acesso á ampola de Vater uma intervenção benigna, com mortalidade de 1 a 2%, e lamentam que, a despeito disso, não se tenha vulgarizado devidamente na prática cirúrgica.

DISQUINESIAS COLANGIOPÁTICAS DE WESTPHAL.

Estudando, em magistral lição, as síndromes de estase biliar, o Professor Mariano Castex assim encerra as suas considerações sobre as disquinesias colangiopáticas de Westphal: "Tal é em suma o problema das disquinesias colangiopáticas, capítulo por último chegado na patologia biliar, e com cujo conhecimento se consegue esclarecer não pequeno número de fenómenos dentro da chamada pseudo-litíase-biliar, que por anos e decênios tanto intrigou cirurgiões, internistas e patólogos."

Urge hoje incorporar ao capítulo das síndromes icterigênicas coledocianas as disquinesias colangiopáticas de Westphal — verdadeiros estados de neuroses motores das vias biliares extrahepáticas, compreendendo simultaneamente distúrbios funcionais da vesícula, do cístico, do coledoco e do esfíncter de Oddi, capazes de zela hipertonia espástica do esfíncter de Oddi ocasionar verdadeira síndrome icterigênica de tipo coledociano.

Westphal, em estudos sobre a função muscular, o sistema nervoso e a patologia das vias biliares, calcados em trabalhos de experimentação sobre a inervação antagonista do aparelho de excreção da bile, opõe ao conceito, outrora dominante, de fundamento mecânico da estase biliar o conceito de disquinesia muscular das vias biliares, em particular da vesícula e do esfíncter de Oddi.

De suas interessantes experiências no coelho, chegou o celebre pesquisador germanico ás conclusões seguintes:

1 — Uma forte excitação elétrica do vago determina contratura espástica do esfíncter de Oddi, energética contração da vesícula, engorgitamento biliar do coledoco e estase biliar com hipertensão intracanalicular;

2 — A excitação elétrica ou adrenalínica de simpático produz efeito antagonico: a vesícula se relaxa e cai a tensão biliar intracanalicular.

Por excitação do simpático ou por inibição do vago produz-se estase biliar hipotonica.

Segundo a escola alemã de Westphal, esses disturbios meramente funcionais por distonia neuro-endocrino-vegetativas, são, com o decurso do tempo, responsaveis por graves acontecimentos morbidos: estase, necroses hepato-pancreaticas, dissincolias, ictericias, etc.

Desse periodo funcional ou de caracter espasmodico das disquinesias colangiopaticas, passa a molestia ao periodo anatomico, com evidente substrato organico: ao estado de disquinesia succede o processo de coledocite e coledoco-oddite inflamatória, hiperplastica, esclerosis e atresiante: as coledoco-oddites retracteis cronicas de Delfor del Valle, de que já nos ocupamos.

Westphal, perguntando a si mesmo si devem considerar como doentes as pessoas portadoras de disquinesias colangiopaticas, diz que esses mesmos disturbios funcionais podem conduzir a atresias espasticas do esfíncter de Oddi e consequentemente estase biliar e ictericia.

Sendo essas disquinesias neuro-vegetativas subordinadas a influencias de ordem constitucional ou neuro-endocrinologica, atingem mais frequentemente a mulher e o homem de biotipo astenico.

Essa participação do sistema neuro-endocrino na atividade funcional das vias biliares tem sido comprovada no terreno da experimentação e da clinica.

São citados por Castex o efeito da adrenalina, da pituitrina, da tireoidina a influencia do estado catamenial, da gravidez e da menopausa; a ação benéfica da Röntgenterapia da hipofise e da castração röntgenterapia no climaterio.

Para Castex devem ser tratados como doentes das vias biliares todos os soffredores de disquinesias bem definidas. Assim se explicariam as situações obscuras de recidivas dolorosas, com aspectos de crises paroxisticas, em doentes colecistectomizados: "é uma nova fase proteiforme de exteriorisação clinica das disquinesias a ser levada em conta em todo individuo operado das vias biliares."

A colecistectomia remove a vesícula doente, mas nada pôde fazer com respeito á situação patologica do esfíncter de Oddi: a despeito dela prosseguirá recidivante e tenaz o cortejo sindromico do oddismo.

Encarando o problema terapeutico das disquinesias colangiopaticas, Castex recomenda pesquisar, para combater, na etiogenia constelar as causas e concausas das distonias neuro-vegetativas: reflexos

viscero-viscerais (estomago e duodeno), reflexos hormoviscerais (dis-menorreias, gravidez, menopausa), reflexos psiquicosviscerais (emotividade, traumatismos morais, etc.), estados toxemicos, etc.

Parece racional a Westphal atribuir as chamadas ictericias emotivas a um fenomeno de disquinesia, com brusca e total contração espasmodica do esfinter de Oddi, dando intensa e prolongada estase com hipertensão biliar intracanalicular.

Lick atribue aos ganglios nervosos proximos do esfinter de Oddi e ao plexo solar a reação reflexogenica espasmodica.

EVOLUÇÃO HISTORICA DA SINDROMES COLEDOCIANAS.

Na historia clinica das sindromes coledocianas ha tres periodos principais de sua evolução: o periodo do conceito anatomico propriamente dito, em que o agente determinante das sindromes icterigenicas de tipo coledociano era habitualmente atribuido á obstrução mecanica, em particular por calculo e por cancer do pancreas e das vias biliares; o segundo periodo caracteriza-se pelo conceito das sindromes icterigenicas de origem hepatolicea, por hepatites ou hepatoses; por fim, o terceiro periodo se assinala pela intervenção do conceito das coledocites medicas e das coledocites cirurgicas e especialmente da síndrome icterigenica por coledoco-oddite cronica retractil de Del Valle.

Segundo, a tendencia da medicina contemporanea para a concepção funcional de molestia, isto é, para a possibilidade de surpreender e caracterizar sindromes morbidas sem substrato anatomico, pôde-se afirmar que para as vias biliares já se abriu tambem o capitulo da patologia fisiologica.

É de todo interesse scientifico e utilidade pratica que se difunda e se consolide cada vez mais entre medicos e cirurgiões o conceito de molestia funcional. Leriche, em memoravel visão panoramica da medicina contemporanea, se fez veemente e prestigioso apostolo da concepção fisiologica da molestia, demonstrando que o substrato anatomopatologico é a consequencia e não a causa da molestia, e que antes do periodo clinico, já demasiadamente tardio e mais ou menos irreparavel, a molestia é essencialmente do dominio da fisiologia, por desregramentos ou perversões funcionais de tecidos, orgãos, aparelhos e sistemas, formando complexos ou constelações de simpatias morbidas.

E quando entre medicos e cirurgiões se estabelecer esse consorcio reciproco e fecundo de intima colaboração no terreno do diagnostico e da terapeutica, então a duvida e a discordancia cederão lugar a melhor compreensão dos fatos aparentemente incongruentes e antagonicos.

E desse modo se hão de delimitar, com beneficios para o doente, as verdadeiras fronteiras do periodo medico e do periodo cirurgico da molestia, orientando com proficiencia os metodos terapeuticos.

Contribuição ao estudo de melena genuína

Conferencia realizada na Soc. de Pediatria de Porto Alegre

pele

Dr. Rebello Horta

Não fôra a oportunidade de um caso recente de melena e não estaríamos comprometendo a vossa atenção, neste momento.

Em rápidas passadas, apresentamo-vos, a respeito, uma observação rara, colhida em nossa clínica e que, em certa fase, fôra testemunhada pelo nosso ilustre consocio Dr. Martins Costa, que, com a reconhecida eficiência de sua colaboração, muito veio contribuir para o brilhante resultado a que chegamos.

Focando o que a respeito existe sobre melenas do recém-nascido, desejamos salientar a originalidade etiológica desta observação, ainda não constatada por mestres e autores.

Classificando-se as hemorragias dos recém-natos em tres grupos, sobre os quais faremos uma leve resenha, deter-nos-emos sobre as hemorragias de causa geral e desconhecidas, entre as quais reajustaremos o nosso caso.

Nos últimos dias de Agosto do corrente ano, ás tres horas da manhã, atendemos no Partenon, á memina N. C., com apenas algumas horas de existência e, então, com quatro de profusa enterorragia. O quadro é dramático: câmaras escuras, de mistura com sangue rutilo, profunda anemia, respiração tênue, ausencia de pulso e temperatura de 37,5. Periodicamente, gritos lacinantes. A' inspeção, nenhum vício de conformação: esqueleto normal, contórnos delicados, bem como o tegumento, orientando uma magnífica linhagem. O abdomen, examinado como requeria o momento, mostrava-se normal, sem nenhuma sombra suspeita de que uma de suas visceras corria iminente perigo; músculos relaxados, cavidade palpavel, intestino tratavel, fígado e bazo nos limites comuns. Afóra circunstancias alarmantes de momento, o higienista mais severo julgaria ótimas as condições de vitalidade dessa interessante pequena. Ás nove horas desse mesmo dia, a drenagem intestinal é espaçada, o pulso já se manifesta filiforme e a temperatura baixa. A massa evacuada é, ainda impressionante, deixando-se impregnar os panos que a contêm de uma orla maior com a côr caracteristica de chocolate. Já agora, o meconio, que antes dificultava, sobremodo, o diagnóstico macroscópico, em todo aquele conteúdo, apenas se dá em menores proporções, sobrepondo-o deseções negras, como, ás vezes, sangue vivo.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Em casos alarmantes como o presente, não é fácil a localização da fonte hemorrágica e o diagnóstico é mais teórico. Algumas formas, de momento, dadas as condições gerais do doentinho, podem ser melhor esclarecidas: o sangue verterá no tubo digestivo, vindo de regiões outras, como do rinofaringe, como do seio materno, ferido e sangrante, ou da placenta, sugado às ultimas etapas do parto. Em nada alterando a vida do paciente, recebem essas falsas hemorragias, então evacuadas, depois de longo trajeto no aparelho digestivo, a denominação de *melena espu-ria*. Sobre hemorragias outras, também as ha abundantes e de prognóstico grave, como ás das seticemias e que não se confundem com as da fórma em estudo, uma vez que dependam de sintomas outros gerais, já adquiridos ou herdados no regaço materno. E' a *melena sintomática*.

Encontramo-nos agóra, em face de uma hemorragia, cuja origem se deve ao tubo digestivo e própria do primeiro dia da existência ou dos subsequêntes, até uma semana. De côr negra ou vermelha rutilante, coagulada ou semi-fluída, procuraremos localizar a sua origem e determinar-lhe a causa.

Tanto o estomago, como o seu segmento, incluindo o jejuno e o grôsso, são sédes de lesões capazes de hemorragias assim, de etiologias, algumas nítidas e outras completamente obscuras. Por isso, foi a expressão de Walter Pflüger: "fôrça é resignar-se", referindo-se á grande causa ignorada de melenas (Diag. Dif. de Pediatria, de 1932). Comportam-se as lesões sob vários aspetos, com hemorragias, entretanto, todas. Alguns pediatras, em se tratando de úlceras, comparam-nas ás do adulto. Não vai exagêro identifica-las bem diversas. Profundamente diversas. Vejamos também as várias fontes hemorrágicas. Será gástrica ou duodenal? Do jejuno ou do grôsso? Si muita vez o aspêto e impressão das camaras podem determinar, mais ou menos, o sítio aberto, fórmias ha e mais dignas de registro, que só o tempo melhor esclarecerá. No caso N. C. parece não existir dúvida de que houve um tempo de trinta horas de hemorragia oculta, depois sem solução de continuidade, mesmo com a rutilação, fácil de confusão com as fórmias oriundas de pontos mais baixos. Gástrica? Faltava a hematemese, já imprescindível, uma vez que a recém-nascida vomitava medicamentos, em consecuencia da profunda adinamia a que se dera. Já no duodeno, a congestão, a erosão, e a úlcera podem, e é comum manifestarem-se sem aquele sintoma, que passa a ser expetante, simplesmente. Deverá existir aí um motivo que limite ou impeça o sangue a jorrar no segmento gástrico. Lembrando a forma anatomica do duodeno, ter-se-á uma solução justificavel para isso: disposto em cotovelos e retas, conta o duodeno várias porções distintas. As lesões que se não localisarem no primeiro segmento ou vestibulo drenarão menos para a cavidade próxima, ainda com a agravante dos divertículos, que concorrerão para o impedimento do sangue aí.

São falsos divertículos, profusos em determinadas regiões do trato digestivo e formados, geralmente, por cordões fibrósos, que exercem uma determinada tração á parede intestinal. Si não fosse assim e dada a disposição topográfica do estomago, disposição especialíssima no recém-nascido, com o seu grande eixo quasi transverso, os vomitos seriam mais frequentes, expulsando o sangue do segmento á cavidade gástrica.

No último número de *La Presse Médicale*, encontrareis uma interessante comunicação de Nemours Auguste, sôbre divertículo do delgado, associado á diverticulose cólica, sendo aquele localizado no angulo duodeno-jejunal, reforçando, pela imprecisão de perturbações digestivas, a sua teoria congenita. Assim, si nos convencemos de uma origem alta da hemorragia, pelas circunstancias, não será outra sinão a do duodeno, lesado profundamente na sua estrutura, comprometendo uma ou várias de suas túnicas, reconhecidamente vulneráveis. Tratando-se de hemorragia autonoma e oriunda do tubo digestivo, como outras a que nos referiremos, enquadram-se todas á expressão lembrada por Fflüger de *melen genuina*, não obstante as várias lesões, de origens várias.

* * *

A sífilis, como uma das fontes geradoras de graves lesões, ou melhor destruidoras, é tida como causa primordial de melena genuina. Em um grande grupo de vezes será mesmo ela a responsavel. Este conceito é predominante no nosso meio. Aliás Rivet compartilha deste modo de vêr, “na ausencia de toda a causa possível, deve-se sempre pensar na sífilis hereditária” (*Pediat.* tomo II col. Sergent). Vem após a diátese hemorrágica congenita, em seguida a estase venosa, e finalmente, a grande causa: a ignorada. Esboçando um apanhado sôbre as etiologias comuns, desejamos ver o caso de N. C. mergulhado na ignorada, donde o vamos buscar, para uma nova classificação de melena. A nossa doentinha não apresenta estigmas luéticos, nem os sinais de certeza, nem os de probabilidade, de que fala Marfan. Recapitulamos a nossa expressão de início: orientando uma magnifica linhagem. Sabemos que as alterações luéticas do fêto se manifestam ao setimo mês, atingindo aos trinta dias, as grandes proporções que acarretam, mais das vezes, a morte prematura. As lesões apreciáveis quando no intestino, localizam-se de preferencia no jejuno e última porção do delgado, por espessamentos, nódulos e gomas miliares, tumefacção das placas de Peyer e folículos fechados, em correspondencia com os quais a mucosa é levemente inchada, com ulcerações de fundo lardaceo, que podem terminar por perfuração. Nas infiltrações difusas de elementos embrionários, o processo é sempre de uma endoperiarterite (Ferranini — *Doenças do Aparelho Digestivo* 1935).

Mais uma vêz compulsando a Rivet, em seu trabalho já citado, as lesões heredo-sifiliticas se manifestam sob forma de gomas ulceradas, ás vezes, perfurantes com lesões específicas, tãembm de endoperiarterite. Interessante é que a etiologia luética não deixa de ser um tanto obscura, mesmo com citações insofismáveis como as que acabamos de registrar. Pois é Bezançon, quem nos diz em obra recente (*Patologia médica* — tomo II) “a história da sífilis no esôfago, estomago e intestino, apenas

se está esboçada". O próprio e notável pediatra já aqui citado, Pflüger, corroborá dessa opinião, "excepcionalmente se descobre que a etiologia da mesma (referindo-se á melena genuina) é a sífilis." Excepcionalmente. Admitindo porém que a sífilis seja a causa da melena a que assistimos, diante da dramaticidade do quadro, as lesões seriam gravíssimas e difficilmente regeneradas de momento. Os meios estanques não bastariam á complexa destruição tissular. Objetar-se-á que a mãe da nossa paciente, em certa época, apresentara manifestações nervosas, de fundo luético. E' verdade. Submetera-se a um rigoroso tratamento durante dois anos, em uma grande clínica desta capital. Esse tratamento, iniciado muito antes, durou toda a gestação e *dois dias antes do puerperio* é suspenso. Todos os específicos foram utilizados *larga manu*. Aos ensaios arsenicais, reagia fortemente. Ao que conta, não houve repouso o seu tratamento. Para controle de nossos estudos, o seu sangue foi agora examinado pelo Snr. Dr. Weinmann, sendo negativas todas as reacções. A origem luética de sua filhinha é, portanto, afastada. A enterorragia abundantíssima de vinte e tres horas, ás 3 horas da manhã, aos primeiros fibrinantes e vaso constritores, começou a ceder, esparanço-se de duas e mais horas no primeiro dia, e, a largos passos, detendo-se ao segundo. Parece-nos um exemplo de causa ignorada e que com facilidade merecerá nova classificação. Ora, um féto, que como acontece nas diateses, é sempre passível de intoxicação, não se lhe pode expôr ás eventualidades de uma terapêutica massiva e tóxica. Pelas regras terapêuticas de difusão, repartição e fixação sabe-se que, absorvido o medicamento, passa este ás vias sanguíneas e circula universalmente. Não permanecendo definitivamente no sangue, retem-no os diferentes tecidos. Isso não se dá nem accidental nem aliatoriamente. Como o demonstrou EHRlich, submete-se o medicamento a combinações eletivas entre si e os diferentes plasmas celulares, que estão determinados por afinidades químicas ou físico-químicas. Assim, a fixação poder-se-á verificar num só tecido ou órgão, ou ainda em vários outros. Não é uniforme a distribuição do medicamento. Dentre os mais interessantes no modo de fixarem-se estão, exatamente o mercurio e o bismuto, ao nível das mucosas, que ulceram muitas vezes, deixando de ser a sua eliminação silenciosa. Além disso, são medicamentos considerados funcionais de efeitos brilhantes, quando precisamente indicados, como indesejáveis nos organismos que os não necessitam. O mercurio torna-se um violento depressor da nutrição, um anemiante por excelencia, e sempre empregado, como o bismuto, á vontade, em desacôrdo com leis clínicas e terapêuticas. Não vai muito longe o tempo em que a prescrição mercurial era um pavor. E havia razão. Ao menos, não assistiríamos aos males medicamentosos de todos os dias. Tempo houve, tão comum de diarréias profusas, de ulcerações, hemorragias, melenas e mortes, que Fournier creou a tífose mercurial. Todos os específicos devem ser responsaveis por syndromos hemorrágicos tóxicos. Vejamos se ainda fazem eles mais do que uma simples estomatite, quando bem indicados: na La Presse Medicale de 15 de Agosto deste ano, encontrareis registrado um caso de morte, por edema agudo, na quarta injeção bismútica. Nas observações de Levy Bing e Carteaud, encontramos uma dóse de acidentes e lesões graves, não só comprometendo,

temporariamente, determinados órgãos, como ocasionando a própria morte. O meu ilustre colega de turma, Dr. Américo Valerio, hoje Professor da Universidade do Rio e notável polífrago, cita também uma serie enorme de observações suas, entre as quais a de uma hemorragia ulcerosa cérvico-vaginal, de carater gravissimo, em consequencia do bismuto intra muscular. Em um menino de tres anos, francamente positivos Wassermann, Meinicke etc., não conseguimos ensaiar nenhum especifico, mesmo em diminuta dóse, por absoluta intolerancia para qualquer deles, sendo que a pesquisa renal os não contra-indica. Concordareis commôco, uma fórmula solúvel de bismuto e, pouco antes mercúrio, um e outro levadas diretamente á circulação, não se tornará indifferente ás influencias dessa terapêutica. Pelo contrario: ele, o fêto, está sujeito de tal maneira á influencia nociva de todo e qualquer tóxico, que se lhe não são de extranhar hemorragias umbelicais, genitais, supra-renais, meningeas e gastro-intestinais.

As outras causas de melena genuina não se ajustam á da nossa doentinha: a diatese é quasi só observada nos prematuros, diatese hemorrágica congenita, para cujas conclusões o histórico familiar é de ótimo alcance. A hemofilia é uma anomalia caraterística do sexo masculino e não tem o início teatral. Alguns pediatras não aceitam a particularidade do sexo na hemofilia, concedendo uma proporção menor ás meninas. Para Grandedier, por exemplo, ela é doze vezes mais a favor dos meninos e para Ethinger, apenas, tres vezes, esposando a teoria de "autoimunização contra o processo de coagulação, por efeito de uma toxina desconhecida". Hoje, é bem aceita a teoria da lenta ou defeituosa formação de trombina e, mais recente, ainda, o conceito de Lundberg sôbre a existência no organismo da mulher de um princípio sexual específico, que impede á manifestação hemofílica do sexo.

A sua sintomatologia, sempre rica em crianças acima de dois anos, é toda especial, predominando o fator herança. A púrpura é, igualmente, de maiores e, apenas, exceccionalmente de recém-natos. A hemorragia é então, "dependente de lesões de origem tóxica das partes vasculares" na forma abdominal, já observada com hematemese e melena. As hemorragias de origem leucêmica podem ser copiosas no tubo gastro intestinal, mas, com manifestações outras extranhas ao nosso caso. Não menos interessante fórmula de melena genuina, cuja vez unica, durante uma longa existência de estudante e médico, assistimos no serviço do velho professor Baptista, do Rio de Janeiro é a consequente da profunda perturbação circulatória, cujo quadro predomina ao lado da profusa descarga sanguínea. Dá-se por demora do parto a asfixia, donde a falta de expansão pulmonar, com estase ao nível da mucosa intestinal, ainda com agravante do coração em cena, em cujo ventrículo esquerdo a pressão continúa mais elevada, como é a do fêto, a ponto não só de congestão da mucosa como também de ruturas vasculares, conforme confirmação na autopsia. Não existindo uma fonte aberta, as sufusões sanguíneas se verificam em todo o intestino grôso, indifferentes a toda e qualquer terapêutica. E' uma hemorragia tremenda.

Região rica de vasos, de tûnicas delgadas, e, por isso mesmo, francamente vulneravel, o duodeno ulcerado deu-nos essa violenta hemorragia tóxica, fiel ao primeiro e, até agora unico tratamento. Testemunha insuspeita desse diagnóstico é o Laboratorio de pesquisas, que ao quinto, ao decimo quinto e ao trigesimo dia nos demonstra ainda globulos vermelhos nas fezes, revelando com essa fórmula oculta o sitio da lesão duodenal. A manifestação permanente de hemorragia oculta durante alguns mezes, satisfaz plenamente ao diagnóstico. Já seria tempo de uma radiografia. Já. Entretanto, além dos divertículos, si os houver, e que muita vês mascaram a imagem ulcerada, outros fatores concorrem para a negatividade da película. Também é dever do pediatra adiar os incomodos, que porventura estejam destinados aos doentinhos, mais ainda quando não é urgente a indicação. Muito mais satisfaz ao perscrutador o exame sistematico das fezes, que apresentam o certificado da lesão. A' última dessas pesquisas, de cinco dias passados é menor a hemorragia oculta. A todas essas, não tem a paciente sinão o regimen próprio de suas idade, com moderada prescrição terapêutica. E nós, que lhe haviamos dado o mercurio, na tolerada fórmula de latato neutro, já aos primeiros dias suspendemo-lo, mediante as pesquisas procedidas no sangue materno. A interessante criança, que agora ultrapassa em muito a curva normal de seu peso, manifesta nas suas funções, nas suas linhas, na sua côr e no seu genio, a conquista de uma nova e promissora existência.



Osteodistrofia Congenita e Hereditaria das Mãos e dos Pés.

A proposito dum caso.

E. J. Kanan

Docente-Chefe de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica da Fac. de Med. da
Universidade de P. Alegre. Professor de Biologia do Curso Complementar.

Trata-se duma malformação óssea congenita muito rara que julguei de grande interesse publicar a observação abaixo descrita.

No dia 4 de junho de 1936, baixou á Enfermaria Dr. Wallau (7.^a Enfermaria), serviço do Prof. Frederico Falk, na Santa Casa de Misericórdia, ocupando o leito n.º 28, o paciente N. B., com 42 anos de idade, de côr branca, casado, operario, e natural da Lituania.

O motivo principal da sua hospitalização era um enorme flegmão da côxa direita, que mais tarde se complicou numa artrite supurada do joelho do mesmo lado, vindo agravar o seu estado geral, e falecendo, a-pesar-de alguns dias apresentar uma relativa melhóra, no dia 6 de agosto de 1936, por uma *embolia pulmonar*.

Até os 21 anos de idade sempre gozára bôa saude. Daí para cá teve um pleurís supurado á esquerda, sofrendo uma pleurotomia com costotomia; foi operado novamente no mesmo local, durante a grande guerra, por um estilhaço de granada. Ha 2 anos teve um abcesso na fossa iliaca direita, ficando da intervenção cirurgica uma fistula que levou 1 ano para fechar.

Por ocasião de ser examinado, chamou a atenção o encurtamento com que se apresentavam os dedos, tanto os das mãos como os dos pés. O contraste era evidente entre os dedos e o resto do pé ou da mão, que apareciam dessa maneira mais longos, em relação aos dedos. Os movimentos executavam-se normalmente. Não se observava nenhuma anormalidade muscular ou ligamentar ao nível das mãos ou dos pés.

Ademais, existia uma saliencia óssea, indolor, na parte interna do cotovelo direito, que não era outra que a epitroclea aumentada de volume, acentuando assim o angulo aberto para fóra, formado pelo eixo do antebraço com o do braço. Todos os movimentos eram possiveis. Musculatura normal do antebraço e braço.

Perquirido sobre a anomalia que apresentava, disse que nascêra dessa maneira, herdando da mãe os mesmos defeitos fisicos, portadora tambem de dedos curtos nos pés e nas mãos, e de braços tórtos. O pai mor-

reu aos 50 anos com "grande febre" (sic). Tem um irmão vivo e forte. Não chegou a conhecer os avós. Acrescentou, ainda mais, que na localidade onde nascêra muitas pessoas possuíam a mesma deformidade, que passava por ser comum.

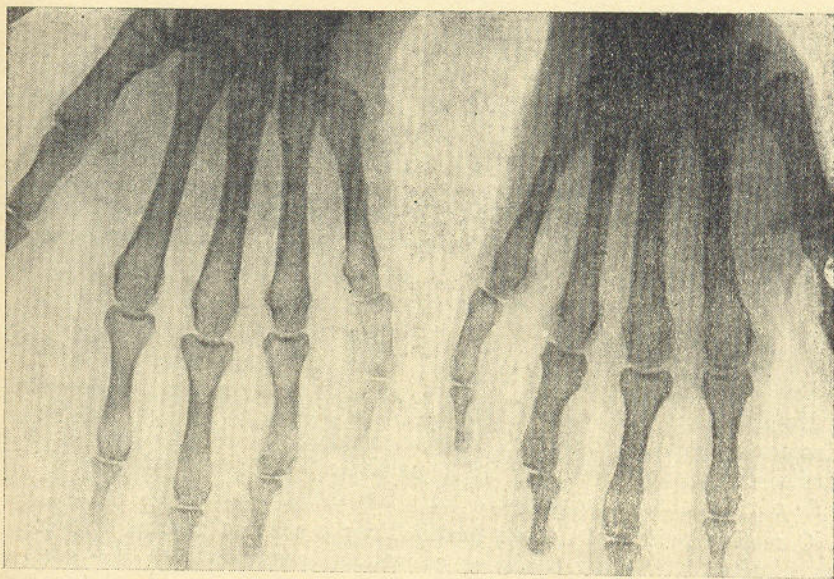


Fig. 1 — Mão Esquerda

Fig. 2 — Mão Direita

Radiografia Das Duas Mãos

Tratando-se duma anomalia congênita e hereditária, foi solicitado o exame radiológico dos pés, das mãos, e dos joelhos, cujos resultados podem ser apreciados nas figs. 1, 2, 3 e 4. Infelizmente, diante do estado cada vez mais agravador, não foi possível tirar novas radiografias, que melhor elucidassem certos pontos do carpo e do tarso, assim como para um melhor exame de todo o esqueleto.

Radiografia das duas mãos. — Nota-se de início a ausência duma das falanges. Os dedos estão reduzidos a duas falanges, reproduzindo o mesmo aspecto normal do dedo polegar. Os dedos mínimo e anular das duas mãos apresentam um pequeno desvio no sentido antero-posterior, sendo mais acentuado ao nível do 5.º dedo, constituindo a chamada *camptodactília*.

Os metacarpícos não apresentam nenhuma anomalia.

O condilo carpíco, ao contrário, acha-se profundamente modificado. Os ossos carpícos, tanto quanto se pôde observar pela radiografia, perderam a sua individualidade anatómica. Tem-se a impressão que o trapézóide, o grande ôsso e o unciforme estão amalgamados num só blóco, que doutra parte fundiona-se parcialmente com os ossos da primeira fila carpíca. Infelizmente, a radiografia não permite um melhor exame de todo o carpo.

Radiografia dos dous pés. — A imagem radiografica evidencia lesões diversas e mais extensas que as anteriores.

Observa-se, também, a ausência duma falange nos quatro últimos dedos dos dous pés, como nas mãos, ficando reduzidos a duas falanges semelhantes ao grande podactilo. Além disso, as falanges dos 1.º e 4.º dedos de ambos os pés se acham fusionados, formando uma péga óssea unica. O eixo falangico dos grandes podactilos está encurvado, com a concavidade voltada para fóra. Ha uma pequena descalcificação das falanges.

Os metatarsicos estão modificados na fôrma e na estrutura, principalmente o 1.º metatarsico que se acha muito descalcificado. As diafises dos 2.º, 3.º e 5.º metatarsicos em ambos os pés estão atrofiados, com o diametro transverso diminuidissimo, mas com o tecido compacto e o ca-

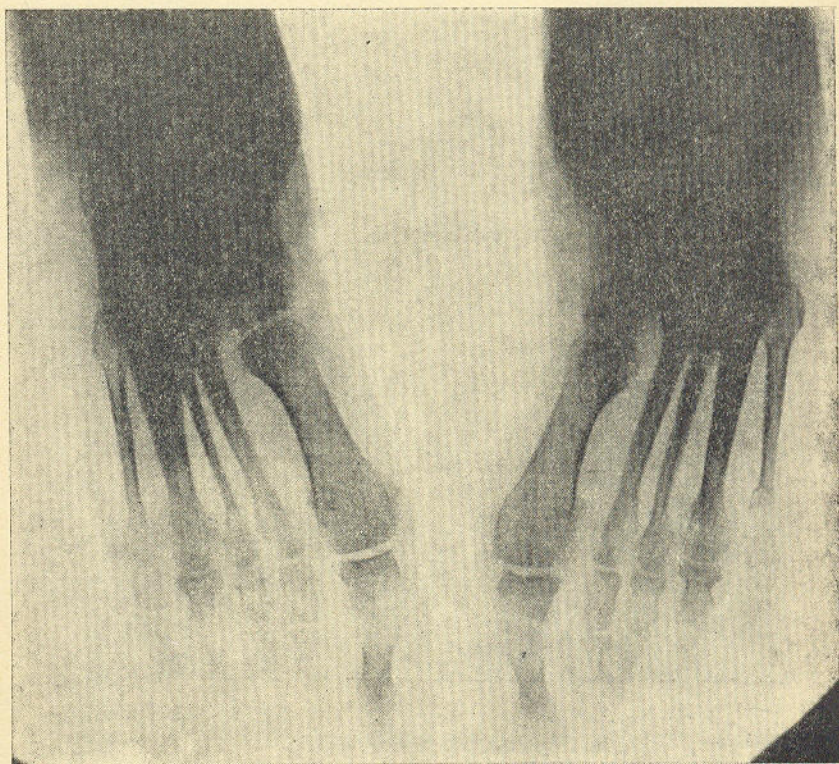


Fig. 3 — Pé Direito

Fig. 4 — Pé Esquerdo

Radiografia Dos Dous Pés

nal medular perfeitamente individualizados. As cabeças articulares dos quatro últimos metatarsicos estão bastante descalcificadas. As extremidades posteriores dos 2.º, 3.º e 4.º metatarsicos estão fusionadas entre si, assim como com os ossos do antetarsos.

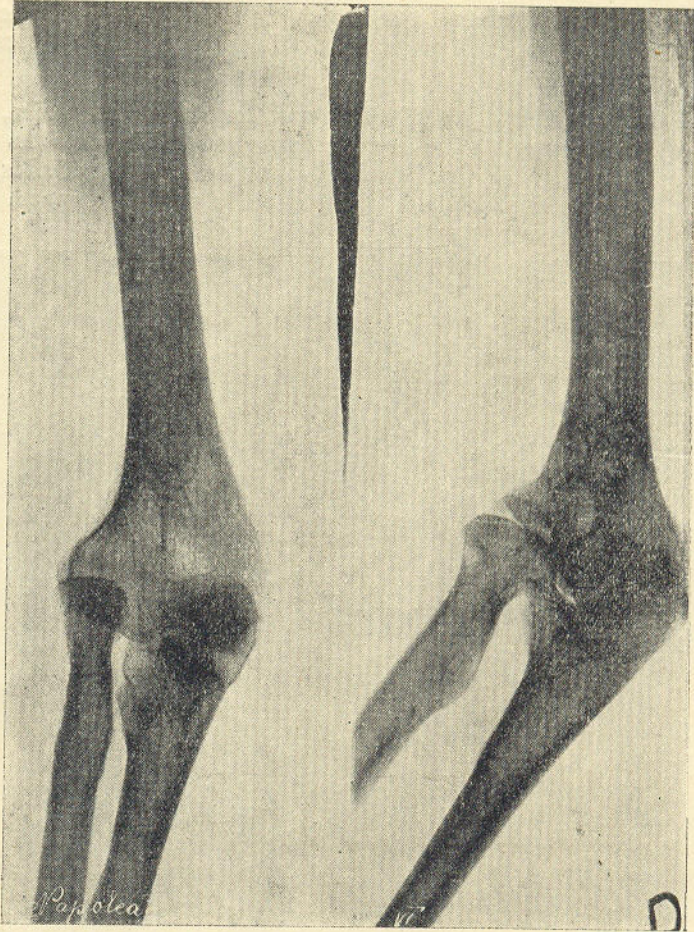


Fig. 5 — De face

Fig. 6 — De perfil

Radiografia Do Cotovelo Direito

Si, em seguida, se passar a observar o resto do pé, tanto quanto permitir a radiografia, a porção anterior do tarso oferece uma imagem grandemente alterada. Os ossos do tarso perderam a sua individualidade anatomica, tornando-se irreconhecíveis, com exceção do 1.º cuneiforme, que assim mesmo se acha modificado. Mas, os 2.º e 3.º cuneiformes, o cuboide e o escafoide fusionaram-se numa unica péga óssea, que por sua vez se acha unida duma parte com as quatro ultimas extremidades distais dos metatarsicos, e doutra parte com o calcaneo e o astragalo. Tem-se a impressão que todos os ossos tarsicos, excetuando o 1.º cuneiforme dos dous lados, estão inteiramente soldados, formando uma unica péga óssea heterotípica. As superficies articulares do 1.º cuneiforme ainda subsistem, assim como a do escafoide que se articula com o 1.º cuneiforme. Como se depreende desta rapida descrição, as lesões apresentadas pelos ossos dos pés são mais intensas e extensas que a das mãos. Apesar de tudo não havia perturbações funcionais que correspondessem á tão profundas lesões.

Radiografia dos dois cotovelos. — Notam-se, nas radiografias dos dois cotovelos, pequenas alterações na estrutura e na forma das extremidades articulares. No cotovelo direito, entretanto, a imagem radiografica de face revela uma epitróclea aumentada de volume, aliás manifestada pela deformação ao nivel da face interna do cotovelo.

Radiografia dos dous joelhos. — Nada se observa de anormal, apresentando todos os dous joelhos um aspecto normal.

Interessante seria uma exploração radiológica completa de todo o esqueleto, afim de se verificar a presença ou não de outras lesões semelhantes.

Como classificar uma tal malformação óssea?

Trata-se, evidentemente, duma *osteodistrofia congenita e hereditária*, determinada por uma perturbação da *osteogenese*.

As perturbações osteogeneticas dividem-se, segundo Potel, em:

- a) *Distrofias Ósseas Sistematizadas.*
- b) *Distrofias Ósseas Localizadas.*

As primeiras abrangem todas as pégas do esqueleto. As ultimas compreendem as lesões localizadas sobre um determinado numero de ossos.

O caso em apreço inclue-se, naturalmente, entre as Distrofias Ósseas Localizadas. Caracterizam-se por uma perturbação da evolução embrionária, determinando lesões do eixo pré-esqueletico, quer no periodo de formação, quer no de diferenciação.

Potel distribue todas as variedades das Distrofias Ósseas em quatro grupos principais, a saber:

- 1) — *Perturbações da evolução dos rudimentos esqueléticos:*
 - a) — Os abortamentos (ectromelias);
 - b) — As hipertrofias.

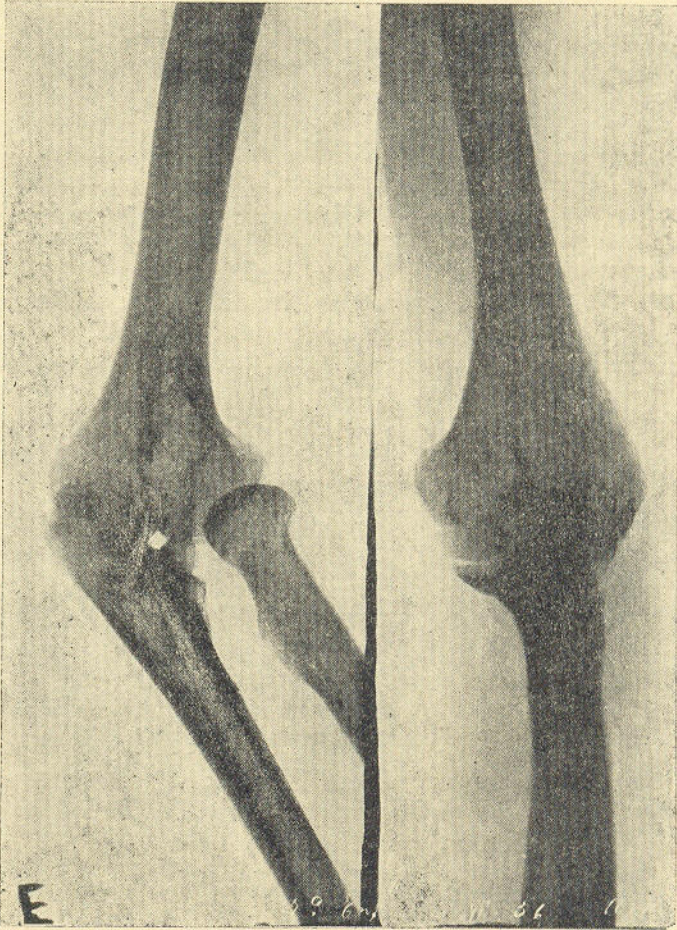


Fig. 7 — De face

Fig. 8 — De perfil

Radiografia Do Cotovelo Esquerdo

- 2) — *Perturbações da segmentação:*
- a) — As fusões anormais dos segmentos;
 - b) — As segmentações exageradas.
- 3) — *Os desvios axiais:*
- a) — Camptodactilia;
 - b) — Clinodactilia.
- 4) — *Os nucleos heteroplasticos aberrantes.*

Exostoses osteogenicas.

Em virtude da ausencia duma das falanges, nos quatro ultimos dedos das mãos e dos pés, poderia parecer um caso de *ectromelia*, isto é, uma malformação congenita caracterizada por um abortamento ósseo. Em ultima análise, poderia ser nas mãos uma *ectrodactilia*, e nos pés uma *ectropodia*. Tanto numa como na outra, incluem-se os casos caracterizados, quer pela ausencia completa ou parcial de todos os dedos ou dum dedo só, quer pela simples diminuição de volume dum dedo ou de parte do dedo (micro e braquidactilia), podendo haver toda a sorte de intermediarios. Entretanto, as lesões acima descritas parecem não se enquadrar nêsse diagnostico.

O carpo e o tarso apresentam, além disso, malformações congenitas que se enfileiram entre as perturbações da segmentação óssea, constituídas por fusões anormais dos ossos do carpo e do tarso. Ainda mais, as falanges dos 1.º e 4.º podactilos dos dous lados, tambem estão fundidas, mostrando, por assim dizer, a marcha que seguiram as primeiras lesões ósseas. Tudo leva a crêr que, a ausencia duma das falanges dos quatro ultimos dedos das mãos e dos pés, é determinada por um processo identico, isto é, houve uma fusão óssea. Resta saber quais foram os segmentos ósseos fundidos.

Não poderia ter havido, como se acredita na evolução embrionária do polegar, uma fusão da primeira falange com o correspondente metacarpico ou metatarsico? Eu teria aceito esta hipotese si, em toda a bibliografia consultada, eu não encontrasse um caso identico no Tratado de Ortopedia de Potel, á pag. 90, unicamente representado por duas radiografias das mãos, sem nenhuma outra descrição que de se tratar duma afecção hereditária, constituída por uma fusão da primeira e da segunda falanges. Nesse caso não havia lesão dos ossos do carpo.

Em resumo: as lesões acima descritas correspondem a uma Distrofia Óssea Localizada, Congenita e Hereditária, caracterizada por uma Fusão Anormal dos Ossos das Mãos e dos Pés.

Biblioteca Médica Brasileira

Serie III COMPÊNDIOS E TRATADOS Vol. III

DR. PEDRO COSSIO

Encarregado da Secção de Cardiologia da Cadeira de Semiologia
da Faculdade de Medicina de Buenos Aires.

Chefe da Secção de Cardiologia do Instituto Argentino
de Diagnóstico.

Docente livre de Semiologia da Faculdade de Medicina de
Buenos Aires.



Coração e vasos (SEMIOLOGIA)

Traducção do DR. L. MENDONÇA BARROS

É o mais moderno livro de propedêutica circulatória e o mais claro que até hoje se escreveu.

350 páginas e 265 gravuras.

Brochado	30\$000
Encadernado	40\$000

Edições da

COMPANHIA EDITORA NACIONAL

Noticiario

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 1936.

Exmo. Senhor.

Em resposta á carta de 30 de junho do corrente ano, tenho a honra de comunicar-lhe que promovi junto ás autoridades competentes, ás quais tambem remeti os exemplares do "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", a permuta de revistas conforme propõe em sua carta.

Reservar-me-ei para novas comunicações a respeito.

Com os protestos da minha distinta consideração.

(a.) *A. Schmidt-Elskop*

Embaixador da Alemanha.

Exmo. Senhor

Dr. Mario Totta

DD. Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Porto Alegre

rua General Camara, 261

Rio de Janeiro, 21 de setembro de 1936.

Exmo. Sr.

Em aditamento á minha carta de 22 de julho do corrente ano, — 06 — tenho a honra de comunicar-lhe que a Deutsch-Ibero-Amerikanische Aerzteakademie esforça-se em organizar uma permuta de revistas médicas entre a Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre e instituições alemãs. Afim de conseguir institutos ou organizações interessados nesta permuta, a Deutsch-Ibero-Amerikanische Aerzteakademie necessita no entanto de mais alguns exemplares dos Arquivos Rio Grandenses de Medicina. Muito lhe agradeceria, si lhe fosse possível, remeter-me alguns, afim de que posse transmiti-los á Deutsch-Ibero-Amerikanische Aerzteakademie.

Com os protestos da minha distinta consideração.

(a.) *A. Schmidt-Elskop*

Embaixador da Alemanha.

Exmo. Senhor

Dr. Mario Totta

DD. Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Porto Alegre

rua General Camara, 261

Viena, 25 de novembro de 1936.

Senhor Presidente.

Tenho a honra de acusar, no devido tempo, o recebimento do officio de Vossa Senhoria, solicitando minha intervenção junto aos Ministerios da Saúde Pública e Instrução, assim como junto ás instituições médicas deste país, para que sejam fornecidas á Biblioteca da "Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre" as publicações que se relacionem com a cultura científica e a legislação sanitária aqui vigente.

Em resposta, cabe-me comunicar a Vossa Senhoria que tive o maior prazer de encaminhar a diversos centros científicos desta capital o pedido da Sociedade que Vossa Senhoria preside, sugerindo-lhes igualmente o estabelecimento de um serviço de permuta de publicações, possivelmente de utilidade para os estudiosos de ambos os países amigos.

Agradeço a Vossa Senhoria a remessa da interessante revista relativa aos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina" que diz eloquentemente do gráu de cultura científica atingida pelo seu nobre Estado.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria os protestos da minha estima e consideração.

(a) *Souza Leão Gracie*
Ministro Plenipotenciario.

Ao Senhor Doutor Mario Totta,

Presidente da "Sociedade de Medicina de Porto Alegre".

Oslo, 14 de dezembro de 1936.

Senhor Presidente,

No devido tempo tive o prazer de receber o officio datado de 10 de julho do ano em curso, pelo qual V. S. me manifestou o desejo da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre de receber publicações relativas á cultura científica e á legislação sanitária da Noruega.

Nesse sentido, dirigi-me immediatamente ás autoridades officiais competentes e á Sociedade norueguesa de Medicina (Norske Medicinske Selskap).

Pela carta inclusa, por copia, V. S. se servirá de verificar que aquella Sociedade encaminhou o meu pedido á Revista norueguesa de Sciencia Medica (Norsk Magasin for Laegevidenskapen), a qual acolheu com vivo interesse a idéia de um aproximação intelectual e científica entre os dois países.

Para a consecução desse fim, foram dadas as necessárias providências para a remessa regular dos números da aludida Revista á Sociedade de que V. S. tão brilhante e efficientemente preside.

Em troca, a Revista norueguesa estimaria receber a publica editada pela Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre, devendo a respectiva remessa ser assim endereçada:

Norsk Magasin for Laegevidenskaben,
Universitetsbiblioteket,
Drammensveien 40,
Oslo. — Norvège.

Valho-me da oportunidade para apresentar-lhe, Senhor Presidente, os protestos da minha perfeita consideração.

(a.) *C. A. Moniz Gordilho*
Ministro Plenipotenciario.

A S. S. o Senhor Dr. Mario Totta,

Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

Oslo, le 10 décembre 1936.

Légation du Brésil,

Monsieur le Ministre,

Par la direction du "Norske Medicinske Selskap", nous avons reçu votre lettre se rapportant à une coopération avec la Sociedade de Medicina de Porto Alegre. En qualité de rédacteur du "Norske Magasin for Laegevidenskaben" (magazine norvégien pour la science médicale) j'accepte cette proposition avec gratitude, et donne l'ordre aujourd'hui d'envoyer — dès le 1er janvier 1937 — notre revue "Norsk Magasin for Laegevidenskaben" à la Sociedade de Medicina de Porto Alegre, à l'adresse: Rua General Camara 261, Porto Alegre, Brésil. — Nous vous prions d'envoyer la revue de la société Brésilienne à l'adresse suivant:

Norsk Magasin for Laegevidenskaben
Universitetsbiblioteket
Drammensveien 40.
Oslo — Norvège.

Jusqu'à présent, nous avons principalement eu connaissance de la littérature scientifique brésilienne par des résumés publiés par les revues. Nous saluons avec joie l'occasion de faire plus ample connaissance des travaux scientifiques médicaux au Brésil, par le moyen de cet échange précité. Nous prions Votre Excellence de bien vouloir transmettre nos remerciements et nos hommages à la Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

(a) *Otto Jervell.*

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Ruaça Senador Florencio, 21 - Edifício Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Sêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

ESTANCIA DE AGUAS MINERAIS DE IRAÍ

PARTICULARMENTE INDICADA

nos estados dispépticos;
nos padecimentos do duodeno;
na litíase biliar;
nas colites crônicas;
na litíase úrica;
nos eczemas;
nas piodermites;
nos reumatismos;
na diabete;
na sífile;
para restauração orgânica.

Iraí está ligada á Santa Bárbara, estação da viação férrea mais próxima, por ótima estrada de rodagem. Além dos automóveis particulares, ha luxuosos e confortáveis ônibus que correm diariamente entre essas duas localidades, cobrando apenas 30\$000 por passagem simples e 54\$000 por passagem de ida e volta. De qualquer estação da V. F. R. G. S. se podem comprar passagens directas a Iraí, com direito a 45 dias de permanência. Iraí tem luz elétrica, água e exgôto, e conta com ótimos hotéis, cujas diárias oscilam entre 9 e 16\$000. Ha serviço médico gratuito para o uso das águas. Finalmente ha em Iraí grandioso balneário, notavel obra da engenharia nacional, cujo custo ascendeu a quasi 1.000 contos de réis.

Dr. recomende uma cura em Iraí a seu cliente

Secção de cirurgia da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

ESTATUTOS

Aprovados em secção de 3 de Setembro de 1936

Art. 1.º — A secção de Cirurgia, fundada em 19 de Agosto de 1936, anexa á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, tem por finalidade:

- a) promover o aperfeiçoamento da cultura cirurgica.
- b) reunir os seus associados em secções quinzenais para tratar dos problemas de cirurgia e das especialidades afins.

DIRETORIA

Art. 2.º — A secção de Cirurgia será dirigida por uma diretoria propria e independente daquela da Sociedade de Medicina, composta de um presidente, um vice-presidente, um 1.º secretario, um 2.º secretario, um tesoureiro e um bibliotecario.

Art. 3.º — A diretoria será eleita anualmente na 1.ª quinzena de Dezembro em assembléa geral, e tomará posse na segunda quinzena do mesmo mês.

§ 1.º — Poderão ser reeleitos os membros da diretoria uma vez, e para que o possam ser segunda vez será necessario que alcancem pelo menos $\frac{3}{4}$ da votação total.

§ 2.º — Os cargos que vagarem durante o ano, serão preenchidos por nomeação do presidente, caso seja este o vago, haverá nova eleição dentro de trinta dias no maximo, em assembléa geral.

Art. 4.º — A reunião da diretoria poderá ser convocada pelo presidente ou pela maioria de seus membros, toda vez que for necessaria.

Art. 5.º — Ao presidente compete:

- a) convocar as assembléas e reuniões da diretoria, presidindo-lhes os trabalhos.
- b) representar oficialmente a secção.
- c) assinar as atas da assembléa geral e das reuniões da diretoria.
- d) fiscalizar tudo que pertencer a esta secção, cumprindo e fazendo cumprir os estatutos.
- e) dar qualquer providencia mais de natureza administrativa não prevista nestes estatutos.

Art. 6.º — Ao vice-presidente compete substituir o presidente em todos os seus impedimentos.

Art. 7.º — Ao 1.º secretario compete:

- a) conservar o arquivo da secção.
- b) encarregar-se da correspondencia.
- c) secretariar as sessões da diretoria e da assembléa geral.
- d) substituir o vice-presidente nos seus impedimentos.

Art. 8.º — Ao 2.º secretario compete:

- o) comparecer a todas as reuniões, lavrando as respectivas atas.
- b) substituir o 1.º secretario em seus impedimentos.

Art. 9.º — Ao tesoureiro compete:

- a) zelar pelos valores da secção.
- b) receber as rendas da secção, podendo para tal fim empregar pessoas de sua confiança.

Art. 10.º — Ao bibliotecario compete: arquivar e conservar os livros, revistas e demais documentos da secção.

DOS SOCIOS

Art. 11.º — Os socios serão em numero ilimitado e divididos em efectivos, correspondentes e honorarios.

Art. 12.º — Só os diplomados em Medicina, por Faculdades officiais ou equiparadas, poderão ser socios efetivos e correspondentes.

Art. 13.º — Os socios efetivos pagarão a mensalidade de 5\$000 e deverão residir nesta Capital.

Art. 14.º — Os socios correspondentes estão sujeitos a uma contribuição anual que será fixada todos os anos pela diretoria.

Art. 15.º — O titulo de socio honorario só será concedido a quem se tiver distinguido notavelmente nas ciencias cirurgicas, a cientistas de merito comprovado, e aos membros efetivos que prestarem serviços relevantes á Secção ou á classe.

§ unico — O titulo de socio honorario só será conferido quando a proposta obtiver pelo menos dois terços da votação da casa.

Art. 16.º — São direitos dos socios efetivos:

- a) votar e ser votado para qualquer cargo decorridos os tres meses da sua admissão e estando quite com a tesouraria.
- b) apresentar trabalhos scientificos em qualquer secção e tomar parte na discussão.
- c) propôr novos socios efetivos ou correspondentes.
- d) receber gratuitamente o boletim da secção.

Art. 17.º — Os socios correspondentes tem os mesmos direitos que os efetivos, menos o de votar e ser votado.

Art. 18.º — Só poderão ser socios correspondentes os cirurgiões que fôrem apresentados por um socio efetivo.

Art. 19.º — Só poderá fazer parte do quadro da secção de Cirurgia aquele que já for socio da Sociedade de Medicina.

Art. 20.º — Será excluído da secção todo o socio que a parecer da Sociedade de Medicina ou da Assembléa da Secção de Cirurgia, por motivo des ordem moral, ou de etica profissional for acusado com provas insofismaveis.

PREMIO

Art. 21.º — Será instituído um premio ao melhor trabalho de cirurgia apresentado durante o ano.

§ unico — Só poderão concorrer ao premio os socios efetivos e correspondentes; o premio será determinado pela diretoria.

COMISSÃO DE SINDICANCIA

Art. 22.º — A comissão de sindicancia será formada de 5 socios efetivos eleitos anualmente pela diretoria.

Art. 23.º — Compete á comissão de sindicancia:

- a) eleger entre os seus membros o presidente da mesma.
- b) reunir ao menos uma vez por mês para tomar conhecimento das suas obrigações, e resolver as questões da sua competência.
- c) dar pareceres de que for incumbida no prazo maximo de 15 dias.

Art. 24.º — Nenhum dos socios escolhidos para esta comissão poderá recusar-se a fazer parte dela.

DAS REUNIÕES

Art. 25.º — As reuniões serão ordinarias e extraordinarias; as primeiras realizar-se-ão nas primeiras e terceiras quintas-feiras de cada mês; as reuniões extraordinarias só serão convocadas com requisição escrita por cinco (5) socios e com motivo justificado.

Art. 26.º — O numero legal para funcionamento das reuniões será estimado em oito (8) socios.

Art. 27.º — Os alunos da 5.ª e 6.ª serie da Faculdade de Medicina terão direito de comparecer as sessões.

Art. 28.º — A secção entrará em ferias de 1.º de Janeiro a 15 de Março, começando seus trabalhos dentro da segunda quinzena deste mês.

Art. 29.º — Nas reuniões a ordem dos trabalhos será a seguinte:

- 1) leitura, discussão e aprovação da ata.
- 2) expediente.
- 3) novos socios, votação, aceitação, etc.
- 4) leitura de resumos de revistas durante meia hora.
- 5) comunicações verbais, escritas, conferencias etc.
- 6) fixação da ordem do dia para a proxima reunião.

§ unico — As tres primeiras parte da reunião, serão realizadas no praso maximo de meia hora.

Art. 30.º — Das atas constarão o titulo da communicacão ou conferencia, os nomes dos autores, e dos que as discutirem; só poderão figurar com mais minucias os trabalhos quando os autores fornecerem resumos ou notas especiais ao secretario. Os trabalhos escritos serão publicados na integra no boletim da secção.

BOLETIM

Art. 31.º — Uma comissão de tres socios efetivos nomeada pelo presidente, ficará encarregada de apresentar ao 1.º secretario mensalmente a coletanea de trabalhos a serem publicados na revista da Sociedade de Medicina.

§ unico — Esta mesma comissão ficará tambem encarregada da publicacão dos anais da Secção de Cirurgia.

DISPOSIÇÕES TRANSITORIAS

Art. 32.º — Uma vez aprovados estes estatutos, será eleita a primeira diretoria, cujo mandato deverá terminar na primeira quinzena de Dezembro de 1937.

§ unico — Estes estatutos só poderão ser modificados em assembléa geral dois anos depois da data da fundação.

Art. 33.º — Uma vez dissolvida a secção de Cirurgia, seus bens passarão para a Sociedade de Medicina.

1. Diretoria — 1936—1937 — Presidente: Guerra Blessmann; Vice-Presidente: Gabino Fonseca; 1.º Secretario: Jacy Monteiro; 2.º Secretario: E. J. Kanan; Tesoureiro: Batista Hoffmeister; Bibliotecario: Luiz Barata.

GLYCOSORO

O melhor coptra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada
Uma injeccão diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratório
Gros
Rio de Janeiro