

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1939

PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL

RAUL DI PRIMIO

Cat. Int. de Parasitologia

1.º SECRETARIO

CARLOS DE B. VELHO

2.º SECRETARIO

SALVADOR GONZALES

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

A. SAINT-PASTOUS

Cat. de Cl. Medica

ELYSEU PAGLIOLI

Cat. de Cl. Propedêutica Cirurgica

TOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

SECRETARIO DA REDAÇÃO

SADÍ HOFMEISTER

REDADORES

GABINO DA FONSECA

MARIO TOTA

NOGUEIRA FLORES

ANES DIAS

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

J. MAIA FAILACE

AMERICO VALERIO

ALVARO B. FERREIRA

IVO CORRÊA MEYER

JOÃO G. VALENTIM

HELMUTH WEINMANN

WALDEMAR NIEMEYER

MARTIM GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

VALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

JACÍ MONTEIRO

J. L. T. FLORES SOARES

NINO MARSIAJ

CARLOS CARRION

J. LISBÔA DE AZEVEDO

C. LUPI DUARTE

LUIS S. BARATA

ANTONIO LOUZADA

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

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

Sede da Redação:

RUA GENERAL CÂMARA, 261

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

ELISEU PAGLIOLI — O diagnóstico dos tumores do encéfalo pela ventriculografia	Pag. 85
PEDRO CANTONNET BLANCH — Assistencia y Preservacion anti-tuberculosa en el Uruguay	„ 103
<hr/>	
Comentarios bibliográficos	„ 113

O autor que desejar aproveitar a composição tipográfica, para fazer imprimir, por sua conta, separatas de seu trabalho, deverá indicar por escrito, nos originais, o numero de separatas que desejar.

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**
Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulador
— MEDICAÇÃO SERIADA —
Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro



Trabalhos originais

O diagnóstico dos tumores do encéfalo pela ventriculografia

Prof. Eliseu Paglioli

Catedrático de Clínica Propedêutica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade de Pôrto Alegre.

O diagnóstico e a determinação topográfica dos tumores do encéfalo ficaram durante muito tempo ao cargo exclusivo das explorações clínicas e por esse motivo o tratamento cirúrgico dessas neoplasias não conseguiu, até então, alcançar o grau de adiantamento de que dispõe atualmente.

Mais tarde, entretanto, a neurocirurgia tornou-se mais eficaz e teve um rápido desenvolvimento, e isso depois que os meios cirúrgicos de exploração vieram colaborar com a neuro-oftalmologia na difícil solução do problema do diagnóstico.

De um lado, a ignorância no domínio das localizações cerebrais; de outro, as inúmeras associações de fenômenos neurológicos tão discordantes decorrentes da hipertensão endocraniana; e, por fim, a dificuldade de discernir precocemente uns dos outros os processos patológicos nas chamadas zonas silenciosas, constituíam sério problema para o clínico na tarefa assaz rude do diagnóstico.

Possuímos entre o nosso material de experiência pessoal, várias observações, nas quais o exame neurológico não conseguiu o seu intento; só os meios cirúrgicos de exploração puderam esclarecer a sede do tumor. Contamos também com vários casos, nos quais o diagnóstico clínico foi modificado ou anulado pela realidade objetiva dos processos de ventriculografia e de cistografia.

Não é nossa intenção menosprezar os métodos neurológicos, pois que deles dependem os demais meios de investigação. Claro está que a neurologia continuará sendo a base do exame; e, se de um lado possui diagnósticos indecisos, ou que podem ser eliminados por meios diversos, por outro lado ela os elabora, muitas vezes, com grande firmeza, dispensando os auxílios da ventriculografia. Neste particular, a nossa opinião mudou depois de uma prática de mais de seis anos, pois que em publicação anterior a esse período afirmávamos a necessidade de uma exploração ventriculográfica sistemática nos casos de tumores encefálicos. Hoje estamos convencidos de que as indicações da ventriculografia são mais restritas, visto que ela não é inócua e sem perigos, e que o diagnóstico topográfico pode ser realizado em grande número de casos pelos exames clínicos, radiológicos e pela simples punção, com avaliação ventricular, sem aeração.

(*) Extrato da obra "Ventriculografia Cerebral" do mesmo autor — Edição da Livraria do Globo — 1938 — Pôrto Alegre.

Para estudo eficiente do diagnóstico dos tumores do encéfalo é indispensável colaboração mútua e constante entre o neurologista, o oto-oftalmologista e o cirurgião. Essa eficiência de colaboração nós a conseguimos graças ao interesse e à dedicação de colegas eminentes como Corrêa Meyer, F. Ritter, J. Godoy, E. Niemeyer, F. Barros e tantos outros, que muito nos honraram com os seus preciosos conhecimentos.

Excepcionalmente, o doente se dirige ao neurocirurgião de modo direto, pois que este, em geral, o recebe vindo de outro especialista, seja do neurologista, seja mais raramente, do clínico geral, dependendo essa conduta dos sintomas mais em evidência.

Quando é a perturbação da visão o sintoma alarmante, a primeira suspeita é assinalada e, por vezes, o diagnóstico é estabelecido pelo oftalmologista, que descobre estase ou atrofia da papila, modificação determinada do campo da visão ou qualquer outro elemento semiótico capaz de conduzi-lo a uma conclusão sobre uma síndrome de hipertensão ou de uma localização ao longo da via óptica.

Nos tumores do ângulo, e, mais particularmente, nos neuromas do acústico, é o otologista o primeiro a verificar a diminuição da agudeza auditiva.

Não raras vezes, é ao clínico geral que compete a tarefa do primeiro alarme, quando um quadro realmente enganador orienta a sua conduta para os processos gastroduodenais, tal a intensidade dos sintomas ligados ao estômago e aos intestinos.

Enfim, a lues assume muitas vezes uma responsabilidade que, na realidade, não lhe pertence, quando a cefaléia pertinaz e rebelde aos sedativos habituais é fixada como de origem sifilítica, sendo o médico levado a êsse diagnóstico pela exclusão das outras causas.

Por último, é o psiquiatra, embora mais raramente, o chamado a atender o paciente, porque este apresenta perturbações mentais, como sucede com certas localizações frontais.

Essas dificuldades de diagnóstico concorrem enormemente para piorar as estatísticas neurocirúrgicas, visto que os doentes perdem tempo com tratamento inútil e inadequado, consequência de orientação errada, conduzindo o paciente à fase demasiadamente avançada do seu mal, na qual os recursos operatórios nem sempre serão eficientes.

A nossa experiência nos ensina que os resultados de uma estatística neurocirúrgica dependem muito mais da precocidade e da exatidão do diagnóstico do que mesmo da capacidade cirúrgica. Não nos referimos, nesse particular somente ao simples conhecimento da existência de um tumor encefálico, mas à necessidade de localização exata. Também não basta dizer-se que o tumor é da fossa craniana posterior; neste caso nem sempre é possível, quer neurologicamente, quer por meio da ventriculografia, quer pela retinoscopia, estabelecer com precisão o local do processo. Cabe, ainda nesta circunstância, ao cirurgião a tarefa do diagnóstico topográfico, trepanando e explorando ampla e diretamente essa região, ultimando diagnóstico exato durante o ato cirúrgico, para cuja eficiência são necessários conhecimentos especializados de anatomia, de neurologia e de neurocirurgia.

Como veremos mais adiante, a punção dos ventrículos e a ventriculografia constituem métodos de investigação de grande valia, capazes, por si sós, de estabelecer, em grande número de casos, diagnósticos decisivos. Possuem, entretanto, ao lado das vantagens, inconvenientes que devem ser analisados detidamente. Foi por temer os acidentes da ventriculografia que deixamos

de praticá-la na maior parte dos nossos casos neurocirúrgicos, fazendo uso da mesma apenas quando a indicação era formal.

Empregando uma técnica adequada e bem orientada e adquirindo o traquejo necessário, êstes acidentes tendem a diminuir, mas dificilmente desaparecerão de todo, enquanto não dispusermos de meio de contraste absolutamente inócuo.

Já conseguimos remediar muitos dos inconvenientes dêsse processo, não só da punção como da aeração dos ventrículos, preparando convenientemente o doente, modificando o instrumental e melhorando algumas pequenas particularidades de técnica, assim como cuidando das sequências operatórias com o fim de evitar acidentes tardios.

Não é só nos diagnósticos duvidosos que a ventriculografia encontra sua indicação, mas também em certos diagnósticos tidos como exatos, onde a avaliação ventricular ou a experiência do neurocirurgião põem em dúvida o resultado final do exame clínico. Neste ponto devemos lembrar que a confiança no exame clínico só pode ser depositada quando êste tenha sido realizado por especialistas habituados e experientes; caso contrário, poderiam sobrevir surpresas desagradáveis; pela realização de uma intervenção infrutífera, e, muitas vezes, prejudicial, por isso que foi desprezada a exploração ventriculográfica.

Ao descrever a pneumoventriculografia por punção direta dos ventrículos telencefálicos, restringir-nos-emos exclusivamente ao tema citado, sem tratar da encefalografia por via raquidiana ou cisternal. Não incluiremos nesta publicação também a Iodoventriculografia nem a ventriculografia obtida por outros meios de contraste que não sejam do ar, bem assim a arteriografia cerebral, porque, além de termos empregado poucas vezes êsses métodos de investigação, não seria justificável que nela os incluíssemos.

Ficarão fora das nossas cogitações os conhecimentos básicos de anatomia e de fisiologia dos ventrículos cerebrais que, a-pesar-de encontrarem lugar neste assunto, não nos devem deter a atenção para não prolongar demasiadamente esta descrição, porquanto estão êles magistralmente descritos e abundantemente ilustrados nos livros clássicos.

A questão do líquido cefalorraquidiano, em relação à origem, circulação e eliminação, constituiria, certamente, motivo para outro trabalho mais extenso do que êste, e porisso não poderá ser contida nos limites desta contribuição puramente clínica, destinada a colaborar para um tema de exclusiva exploração cirúrgica.

Limitar-nos-emos somente à parte clínica do método, expondo com lealdade a experiência adquirida e contribuindo com as nossos observações pessoais, fruto de uma dedicação apaixonada a essa especialidade cirúrgica, que é a mais ingrata, a mais difícil, mas também a mais sedutora.

De muito nos valeram para esta realização os conhecimentos prévios de anatomia do sistema nervoso, matéria que lecionamos na Faculdade desta Capital, com tôda a dedicação, por mais de 12 anos.

Hoje contamos com numerosas observações. Nem todas, porém, estão incluídas neste trabalho: umas por serem incompletas; outras, porque, assemelhando-se muito às que figuram aqui, viriam repetir inutilmente a mesma matéria, e outras, enfim, por apresentarem negativos radiográficos em más condições, também ficaram excluídas. E, como estas, deixam de constar as punções ventriculares, nas quais a avaliação assumiu a responsabilidade semiológica sem realização da ventriculografia.

Selecionamos, para documentação e clareza dêste trabalho, apenas 33 observações as quais, pelos seus acidentes ou pelos seus resultados, apresentam, ao nosso ver, maior demonstração e interêsse para o diagnóstico, mormente as que tiveram confirmação necrôpsica ou operatória. Exibiremos de cada uma delas, na continuação deste artigo que seguirá no próximo numero, apenas os ventriculogramas indispensáveis, desprezando os demais para não avolumar inutilmente o texto.

HISTÓRICO

A pneumatocele endocraniana já foi verificada, em 1884, por Chiari, (de Viena), quando êste praticava uma autópsia e encontrou ar nas cavidades ventriculares do cérebro.

Mais tarde, Luckert (1913) e Wolff (1914), observaram em muitos casos através de exames radiológicos no vivo, a pneumatocele endocraniana, consequente a lesões da caixa do tímpano ou dos seios frontais.

Não tardaram os estudos de Lewis, que reuniu 52 observações de pneumatocele traumática do crânio. Êste autor notou que o ar desaparecia depois de algumas horas ou de poucos dias.

Já, em 1908, Payr quis introduzir por via lombar um anestésico gasoso, tendo várias experiências realizadas em cães.

Com o fim de evitar aderências e como meio terapêutico das meningites meningocócicas, injetava-se, nos Estados Unidos, durante os anos de 1916 e 1917, oxigênio ou ar puro nos espaços subaracnóides.

Schüller, em 1910, tentou a injeção de ar intraventricular nos cães, mas logo abandonou o método.

Com o advento da radiologia todos os departamentos da Medicina procuraram tirar dela maior proveito possível para solução dos seus inúmeros problemas.

A neurocirurgia, que já havia obtido informações sôbre as alterações do crânio, sôbre as calcificações e os tumores calcificados, não considerava concluída a sua tarefa de diagnóstico dos tumores cerebrais no ponto de vista radiológico.

Cabe a Walter Dandy, eminente cirurgião de Baltimore, o mérito de ter conseguido a visualização dos ventrículos encefálicos, por meio dos raios de Roentgen. Êste autor começou as suas experiências em cães com substâncias líquidas opacas a êsses raios, que eram injetadas na cavidade ventricular. Abandonou em seguida êsse meio de contraste, em vista dos maus resultados que êle produzia. Usou para êsse fim o iodo, o tório, o potássio, os sais de bismuto e muitas outras substâncias, mas os animais morriam com lesões epidurais constituídas por edema, por exsudatos ou por pequenos focos hemorrágicos múltiplos.

Examinando um dia as radiografias de um doente portador de perfurações intestinais, verificou aquele autor acima citado, que os gases permitiam imagem clara com bom contraste. Desde logo, idealizou o aproveitamento de um gás que, introduzido nos ventrículos, permitisse boa visibilidade dessas cavidades aos raios de Roentgen.

Depois de novas experiências em animais, com a repleção ventricular pelo ar, Dandy praticou, pela primeira vez, a pneumoventriculografia numa criança hidrocefálica (em 1918), sem prévia trepanação, mas puncionando através das fontanelas. No ano seguinte o autor americano pôs em prática o

seu método em pessoas adultas, mas retirando o líquido e injetando o ar por via lombar.

No mesmo ano, Dandy estabelecia definitivamente a sua técnica pneumo-ventriculográfica pela punção ventricular direta, com a prévia trepanação por via occipital, dando publicidade de seu método ligado ao diagnóstico dos tumores cerebrais somente em 1920, num trabalho intitulado "Localization or elimination of cerebral tumor by ventriculography" (Surgery, Gynecology and Obst., 1920).

Em 1922, Bingel, (na Alemanha), imaginou e realizou a encefalografia por via lombar, cuja técnica ainda hoje é citada com o seu nome, e que consiste em substituir gradativamente o líquido cefalorraquidiano pelo ar, após punção lombar. Na realidade, Dandy já havia tentado êsse processo anteriormente, tendo-o abandonado para ocupar-se da ventriculografia por punção direta dos ventrículos.

Como se vê, o método é relativamente recente, e a sua história ficou limitada à descoberta do eminente cirurgião americano, pois que a técnica até hoje usada obedece, em linhas gerais, à orientação primitiva daquele autor.

A ventriculografia de Dandy vulgarizou-se na Europa onde vários cirurgiões e radiologistas se interessaram pelo assunto. Apenas citaremos os que mais se dedicaram a êsse método, cujos trabalhos são do conhecimento geral, como Jüngling e Foerster, na Alemanha; de Martel e Clovis Vincent, na França; Mingazzini, na Itália; Cushing, Bailey e Sacks na América do Norte; Castex, Carrillo Moréa e outros, na Argentina; Alejandro Schroeder, no Uruguai; Egas Moniz, em Portugal.

No Brasil a ventriculografia tardou a ser usada com eficiência e a sua vulgarização só se fez em época bastante recente; as referências a ela encontradas na literatura nacional, são bastante escassas. Apenas conseguimos citações a respeito das tentativas de W. Pires, Dória, Gallotti e outros, que procuraram realizá-la por via lombar e por via cisternal.

Os primeiros a praticá-la no país foram Brandão Filho e Manuel de Abreu que a executaram num doente hidrocefálico, através da frontanela bregmática.

A técnica de Dandy, entretanto foi iniciada por Alfredo Monteiro, em fins de 1929, época em que realizou a respeito uma conferência na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (Boletim da Soc. Med. e Cir. — dez. 1929).

Em 1930, M. Leuzzi escreveu sua tese de doutoramento sobre ventriculografia, juntando aos seus dois casos pessoais mais quatro observações do Prof. A. Monteiro e do Dr. J. Portugal.

Em fevereiro de 1932 realizávamos no Rio Grande, pela primeira vez, o processo de Dandy (Rev. de Rad. Clínica n.º 4 — abril de 1932), graças á sábia colaboração de Corrêa Meyer, Godoy, Peña e de Saint Pastous, a cuja autoridade foi confiada a parte radiológica, proporcionando-nos, êste fato, o início desta modesta contribuição.

No mesmo ano seguiram-se as contribuições de Bernardes de Oliveira (com um caso) e de J. Montenegro (com dois casos).

A partir dessa época surgiram algumas publicações sobre o assunto, entre elas as de C. Gama, que vieram avolumar a literatura indígena relativamente à ventriculografia.

TÉCNICA DA PNEUMOVENTRICULOGRAFIA

Nesta primeira parte do nosso artigo abordaremos somente o estudo da técnica da ventriculografia por punção direta dos ventrículos, reservando para a continuação deste trabalho no próximo número desta Revista, a parte relativa à interpretação dos ventriculogramas normais e patológicos.

A técnica da ventriculografia fica subordinada a dois atos essenciais e distintos:

- a) a parte cirúrgica;
- b) a parte radiológica;

pelo que exige, para um estudo mais metódico, a divisão em técnica cirúrgica e técnica radiológica, conforme seguiremos na nossa descrição

I

TÉCNICA CIRÚRGICA

Trataremos somente da técnica da pneumoventriculografia por punção direta dos ventrículos cerebrais.

Antes, porém, de encararmos êste assunto, devemos aludir rapidamente às vias cisternal e raquidiana, visto que nós não as usamos senão em casos especiais, cabendo-nos portanto, o dever de justificar a nossa orientação neste sentido.

A aeração das cavidades ventriculares por via raquidiana ou cisternal apresenta indicação muito restrita e deve ser considerada de graves consequências em determinados casos neurocirúrgicos, especialmente nos tumores do encéfalo, porque, ou o diagnóstico clínico é exato e então deve ser dispensada a ventriculografia, ou existem dúvidas quanto à localização do processo, e nestes casos a paracentese raquidiana ou cisternal é extremamente perigosa, em face do risco de poder tratar-se de tumor nas vizinhanças do bulbo.

Já se discutiu demasiadamente, desde as primeiras investigações de Bingel e de Wideeröe, até a época presente, sobre as vantagens da via direta e da via lombar, existindo ainda duas correntes que se opõem a essa escolha.

Os clínicos em geral preferem a via raquidiana porque essa lhes é mais acessível, sendo obrigados, porém, a confessar que, se ela é, em geral, benigna para as lesões corticais e para as degenerações, torna-se, entretanto, extremamente perigosa nos casos de tumor encefálico cuja localização permaneça ainda duvidosa.

Os cirurgiões preferem a via direta pela razão de que esta, a-pesar-de possuir também os seus inconvenientes, não expõe o paciente aos temíveis acidentes, geralmente irremediáveis, que decorrem da formação de um cone de pressão. Além disso, ela proporciona melhores condições de repleção ventricular, dando imagens mais fiéis e permitindo decidir do diagnóstico pela simples punção em determinados casos, nos quais dispensa a aeração ventricular que, como veremos mais adiante, não é totalmente destituída de inconvenientes.

A punção direta apresenta ainda a vantagem de permitir a retirada do ar após a ventriculografia. Sabemos quanto é precioso êsse recurso nas complicações post-operatórias da pneumoventriculografia.

Raras vezes praticamos a pneumoencefalografia por via lombar. Esta pouca preferência nossa pelo método de Bingel e Woderöe provém da experiência que já possuímos de alguns casos, pois tivemos a oportunidade de reee-

ver vários doentes em estado gravíssimo por terem sido submetidos à paracentese raquidiana. A autópsia nos revelou, de maneira constante, a presença de nítido cone de pressão, certamente, responsável pela morte.

Desde logo, compreende-se o motivo da preferência pela via raquidiana pelos clínicos; é que eles consideram mais difícil a trepanação, com a qual não estão familiarizados e que não deixa de constituir uma pequena intervenção, ao passo que a via lombar está sempre ao seu alcance. Este motivo, porém, deve desaparecer e ficar o caso subordinado às condições de melhor êxito para o doente, visto que a trepanação em si não agrava o seu estado quando ela é feita dentro dos limites necessários à punção ventricular.

Para ilustrar e ao mesmo tempo documentar o que acabamos de referir, reproduzimos na figura n.º 1, a fotografia de uma peça correspondente a uma jovem paciente que, submetida a uma punção lombar, numa cidade do interior, piorou bruscamente a tal ponto que foi transportada com urgência para esta

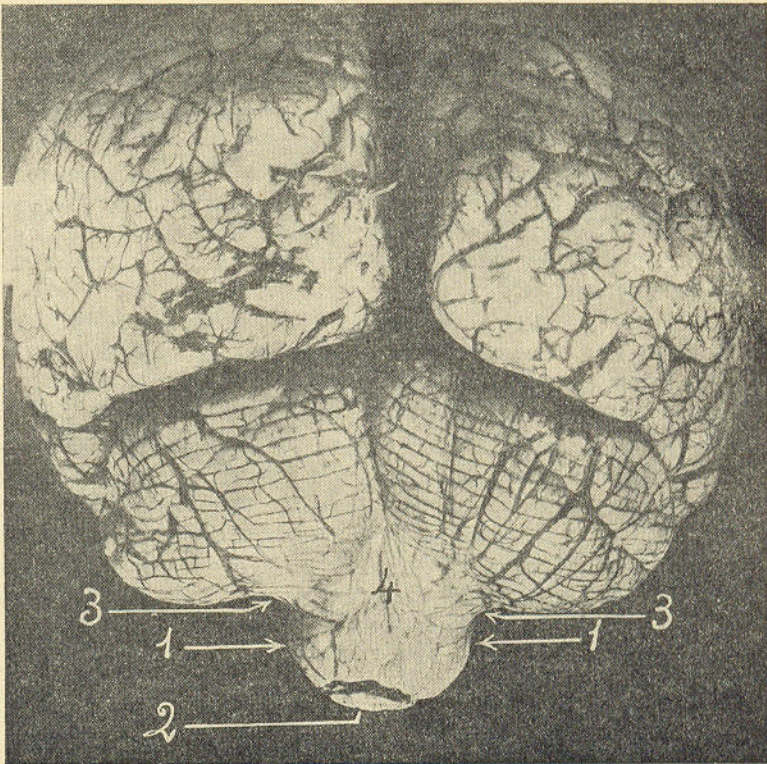


Figura n.º 1

O encéfalo visto pela sua porção posterior, mistra nítidamente a formação do cone de pressão.

- 1 — Cone de pressão.
- 2 — Bulbo raquidiano.
- 3 — Depressão acentuada que o rebordo do buraco do occipital deu origem, opondo-se ao abaixamento do encéfalo.
- 4 — Cisterna magna e teto do 4.º ventrículo.

capital, onde veio a falecer em consequência de fenômenos bulbares, sem que se tivesse tido tempo de proceder a um exame ou prestar-lhe o menor socorro.

Vê-se nitidamente, na figura n.º 1, que o bulbo (2) e as amígdalas do cerebelo (1) se insinuaram fortemente através do buraco occipital, penetrando em pleno canal raquidiano, consequência de hipertensão exagerada do endocrânio e da tensão fraca, tornada negativa pela punção lombar, da porção raquidiana. É o mecanismo bem conhecido da origem ao assim chamado **cone de pressão**, por meio do qual as amígdalas, insinuadas através do buraco occipital, completam a obliteração dos buracos de Luschka e de Magendie, interrompendo a passagem do líquido intraventricular para os espaços subaracnoídeos e para o canal raquidiano. A hipertensão crônica já existente e geralmente compensada dá lugar à hipertensão aguda e francamente descompensada em face da desigualdade do equilíbrio entre a pressão endocraniana e a pressão endorraquidiana.

O bulbo, asfixiado nessa compressão contínua e crescente, claudica pela isquemia ou pelo traumatismo, e o núcleo do pneumogástrico, gravemente perturbado, conduz, em última análise, à síncope respiratória.

Tratando das hidrocefalias com visibilidade do aqueduto de Silvius e do 4.º ventrículo, mais adiante, faremos referência a um caso no qual, um pequeno cisto gliomatoso contido no ventrículo romboencefálico a-pesar-do seu tamanho reduzido, deu origem ao mortal acidente.

Poderíamos repetir outros exemplos idênticos ao acima exposto, se necessário fôsse, para justificar o nosso temor à raquicentese nos tumores do andar posterior, se não estivesse o assunto já bem estabelecido por outros neurocirurgiões estrangeiros, os quais passaram pela mesma experiência e divulgaram os mesmos conhecimentos.

Se assinalamos com maior insistência essa minúcia de técnica, é para chamar a atenção dos clínicos menos avisados nesse mister, para o perigo decorrente da punção lombar quando existem indícios de um síndrome de hipertensão endocraniana proveniente de um tumor da loja cerebelar.

Infelizmente, êsses conhecimentos ainda não se vulgarizaram suficientemente, continuando a punção raquidiana a ser feita no nosso país, mesmo nos seus principais centros, em doentes portadores de neoplasias do andar inferior, cujas respectivas observações são publicadas nas nossas revistas médicas.

As mortes súbitas, observadas durante ou logo após a paracentese raquidiana, encontram a sua explicação, em grande número de casos, no mecanismo que acabamos de expor. Segundo a menor ou maior intensidade de desequilíbrio de pressão, a morte pode sobrevir mediata ou imediatamente.

Não seria oportuno estendermo-nos aqui sobre o conceito, o mecanismo e as consequências do cone de pressão e, se nos demoramos um pouco neste assunto, foi para demonstrar um dos motivos da nossa maior preferência pela punção ventricular direta.

As vias raquidianas e cisternal ficarão portanto fora das nossas cogitações. Os interessados sobre o assunto deverão compulsar os magistrais trabalhos de Bingel, Wideröe, Castex e Ontaneda, De Martel e Guillaume, que trataram exaustivamente da encefalografia por via raquidiana e por via cisternal, estabelecendo as suas indicações.

PREOPERATÓRIO

A ventriculografia pneumica, por punção ventricular direta, deve obedecer a uma série de cuidados, judiciosamente estabelecidos, desde o exame e a preparação do paciente até o resultado final da exploração.

Preparação prévia do doente

A-pesar-de ser uma intervenção de pequeno vulto, a ventriculografia deve ser precedida não só do exame neurológico e da radiografia simples do crânio, mas também de exame geral do paciente. Neste sentido são indispensáveis o exame de urina, a tomada de tensão arterial e as demais pesquisas necessárias a qualquer ato cirúrgico.

Como a complicação mais freqüente e mais temida da punção ventricular é a hemorragia, devem-se tomar todas as providências afim de evitá-la ou de reduzir ao mínimo a possibilidade dela sobrevir. Para êste desiderato exigimos o tempo de hemorragia e o de coagulação. Não obstante normais seus resultados, procuramos aumentar ainda mais a *coagulabilidade sanguínea* por meio de injeções de cálcio, durante alguns dias, e de coaguleno, na véspera e no dia da punção. Se a necessidade de tempo de coagulação normal é exigida para qualquer intervenção cirúrgica, com muito mais razão ela se impõe nas operações sobre o sistema nervoso central, onde a hemorragia constitue, em geral, uma das mais graves complicações.

Da preparação do doente, dependem muitas vezes os resultados que se desejem obter.

A raspagem dos cabelos deve ser feita sempre na véspera ou na antevéspera, afim de não irritar o doente no dia da punção; neste, o paciente deve estar na mais completa tranqüilidade.

A hiperetesia do couro cabeludo, que se apresenta em certos doentes portadores de tumores do encéfalo, constitue, às vezes, um sério obstáculo à raspagem do cabelo. Tivemos ensejo de observar várias vezes êste sintoma, o qual se apresentou com caractéres variaveis relativamente à sua intensidade, à sua modalidade hiperestésica. (Para mais minucias sobre a questão, consulte-se a obra já referida do mesmo autor sobre Ventriculografia — Ed. Livraria do Globo — 1938).

A antisepsia deve ser feita também na véspera, e nós usamos, para êste fim, a lavagem da região com álcool e benzina. No dia da punção empregamos sistematicamente a tintura de iodo.

Crâniografia simples

Dentre os documentos necessários, exigidos antes da ventriculografia, deve figurar a radiografia simples do crânio, pôsto que ela pode fornecer informações importantes quanto à espessura, à simetria e à anomalia do mesmo.

A *imagem dos seios e dos vasos* deve ser verificada afim de evitar complicações quando a trepanação e a punção são feitas nas suas imediações.

A conformação da sela turca, figura n.º 2, permitirá, *à priori*, deduzir sobre um tumor de sua vizinhança ou sobre a hipertensão crônica com dilatação do 3.º ventrículo.

Já publicamos, em trabalho anterior, as modificações selares sofridas pela hipertensão endocraniana, e, neste particular, convém lembrar sumariamente os caracteres que depõem em favor dos tumores hipofisários e os que devem ser aceitos como elementos semiológicos da hidrocefalia do 3.º ventrículo. Esses dados estão bem estabelecidos, embora o seu conhecimento seja relativamente recente.

Nos tumores hipofisários, a deformação selar começa no interior da própria sela (figura n.º 2 — B), a qual é distendida em todos os seus diâmetros. Só secundariamente a porção superior, correspondente à tenda da hipófise, é também alargada; mas o aumento nesse ponto permanece menos nítido que no seu interior. Diremos com maior simplicidade: a sela torna-se bojante.

Quando a deformação é decorrente de hidrocefalia do 3.º ventrículo (figura n.º 2 — C), a hipófise fica recalçada para baixo e para diante, enquanto que o infundíbulo do ventrículo diencefálico penetra na sela, em forma de ângulo que começa por alargar a entrada da mesma, destruindo inicialmente as apófises clinóides posteriores e a lâmina quadrilátera. Claro está que, nos grandes tumores da hipófise, as apófises clinóides anteriores e posteriores e bem assim a lâmina quadrilátera, também estarão ausentes na radiografia, sendo, porém, que, nesses casos os exames oftalmológico e neuroendocrinológico já deverão ter decidido de sobejo sobre o diagnóstico.

Adquire também uma importância toda especial a radiografia simples do crânio, como solicitação preventiculográfica, em relação às calcificações anormais contidas no endocrânio. A sombra calcificada da epífise pode orientar o diagnóstico de sede de acôrdo com o grau e o tipo de seu desvio sofrido.

Esta glândula não se apresenta sempre visível na craniografia, destacando-se nitidamente, entretanto, quando impregnada de substância calcárea, o que não constitui fato raro.

A topografia normal da epífise foi bem estabelecida por Schüller. Segundo este autor, a radiografia de perfil é necessária para tal fim. Estabelecida a horizontal alemã, constituída por uma linha anteroposterior que passa pelo assoalho da órbita e pelo conduto auditivo externo, a sombra da glândula deve estar situada, nos casos normais, a 5 centímetros acima desta linha e a um centímetro mais ou menos atrás do plano vertical que passa pelos dois condutos auditivos externos.

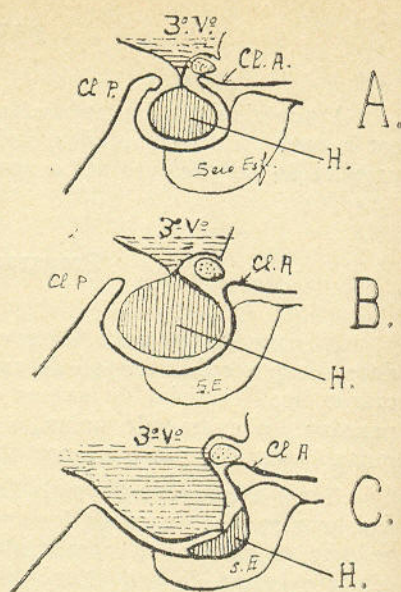


Figura n.º 2

- A — Sela turca normal.
 B — Sela turca aumentada por tumor da hipófise.
 C — Sela turca aumentada por hidrocefalia do terceiro ventrículo
 H — Hipófise.
 Cl. A. — Clinóides anteriores.
 Cl. P. — Clinóides posteriores.

A radiografia simples do crânio pode permitir, nos casos de tumor da epífise ou das suas imediações, verificar os deslocamentos da glândula para trás, para baixo ou para cima, mais raramente para diante.

Uma causa de erro importante reside na confusão da imagem calcificada da glândula pineal com as sombras das *calcificações dos plexos coroídeos*, cujo prolongamento occipital, também denominado glomo coroídeo, impregna-se de cálcio amíúde.

Na radiografia de perfil as sombras da epífise e a dos glomos ocupam local muito vizinho, sendo que a da glândula fica mais para diante um ou dois centímetros do que a dos glomos. Além disso, um meio fácil de eliminar essa causa de erro é que, examinando a radiografia fronto-occipital, a imagem pineal é mediana e única, enquanto que a dos plexos é dupla quando ambos estão calcificados (que é a regra), e muito lateralmente situada. Também, quando a radiografia de lado não se apresenta perfeitamente em perfil, as sombras de ambos os glomos não se superpõem, distinguindo-se perfeitamente as duas manchas desde logo, o que não permite confusão.

As *calcificações da foice do cérebro* e os tumores calcificados como os meningiomas e os craniofaringiomas podem ser identificados, também pela radiografia simples do crânio. Nem todos os tumores calcificados, entretanto, serão sistematicamente denunciados pela radiografia, e isso depende da intensidade da calcificação e da sede do tumor. Quando a imagem é projetada contra um seio pneumático ou sobre uma zona onde o crânio é delgado, a sua visibilidade é possível uma vez que a sua calcificação seja suficiente. Quando, porém, a sua imagem se superpõe a um plano ósseo muito denso, a sua sombra fica prejudicada, o mesmo acontecendo quando a sua proporção em cálcio é relativamente diminuta..

Os *sinais da hipertensão crônica* são muito característicos e aparecem na radiografia representados por depressões na tábua interna dos ossos da abóbada, particularmente na dos frontais e dos parietais.

A presença de hipertensão endocraniana acentuada, indenticada pelos sinais clínicos e pela punção ventricular, sem os sinais radiológicos referidos, constitue uma discordância que apresenta grande valor prognóstico, tratando-se, com raras exceções, de processos de evolução rápida e de manifesta malignidade.

Essas modificações dos ossos da abóboda só se realizam com o decorrer do tempo, deixando a impressão das circunvoluções do cérebro sobre a sua tábua interna, e diminuindo sensivelmente a espessura da parede óssea.

Em certas localizações de tumores dos hemisférios, a pressão exercida pelos mesmos sobre uma determinada porção do crânio, vai reduzindo a espessura do osso a tal ponto que a radiografia simples pode identificar esta particularidade. Num dos nossos doentes, o osso temporal estava tão delgado que a sua modificação pode ser observada radiologicamente. A verificação operatória, confirmando a informação radiográfica, demonstrou a existência de uma lâmina óssea tão fina que dispensou a trepanação nesse local. Era uma verdadeira descompressiva espontânea.

A *radiografia dos rochedos*, em posição de Stenvers, pode decidir o diagnóstico com respeito aos tumores do ângulo (neurinomas do acústico). Tivemos oportunidade de dispensar a ventriculografia em alguns desses casos, nos quais a radiografia simples daquele osso identificou grande aumento unilateral do "*porus acusticus internus*".

Finalmente, as *deformações do crânio* devem ser previamente conhecidas

para melhor orientação da punção ventricular, e bem assim as alterações cranianas resultantes de traumatismos anteriores.

A *verificação do seio esfeno-parietal* é de grande utilidade quando se realiza a punção ventricular por via transfrontal (Foerster, Jüngling, etc.), afim de evitar a sua lesão quer pela trepanação quer pela punção.

Posição do doente

Depois que Th. De Martel introduziu na prática neurocirúrgica a posição sentada para as intervenções e para as explorações cirúrgicas, foram muitos os que se tornaram adeptos desse método.

Também nós, discípulo do grande cirurgião francês, não vacilamos em preferir essa posição para o doente.

O que não resta dúvida é que a maioria dos que operam o crânio e o encéfalo, ainda conserva para o paciente a posição de decúbito ventral, segundo a orientação de Cushing. Neste ponto de nada vale a discussão, pois que ambas as posições têm permitido aos seus adeptos resultados magníficos.

Se preferimos o doente sentado em todas as intervenções cranioencefálicas, com muito mais razão havemos de conservá-lo nesta posição para a técnica da ventriculografia.

As vantagens que essa posição proporciona ao doente:

- a) muito mais cômoda e favorecendo menos o cansaço nas explorações demoradas;
- b) os ponto de referência e a orientação da agulha são muito mais seguros, porque a visada é melhor;
- c) pode-se mover a cabeça do doente em qualquer das direções sem que êle mude a postura do corpo (figura n.º 9);
- d) o esvaziamento ventricular é mais perfeito, dadas as facilidades que se apresentam de inclinar a cabeça para trás (figura n.º 14) com o movimento automático da cadeira, condições estas que não se conseguem nem no decúbito lateral sem o risco importante de mover a agulha e lesar o cérebro;
- e) as probabilidades da hemorragia são menores, pois a tensão vascular fica diminuída em relação ao decúbito;
- f) as condições respiratórias são, sem dúvida, mais perfeitas do que no decúbito lateral.

Além disso, essa posição oferece incontestáveis vantagens para o cirurgião. Experimentamos o decúbito, e o resultado foi, de maneira constante, a imperfeição de técnica decorrente das más condições que a posição oferecia.

As vantagens relativas ao cirurgião:

- a) as condições de assepsia e de técnica são francamente mais favoráveis e mais cômodas;
- b) as manobras de exploração são realizadas com maior destreza e segurança.

A figura n.º 3 mostra a posição do paciente na cadeira que usamos, construída segundo nossa orientação, possuindo movimentos adequados a proporcionar grandes facilidades tanto para a ventriculografia como para tôdas as

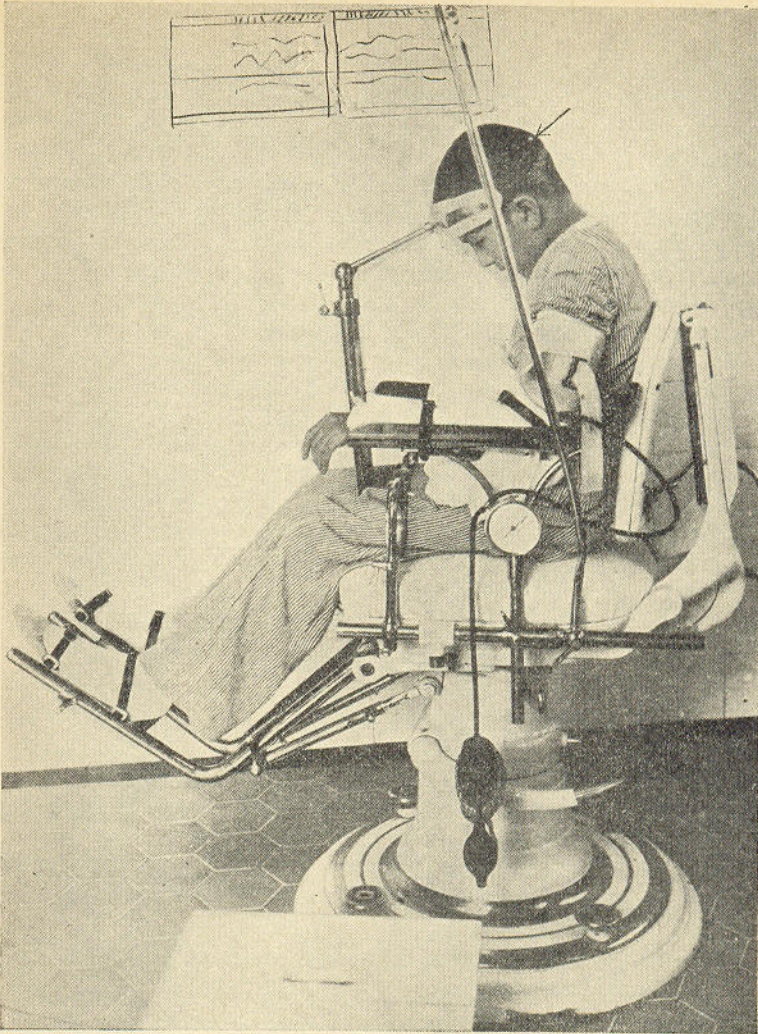


Figura n.º 3

Doente em posição adequada para a trepanação prévia. A flexa mostra o local escolhido e a direção que deve seguir posteriormente a canula para a punção.

Cadeira neurocirúrgica de nosso modelo, servindo para todas as intervenções cranioencefálicas, possuindo vários dispositivos que são adaptados de acordo com as necessidades de cada via de acesso. (Bomba e pé da cadeira Atlântic, modificados).

intervenções cranioencefálicas. Ao lado da cadeira está o aparelho para a tomada de tensão arterial, providência que não dispensamos jamais durante todo e qualquer ato operatório. Um gráfico é fixado na parede, cujo original, em várias cores, marca os tempos operatórios, o pulso, a tensão arterial e outras particularidades importantes verificadas pelo auxiliar encarregado dessa parte.

Essa posição, além de ser muito cômoda, pode ser adaptada para qualquer

paciente, adulto ou criança, permitindo certa mobilidade aos pés sem que os mesmos possam libertar-se.

A figura n.º 14 mostra a mudança de posição que sofre o paciente depois de atingido o ventrículo, ficando o occípito para baixo, o que permite completo escoamento do líquido, sem necessidade de aspirá-lo, evitando, pois, este inconveniente.

Como se vê, tal posição é a que oferece as melhores condições para o esvaziamento e para a repleção de ar dos ventrículos.

Em casos excepcionais, fomos obrigados a usar o decúbito lateral direito e em todos encontramos sérias dificuldades, porque os pontos de referência eram de difícil verificação, a visada completamente impossível, a disposição dos campos operatórios sem garantias e o esvaziamento ventricular sob o risco constante de qualquer movimento intempestivo, por parte do doente, capaz de deslocar as agulhas e de ocasionar lesões graves no encéfalo.

Acresce mais a circunstância de que nem sempre se puncionam pessoas calmas e dóceis, em cujo bom comportamento o operador pudesse confiar após explicação dos perigos que poderiam advir de certos movimentos intempestivos, mas que, ao contrário, muitas vezes a ventriculografia é feita em doentes excitados ou inconcientes. Com o paciente sentado, convenientemente fixado e mantido por um bom apóio frontal, dificilmente o occípito poderia ser atingido, mesmo que êle movesse a cabeça.

VIAS DE ACESSO

Muito antes que W. Dandy realizasse a pneumoventriculografia já se praticava a punção dos ventrículos laterais, ora com a finalidade de diagnóstico, ora tentando um resultado terapêutico. Já nesse tempo existiam várias vias de acesso aos ventrículos cerebrais, sendo que algumas delas ainda hoje são aproveitadas para fazer-se a pneumoventriculografia.

Faremos aqui uma breve referência às vias de acesso mais conhecidas e que ainda podem ser usadas atualmente, sendo que algumas delas são preferidas por certos cirurgiões.

No recém-nascido e no lactente, a punção ventricular é de técnica extremamente simples por dois motivos:

- a) porque não necessita de trepanação prévia, podendo e devendo ser feita através das fontanelas ou das suturas ósseas. Existem para isso pontos de eleição através dos quais podem-se evitar os vasos meningoencefálicos e os seios da duramáter;
- b) porque os ventrículos cerebrais, na primeira infância, são proporcionalmente um pouco maiores que no adulto, mesmo nos casos normais, permitindo por êsse motivo melhor via de acesso. Esta circunstância decorre de uma consequência embriológica, pois as vesículas prosencefálicas são volumosas no feto e vão decrescendo progressivamente de volume até à idade adulta, para readquirirem, às vezes, novo aumento na velhice, como consequência de processos de senilidade da substância nervosa.

No adulto necessitamos de trepanação prévia para alcançar os ventrículos do cérebro, a não ser em casos excepcionais, onde haja solução de continuidade dos ossos do crânio que permita a penetração da agulha.

A sede de escolha para esta trepanação depende da porção ventricular que se deseja atingir.

Não trataremos do acesso ao corno esfenoidal, usado por alguns autores e praticamente abandonado nos nossos dias, porque não vemos nele nenhuma vantagem.

A via mais preferida é a occipital a técnica de Dandy, um pouco modificada ao gosto de cada autor, mas em traços gerais sendo sempre a mesma. É esta a que usamos por isso dela nos ocuparemos com maiores minúcias após uma breve referência às outras vias mais vulgarmente conhecidas.

Via transorbitária de Bériel e Lyon

(Figura N.º 4—1)

Estes autores propuseram a punção do corno frontal dos ventrículos laterais por via transorbitária, afim de ser evitada a trepanação prévia, mas o seu processo foi logo abandonado por apresentar graves inconvenientes.

A agulha introduzida na porção externa e inferior da órbita, passaria pela fenda esfenoidal em direção para cima, para trás e um pouco para dentro, indo alcançar o corno frontal na sua porção inferior ou o 3.º ventrículo através da lâmina supraótica.

Este método é realmente muito perigoso, pois expõe a acidentes graves tais como lesões dos vasos e dos nervos que passam pela fenda referida.

Via transorbitária de Dogliotti

(Figura N.º 4—2)

Dogliotti publicou recentemente (Bull. de la Société Nationale Chirurgie de Paris, tomo 60, pg. 1017-1022 — 1934) importante trabalho, no qual propõe o seu método para punção do corno frontal do ventrículo lateral por via transorbitária.

Consiste em fazer a punção do ventrículo lateral através do teto da órbita, usando a técnica como segue:

Pratica-se uma pequena incisão a meio centímetro abaixo do rebordo orbitário superior e a 1,5 centímetro da linha média. Introduce-se uma agulha grossa com mandril, ou um pequeno trocarte, dirigindo-a para cima (45 graus do plano horizontal), para trás e para a linha média (15 ou 20 graus), forçando o teto da órbita que aí é muito fino e cede facilmente, e raras vezes, necessitando de um pequeno golpe de martelo. Retira-se o mandril e introduz-se, através da cânula, uma agulha fina e comprida com orifício lateral, e atinge-se o corno frontal do ventrículo lateral pela sua porção ântero-inferior.

O inconveniente do método de Dogliotti reside na possibilidade de infecção e de pneumatocefalia, quando se abre, acidentalmente, o sêio frontal.

O autor aconselha, quando se encontra uma segunda resistência óssea, o que significa que se penetrou no sêio, retirar o trocarte, passar tintura de iodo na ponta do mesmo e continuar a punção. Depois de mais uns 3 centímetros de trajeto, alcança-se o ventrículo. Desde logo se compreende que esse inconveniente do processo, do qual agora nos ocupamos, pode ser facilmente remediado por uma boa radiografia, que estabelece com segurança os limites do sêio frontal.

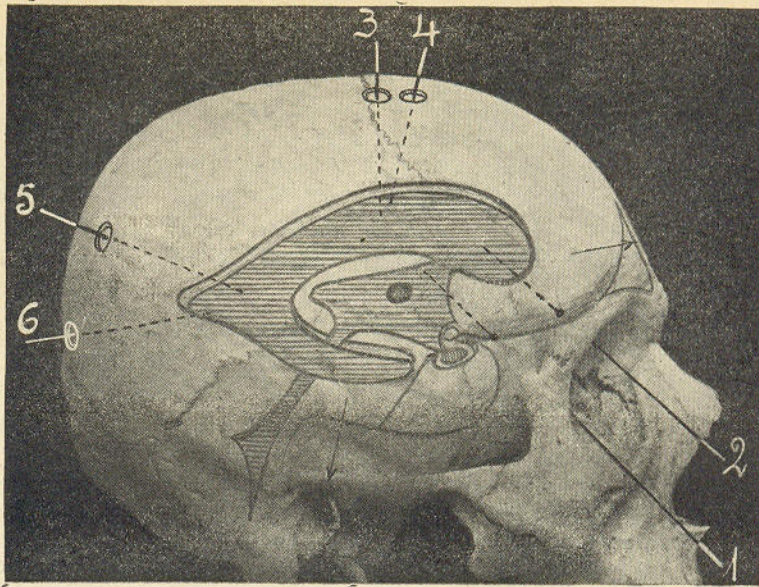


Figura n.º 4

Vias de acesso mais usadas para a punção dos ventrículos cerebrais:

- 1 — Via transorbitária de Bériel e Lyon.
- 2 — Via transorbitária de Dogliotti.
- 3 — Via transfrontal no ponto de Kocher.
- 4 — Via transfrontal de Jüngling.
- 5 — Via transparietal de Schlesinger.
- 6 — Via transoccipital de Dandy.

Guttmann considera, também, êste método perigoso pelos mesmos motivos já expostos.

Via Transfrontal no ponto de Kocher

(Figura N.º 4—3)

Foerster e sua escola utilizam para a ventriculografia a via frontal, usando o ponto clássico de Kocher para a trepanação, o qual fica situado a dois ou três centímetros para fora da bregma. Êste autor alcança o ventrículo lateral introduzindo a agulha em sentido vertical, paralela ao plano sagital.

Quando o ventrículo é muito pequeno a punção pode ser negativa e, então, torna-se necessário modificar a direção da agulha, conduzindo-a um pouco mais para a linha média.

O acesso do prolongamento frontal é relativamente facil e sem maiores inconvenientes, distando êste corno apenas 6 ou 7 centímetros da superfície cutânea.

Via transfrontal de Jüngling

(Figura N.º 4—4)

Jüngling, Heidrich e outros preferem a via frontal para alcançar o ventrículo lateral homônimo, usando, porém, outra referência para a trepanação, muito próxima do ponto de Kocher.

Segundo a orientação de Jüngling, pratica-se uma incisão longitudinal paralela à linha mediana, a 1,5 ou 2 centímetros da mesma, distando 5 ou 6 centímetros do supercílio.

Afastados os bordos da incisão, desloca-se o periósteo com a rugina e procura-se a sutura coronária, que deve corresponder ao térço posterior da incisão, fazendo-se o furo pelo trépano a um centímetro adiante daquela sutura.

A punção do ventrículo é feita à semelhança da técnica de Goerster, orientando a agulha, porém, obliquamente para baixo e um pouco para trás, em direção à linha imaginária que une ambos os condutos auditivos externos, e sempre paralelamente ao plano sagital.

A via frontal apresenta os inconvenientes que decorrem da vizinhança da zona rolândica quando ela é aproveitada no seu extremo posterior, isto é, junto à sutura coronária. As hemorragias, que acidentalmente podem sobrevir pela lesão de um pequeno vaso, originam hematomas que vão repercutir sobre a zona sensitivo-motora proximamente situada. Além disso, a porção do lobo frontal que corresponde ao trajeto da agulha, é sede freqüente de tumores. Neste sentido existem vantagens e inconvenientes. As vantagens são relativas aos tumores císticos que podem ser esvaziados do seu conteúdo e enchidos de ar, permitindo a realização da pneumocistografia. Os inconvenientes decorrem da hemorragia intra-tumoral que pode manifestar-se pela lesão de um neoplasma muito vascularizado.

Via transparietal usada por Schlesinger

(Figura N.º 4—5)

Considerando o ponto de Dandy muito baixo, Schlesinger usa sistematicamente a via transparietal, com a finalidade de alcançar a encruzilhada ventricular, em vez do corno occipital, como sucede com a técnica do autor americano.

Os pontos de referência são quasi os mesmos usados por Dandy, porém o local da trepanação é mais alto de tal modo que ultrapassa a sutura lambdóide e por isso êle a denomina transparietal.

Faz-se uma incisão paralela à linha mediana, a 2 ou 3 centímetros desta, e a 4 ou 5 centímetros acima de outra transversal que passa pela protuberância occipital externa.

Schlesinger não procura a direção da agulha pelo tato na região frontal; êle admite que a melhor orientação é uma boa experiência, isto é: o cirurgião deve imaginar a posição do ventrículo olhando para a cabeça do doente. Na realidade êste golpe de vista é de grande importância, e sobre êste particular chamamos a atenção, novamente, para as vantagens relativas à posição do doente que, quando sentado, proporciona maiores facilidades de técnica.

Via transoccipital de Dandy

(Figura N.º 4—6)

Na realidade, a punção ventricular pela via occipital de Dandy freqüentemente é feita nas proximidades ou para fora da sutura lambdóide. Entretanto, o ponto clássico está situado no território do osso occipital e por isso a

denominação de transoccipital é plenamente justificada. E' a técnica mais universalmente aceita para a ventriculografia por punção direta.

A incisão é feita de modo diferente segundo a preferência de cada operador. Uns fazem-na paralela ao plano sagital, outros perpendicularmente a êste. Nós a praticamos em direção oblíqua, precisamente sôbre a bissetriz do ângulo formado pela linha média e pela transversal que passa sôbre a protuberância occipital externa (figura n.º 5). O centro desta incisão corresponde ao ponto em que se deve trepanar, o qual dista 3 centímetros da linha transversal que passa pela protuberância occipital, e 2 ½ centímetros da linha média.

Existem muitas outras vias de acesso aos ventriculos laterais, dependendo, o ponto de trepanação da preferência de cada autor. Expusemos apenas êsses 6 métodos porque são os que, praticamente, têm mais importância. Os demais não são senão modificações destes, ao longo da mesma linha parassagital, desde o supercílio até à linha curva occipital superior. Ao longo desta linha parassagital o ventrículo pode ser atingido por um número interminável de pontos sucessivos de trepanação.

Vamos expor, a seguir, o método por nós usado que é, em linhas gerais, a técnica de Dandy.

Continúa.

Asistencia y Preservación anti-tuberculosa en el Uruguay

por

Pedro Cantonnet Blanch

Asistente del Instituto de Pediatría y Puericultura Prof. MORQUIO!

Médico del Dispensario Antituberculoso Infantil N.º 9

Médico del Sanatorio de Niños Saint Bois y Juan Carlos Etcheverry

Médico jefe del Dispensario Calmtte

Médico jefe de la Casa Maternal.

Lido em sessão da Sociedade de Medicina, pelo Dr. Gaspar Faria

La Sociedad de Tisiología del Uruguay nos ha encomendado la tarea de relatar el tema "Asistencia y Preservación Infantil en el Uruguay" para presentarlo en la reunión anual conjunta de las sociedades rioplatenses de Tisiología de Octubre de 1935. — (Bkenos Aires).

Gustosos hemos aceptado, pero sabiendo desde ya que el tema, no dará motivo a grandes discusiones por el hecho de ser demasiado conocido de todos.

Tendrá sin embargo la fuerza de las cosas vividas intensamente, de los problemas que se plantean a cada momento, de la manera de resolverlos, de todo lo realizado en nuestra campaña de lucha antituberculosa Infantil.

Con el fin de no cansarlos demasiado, hemos hecho un resumen, de lo escrito en extenso a propósito del tema que tratamos, insistiendo, sobre las cuestiones más interesantes por el alcance profiláctico o terapéutico que pudieran tener, ciertos capítulos como el que se refiere al estudio de la tuberculosis del niño frente a la del adulto, a la vacunación anti-tuberculosa por el B/ C/ G/ sus resultados y su aplicación práctica y el no menos interesante, del que se relaciona a la terapéutica de la tuberculosis del niño.

Sobre tales temas, uno de nosotros (Pedro Cantonnet Blanch) ha insistido en diversos trabajos, presentados a las sociedades científicas y publicadas en revistas nacionales y extranjeras.

Es el esfuerzo de seis años de lucha anti-tuberculosa infantil, lo que expondré ante Vds. en forma práctica, siguiendo las enseñanzas recogidas en el Instituto de Pediatría y Puericultura junto a nuestro inolvidable maestro el Professor L. Morquio y en el dispensario antituberculoso N.º 9 del Fermín Ferreira, donde hemos bebido los conocimientos Tisiológicos de uno de los Técnicos que mejor domina el tema en el Uruguay, el Dr. Armando Sarno.

En forma esquemática y objetiva, iremos mostrando, todo lo que en el Uruguay existe, en materia de Asistencia y Preservación Anti-tuberculosa Infantil.

No describiremos pues los dispensarios, preventorios, saantarios, hablando de su funcionamiento, ni de los factores que hacen esa lucha tan difícil; tales cuestiones son bien conocidas de todos.

En materia de lucha anti-tuberculosa, junto al problema médico, universalmente conocido y dominado por los adelantos técnicos de los últimos años, existe el factor social, económico, la ignorancia, la miseria, que hacen el gran pasivo de la lucha anti-tuberculosa en todos los países del mundo.

Tales cuestiones tampoco las abordaremos ante Vds., las hemos consignado y expuesto en nuestro trabajo.

Sabido es de todos que en el Uruguay, el problema más grave, el que más energías distrae en materia de Salud Pública, es el que se relaciona con la lucha anti-tuberculosa, cuyos cuadros de movilidad y mortalidad son los que dan cifras más elevadas.

Bien conocido es también que este problema debe resolver-se, con la colaboración de las instituciones públicas y privadas, con medidas de orden económico, educativo, legislativo, higiénico.

Es un problema en una palabra, médico social, más lo segundo que lo primero, que debe plantear-se en forma **integral**, en el sentido de ajustar todos los resortes, por pequeños que sean, afin de que puedan marchar hacia adelante, la pesada máquina montada en lucha larga y constante contra la más terrible de todas las enfermedades.

Es así como han entendido el problema las autoridades de Salud Pública, al encarar el problema desde el punto de vista **médico-social**, creando el servicio de "Asistencia y Preservación Anti-tuberculosa", con **dispensarios** distribuidos en toda la ciudad y algunos en campaña y con servicios de colocación **preventorial**, Casa del Niño, casa Maternal, **Sanatorial-hospitalaria**, Fermin Ferreira, Colonia Saint-Bois y dispensario de vacunación Calmette, centro de preparación y distribución de la vacuna anti-tuberculosa por el B. C. G.

Al crearse la comisión nacional de lucha anti-tuberculosa se ha dado un trescedesimal paso, puesto que tal comisión abordará los problemas que precisamente hacen ineficaces muchas veces, las medidas de orden médico. — Nos referimos a la declaración obligatoria de la Tuberculosis, El Seguro Contra la Enfermedad y más especialmente de la Tuberculosis, la separación obligatoria del contagiante, la educación y propaganda anti-tuberculosa del pueblo. — Facilitará también la creación de obras anti-tuberculosas privadas, con el asesoramiento y la orientación dada por las autoridades de Salud Pública etc., etc.

De todos los problemas que se relacionan con la tuberculosis, la infección si es posible, haciendo profilaxia, puericultura, o tratando **ninguno más importante que el que se refiere al niño**, a protegerlo de al enfermo en sus formas localizadas, afin de poder actuar con terapéuticas generales y locales cuyo beneficio nadie pone ya en duda.

En el congreso del Centenario (1930) en la seccional Tisiología, tuvo uno de nosotros (Pedro Cantonnet Blanch), oportunidad de pre-

sentar un trabajo titulado "Sobre funcionamiento de un dispensario anti-tuberculoso infantil en el Fermin Ferreira" (Actas y trabajos congreso médico del Centenario 1930, tomo IV pág. 544) donde hacíamos notar la importancia considerable, capital, que tiene el estudio de la Tuberculosis del Niño y todo lo que se relaciona a su profilaxia y terapéutica, dado que hoy en día, es un precepto que nadie discute, que unos casos, aislando al niño no contagiado, por sus padres, abuelos herla tuberculosis del adulto, no es más que la reviviscencia de procesos tuberculosos tomados en la primera infancia.

De ahí que no habrá lucha anti-tuberculosa más importante que la encaminada a preservar a la infancia desde sus primeros días de los focos tuberculosos, por todos los medios puestos en nuestras manos, aislamiento, vacunación, preventorios.

Es por eso que encarado el problema de la lucha anti-tuberculosa, conociendo la forma del contagio, la edad en que este se verifica, las consecuencias que éste mismo contagio acarreará al organismo infectado, las medidas más eficaces desde todo punto de vista, las de resultados más brillantes para el porvenir de una raza, de una nación, será la encaminada a luchar contra la infección tuberculosa de los primeros años, a evitar ese contagio bacilar.

Profilaxia y Terapéutica de niños que viven en medios tuberculosos, que serán en un porvenir más o menos lejano sus seguras víctimas; ellos mismos diseminadores más tarde, de ese mismo mal, que una sociedad mal organizada no supo o no pudo prevenir y dominar.

Procediendo en esta forma, hacemos 'medicina preventiva en manos, vecinos etc., y enviándolos a obras de preservación anti-tuberculosa.

En otros casos, sacamos al niño ya tuberculizado del medio bacilar, poniéndolo en buenas condiciones higiénicas.

Sabido es que esos niños, contaminados, puestos en medios sanos y vigilados, guardarán una tuberculosis latente, para ser en el porvenir, hombres útiles a la sociedad en que vivan.

Otras veces, debemos conformarnos solamente, no ya con la puericultura, medicina preventiva, a la cual debemos aspirar, a la que debemos llegar lo antes posible, para hacer verdadera obra, sino en un período que encontramos lesiones, ya clínicas, ya radiográficas, justificables, de las diversas terapéuticas a las cuales echamos mano.

Y aquí debemos decir con gran satisfacción, dado que el gran número de niños estudiados por nosotros, nos permite hablar por nuestra experiencia, que contrariamente a lo sostenido por la inmensa mayoría de los pediatras clásicos, que estudiaron la bacilosis del niño, que en éstos se encuentra, en la mayoría de los casos **localizada**.

La explicación está en el hecho, de que haciendo concurrir tempranamente al dispensario al niño rodeado de bacilosis, que convive en un medio, en un foco bacilar, despistamos las formas incipientes, las de primo infección, o las de reinfección, en sus primeras etapas.

Obra todavía utilísima, puesto que en esos procesos localizados, con la terapéutica actual podemos vencer.

Es este precisamente el éxito del dispensario, donde actuamos,

demostrar acabadamente, por la estadística rigurosa, por la observación continuada y diaria de los niños examinados, que hacemos obra fecunda, al sacar al niño del medio bacilar que lo rodea, ya en el período que llamamos preventivo, o todavía, en el terapéutico, es decir, en aquel momento, que por estudiar precozmente al niño, lo encontramos con procesos tuberculosos, donde la terapéutica encuentra toda su acción y todo su beneficio.

DISPENSARIO

El dispensario centro de educación, profilaxia, tratamiento y colocación, es la institución que constituye, el verdadero eje de la lucha Anti-Tuberculosa y que al contarle como una de las armas de nuestro equipo de defensa, se ha hecho una verdadera conquistada de higiene social. — Es allí en el dispensario 9, que dirige el Dr. Sarno, donde primeramente se estudia, junto al bacilar adulto, la familia, el medio ambiente donde el enfermo actúa.

Estudiar solamente al padre o madre bacilar, no preocupándose del medio infantil, es hacer obra médica incompleta y parcial. — Muchas veces son más provechosas las energías que empleamos en atender a los hijos de enfermos bacilares, haciendo obra de profilaxis, que en continuar el tratamiento no siempre feliz de los padres tuberculosos que generalmente llegan con lesiones pulmonares avanzadas.

Nuestro esfuerzo dentro del dispensario, es hacer medicina preventiva, tratar en lo posible de actuar como puericultores y en segundo plano como pediatras.

Al bien, dentro de las ideas actuales, la casi totalidad de las enfermedades del niño son evitables, recogiendo la impresión robustecida por la práctica diaria, que somos muchas veces impotentes para corregir situaciones ya constituídas, pero que hubieramos sido muy eficaces previniendo, iluminando, instruyendo y dictando normas severas de conducta respecto de la profilaxis (del trabajo del Dr. Héctor Cantonnet Blanch "La infección Tuberculosa del Niño y su investigación en el dispensario N.º 9" Revista de Tuberculosis del Uruguay. Tomo IV N.º 3-1934).

En el dispensario se estudian familias enteras, llevando una ficha de cada miembro de la familia y partimos del concepto, que todo niño que ha estado con un bacilar, debe ser considerado en potencia de bacilosis, la que se investiga por todos los medios, apesar de no encontrarse frecuentemente manifestaciones clínicas.

Procediendo en esa forma, hemos despistado una enorme cantidad de niños, dentro del mejor estado general, pero que teniendo antecedentes bacilares, el exámen completo revelaba infiltraciones pulmonares, mudas al exámen clínico.

El estudio de un niño, que se nos trae frecuentemente por manifestaciones banales, pone de manifiesto, procesos tuberculosos. — Investigando, estudiando la familia, el ambiente en que ha vivido el niño, se despista en varios hermanitos, lesiones semejantes, originadas, por un bacilar, en contacto con los niños (padres, parientes, vecinos).

OBRA PROFILACTICA

Vacunación anti-tuberculosa por el B. C. G.

Desde el año 1927, en que el entonces director de la asistencia pública Dr. J. Martirené creó el Dispensario Calmette (casa central donde se prepara la vacuna, y se siguen ya sea en consultas externas, ya en visitadoras sociales, los niños vacunados), la vacunación anti-tuberculosa, sin ser obligatoria se practica en gran escala en los hospitales de Montevideo y algunos en el interior de la República.

La vacuna preparada es enviada semanalmente a los centros hospitalarios o dada a domicilio a pedido de los padres del niño, por las visitadoras sociales del dispensario.

Los niños vacunados, son seguidos en los dispensarios anti-tuberculosos y vigilados a domicilio por las visitadoras.

La vacunación se practica por vía bucal o vía sub-cutánea. — Uno de nosotros (Pedro Cantonnet Blanch) como médico asistente de los recién nacidos del servicio de la Maternidad del H. Pasteur a cargo del Prof. Carlos Colistro, ha introducido a partir de 1929, la vacuna anti-tuberculosa por vía sub-cutánea.

Los resultados, las deducciones, que arrojan nuestras estadísticas, han sido publicadas en revistas nacionales y extranjeras, y presentadas a las sociedades de Pediatría y Tisiología de Montevideo.

Es bien sabido que hoy en día, no hay clínica alguna donde no se haya podido estudiar algún niño, que habiendo recibido B. C. G. vía bucal, al nacimiento (separándolo 2 o más meses del contacto infectante, período necesario para provocar en ese organismo la inmunidad, muera meses más tarde presentando, tanto clínica como anatómicamente, lesiones tuberculosas típicas, habiendo tenido contacto esos niños con personas bacilares.

Frente a esos casos se planteaba el problema de saber si el B. C. G. fué absorbido por el intestino o si el niño pudo haberlo vomitado; (los recién nacidos vomitan y regurgitan fácil y frecuentemente). — También no es menos cierto que algunos niños débiles, no saben hacer la deglución, corriéndose y perdiéndose parte de la vacuna por las comisuras labiales.

Quiere decir que frente a muchos casos, donde pudiera discutirse la acción inmunizante del B. C. G. siempre cabría y con fundamento, la hipótesis de si el niño absorbió o no la vacuna, por no haber pasado a través de lamucosa intestinal, por vomitarse o haberse perdido corriendo por la comisura de los labios.

Todas estas importantes causas de duda, no existen al introducirse la vacuna por vía sub-cutánea.

Resumiendo los resultados, de nuestra experiencia de cinco años de vacunación sub-cutánea en el recién nacido, decimos:

1.º — Que la alergia es más precoz, más duradera, y en un porcentaje mayor que lo obtenido por vía bucal. 90% de cuti-reacciones positivas en niños

B. C. G. vía subcutanea — El estado alérgico persiste positivo al año en un 54%.

2.º — Hemos observado el 10,9% de nódulos en el lugar de la inyección.

3.º — Un 7,2% de abscesos.

El 27 de Abril de 1934, en la "Société Médicale des Hopiaux de Paris", H. Eschbach de Bouges, presentó una comunicación titulada "Muerte por Tuberculosis de un Niño de 18 meses, vacunado con B. C. G."

Dice Eschbach en su comunicación: "Estos hechos son bastante raros para merecer su comunicación".

Por su parte Ravina en la misma sociedad presentó un nuevo caso de infección tuberculosa en un vacunado por el B. C. G.

Por nuestra parte uno de nosotros en colaboración con el Dr. Héctor Cantnnet, presentamos a consideración de las sociedades científicas de Montevideo, una comunicación titulada "La infección tuberculosa en los niños vacunados al nacimiento por el B. C. G. La vacunación anti-tuberculosa desde el punto de vista práctico" (Revista de Tuberculosis del Uruguay. Tomo IV N.º 3 — 1934).

En tal trabajo decíamos: "Desde ya debemos declarar que somos partidarios de la vacuna B. C. G. en el recién nacido, creyéndola inocua y capaz de desarrollar en el organismo infantil, el grado de pre-munición suficiente, para luchar en ciertas condiciones contra la infección tuberculosa."

"Al mismo tiempo dejamos constancia de que, si os queremos llevar la vacunación anti-tuberculosa por el B. C. G. al fracaso y al descrédito, debemos reaccionar enérgicamente contra su aplicación en la forma que se realiza actualmente, dado el desconocimiento que nuevos hechos deducidos de su ya larga aplicación han aportado a tan delicada cuestión.

Es necesario saber, que el médico que vacuna con el B. C. G., contrae la obligación de seguir al niño, vigilarlo en los meses que siguen a su nacimiento, y que al igual de lo que pasa con otras vacunas, la anti-tífica, la anti-diftérica, etc. debemos estar convencidos de que es una realidad la pre-munición en el niño vacunado.

"Ahora vamos a entrar en materia. "Para nosotros, los hechos que citan en la "Société Médicale des Hopiaux, Eschbach y Ravina, son tan comunes, al menos en nuestro medio, que presentamos a consideración de esta reunión de técnicos, 19 observaciones de niños vacunados al nacimiento por vía bucal sub-cutánea y que más tarde hacen evoluciones tuberculosas clínico-radiográficas, que regresan en unos casos ó que terminan por granuloma, por meningitis en otras.

"Las observaciones por nosotros presentadas, muestran con toda evidencia, la infección tuberculosa, por las manifestaciones clínicas evolutivas, por los antecedentes, por la C. R., por la radiografía seriada, por la investigación positiva del bacilo de Kock (Obs. 11 y XV.) por la evolución mortal, por meningitis lumbar con todos los caracteres de la aracnoiditis bacilar, por la evolución pulmonar final (Obs. I y II) con punción pulmonar final (Obs. III).

Cómo explicar para nuestros casos la infección tuberculosa en niños Calmetizados al nacimiento?

I — La vacunación antituberculosa por el B. C. G., preconizada por Calmette por vía bucal, es practicada por otros (nosotros en el H. Pasteur) por vía sub-cutánea, mismo en el recién nacido. Empleando la vacuna por vía bucal, en servicios maternales y domicilios, es muy fácil que el recién nacido regurgite vomite o pierda por las comisuras labiales, parte o toda la vacuna.

Niños todos éstos, que de exponerse más tarde a la infección tuberculosa, harían la enfermedad, no por fracaso de la vacuna sino por **fallas fundamentales** a la buena vacunación, por ser en realidad, niños **aparentemente** vacunados.

II — Los Calmetizados, salen de nuestras maternidades del 80. al 100. día de vida para su casa. — En el medio en que van a vivir hay o no hay bacilosis? Si ésta existe, cuántas veces la ocultan al conocimiento médico? Familias que viven con vecinos pared por medio, que cambian de domicilio con frecuencia y que en cualquier momento pueden convivir en un foco bacilar **evidente** o no mayormente manifiesto. — Y ben, es sabido que el B. C. G. necesita un período de 1 y $\frac{1}{2}$ a 2 meses para producir el estado de premunición en el niño. — Roberto Debré, hace más difícil el problema, opinando que los niños están recién premunidos entre el 3er. y 6.º mes. — Quiere decir, pues, que un porcentaje muy grande de niños vacunados al nacimiento, en medio hospitalario, van a encontrarse en contacto con el bacilo de Koch, antes de que el organismo se hubiere inmunizado. — Por consiguiente, sería de gran utilidad que los médicos que actuamos en maternidades al cuidado del recién nacido, conociésemos los **focos de tuberculosis** a fin de evitar que los Calmetizados al salir para sus casas, habiten en ellos. — Conocimiento imposible en nuestro medio: 1.º porque la bacilosis se oculta, y 2.º porque la tuberculosis está tan generalizada en ciertas barriadas, que en el momento actual es un problema al que no encontramos solución, por ser de orden económico, de preparación y de mentalidad del pueblo. — En el **procés verbal** de la "Société Médicale des Hopitaux" (mayo de 1934), P. Lereboullet, dice que deben tomarse precauciones especiales, vigilando y estudiando profilácticamente al personal de las maternidades, nurses, parteras, enfermeras, etc. — Tal medida sería en nuestro medio de gran utilidad, agregando por nuestra parte que debería hacerse una vigilancia especial en las cuidadoras y amas pertenecientes al Servicio de Protección a la Primera Infancia, puesto que tenemos en nuestras fichas algunos casos de afección tuberculosa en niños infectados por tales cuidadoras, o en el medio en que éstas viven (hijos, esposos, vecinos, etc.)

Consideraciones todas éstas que explican la infección tuberculosa en Calmetizados, por ser niños que convivieron con tuberculosos antes de estar premunidos.

III — La revacunación por el B. C. G., decía M. Calmette, debe practicarse al año, por durar hasta entonces la premunición del bacilo-vacuna.

La observación de los niños vacunados por nosotros por vía sub-cutánea, y más especialmente los que son por vía bucal, demuestra que

éstos pierden antes del año (otros no la han tenido nunca por pertenecer al grupo 1) la inmunidad anti-tuberculosa.

Sabemos que para M. Calmette, inmunidad y alergia son dos estados humorales que pudiendo encontrarse reunidos, son independientes, pudiéndose poseer el uno sin el otro.

La C. R. en los niños vacunados y no viviendo en medio tuberculoso, es el índice de que el organismo alberga bacilos-vacuna (alergia) y que por lo tanto está en las mejores condiciones para premunirse (inmunidad).

Por lo tanto, debemos seguir los niños vacunados al nacimiento, con cuti-reacciones en serie, cada tres o cuatro meses, para conocer si ese niño alberga o no bacilo-vacuna.

En esta forma toda vez que nos encontremos con niño Calmetizado, menor de un año, con C. R. negativa, debemos revacunarlos para conferirle la premunición que ha perdido por eliminación total del B. C. G., o que nunca ha poseído, por ser niños pertenecientes al grupo 1, o por ser organismos que, como pasa con otras vacunas, son de difícil inmunidad.

Y bien, cuántos niños, y son la inmensa mayoría, vacunados al nacimiento, han sido infectados por el B. de K., una vez perdido el estado de premunición y puestos en contacto con focos tuberculosos, al amparo de la vacunación contra la tuberculosis, que no fué absorbida, que fé vomitada o ya eliminada?

Debemos saber, pues, que es preferible no hacer el B. C. G., si no se tiene la seguridad de poder seguir al niño con exámenes periódicos, a fin de despistar el momento propicio a la revacunación, comprendemos que con éstas consideraciones, al complicar la vacunación anti-tuberculosa, más eficiente al hacerla menos practica, la hacemos anti-tuberculosa, al hacerla menos práctica, la hacemos más eficiente.

En resumen, en lo que antecede, encontramos una tercera causa de infección tuberculosa en Calmetizados, que estando mal vacunados (grupo 1) o habiendo perdido la premunición, no se han revacunado, dejándolos en contacto con focos bacilares evidentes.

Son bien conocidos de todos los casos de infección tuberculosa humana, que pasan desapercibidos. — De este punto de vista, nada más sugestivo que el trabajo que en Mayo de 1934 publican en la "Presse Médicale", Fernand Besancon, Paul Braun y André Meyer, a propósito de tres casos, y titulado: "**Les Cacheurs de bacilles de Koch sans lésiones aparentes**".

Un niño Calmetizado con estado alérgico (C. R.) debida al B. C. G., puesto en contacto con un foco bacilar abierto, a gran potencial bacilífero, podría en un momento dado, flaquear en sus defensas naturales o adquiridas (B. C. G.) por un estado de enfermedad anergizante (tos convulsas), por un estado digestivo prolongado de verano o respiratorio bronco-neumónico, que lo lleve a la hipotrofia. — En esas condiciones no es lógico suponer que lo mismo que sucede con otras inmunidades naturales o producidas por vacunas, la infección tuberculosa, podría desarrollarse a pesar del B. C. G., bien administrado y bien vigilado? Por lo tanto, queremos manifestar que contrariamen-

te a muchos clínicos, por nuestra parte, a todo niño Calmetizado hijo de padres tuberculosos, lo separamos del foco de contagio, teniendo en cuenta la serie de factores que hemos enumerado y que al existir en un caso determinado puedan desencadenar la lógica infección tuberculosa.

Separación pues, del niño Calmetizado total y definitiva del foco bacilar activo.

CONCLUSIONES

Estudiando periódicamente los niños vacunados al nacimiento con el B. C. G., vía bucal o sub-cutánea, hemos encontrado en un número grande de observaciones (19), manifestaciones clínicas, radiográficas o bacteriológicas, evidentes de infección tuberculosa.

Esas infecciones bacilares han retrocedido en algunos casos, en otros han evolucionado, falleciendo dos niños por meningitis, y uno por generalización tuberculosa.

Casi todos los niños estudiados por nosotros han estado en contacto con tuberculosos. — En una sola observación ese contagio no pudimos despiartarlo.

Descartamos en absoluto una posible intervención del B. C. G. en el desencadenamiento de tales evoluciones, por estar perfectamente demostrado que éste es inocuo e incapaz de recuperar la virulencia. — En Francia las experiencias de Calmette, de Valtis, de Sáenz; en Alemania, las de Bruno y Luwig Lange; Gerlach, en Viena; William Park, en Nueva York; Moreau, en Montevideo, etc., etc. (ver conferencia citada), son concluyentes desde este punto de vista.

La infección tuberculosa en los niños vacunados es frecuente en nuestro medio: 1. — Por ser niños que vacunados por vía bucal han podido vomitar su vacuna. 2. — Vacunados al nacimiento han estado en contacto con tuberculosos antes de que el período de premunición se hubiera establecido. 3. — No se les ha revacunado en las condiciones en que debe ésta realizarse. 4. — A pesar de la vacunación, los niños no deben estar en contacto con focos viruletos por ser posible adquirir la enfermedad. — (Ver anteriormente considerando 4.).

Si no queremos llevar el B. C. G. al descrédito y al fracaso, debemos vacunar de acuerdo con las consideraciones que claramente hemos expuesto en este trabajo.

Departamento de Informações e Cobranças

Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

Séde: General Camara, 261 — Fone 61-32

Caixa Postal, 928 — Pôrto Alegre — R. G. do Sul — Brasil

Ilmo. Snr. Dr.

Temos o prazer de comunicar-lhe que o “Departamento de Informações e Cobranças”, que funciona anexo ao Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, destinado a proporcionar aos srs. Médicos serviços de relevante importancia, está funcionando com grande eficiencia, especialmente com relação a cobranças de contas relativas a serviços profissionais.

O “Departamento”, está perfeitamente aparelhado para, mediante modica comissão, atender imediata e eficazmente ao encargo que lhe fôr cometido, preenchendo desta fórmula a sua finalidade.

O “Departamento” encarrega-se de:

- encaminhar e dar andamento com a brevidade necessaria a qualquer requerimento dirigido ás repartições desta Capital;
- tirar copias de trabalhos científicos, etc.;
- pagar impostos de qualquer especie;
- organizar escritas;
- *cobrar contas de serviços profissionais*, aluguel de casas etc.;
- fazer pagamentos em geral;
- informações de toda ordem;
- compra de livros, material cirurgico etc.;
- propaganda de produtos farmaceuticos.

Desnecessario se tornaria encarecer a sôma de proveitos que o “DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÕES E COBRANÇAS” tem proporcionado aos srs. Médicos, tanto da Capital como do Interior, pois, pela simples enumeração de suas atribuições, concluirão os interessados terem encontrado um auxiliar de extraordinaria eficiencia.

O “Departamento” está funcionando na séde do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, á rua General Camara, 261. Caixa Postal, 928. Telefone, 6132.

Esperando, portanto, contar com o decidido apoio dos srs. Médicos, sempre que se deparar oportunidade de serem utilizados os nossos serviços, nos firmamos com muita estima e alto apreço,

de V. S. Attos. Crdos. Obrgdos

Almanzor Alves
Diretor.

PORQUE

A ILLUSTRE CLASSE MEDICA BRASILEIRA PREFERE A TODO E QUALQUER
PRODUCTO SIMILAR, NACIONAL OU EXTRANGEIRO A

PHOSPHO - CALCINA - IODADA

?

Por ser manipulado com o maximo escrupulo e escoreito de impurezas;
Por dever a sua composição a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

PHOSPHORO
CALCIO
iodo;

Por ser absolutamente isento de alcool;
Por não produzir iodismo;
Por não conter fluoretos (descalcificantes), phosphatos acidos (assimilação nulla), phosphato monocalcico e bicalcico (fraca assimilação), glycerophosphatos (assimilação 18 %);
Por augmentar o numero de globulos sanguineos e restituir as forças;
Por ser um grande agente de estimulação nutritiva e
Por ser um **TONICO PERFEITO** na opinião dos grandes clinicos que já tiveram occasião de observar e constatar (vide documentos annexos ao vidro) os seus beneficos effeitos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Escrophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Bocio, Bronchite asthmatica, Manifestação da syphilis, Rheumatismo chronico, Convalescenças e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

— 0 —

Para obter amostras queira dirigir-se á CAIXA POSTAL 1578. São Paulo.

Productos «Sandoz»

ALLISATINE — Anorexia — Dyspepsias — Diarrhéas — Enterites — Indigestões — Arteriosclerose — Hypertensão periodica — Hypersecreção bronchica.

BELLAFOLINE — Asthma — Espasmos — Hypersecreções — Gastropathias — Colites — Parkinsonismo — Tosse emetisante — Coqueluche.

BELLADENAL — Angina de peito — Asthma — Dismenorrhéa — Epilepsia — Enxaquecas — Tremores.

BELLERGA — Medicação estabilisadora do systema nervoso vegetativo de acção sobre o conjunto: peripherico e central.

CALCIBRONAT — Todas as indicações neuro-psychiatricas da medicação bromada e bromurada — Todo erethismo nervoso cardiaco e genital.

«CALCIUM-SANDOZ» — Descalcificação em geral (Rachitismo, Tuberculose, Fracturas, Gravidez, Período de amamentação, Crescimento) — Pneumonia — Diathese

exsudativa — Estados tetanigenos — Dermatoses — Desequilibrio do systema nervoso vegetativo — Anaphylaxia — Hemorrhagias.

DIGILANIDE — Todos as insufficiencias cardiacas.

FELAMINE — Lithiasis biliar — Angiocholites — Insufficiencia hepatica (Prisão de ventre por hypocholia).

GYNERGENE — Atonia uterina — Menorrhagias — Tachycardia paroxystica — Basedow — Certas enxaquecas — Neuro-dermatose — Urticaria — Glaucoma — Nevroses.

IPECOPAN — Tosse — Coqueluche — Bronchites.

«LOBELINE-SANDOZ» — Asphyxias.

OPTALIDON — Antineuralgico desprovido de toda acção entorpecente.

SANDOPTAL — Insomnias.

SCILLARENE — Cardiotonico de sustentação — Diuretico azoturico.

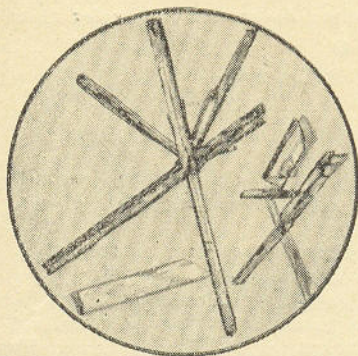
INFORMAÇÕES: BUREAU SCIENTIFIQUE — ALFANDEGA, 201 - 2.º — RIO

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES en-devant SANDOZ, BALE — (Suisse)

Vitaminas Syntheticas „Roche”

B₁ = BENERVA «ROCHE»

Todas as hypovitaminoses B₁



Nevralgias diversas.

Asthenia.

Disturbios intestinaes.

Dôres musculares.

Polynevrites diversas (alcoolica, diabetica, malarica, gravidica, toxica, infecciosa).

Sciatica. Nevrites crural facial, optica, etc.

Ampolas de 2 mg (Caixa de 6)

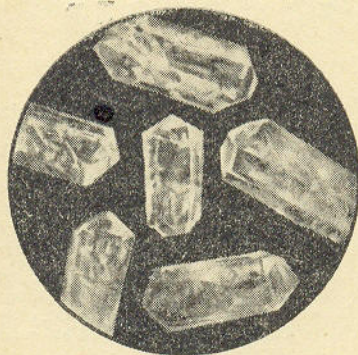
Comprimidos de 1 mg (Vidro de 20)

BENERVA FORTE “ROCHE”

Para supprir, em casos graves, os grandes deficits em vitamina B₁,

Ampolas de 10 mg (Caixa de 3)

C = REDOXON «ROCHE»



Diatheses hemorrhagicas.

Carie dentaria e gengivite da gravidez, vomitos incoerciveis.

Dystrophia, coqueluche, diphteria, affecções pyogenicas dos lactentes.

Prophylactico dos accidentes post-operatorios.

Furunculose, ulcerações.

Catarata.

Estados pre e eschizophrenicos.

Ampolas de 100 mg (Caixa de 6)

Comprimidos de 50 mg (Tubo de 20)

REDOXON FORTE “ROCHE”

Para supprir, nas doenças infecciosas, os grandes deficits em vitamina C

Ampolas de 500 mg (Caixa de 3)

PRODUCTOS ROCHE S. A. — C. POSTAL 329 — RIO

GYNOESTRIL

Di-hydro-folliculina
Gotas (50 U. I. por gota)
Comprimidos (250 U. I. por comp.)
Ampoulas (1000 — 10.000 —
50.000 U. I. por amp.)
Tratamento heroico das Ame-
norréas e disfunções ovarianas

TAXOL

Agar-agar — Fermentos laticios
Mucosa intest. — Acid. biliares
Drageas
Terapeutica fisiologica da
prisão de ventre

RUBIAZOL

O mais atoxico dos sulfamidos
Carboxy-sulfamido-chrysoïdina
Comprimidos — Ampoulas
Stafilo-Strepto-Pneumo e Meningococias.

CALFIX

Calcio granulado associado
á fixadores
Recalcificação em geral

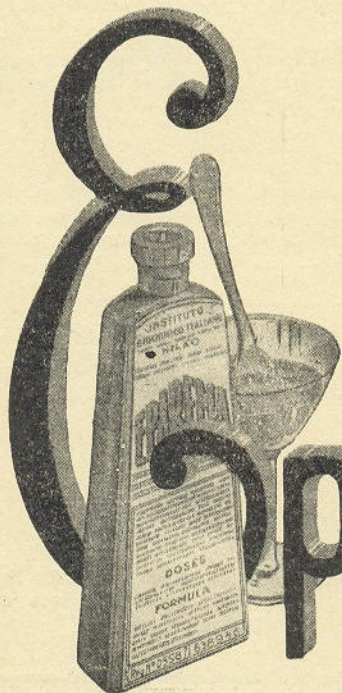
THIOPHYL

Granulos contendo compostos
sulfurados mais estanho.
Stafilococias. Dermatoses

AMOSTRAS E LITERATURAS :

LABORATORIOS SILVA ARAUJO ROUSSEL S/A.

Deposito em Porto Alegre: Rua Andrade Neves 97 — Caixa Postal 818



Em todas as molestias do figado e das vias biliares; na prisão de ventre, dermatose, disturbios circulatorios e nevrose de origem hepatica.

DOSE: 1—3 colherinhas (das de chá) em pouca agua antes das refeições, duas vezes ao dia.

parema

Extrato integral concentrado de figado fresco de vitela, cascara sagrada, boldo, ruibarbo.

INSTITUTO LORENZINI S. A.
Caixa Postal 2893 — S. Paulo.

Iolipobí

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

(Iodobismuthato de qq.+hormolipoides+neuro-díastases)

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	0,200
Hormolipoides de cerebro	0,020
Neuro-díastases	0,002
Lecithina	0,004

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc.

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insolúveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorpção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormonios.

O IOLIPOBI, além de conter essa util acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-díastases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como eficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiplos hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e orgãos a existencia de verdadeiras díastases ou enzymas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellular (hepatodíastases; neuro-díastases; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaz.

INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

MODO DE USAR:

O conteúdo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescripção medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DIRECTOR:

Dr. Mario Pinheiro

Director do Instituto de Neurobiologia
da Assistencia a Psychopathas do Districto Federal

ASSISTENTE:

Dr. Hélión Póvoa

Titular da Academia, Docente da Faculdade e Assistente do Instituto de Neurobiologia

Comentários bibliográficos

Análises de revistas

CARDIOLOGIA

R. Leriche — Reflexões sôbre o tratamento cirúrgico da hipertensão arterial solitária. — Presse Médicale — N.º 26 — 30 Março 1938.

As considerações do A. são feitas a propósito de 19 casos operados nestes últimos anos, permitindo-lhe fixar algumas orientações sôbre o problema.

— Há casos em que nada se obtém, sendo de opinião que a marcha implacável da doença em vez de ser indicação, como se poderia naturalmente pensar, constitue antes uma contra-indicação operatória.

— Deve-se recusar intervir em doentes de mais de 55 anos, em casos de deficiência cardíaca ou com mau eletrocardiograma, na insuficiência renal revelada por azotemia e má eliminação da fenossulfotaleína.

— **A secção unilateral dos esplâncnicos** (com ou sem ablação ganglionar concomitante) pode melhorar o estado de certos hipertensos e determinar uma correção durável da tensão. No entanto, habitualmente, nos casos operados pelo A., a baixa tensional produzida foi transitória.

— A secção bilateral dos esplâncnicos pôde dar bons resultados e completar a ação da operação unilateral, não constituindo, no entretanto, na opinião do A., a operação mais segura.

— A propósito da **suprarenalectomia unilateral** cita dois casos que lhe permitem afirmar que nesses como em certos anginosos que são coronarianos graves, a operação, si não cura, evita ou pelo menos retarda a morte.

Os resultados cirúrgicos podem contribuir para esclarecer a patogenia da hipertensão solitária?

As observações do A. tendem a destacar o fator suprarenaliano, fazendo da hipertensão uma disepinefria, uma doença endócrina; vale como orientação e não como demonstração. Também, no presente momento, numerosos fatos experimentais salientam a origem renal, parecendo ao autor que a doença tem pelo menos tanto de aspeto hormonal e suprarenal, quanto de fisionomia renal, sobretudo em seus primórdios. **P. Maciel**

Marcel Berard. — O Tratamento Cirúrgico Da Angina De Peito Pelos Métodos De Revascularização Do Miocárdio. — La Presse Médicale — N.º 10 — 2 de Fevereiro de 1938.

— O conhecimento do mecanismo fisiopatológico da crise anginosa e da morte, na angina de peito, evidenciando a importância das lesões coronárias e das perturbações da vascularização miocárdica consequentes, sugeriu a possibilidade da revascularização cirúrgica do miocárdio.

Os estudos experimentais de Leriche e Fontaine, mostrando as possibilidades não só anatômicas como funcionais do restabelecimento circulatório anastomótico após obliteração coronária, os trabalhos de Hudson, Moritz e Wearn provando a existência de anastomoses arteriais extra-cardíacas, e a verificação da possibilidade de circulação anastomótica creada artificialmente como num caso relatado por Beck em que se produziu abun-

dante hemorragia pela secção d'uma brida cicatricial que se extendia da base do ventrículo esquerdo ao pericárdio parietal, levaram êste cirurgião e Moritz a realizar uma série de notáveis trabalhos experimentais em cães, cujos resultados justificaram plenamente o novo método de tratamento cirúrgico.

Enxertos vasculares com epiplon e tecido muscular pediculado, supriam o deficit sanguíneo miocárdico, permitindo a obstrução total das coronarias realizada progressivamente, sem prejuizo da função cardíaca.

— A secção do pedículo enxertado, nestes casos, determina a morte imediata do animal.

Uma primeira intervenção com pleno sucesso, levou Beck a praticá-la em mais 11 doentes, com 6 sucessos.

Recentemente O' Shanghuessy, na Inglaterra, publicou uma série de 6 casos operados com uma única morte por hemorragia intestinal de úlcera duodenal; nos 5 restantes desapareceram progressivamente as crises anginosas, retomando alguns pacientes sua vida normal.

Que juizo se pôde fazer do método no presente momento

“O grande argumento teórico que se lhe pôde opor é o de só lutar, na síndrome anginosa, contra o elemento isquêmico.

Praticamente há a ressaltar a gravidade da intervenção.

Beck experimenta, o momento, substituir o enxerto muscular pediculado pelotecido gorduroso mediastínico juxtapericárdico. **P. Maciel**

Roger Froment et M. Jeune. — Estudo Dum Caso De Tireoidectomia Total Por Cardiopatia Descompensada. — Archives des Maladies du Coeur et des Vaisseaux — Junho de 1938.

Desde que foi proposta por Blumgart e outros, a tireoidectomia, como tratamento de certas insuficiências cardíacas, tem sido objeto de numerosas discussões referentes à sua indicação, ao seu modo de agir e aos seus resultados. Froment e Jeune relatam um caso de tireoidectomia em cardiopata, cujo interêsse está não só nas consequências da intervenção, com as hipóteses que suscitam, mas também no fato de ser um caso estudado durante tres anos e meio, o que não é frequente na literatura referente ao assunto.

Trata-se de uma mulher de 42 anos que, havendo antes gozado saúde perfeita, apresenta um quadro de emagrecimento, palidez, tosse hibernal e surtos febrís repetidos. O exame objetivo revela febre de 38°, ritmo de galope com taquicardia sinusal e sinais discretos de estase circulatória. A tensão arterial é normal; não há lesões valvulares, nem albuminúria, nem sinais de aortite. O exame radiológico mostra um coração muito hipertrofiado, com aorta normal. Nenhum sinal de tuberculose nem de sífilis. Wassermann negativo. Tireóide aparentemente normal.

A-pesar-do tratamento muito intenso com digital e uabaina, o estado da enferma, que se agravava mês e meio após a entrada no hospital, permaneceu estacionário durante meses. Foi proposta a tireoidectomia total: metabolismo básico de +11%.

Feita a intervenção, o cirurgião constata, somente, um pequeno adenoma colóide, do tamanho de uma avelã grande, no lobo tireoideu esquerdo. Postoperatório bom.

Decorridos mês e meio da operação, começam a aparecer sinais nitidos de melhora cardíaca. M. B. de —4,3%. Como baixasse a —13 com sinais de hipotireoidia, administra-se extrato tireoideu. A paciente passa bem du-

rante mais de ano. Estado cardíaco muito bom. A dose de Tiroxina Roche é de 8 mgrs. nos 6 primeiros dias de cada mês. Completa-a uma cura mensal de digital.

Como o emagrecimento fôsse considerável, suspende-se por algum tempo a tiroxina. Surgem sinais de mixedema e a área cardíaca aumenta muito, sem sinais de insuficiência cardíaca. O M. B. baixa a —30%.

Recomeça-se o tratamento pelo extrato tireoideu. Com grande surpresa, êste é mal tolerado; o estado cardíaco se agrava, a suspensão da tiroxina apenas serve para aumentar o mixedema, os grandes cardiostônicos não surtem efeito e a paciente morre.

A autópsia não esclarece em nada a etiologia possível da cardiopatia. O exame histopatológico é igualmente infrutífero.

Como frizam os autores, o caso é interessante por vários motivos. Cumpre, em primeiro lugar, saber si o efeito benéfico da tireoidectomia deve ser atribuído à baixa do metabolismo (aliás pequena) ou terá corrido antes por conta da supressão do adenoma colóide, causa possível da cardiopatia, por tireotoxicose. Aliás, o que parece haver escapado aos autores, a tireotoxicose poderia explicar o quadro inicial de emagrecimento, febre e tosse. Ela pode ser a causa latente ou não reconhecida de algumas cardiopatias melhoradas pela tireoidectomia.

Em segundo lugar (ainda segundo os AA.) é preciso notar o aumento de volume do coração por mixedema postoperatório, mixedema cardíaco desacompanhado de insuficiência e capaz de regressão com o tratamento tireoideu. Finalmente, é importante assinalar que êste último, em casos raros, pôde agravar o estado do doente, em vez de melhorá-lo, produzindo trágicas surpresas.

Rubens Maciel

RADIOLOGIA

Paul Gilbert (Paris). — A Roentgenerapia das Adenoidites. — (Comunicação ao Congresso Internacional de Radiologia, realizado em setembro de 1937, na cidade de Chicago). — Journal de Radiologie et d'électrologie. — Tomo 22 — N.º 1.

O A. faz, de início, um ligeiro apanhado da fisiopatologia do "cavum", principalmente do que diz respeito às vegetações adenoides ou hipertrofia inflamatória das formações linfóides existentes no rinofaringe, no primeiro quinquênio da vida.

Depois de descrever os sintomas dominantes (mecânicos e infecciosos), o autor passa a tratar da terapêutica das adenoidites.

Apezar-de compreender geralmente um primeiro tempo médico, êste tratamento é essencialmente cirúrgico e consiste na curetagem das vegetações. Contudo, segundo os próprios otorrinolaringologistas, esta ablação nem sempre é fácil, principalmente si o tecido linfóide se dispõe em lençol, atapetando a parede faríngeana.

Mesmo no caso de vegetações conglomeradas, existem contra-indicações para a intervenção cirúrgica:

- Intervenção precóce (antes dos 4 anos);
- Infecção aguda;
- máu estado geral;;
- coexistência de um síndrome hemorrágico;
- malformações palatinas;
- lesões localizadas no orifício faríngeano da trompa.

A própria natureza histica das vegetações permitiria prever a ação benéfica dos raios roentgen sobre elas, pois sabe-se que o tecido linfóide ocupa o primeiro lugar na escala da radiosensibilidade dos tecidos humanos.

Quanto ao segundo elemento do síndrome, a inflamação, as últimas aquisições mostraram como os estados inflamatórios, sobretudo os superficiais, são favoravelmente influenciados pelos raios em doses fracas.

Apoiado sobre dados experimentais sólidos, o tratamento radiológico mostrou-se, na pratica, eficaz.

Dizendo ter tratado com sucesso mais de 50 crianças, das quais os $\frac{3}{4}$ com menos de um ano, o A. expõe a seguir a maneira como se processa a regressão das adenoidites e cita dois casos dos mais interessantes, retirados da tese de um aluno seu, casos estes graves, de intervenção cirúrgica contraindicada.

O autor emprega doses fracas de raios medianamente penetrantes, ou mesmo penetrantes, filtrados em $\frac{1}{2}$ mm. de cobre ou o equivalente em Al.

O A. insiste, a seguir, sobre a inoquidade do método, porisso que os tecidos vizinhos, principalmente o ósseo, em pleno desenvolvimento, não sofre influência das doses empregadas, sendo sua radiosensibilidade bastante inferior à do tecido linfóide.

Finalizando, o A. resume da seguinte forma suas.

CONCLUSÕES: O tecido adenoideano, por sua própria natureza, é extremamente radiosensível. As adenoidites sendo por definição sempre infectadas, beneficiam-se também da feliz ação da radioterapia sobre o processo inflamatório — noção relativamente recente.

A intervenção cirúrgica é muitas vezes temida nas crianças por causa de complicações seticas possíveis.

As fracas doses de irradiação usadas tornam o método inofensivo e em nada complicam a intervenção, no caso de não terem trazido melhora.

Pelo contrário, a radioterapia pode trazer a cura nas recidivas operatórias.

Carlos Osório Lopes

PEDIATRIA

Robert Clement. — A Transfusão De Sangue No Lactente. — Presse Médicale — N.º 24 — 23-3-38. — Página 459.

O autor estuda a série de indicações da transfusão de sangue no lactente, citando como as mais frequentes e formais:

- As hemorragias graves e mesmo pequenas, dos primeiros dias;
- as hemorragias devidas à queda do cordão umbilical;
- nas síndromes hemorrágicas que são a manifestação precoce duma hemofilia ou duma púrpura crônica;
- a icterícia grave familiar do recém-nascido;
- a icterícia grave infecciosa e a icterícia grave sifilítica que se acompanha de uma anemia severa e de hemorragias digestivas;
- a icterícia hemolítica congênita;
- na leucemía aguda;
- na desnutrição e na hipotrofia (pequenas transfusões);
- durante as moléstias infecciosas agudas e arrastadas;
- nas queimaduras extensas;
- nas broncopneumonias da primeira idade.

O sangue do doador deve ser do IV grupo ou de grupo igual ao do doentinho, sendo sempre preferível este último nos casos de icterícia hemolítica.

A punção das veias superficiais sendo quasi sempre difficil, o autor recomenda proceder à dissecação de uma das veias da dobra do cotovelo.

Os incidentes são raros. A transfusão deve ser lenta e, si houver cianose e alterações do ritmo cardíaco ou respiratório, recomenda fazer injeções tonicardiacas.

Baseando-se em vários autores, indica como dóse máxima 30 cc por quilo de pêso da criança.

Em muitas circunstâncias, conclúe, uma transfusão de sangue tem indicações tão precisas e preciosas, que não se devem tomar em consideração as difficuldades de técnica.

M. Seligman

UROLOGIA

Andrew P. Peterson. — O Cateterismo Retrógado No Diagnóstico E No Tratamento Das Vesiculites Crônicas. — *The Journal Of Urology.* — Vol. 39 — N.º 5. — Maio de 1938. — Pág. 662.

Introdução — Começa o Autor pôr salientar que a-pezar do primeiro cateterismo do ejaculador ter sido feito há já mais de meio século, sua divulgação não tem sido grande. As difficuldades técnicas e a relativa facilidade da vasotomia proposta por Belfield tem sido a seu ver, os fatores que explicam esta pouca divulgação. Considera entretanto a vasotomia um processo muito radical, assim como toda cirurgia de vesícula. Em seu artigo propõe-se a demonstrar que o cateterismo dos ejaculadores não é tão difficil como se pensa.

Literatura — Passa a seguir em longa revista toda a literatura sobre o assunto mostrando a difficuldade que quasi todos os Autores atribuem ao processo.

Etiologia e patologia das vesiculites — Aborda também este ponto mostrando que na grande maioria de seus casos o estafilococo e o micrococo catarral eram os germes responsáveis pelo processo. Alude a relativa raridade do gonococo, si bem que estas vesiculites sejam quasi sempre consequências de blenorragias. Estes resultados não estão entretanto de acôrdo com os de alguns outros autores, por exemplo, White Gradwohl que encontraram o gonococo em 80% de seus 1000 casos de vesiculites, sendo 60% em estado puro e 40% associado a outros germes.

Sintomatologia — Em geral dor no períneo, na região lombar ou no quadril. Polaquiúria, disúria, ejaculação precoce, espermatorrêia e impotência são outros sintomas frequentes. Parestesias várias, como sensação de frio, de calor, ardência, pruridos, etc. em departamentos diversos do aparelho gênito-urinário. Ejaculação dolorosa e dôr depois do coito, assim como reflexos para o estado geral acompanhavam o quadro clínico muitas vezes.

Sinais objetivos: aumento da sensibilidade pelo toque, infiltração da região, pús e sangue nas secreções prostática ou vesicular obtidas por expressão, necrospermia, azoospermia, oligospermia, funiculite e epididimite.

Estende-se depois em considerações sôbre o toque retal, descrevendo

tres variedades de vesiculites diagnosticáveis por êste exame: vesiculite catarral precoce, vesiculite catarral avançada e piovesiculôse. Em cada uma destas variedades detem-se sobre diagnóstico e sintomatologia. Opõe estas fôrmas catarrais às fôrmas intersticiais.

Diagnóstico — Para o diagnóstico o Autor lança mão do toque vesicular e prostático e de um cuidadoso exame do epidídimo e cordão. O exame do esperma e do conteúdo vesicular e prostático obtido por expressão é também levado em conta.

Por fim refere-se a um processo de diagnóstico de muito valor, principalmente na determinação do tipo de vesiculite, a saber, a vesiculografia. Acha que o grande valor desta está no acompanhar a evolução clínica do caso assim como avaliar os resultados da terapêutica que está sendo usada. Para a vesiculografia faz o cateterismo dos ejaculadores com o "Lowsley-Peterson Universal Endoscope". Descreve detalhadamente o aparelho assim como a técnica de seu uso. Detem-se depois nas imagens vesiculográficas normais assim como as obtidas nos diversos tipos de vesiculites catarrais ou intersticiais. Faz também uma crítica das falsas imagens vesiculográficas. Esta parte de seu trabalho é acompanhada de numerosos "clichés" mostrando as belíssimas radiografias obtidas pelo Autor. Como meio de contraste usa o "Súiodan" ou o "Diofrast", produtos a base de iodoorgânico.

Tratamento — Depois de um periodo preparatório de dilatações e massagens suaves, feitas com intervalos regulares e com a bexiga cheia de tripaflavina ou rivanol-dextrose, passa Peterson à parte endoscópica de seu tratamento. As primeiras uretroscopias são apenas para tomar conhecimento do terreno, cauterizar as vegetações exuberantes, regularizar o veru, destruir os pseudopolipos inflamatórios, etc. Estas cauterizações são feitas com fenolglicerina em partes iguais. Sem êste preparo é absolutamente inutil se tentar o cateterismo dos ejaculadores. As tentativas feitas numa uretra não tratada resultam em hemorragias, perfurações de veru, perfurações dos ejaculadores, etc., com consecutiva formação de tecido cicatricial tornando quasi impossivel o sucesso de futuros tratamentos. Raramente existem orifícios ejaculadores se abrindo no fundo do utrículo impossíveis de serem cateterizados como afirmam alguns autores. Começa as dilatações com uma vela 4 e leva o calibre do canal até 6. Introduce a vela numa extensão de 3 a 5 centímetros. Põe em dúvida o valor terapêutico das injeções antissépticas feitas nas vesículas através da sonda. Entretanto está usando êste processo em alguns casos, injetando um albuminato de prata em solução suave e pretende escrever mais tarde um artigo sobre sua impressão do processo. Para êle a base do tratamento das vesiculites crônicas deve ser a dilatação dos ejaculadores afim de facilitar a drenagem das mesmas. Quando faz injeções antissépticas ou quando injeta contraste para as vesiculografias recomenda ao doente ter relações ou se masturbar duas a três horas depois da injeção. Atribue a êste fato nunca ter observado uma epididimite em seus casos. Mesmo quando só faz dilatações recomenda esvaziar a vesícula no mesmo dia afim de evitar estas complicações epididimárias. Repete as dilatações cada 3 ou 6 semanas.

A. Eiras de Araujo