ANO X — N.º 3 PORTO ALEGRE OUTUBRO de 1931

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

COMISSÃO DE REVISTA:

DR. MARIO TOTTA
Prof. da Faculdade de Medicina

DR. DECIO MARTINS COSTA
Do Hosp. São Francisco

DR. WALDEMAR JOB
Do Hosp. São Pedro

SECRETARIO DA REDAÇÃO:
DR. LEONIDAS SOARES MACHADO
Da Diretoria de Higiene

EXPEDIENTE: A correspondencia deverá ser dirigida para a caixa do correio no. 872

Piuria na infancia

Pelo **dr. Decio Martins Costa**, assistente de Clinica infantil da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Muita confusão existe ainda no capitulo das piurias na infancia.

O nome *piuria* vai logrando, aos poucos, substituir a antiga denominação de *pielite*. O que, porém, raramente acontece é ser acompanhada para o diagnostico e terapeutica desses casos, a orientação traçada pelos modernos estudos.

Procurarei na medida de minhas forças sintetisar os notaveis trabalhos existentes sobre o assunto, salientando entre eles, além dos livros classicos, a monografia de Schiff sobre Doenças dos orgãos urinarios na infancia, escrito em 1926; o Problema da Excicose do mesmo autor, em 1929; os artigos de Aron e Hirsch sobre o tratamento das piurias, em 1929; o de Aron, deste ano, e o de Craig sobre Piuria e anormalidades do trato urinario na criança. Muito me valeram igualmente as brilhantes colaborações dos pediatras patricios na „Pediatria Pratica", de S. Paulo, assim como grande cópia de apontamentos e observações clinicas tomados em aulas de Czerny, Schiff e Faerber, em Berlim, e Giron, em Paris.

Trabalho, pois, de compilação, não terá o meu originalidade, sinão na maneira de sistematisar o assunto e, quiçá, na tentativa de uma classificação das piurias, segundo sua etiologia.

A velha noção da *pielite doença*, a caracterisar a inflamação do bassinete e a apontar o Bacterium Coli como seu agente causador, deu lugar á *piuria sintoma*, dependente de causas mais diversas e, portanto, passiveis de processos terapeuticos diferentes.

Cabe a Schiff — o grande assistente de Czerny — a primazia deste estudo, retomado mais tarde pela escola de Breslau.

Impressionou a Schiff que as mais variadas formas clinicas da *„pielite„*, desde os surtos febris leves, acompanhados de anorexia, abatimento e palidez, até as formas graves a culminarem, ás vezes, com as convulsões, perturbações de sensorio, respiração toxica, podessem dar, e dessem sempre, as mesmas modificações da urina.

Observou, além disso, não diferir igualmente o aspeto urinario entre crianças, nas quais se vinha a encontrar a mais completa variedade de lesões anatomicas.

Foi, exatamente, o considerar, de um lado, a diversidade das manifestações clinicas e das lesões anatomicas e, do outro lado, a uniformidade do aspeto do sedimento e, o que é mais, a presença, quasi constante, do colibacilo no exame bacterioscopico, que levou Schiff a afirmar que „o exame de urina, por si só, não torna possivel tirar qualquer conclusão, quer quanto á séde, quer quanto á natureza da doença."

O fato de os mais variados fatores etiologicos, como os mais diversos processos

Amparae a nossa revista, tomando uma assignatura e propagando-a por todos os modos.

anatomicos, originarem uma e mesma modificação na urina faz supôr que „ao aparelho urinario do lactente se póde atribuir uma labilidade funcional igual a do canal gastro-intestinal."

E mais: „que exatamente como póde reagir o lactente ás mais variadas perturbações mórbidas com uma diarréa que, por sua vez, sobre a natureza da doença pouco revela, exatamente assim póde o aparelho urinario reagir com o sindrome urinario: albuminuria, cilundruria e puz.

Aí está, em linhas gerais, o novo aspeto do estudo das piurias na infancia.

Piuria — eliminação de puz pela urina —, é tudo quanto se póde chamar ao sindrome clinico, até que mais detido exame do doente, mais rigorosa anamnese e maior concurso laboratorial, nos venha trazer o verdadeiro diagnostico, isto é, o elemento mórbido ou a anormalidade que tenha posto em prova a hidrolabilidade urinaria, da qual é a piuria simples expressão.

Vence mais uma vez em pediatria o estudo do organismo, de sua constituição, de seu equilibrio metabolico, da segurança de suas reações bioquimicas, sobre tendencia já um tanto arcaica, que pretende satisfazer a curiosidade cientifica com um diagnostico que se apoie na verificação de um agente infeccioso e na suposição de uma lesão anatomica.

Assim no capitulo das Pielites que tanto relevo teve em medicina, a inflamação do bassinete foi uma hipotese e a responsabilidade ao colibacilo atribuida no minimo uma facilidade explicavel.

Com efeito, aos exames anatomo-patologicos, procedidos por diversos autores, em crianças falecidas das mais graves formas de „pielite", excepcionalmente era encontrada a inflamação do bassinete e, quando isso acontecia, havia concomitantemente a atinencia renal a se manifestar em pequenos abcessos.

Essa simples observação, verificada aliás por muitos pesquisadores, tais como Finkelstein, Aron, Hirsch, Schiff da Alemanha, Lereboullet, Nobecourt e suas escolas, de Paris; Helmholtz, dos Estados Unidos, e Frank, de Praga, bastaria para invalidar a denominação de *pielite*, de vez que esta não está caraterisada anatomicamente.

Quanto ao coli como agente causador determinante, falam igualmente rigorosas pesquisas cientificas.

Assim Helmholtz, poude averiguar no decorrer de piurias devidas a nefrite purulenta que, embóra intensa a colibaciluria, rarissimos exemplares de coli eram encontrados no pús dos abcessos do rim, onde, ao contrario, abundavam, ora estafilo, ora estrepto, ora a associação de ambos.

Bem expressivos são igualmente os trabalhos experimentais de Schiff.

Injetava Schiff em ratos, por via endovenosa, nuns coli, noutros estafilo e estreptococos.

Os ratos injetados com cultura quer de estafilo quer estreptococos apresentavam, 24 horas depois, formação de abcessos na capsula renal, visiveis macroscopicamente, emquanto que a coliinfecção deixava de revelar fenomenos morbidos.

Schiff impressionado com a observação de que o sindrome urinario dos lactentes com frequencia se instala depois de uma peiora aguda do estado de nutrição e, principalmente, que é possivel fazê-lo desaparecer desde que se cubra a necessidade hidrica do organismo, resolveu tentar a realização de observações experimentais o que empreendeu com a colaboração de Beyer.

Assim forçando a deshidratação encontrou exame comum de urina tal que corresponde exatamente ao da *piuria*.

Em muitos casos — diz Schiff — existem desde o inicio os leucocitos no exame de sedimento; em outros aparecem primeiro os *eritrocitos* e *cilindros* e só então, progressivamente, vão diminuindo até que predominam os leucocitos.

Por considerar quão facil é a deshidratação aguda na lactencia e quão comum os sintomas urinarios que a acompanham, resolveu Schiff denominar essas fórmas de „Dehydratation Pyurien".

Aron e Hirsch descrevem-na sob a fórma clinica septico-meningea, caraterisada pela gravidade dos sintomas nervosos e os de intoxicação.

Põem sempre em relevo o estado geral do organismo, recomendam terapeutica que atenda á deshidratação, mas não estudam a genesi dela.

Margarido Filho e Simões Correia, da escola pediatrica de S. Paulo, sem comentarios aos estudos de Aron e Hirsch, acentuam não constituir novidade o artigo dos professores de Breslau e referem mesmo terem antes da leitura dele modificado o tratamento das piurias em face da grande

Moynihan, sob o pretexto de dar um acesso mais facil ao pediculo do lado interno. Este autor aconselha tambem aquela seguindo o bordo externo do recto esquerdo, prolongando-a transversalmente, si preciso.

Uma incisão obliqua, seguindo o rebordo costal esquerdo, com resecção das cartilagens costais da 8.ª, 9.ª e 10.ª dá uma ótima luz sobre o orgão e expõe facilmente o pediculo.

A linha de incisão preferida por Pauchet segue a mais ou menos um dedo transverso abaixo do rebordo costal. Foi esta a seguida pelo Dr. Alfeu Bica de Medeiros em uma esplenectomia praticada por mal de Banti, conseguindo uma boa exposição do baço, com relativa facilidade em luxar o orgão e ligar os pediculos apezar das solidas aderencias para o lado do diafragma.

Si bem que esta incisão corte varios nervos intercostais, ela é raramente seguida de paralisia da parede. Dão-lhe preferencia tambem Kuttner e Beer.

Afim de conservar estes nervos, Lecène aconselha uma incisão começando sobre o rebordo costal esquerdo, a altura da 9.ª cartilagem costal, desce obliquamente ao longo dos nervos intercostaes que se dirigem ao grande recto e passa a linha mediana imediatamente acima do umbigo. Está incisão, alem da boa luz sobre a loja esplenica, permite ser facilmente aumentada para cima, entre as costelas, quando a hipertrofia se extende naquela direcção. Vimos empregar esta incisão no serviço do prof. Gosset e ouvimos os motivos porque a prefere explanados por aquele mestre. Para dar mais luz, um saco de areia é colocado do lado esquerdo do torax, o que permite ao operador ver, sob o diafragma e operar sob o controle da vista.

Aberta a loja esplenica, é preciso em 1.º lugar explorar o grau de liberdade do baço e procurar circunscrever, com a mão, todo o orgão, luxando-o ao mesmo tempo.

Si as aderencias forem muito numerosas e fortes, devem ser ligadas e incisadas cuidadosamente em virtude das hemorragias que delas provêm.

O orgão exteriorisado é isolado sobre campos e uma compressa humida e quente é aconselhavel colocar atraz do baço.

Após a luxação nada mais ha a fazer do que a ligadura dos vasos curtos (epiplon gastro-esplenico) e após o pediculo principal (arteria e veia esplenicas) e terminar pela verificação de um ou outro vaso que pudesse haver escapado.

Quando as aderencias são muito numerosas e a hemorragia abundante, pode-se tentar começar a operação pela ligadura da arteria esplenica, tendo-se o cuidado, si se a pinça previamente de não comprender entre os ramos da pinça a cauda do pancreas. Não sendo possivel este pinçamento, pode se fazer uma compressão da arteria sobre o pancreas.

A anestesia aconselhada por Vilor Pauchet é a paravertebral ou rachiana.

Para a realização da primeira, ele injeta ao nivel das articulações costa-vertebral desde a 5.ª até a duodecima costela.

Como já vimos precedentemente, a drenagem é desaconselhavel. Facilita a infecção e predispõe ás hernias.

Indicações

Numa variedade enorme de molestias o baço reage da mesma maneira, pela esplenomegalia, donde a necessidade de se ter em vista, no tratamento cirurgico deste sindromo, de cada caso em particular.

Vamos dividir as esplenomegalias segundo as causas que as determinam. Teremos, assim, em vista, as indicações cirurgicas onde os grandes baços constituem por si só toda a doença e aquelas em que ha esplenomegalia como reação de uma causa geral.

Neste segundo grupo, que é o que nos interessa mais de perto, separaremos, ainda, as doenças do sangue e dos orgãos hematopoieticos, nos curso dos quaes ha uma esplenomegalia.

Começaremos, consequentemente, pelos tumores do baço, onde não existe alteração da formula sanguinea e sem repercusão directa sobre o estado geral.

Os neoplasmas primarios do baço são raros e as metastases, em virtude da sua situação, não o são mais comummente encontradas.

Nos tumores primitivos sem metastases, a esplenectomia é a operação de escolha, podendo a irradiação previa do tumor melhorar as condições de operabilidade.

Os cistos do baço não parasitarios são de uma etiologia mais ou menos contravertida. Fowler liga a sua origem a precedentes traumatismos.

Como o diagnostico dos pequenos cistos é raramente feito antes da operação, a esplenectomia, geralmente, se pratica nestes casos. Esta intervenção é executada sem grandes dificuldades.

Os cistos parasitarios do baço são ocasionados pelo equinococus. Encontram-se exclusivamente nos paizes onde esta infecção é endemica. Constituem, eles, 2 por cento de todas as infecções pelo equinococus e o diagnostico é confirmado pela marcada eosinofilia e pelas reações do desvio do complemento.

Como a sintomatologia se resume nos efeitos mecanicos, determinados pelo tamanho do cisto, a intervenção só é praticada em casos de cistos muito volumosos, o que requer, sempre, a esplenectomia.

Esplenomegalias infecciosas

Dentre as doenças infectuosas que determinam a esplenomegalia, destacam-se a sifilis, malaria e tuberculose, alem da Leishmaniose, a esplenomegalia egipcia, causadas pelo Schistosomum hematobium, a febre de Malta ou Mediterranea, tendo como agente o Micrococus Melitensis e a esplenomegalia Amazonica, que já nos fala mais de perto.

A Sifilis

A questão da sifilis esplenica é um dos mais debatidos capitulos da sifiligrafia.

Querem uns explicar quasi todas as esplenomegalias pela infecção luetica, dando a espiroqueta de Schaudin como o causador de quasi todas as desordens anatomo-histologicas do baço. Para estes, a ictericia hemolitica e principalmente o Mal de Banti não são sinão sintomas de periodos diversos da sifilis.

Anes Dias, na 3.ª serie de suas Lições de Clinica Medica, descute, com a clareza que lhe é peculiar, esta questão em relação ao mal de Banti e termina com a seguinte fraze, que nos dispensa quaesquer outros comentarios:

„Si fosse verdadeira a opinião que a sifilis explica tudo o que se passa no mal de Banti, não se podia comprender a ação curativa da esplenectomia, pois, após esta a sifilis continua e não ha motivo para que poupe o figado pelo fato de ter sido removido o baço.

Tuberculose

A tuberculose primitiva do baço é rara, mas pode causar grandes hipertrofias, sem lesões tuberculosas para outros orgãos, o que bem justifica a esplenectomia. Winternitz, examinando o sangue de 26 pacientes achou-o normal em 9, anemico em 11 e policitemia em 6.

Como, porem, esta esplenomegalia pode se relacionar com a imunidade, quanto á tuberculose, a esplenectomia só deverá ser indicada com a certeza de que ela não abrirá ás portas a uma infecção generalisada.

Malaria

O baço é usualmente aumentado na Malaria e nas formas cronicas, esta sua hipertrofia pode chegar ao ponto de se tornar embaraçosa para o paciente. E' ele depositario, na Malaria, de numerosissimos parasitas, a ponto de ter sido sua extirpação aconselha com o fim curativo radical, da malaria cronica.

Em face da friabilidade do baço nesta infecção cronica e ao seu tamanho, expondo-o facilmente aos traumatismos, arriscando-o a ruturas expontaneas e comprimindo os orgãos vizinhos, a esplenectomia tem sido muito recomendada e praticada. Mas, estas mesmas causas são motivos para contra-indicações que só se podem julgar definitivamente depois da abertura do ventre. O tamanho, a friabilidade e principalmente as aderencias que o baço contrae com os orgãos vizinhos, tornam esta operação, algumas vezes, não só perigosa como até certo ponto inexequivel.

O baço malario é tão friavel que os codigos de certos paizes, onde esta infecção é endemica, prevêm uma pena especial para as contusões sobre o hipocondrio esquerdo.

Leishmaniose

Afecção endemica, em certos paizes orientais, com alta cifra de mortalidade, apresenta, constantemente, um grande aumento de volume do baço que se pode extender até o umbigo.

Como na malaria é muito friavel e a esplenectomia pode, apezar da infecção ser geral, determinar alguma melhora quanto á marcada sintomatologia abdominal.

Esplenomegalia Egipcia

Nesta Bilharziose o baço se apresenta hiperplasico e fibroso. Pode atingir tamanhos consideraveis, até 1k600 gramas e é sitio de forte dor, mórmente após as refeições.

Precocemente a esplenectomia tem suas indicações bem fundamentadas e com uma

mortalidade de 15,7 por cento, nas mãos de Coleman e Boteman.

Febre de Malta

Nos casos agudos, a esplenectomia é formalmente contra indicada.

Pode, entretanto, ser praticada, si a anemia progride após o desaparecimento da septicemia.

Esplenomegalia Amazonica

Denomina-se, assim, uma esplenomegalia descrita por Strong, membro da expedição realizada por Hamilton, na bacia do Amazonas. Suas manifestações clinicas muito se assimelham áquelas do mal de Banti. O baço é aumentado e duro, tornando-se mais tarde doloroso e sobrevindo hematemeses e anemia.

Para Costellani, a esplenectomia deve ser contraindicada nesta esplenomegalia.

Os casos desta intervenção foram, entretanto, tão pouco numerosos que não se pode ainda ter uma opinião definitiva sobre as suas vantagens ou inconvenientes.

Doença de GAUCHER

Em 1882 Gaucher descrevia, pela primeira vês, um epitelioma primitivo do baço com todos os caracteres da doença que traz, hoje, seu nome.

Tratava-se assim, para ele, de um tumor maligno onde, de facto, os elementos proprios do baço são substituidos por grandes celulas poliedricas, chamadas celulas de Gaucher, contendo uma substancia homogenea e especial.

A concepção de Gaucher, considerando esta afecção como epitelioma e aquela de autores mais modernos (entre eles Lecène) que julgam tratar-se de um endotelioma primitivo do baço, têm sido substituidas pela interpretação mais recente e mais aceita, de tratar-se de uma afecção grupada entre aquelas genericamente chamadas sistematicas ou do sistema reticulo-endotelial.

Serve, assim, a doença de Gaucher de traço de união entre os dois grupos em que dividimos as afecções que têm como sindromo uma esplenomegalia.

Si bem que o sitio do processo tenha sido indiferentemente localisado no tecido hematopoietico, no linfatico e no sistema reticulo-endotelial, parece certo que o mal de Gaucher é uma doença constitucional, participando dela todo o sistema reticulo-endotelial. Assim, embora, o quadro do mal de Gaucher haja sido muito bem descrito, sua patogenia permanece mais ou menos obscura, o que acarreta, como consequencia, um estado de maior ou menor indecisão na terapeutica actual.

Para Lècene e Leriche, que a consideram como um tumor benigno primitivo do baço a esplenectomia tem uma indicação precisa.

O tratamento cirurgico do mal de Gaucher está, entretanto, ainda em periodo experimental, em virtude não só da patogenia como da dificuldade de ser feito o diagnostico que só é possivel pela punção do baço, contra-indicada pelas serias hemorragias que lhe sobrevem.

Assim, quasi todas as esplenectomias praticadas por esta doença tratam-se de achados operatorios.

Sobre o tratamento cirurgico deste mal, citaremos estatisticas cujos numeros, dirão, com maior clareza que quaesquer palavras:

Cushing sobre 49 casos praticou a esplenectomia em 29 com 6 mortes, isto é, 20%.

A maioria dos restantes melhorou de peso e força e apresentou uma menor tendencia ás hemorragias, o figado diminuiu em 2 e aumentou em 4 casos.

No fim de 10 anos, 2 dos pacientes estavam em boas condições de saude e 1 no fim de 5. Nesse mesmo periodo 2 operados apresentavam más condições de saude.

Giffin publica 4 casos com uma morte post operatoria, uma morte alguns mesês depois, um morto após 3 anos e outro sobrevivendo, em boas condições, 12 anos depois de operado.

Beer cita 5 casos operados com 2 curas e 3 mortes post operatorias. Para este cirurgião não se deve praticar a esplenectomia no mal de Gaucher e é de opinião que, si se pudesse fazer o diagnostico preciso, não se praticariam esplenectomias na doença de Gaucher.

Davidsohn publicou, em 1928, um caso desta molestia em um menino de 9 anos operado, com aumento de 5 quilos, passagem da taxa de hemoglobina de 53% a 90%, subindo as hematias para 5.000.000 e leucocitose normal.

Estamos, assim, na teurapeutica do mal de Gaucher em um periodo experimental.

Nenhum tratamento satisfatorio foi até hoje encontrado. Transfusões de sangue, irradiação do baço, varias drogas, como ar-

senico, ferro etc. têm tido uma ação ineficaz. Quanto á esplenectomia, não se pode esperar dela a cura da doença de Gaucher. Pode, entretanto, melhorar, em casos determinados, as hemorragias, a sintomatologia abdominal e a perda de peso. Talvês, sejam esses beneficios devidos exclusivamente ao efeito mecanico da extirpação de um orgão grandemente hipertrofiado.

Sangue

Nas esplenomegalias, as modificações mais frequentes e interessantes, para o cirurgião, são aquelas que se processam para o lado do sangue.

Após a esplenectomia se dá regularmente, um aumento de globulos vermelhos e de hematoblastas.

Foi esta modificação da crase sanguinea o principal indicador do verdadeiro caminho a seguir nas operações do baço, em se tratando de doenças do sangue e orgãos hematopoieticos.

Mal de BANTI

De todas as esplenomegalias com alterações para o sangue e orgãos hematopoieticos, nenhuma, cremos, despertará, em nosso meio maior interesse que a entidade clinica comunmente conhecida por *mal de Banti*.

De facto, já foi ela assunto de uma tese de doutorando, em nossa escola, o prof. Anes Dias teve oportunidade de, sobre ela, dizer e publicar esplendida aula, e uma esplenectomia com completo exito foi, entre nós, praticada em um paciente portador deste mal.

Podemos, assim, com mais liberdade, esplanarmos sobre uma molestia que nos interessa mais intimamente.

Denomina-se mal de Banti a uma esplenomegalia associada á leucopenia e á anemia e se manifestando por hemorragias do tubo digestivo e evoluindo para uma cirrose do figado com ascite.

Foi descrita pela primeira vês em 1882 pelo professor florentino Banti, é chamada tambem, parece-nos sem muita razão, anemia esplenica e sua patogenia é ainda discutida. Compreende o sindromo que Banti descreveu, fazes distintas que importam ao cirurgião bem distingui-las pelo facto do prognostico da intervenção depender do periodo em que é praticada.

Estas fazes são tres:

1.ª Faze anemica, com anemia, grande baço, perturbações intestinaes, e de 4 a 5 anos de duração.

2.ª Intermediaria, muito curta, com oliguria, sub-ictericia e urobilinuria. Enfim uma

3.ª Ascitica ou terminal, com cirrose atrofica do figado e ascite.

A etiologia do mal de Banti é, hoje, ainda completamente desconhecida, si bem que varios autores, desde Banti, tenham lhe dado varias origens. Assim, podemos nos abalançar a concluir, que toda esplenomegalia com anemia, que tiver uma causa bem explicada, não é mal de Banti.

Como já vimos, os sintomas que caracterisam esta entidade morbida são: para lado do sangue a leucopenia e anemia.

Nos casos de:	Assim existiam: Glob. vermelhos	Glob. brancos	T. Hemoglobina
Osler 41 casos	3.425.000	4.520	
Griffin 18 casos		4.200	abaixo 75 %
Chaney 69 casos	3.700.000	4.990	58 %
Haurahan 22 casos	3.452.000	4.570	50 %
Anes Dias 1 caso	3.300.000	4.300	59 %
P. Soares Neto 1	4.000.000	4.300	53 %

Alem destes sintomas notam-se sensação de peso e dor no hipocondrio esquerdo, baço palpavel, mucosas descoradas, hemorragias que começam por pequenas epistaxis e terminam em grandes hematemeses ou melenas, leves ascenções termicas; sensivel diminuição de urina, já no 2º periodo, albuminuria, perturbações digestivas, ictericia e leve aumento do figado e, finalmente, a ascite, com desaparecimento da ictericia, com acentuação da oliguria e uma grande hemorragia, quasi sempre final.

Tratamento

Si bem que para Edwin Beer a terapeutica do mal de Banti seja uma questão

contravertida, parece-nos que no estado actual da cirurgia esta contraversão não mais existe.

Para Banti a esplenectomia é o meio ideal para a cura desta anemia esplenica, desde que seja feita precocemente.

Julga ele que a intervenção só deve ser aconselhada no 1° e 2° periodos.

Apezar desta opinião prevalecer, ainda hoje, não são poucos os casos publicados do mal de Banti operados no periodo ascitico, com ótimos resultados.

Entre estes citaremos aquele de Albertin, de uma paciente com ascite e cirrose hepatica que, 15 anos após a intervenção, se achava em ótimas condições de saude. Nesta doente o numero de leucocitos passou a 2.000 para 15.000 e a modificação que sefrera a formula leucocitoria foi constante.

Para Cardarelli a esplenectomia salva todos os doentes, quando praticada no 1° periodo; $^2/_3$ quando no 2° e somente $^1/_3$ no terceiro.

Blaki e Livio Losio indicam-na em todas as fazes.

Segundo os estudos hematologicos recentes, de Rosenthal, a esplenectomia dá melhores resultados no grupo trombocitopenico do mal de Banti, não sendo os resultados, nos outros casos, tão satisfatorios.

As estatisticas de mortalidade, estatisticas estas onde estão incluidos os pacientes em todos os periodos, em más ou boas condições de operabilidade, são argumentos que falam em favor da esplenectomia. Assim, Giffin, até 1920 havia operado 71 casos com 9 mortes no hospital (12,6 %) e 22 mortes tardias, com 27 pacientes em ótimas condições após 5 anos, com 17 que viveram bem mais de um lustro, com 16 pacientes vivos na epoca em que Giffin publicou sua estatistica e com um paciente muito bem, embora operado ha 11 anos.

Mayo, em 1923 conta 83 casos com 13 % de mortalidade.

Logo, de tudo que acabamos de ver, podemos concluir praticamente:

1.° A esplenectomia é a indicação terapeutica de mais valor no mal de Banti.

2.° No primeiro periodo ela deve ser aconselhada com bom prognostico e com grandes probabilidades de profundas modificações, para melhor, na crase sanguinea e estado geral.

3.° As principaes modificações sanguineas determinadas pela esplenectomia são: o aumento de globulos vermelhos e hematoblastas, ascenção da taxa de hemoglobina e crescimento exagerado do numero de globulos brancos.

No caso de Anes Dias, as hemacias subiram, 5 dias após a operação de 3.300.000 para 4.360.000; os leucocitos de 4.300 para 14.700; a hemoglobina passou de 59 % a 68 % e os hematoblastas de 290.000 a 360.000.

Vemos, assim, que, embora o numero de hematoblastas não fosse muito diminuido, a ascenção foi consideravel.

4.° As hemorragias cessam, com a esplenectomia, ou quando a intervenção é praticada em faze mais avançada, diminuem consideravelmente de intensidade, desaparecendo o risco de se tornarem mortaes.

5.° Quando ha trombocitopenia o prognostico é mais favoravel.

6.° No 2° periodo é ainda a esplenectomia a terapeutica de escolha, dependendo a indicação do estado geral do paciente e da intensidade das hemorragias.

7.° No periodo ascitico a mortalidade operatoria é maior, os resultados são menos encorajadores, mas . . . não conhecemos outra maneira de tratar do mal de Banti!!...

Purpura hemorragica

Por purpura hemorragica, ou melhor, purpura hemorragica trombopenica, designa-se um grupo de doenças em que as hemorragias patologicas são associadas á marcada redução no numero de hematoblastas ou trombocitos.

Foi esta diminuição de hematoblastas que sugeriu a Kaznelson, um estudante de Praga, a esplenectomia, na purpura hemorragica. Kaznelson partiu da teoria que o baço destruia os hematoblastas e era, por conseguinte, o responsavel pela sua diminuição no sangue circulante.

A observação deste caso do estudante de Praga é tão elucidativa e adquiriu uma fama tamanha, que bem merece de vós, a resignação de mais uns minutos mal empregados:

Tratava-se de uma mulher de 36 anos, sofrendo, já ha varios anos, de hemorragias cronicas repetidas. Em 1906, teve graves hemorragias que fizeram sua taxa de hemoglobina baixar a 10 %. Em 1910, após um parto, perdeu consideravel quantidade de sangue, continuando assim, com serias hemorragias intermitentes até 1916,

quando lhe surgio abundante epistaxis rebelde a todo tratamento.

Por essa epoca o baço descia até 3 dedos transversos do rebordo costal, a pressão sanguinea era normal e não havia hipertrofia ganglionar nem dores externaes ou tibiaes. O exame de sangue mostrou 3.790.000 globulos vermelhos, 6.710 globulos brancos e 200 hematoblastas. A coagulação começava aos 3 minutos mas, ao fim de 48 horas não havia ainda coagulos.

Após a esplenectomia, praticada com facilidade pelo prof. Schloffer, de Praga, as modificações do quadro clinico foram admiraveis: A tendencia a sangrar desapareceu. O numero de hematoblastas subiu a 500.000 e a coagulação tornou-se normal. As sequencias foram taes que se considerou a doente radicalmente curada de sua purpura hemorragica.

Casos como este, depois de 1916 já se contam acima de uma centena.
Beer, só no hospital de Mont-Sinai de New York, publicou 20 casos, completamente curados pela esplenectomia.

Esses ótimos resultados só se observam, entretanto, na forma cronica da purpura hemorragica (aliás, a mais comum) pois nos casos agudos o indice da mortalidade é elevado.

A operação é relativamente sem dificuldades pela ausencia de aderencias.

Concluimos, assim, ser a cura dos casos cronicos de purpura hemorragica trombopenica um dos triunfos da cirurgia esplenica.

Ictericia hemolitica

Ictericia hemolitica ou acholurica é uma doença constitucional, de factor determinante desconhecido, com esplenomegalia, e onde se distinguem 2 tipos: o tipo familiar, reconhecido por Minkowiski e o adquirido descripto por Hayem.

Os sistemas mais nitidos são, alem da esplenomegalia, a ictericia, uma diminuição da resistencia globular com anemia, a presença de urobilina e ausencia de bilis, na urina.

Nesta doença, assim como na purpura hemorragica, o numero de esplenectomias seguidas de cure, é elevado. Até hoje, já se publicaram quasi 2 centos de casos com bons resultados.

Não se explica, entretanto, o motivo do desaparecimento dos sintomas, quando se sabe que a ictericia hemolitica afecta todo o sistema reticulo endotelial e a esplenectomia remove unicamente uma parte.

Deve-se notar, tambem que, si bem que desapareçam a anemia, a ictericia, a resistencia globular não aumenta regularmente e alguns casos de recidivas foram observados.

Anemia esplenica infantil

Na anemia esplenica infantil de von Yaksch; anemia pseudoleucemica da infancia, — cuja patogenia deixamos aos pediatras — a esplenectomia não deve ser aconselhada.

Anemia perniciosa

As dificuldades em se encontrar um tratamento para a anemia perniciosa e os ótimos resultados obtidos em outras afecções do sangue, levaram medicos e cirurgiões a voltarem seus olhares para a esplenectomia.

Assim, muitas extirpações do baço foram indicadas nesta anemia e, entre as estatisticas mais completas destaca-se a de Krumbhaar, que reuniu 153 casos de esplenectomias em anemia perniciosa.

Destes 153 morreram 20% logo após a intervenção, 99 melhoraram, mas 6 mêses depois não se contavam sinão 53 sobreviventes e no fim de um ano só restavam 27.

Passados 2 anos somente 2 viviam e estes mesmos eram ainda atingidos de anemia perniciosa . . .

Por esta estatistica vemos quão precarios são os resultados de esplenectomia na anemia perniciosa.

Felizmente, parece que uma nova era surge para estes doentes, com o regime de Minot-Murphy e a cirurgia passa, satisfeita, a melhores mãos, o tratamento da anemia perniciosa.

Leucemias

Não nos deteremos nas apreciações do valor da cirurgia nas leucemias cronicas mieloide e linfoide, onde esplenectomias foram tentadas, pelo nenhum resultado proveniente destas experiencias.

Conclusões

1. Os conhecimentos actuaes da função esplenica já nos permitem realizar, sobre o baço, operações verdadeiramente fisiologicas.

2. A cirurgia do baço, embora antiga, só nos ultimos 20 anos desenvolve-se cientificamente.

3. A cirurgia muito cooperou para os conhecimentos actuaes da fisiologia do baço.

4. O baço, exercendo uma especie de controle sobre os globulos do sangue, mantendo sempre uma percentagem e relação certa entre eles, deve ser extirpado quando esta sua função foi corrompida.

5. Nas esplenomegalias, com indicação operatoria, a esplenectomia é a operação de escolha.

6. Após a esplenectomia as outras partes constituintes do sistema reticulo-endotelial se hipertrofiam.

7. A esplenectomia é uma operação facil, quando não existem aderencias.

8. Nas esplenomegalias a indicação operatoria depende de cada caso particular.

9. Os tumores e grandes cistos do baço exigem, sempre, a esplenectomia.

10. Os pequenos cistos e abcessos podem ser beneficiados com a esplenotomia.

11. A sutura do tecido esplenico é dificil.

12. Nas esplenomegalias infecciosas a friabilidade do baço e as numerosas aderencias dificultam a esplenectomia, aconselhada somente pelo consideravel tamanho que o orgão pode atingir.

13. A esplenectomia não deve ser praticada no mal de Gaucher, a não ser com o fim de melhorar determinadas hemorragias ou atenuar certos sintomas abdominaes.

14. Nas doenças do sangue e orgãos hematopoieticos a esplenectomia promove um aumento de globulos vermelhos e hematoblastas.

15. O mal de Banti, no primeiro periodo com trombocitopenia é uma das grandes indicações da esplenectomia.

16. A segunda faze do mal de Banti, e os casos onde o numero de plaquetas não é muito diminuido tambem aproveitam bastante com a extirpação do baço.

17. No periodo ascitico deste, a mortalidade operatoria é relativamente elevada.

18. A esplenectomia constitue um dos triunfos da cirurgia esplenica, nos casos cronicos de purpura hemorragica trombopenica.

19. Na ictericia hemolitica os resultados obtidos, com a esplenectomia, podem ser considerados ótimos.

20. Nas chamadas anemias esplenicas infantis, na anemia perniciosa e nas leucemias mieloide e linfoide, a esplenectomia não deve ser aconselhada.

21. As indicações cirurgicas nas esplenomegalias são vastas e aquele que se abalança a descreve-las vê-se forçado a agradecer e pedir desculpas aos que o escutaram . . .

Illustre doutor!

Chamamos a vossa attenção para os preparados annunciados neste numero.

Não deixae de lêr o numero de Outubro, que trará, tambem, trabalhos brilhantes e selectos

e

enviae o quanto antes, se ainda o não fizestes, a vossa adhesão ao Syndicato Medico do Rio Grande do Sul, sediado em Porto Alegre, á rua General Camara 264.

A PROPOSITO DA PSITTACOSE

Pelo prof. **Thomaz Mariante**, lente de clinica propedeutica medica da Faculdade de Medicina.

Cuique suum

Quando, em Julho do anno passado, publiquei no n.º 7 do „Archivo Medico" a observação do que julguei e ainda julgo ser um caso de psittacose humana, affirmei não haver sido ainda identificado, em nosso meio, nenhum caso dessa doença, assim como chamei a attenção para o facto paradoxal de „embora em todos os tempos os nossos psittacidéos terem sido responsabilisados pela disseminação do mal, ser este quasi desconhecido em nosso meio."

Trabalhos posteriores, dados a lume por: Uzeda Moreira, nas „Publicações Medicas" de Outubro de 1930; Virgilio de Aguiar, no „Ceará Medico" de Agosto de 1930 e de Março de 1931; J. R. Meyer, Genesio Pacheco e Otto Bier, nos „Archivos do Instituto de Biologia de São Paulo", volume 4, de Abril de 1931; Henrique de Sá, na „Revista das Clinicas", de Julho de 1931, vieram confirmar, in totum, taes apreciações, pois, mesmo o caso publicado em 1904 por Claudio de Souza, a unica observação encontrada na literatura medica nacional antes da minha publicação „não teve, como diz Uzeda Moreira, a documentação bacteriologica necessaria, razão porque ficando incompleto, póde ser posto em duvida." Ora, como nenhum desses collegas faça a menor allusão ao meu modesto trabalho, que si outro merito não tivesse, teria, em todo o caso o de haver focado em primeiro logar, o problema da raridade da psittacose em um paiz accusado de exportar essa entidade morbida, encarando-o por todas as faces e procurando a solução necessaria, em parte, a mesma por elles proposta e, como cada vez mais me convença da veracidade do meu diagnostico, esteiado não só na feição pouco commum do quadro clinico, difficilmente enquadravel entre as doenças que estamos habituados a vêr, como na prova laboratorial positiva na negatividade dos seus resultados, pois, não é possivel dar valor aos poucos cocci (de tão escassa vitalidade) encontrados no escarro, e principalmente, na evidencia das condições etiologicas, tão claras e precisos, o maior argumento diagnostico, como se póde deduzir das palavras de Genesio Pacheco e Otto Bier: „verdade é, que o numero de casos de psittacose deve ser accrescido de muitos que passam como grippe, pneumonia ou febre typhoide, *porquanto o diagnostico de psittacose só póde ser feito pela presença de papagaios na anamnese*, que nem sempre é bem inquirida," e, como, na phrase de Uzeda Moreira, os clinicos precisam ir em ajuda dos bacteriologistas, resolvi reeditar o referido trabalho, na esperança de que desta vez não seja esquecido, o preceito latino *cuique suum*.

Porto Alegre, 14—9—931.

Psittacose*)

Por *Thomaz Mariante*
Prof. de Clinica Medica da Faculdade de Medicina.

A psittacose está novamente na ordem do dia, com os surtos epidemicos ultimamente verificados na Argentina, na França, na Allemanha e nos Estados Unidos; entre nós, porém, ao que me conste, ainda não foi identificado nenhum caso, razão pela qual o uso chamar a preciosa attenção dos collegas para a observação que se segue, que realisa o quadro clinico integral da doença dos papagaios, satisfazendo a todas as condições etiologicas.

OBSERVAÇÃO

No dia 21 de Março do corrente anno foi chamado para attender a uma antiga cliente minha que enfermára gravemente no dia anterior. Tratava-se de uma senhora de 67 annos de edade, viuva, de côr branca, natural de Sta. Catharina, porém, de ha muito residente em nossa capital, á rua S. Raphael 746, portadora de uma esclerose cardio-renal, já por mim tratada, o anno passado, de diversos accidentes cardiacos e renaes. Havia, porém, mais de 6 mezes que vinha passando bem, quando, no dia 20 de Março, á noite foi presa de intensos cala-

*) O presente trabalho foi publicado no n. 7, de Julho de 1930, do „Archivo Medico", que é esta mesma revista que circulou 3 mezes com aquelle nome. Como não foi citado em nenhum trabalho dos que appareceram sobre Psittacose, resolvemos publical-o outra vez. *Nota da Red.*

frios, forte dôr de cabeça, febre elevada e o que mais alarmou a familia, começou a tossir e a escarrar sangue. Na verdade, segundo informou a paciente, havia já alguns dias que andava indisposta, com inappetencia, cansaço, e desde o dia 19, com evacuações diarrheicas, de côr amarellada, consistencia fluida havendo 4 a 5 evacuações nas 24 horas. Na noite de 20 tomou uma limonada purgativa, porém, o seu estado não se modificou, a temperatura tendo alcançado a casa dos 39 na manhã, de 21. Sómente a 22 me foi possivel examina-la, tendo encontrado a paciente muito abatida, semi-consciente, lingua secca, saburrosa no centro, vermelha nos bordos, ventre volumoso, tympanico, gargarejo na fossa iliaca D, figado e baço dentro dos limites normaes. Havia pouca tosse com escarros abundantes, francamente hemoptoicos, signaes physicos de intensa congestão pulmonar nos 2 terços inferiores do pulmão D. O coração funccionava satisfactoriamente, o pulso era regular, a 120 por minuto. Urinas regulares, de côr vermelha. A temperatura axillar elevava-se a 39,9. Estava portanto deante de um processo infeccioso com symptomas para os apparelhos digestivo e respiratorio e com feição accentuadamente typhica. Perguntando sobre as possiveis causas da doença contou-me a filha que haviam, quatro semanas antes, feito uma viagem ao Rio, tendo levado um papagaio que ha muito possuiam, *e que o mesmo não supportára bem a viagem e na volta adoecêra gravemente: recusava os alimentos, vomitava e tinha diarrhéa branca, suas pennas ficaram arrepiadas e que o coitadinho estava sempre quietinho no poleiro, muito triste* e que sua mãe, muito penalisada tratara delle, com todo o carinho, deitava os alimentos bocca a baixo, dava remedio (Humphreys), fazia-lhe clysteres, etc., tendo conseguido a cura do parasito, justamente quando cahiu doente. Note-se que o papagaio, estivéra todo o tempo de doente e ainda estava quando fiz o meu exame, no quarto ao lado do leito da paciente.

Deante do exposto pensei logo na possibilidade de estar a minha doente soffrendo as consequencias de seu amor ao papagaio e pedi exame do escarro, da urina e uma hemocultura, tendo receitado uma poção com chloreto de calcio e algumas gottas de Coramina, pois, a paciente se recusava a fazer qualquer medicação por via hypodermica.

Voltei a 24, a doente continuava passando mal, muito anceada, dyspneica temparatura 39,9; a diarrhea cessára, havia incontinencia de urinas. A tosse era mais frequente e o fundo do vaso estava coberto de escarros hemoptoicos, os signaes de congestão haviam envadido o terço medio do pulmão E, o pulso se tornara irregular, havendo numerosas extrasystoles, o ventre continuava tympanico, tendo o bordo inferior do figado ultrapassado de 2 dedos o rebordo costal. O exame do escarro, feito no laboratorio do dr. Geyer, constatou ausencia de b. Koch, alguns pneumococcos, poucos staphylo- e estreptococcos; a cultura do mesmo, em diversos meios foi negativa. A urina era acida, p. H. 6,6, densidade 1.0137, havia traços de albumina, de pseudo-albumina e de sangue, excesso de escatol e de indol; no sedimento, pouco abundante, notavam-se alguns crystaes de oxalato calcio, regular numero de cellulas epitheliaes pavimentosas, poucos leucocytos e hematias, rarissimos cylindros hyalinos.

Os dias 25 e 26 foram eguaes ao dia 24, salvo a temperatura que baixou a 38°.

Nos dias 27 e 28, a temperatura cahiu a 36,8, o estado geral era, porém, máo, a paciente em franco estado typhico; pulso pequeno, irregular, tensão maxima 11 e minima 7 (Vaquez-Laubry), lingua secca, ventre tympanico, havendo prisão de ventre, desde o dia 24 que não evacuava. Os signaes pulmonares no mesmo, porém, os escarros menos hemoptoicos.

A 29, após uma noite regular, surgem vomitos biliosos, a paciente queixa-se de frio intenso, o seu estado se aggrava muito, a temperatura apenas alcança 34,8, o pulso irregular, bate 120 vezes por minuto. A' tarde a temperatura sóbe a 40°, a doente cahe em estado de coma, e assim se mantem até 31 quando fallece, tendo a temperatura alcançando 41°. Uma hemocultura feita com material retirado no periodo de maior temperatura, pouco antes da morte, foi negativa (laboratorio da Hygiene).

COMMENTARIOS

Deante da feição pouco commum do quadro clinico que venho de descrever difficilmente classificavel entre as entidades nosologicas que estamos habituados a vêr, deante da negatividade dos exames de laboratorio e, principalmente, deante das condições etiologicas, tão claras e precisas, não hesitei em firmar o diagnostico de psittacose, forma typica. Para melhor justi-

ficar semelhante diagnose, pareceu me de bom aviso fazer um apanhado sobre a psittacose, balanceando o estado actual dos nossos conhecimentos sobre tão estranha e original enfermidade.

Definição: O que é a psittacose e donde vem semelhante nome? A psittacose é uma doença infecciosa, contagiosa, que ataca os papagaios e por estes pode ser transmittida ao homem, e originar epidemias muito mortiféras. Seu nome provem justamente desse facto de existir entre os papagaios, periquitos, etc., isto é os *psittacidéos*, familia de passaros trepadores (do grego: psittakos = papagaio; psittacose: doença dos papagaios, Papageienkrankheit).

Historico: Foi Nocard quem lhe deu esse nome, em 1892, quando descobriu na medulla ossea de azas de papagaios mortos dessa infecção um bacillo, (por isso denominado b. psittacosus), por elle considerado como o agente pathogenico da doença. Mais tarde, em 1897, Gilbert e Fournier, confirmando os trabalhos de Nocard encontraram o bacillo psittacosus no papagaio, e, a seguir no homem, ficando assim perfeitamente demonstrado que o papagaio, era o principal propagador do mal. Na verdade, já em 1879 Ritter, na Suissa, havia suspeitado haver relação de causa e effeito entre uma epidemia familiar de pneumonia atypica e uns papagaios importados de Hamburgo, mas, só depois dos trabalhos de Nocard, Gilbert e Fournier, como já disse, essa relação ficou definitivamente firmada e se mantem de pé até hoje, apezar de ter o b. psittacosus perdido a sua antiga importancia pathogenica.

Em pequenos surtos epidemicos, ora aqui, ora ali, sempre ligados á importação de papagaios, a psittacose continúa a fazer-se lembrar, embora de uma maneira discreta, até que em 1929, em seguida á introducção de papagaios importados, affirmam alguns observadores, do Brasil, mas, de facto, segundo verificou Enrique Barros, elles o tinham sido, em sua quasi totalidade, do Paraguay, explode sob a forma de terrivel epidemia na Argentina, com uma centena de casos em Córdoba, onde a morbilidade e a mortalidade foram elevadas.

Apparece egualmente em Hamburgo, Altona, Berlim, Munich, Dernburg, resurge em Paris em fins de 1929 e principios de 1930 (casos de Carnot, Pagniez e Plichet; Noel Fiessinger e Decourt; Chabrol, Krainik, Charcellay e Waitz), etc.

Ao analysar o grande numero de trabalhos sobre a psittacose publicados no estrangeiro desde logo chama a attencão o facto de, embora em todos os tempos os nossos psittacidéos terem sido responsabilisados pela disseminação do mal, ser este quasi desconhecido em nosso meio, citando Enrique Barros em seu estudo historico, só um caso constatado no Brasil em 1904, parecendo, ser esta a segunda observação publicada sobre o assumpto.

Etiologia: O assumpto etiologia, está mais que encerrado no que diz respeito ao papel dos psittacidéos na disseminação do mal, porém, um ponto é necessario esclarecer: porque é a psittacose tão rara nos paizes de origem dos papagaios, sendo até desconhecida na Venezuela, segundo Dominice, ao passo que explode, em verdadeiros surtos epidemicos, nos paizes de importação? Porque nos paizes de origem estas aves estão no seu habitat, convenientemente alimentadas, com as suas resistencias intactas; ao passo que nos paizes de importação „au contraire, les mauvaises conditions d'une longe traversée, le changement de climat et de nourriture semblent, pour les psittacés, éminement favorables á l'éclosion de troubles morbides divers, et en particulier d'infections endogènes, dont l'affection dont nous parlons serait un des modes connus" (Gilbert e Fournier). Neste ponto de vista a presente observação tem o valor de uma verdadeira experiencia: durante longos annos a paciente possuiu o papagaio, que morava no mesmo quarto, ao lado de sua cama e nada de mal disto resultou, mas, um bello dia resolve conhecer a Capital Federal, e, em pleno verão para lá se dirige e leva o seu velho companheiro; este, soffre com a viagem e na volta adoece gravemente, a paciente cuida e trata delle com muito carinho, e, quando a ave entra em convalescença, é ella que adoece e morre.

Está pois, evidente: 1.º) que a viagem causou pelos seus incommodos, enjôo, má alimentação, etc., a doença do papagaio; 2.º) que este a transmittiu á paciente.

Como se dá a transmissão do mal? Principalmente por contacto directo com as aves doentes: „La transmission de la maladie des psittacés á l'homme n'est pas douteuse; elle se fait d'autant plus facilement que les animaux sont en général l'objèt de soins méticuleux (como no caso presente). Tristes, immobiles, atteints d'une diarrhée abondante qui *souille leur cage*

leurs ailes, leurs plumes, ils refusent de manger; *on les prend, on les réchauffe, on les nourrit de bouche à bec.* Or les personnes qui s'occupent ainsi de ces animaux, et souvent d'une façon assidue, sont toujours les prèmieres et les plus gravement atteintes" (Gilbert e Fournier). Segundo esses auctores a transmissão ao homem tambem se póde fazer por intermédio das gaiolas, poleiros etc., isto é, todos os objectos que estiveram em contacto com os psittacidéos, assim como os seus cadaveres; citam ainda a possibilidade embora muito rara, da transmissão de homem a homem.

Neste ponto os trabalhos actuaes confirmam in totum a opinião, dos classicos, sendo bastante interessantes as experiencias de E. Saquepée e L. Ferrabouc, que dão os ultimos retoques, precisando bem este capitulo da etiologia da psittacose. Segundo estas experiencias a transmissão da doença se deve fazer „habituellement par les matières fécales et en autre, éventuellement, par les gouttélettes virulentes provenant des lésions pulmonaires."*)

Bacteriologia: Si os trabalhos modernos confirmam os primeiros estudos sobre a etiologia geral da psittacose, delles se afastam por completo no que se refere ao agente pathogenico, podendo a historia da bacteriologia da doença dos papagaios dividir-se em tres phases.

Primeira phase: Nesta phase, que se seguiu ás descobertas de Nocard e Gilbert e Fournier, o papel de agente especifico cabe ao bacillo de Nocard. „Trata-se de um bacillo curto, de extremidades arredondadas, extremamente movel (10 a 12 cilios), aerobio e anaerobio, rapidamente se desenvolvendo nos meios usuaes e nos meios phenicados, não liquefazendo, a gelatina colorindo-se facilmente, mas Gram negativo. Approxima-se muito, por alguns de seus caracteres do bacillo de Eberth; não faz fermentar a lactose, não faz virar a gélose lactosada tornesolada, não coagula o leite, não produz indol. Por outro lado, desenvolve-se abundantemente, como o coli-bacillo, sobre gelatina e sobre batata; germina, embora pobremente, sobre antigas culturas de bacillo de Eberth previamente raspadas, o mesmo não se dando, com as de coli-bacillo. Contrariamente ao bacillo de Eberth o bacillo psittacosus é succeptivel de desenvolver-se juntamente com o coli no mesmo tubo de caldo. Esse microorganismo é extremamente virulento para os psittacidéos que succumbem em 10 a 12 horas á injecção subcutanea de uma gotta de caldo de cultura. Os camodongos brancos e cinzas, o pombo, o coelho, são egualmente sensiveis; o cobaio e, sobretudo, o cão são muito mais resistentes. E' facil infectar os psittaceos collocando nas respectivas gaiolas azas de papagaios ou periquitos mortos de psittacose (Nocard) ou deitando sobre o alimento algumas gottas de caldo de cultura (Gilbert e Fournier).

O bacillo de Nocard, que é facilmente encontrado no sangue, nas visceras, no intestino, na medulla osséa e, principalmente, nas fezes diarrheicas dos psittaceos, é notavel pela sua resistencia, não só nos cadaveres das aves infectadas como nos meios culturáes. Durante a vida não se o poude isolar no sangue, na expectoração, nas urinas, no liquido pleural do homem; post mortem, foi encontrado no sangue do coração por Gilbert e Fournier. Segundo Nicolle o serum humano, em alguns casos, tem a propriedade de agglutinar o bacillo psittacosus sendo nos animaes muito mais accentuada esta propriedade. Nesses casos o serum tambem agglutina o bacillo de Eberth, porém de uma maneira menos pronunciada, ao passo que o serum dos typhicos agglutina fraca, mas nitidamente o bacillo psittacosus (phenomeno da coaggutinação). Tendo Gilbert e Fournier isolado do conteúdo intestinal dos papagaios e periquitos nomaes um paracolibacillo identico, salvo a virulencia, ao bacillo psittacosus, julgaram possivel considerar a psittacose como uma paracolibacillose, devida a um microorganismo do intestino dos psittaceos, habitualmente inoffensivo mas capaz de, sob certas influencias augmentar a sua virulencia, tornando-se infeccioso de pagagaio a papagaio, e deste ao homem, a hypothese de uma origem não intestinal e *de uma especifidade absoluta* do bacillo, sendo para elles menos plausivel, pois não concorda com o facto de não ser a doença assignalada nos paizes de origem dos psittacidéas, quando, se assim fosse, ahi deveria causar terriveis

*) Um dos modos mais perigosos de contagio parece ser a bicada, más, ás vezes basta ficar algum tempo, mesmo muito pouco tempo, no local onde esteja a ave doente (Netter). Geralmente, quando se dá transmissão do mal, a ave já está doente, podendo, no emtanto parecer normal e só depois manifestar-se a doença, e, excepcionalmente tambem póde não evidenciar signaes da molestia, o que se explica ou pela rapidez e pouco intensidade do mal ou pela existencia no papagaio das infecções inapparentes de Nicolle.

devastações. „Achard e Bensaude em seus trabalhos sobre as paratyphoides, consideram possivel approximar o bacillo paratyphico B do bacillo psittacosus.“ Lignières, estudando o grupo de bacterias que individualisou sob o nome generico de salmoneloses, nelle incluiu bacillos psittacosus. O estudo das propriedades biologicas dos seruns em particular da agglutinação permittiu uma sub-divisão no grupo das salmoneloses (Nobel, Fischer e Trautmann), ficando de um lado o sub-grupo dos bacillos das intoxicações pela carne do typo Gaertner, e do outro o sub-grupo dos bacillos das intoxicações pela carne, do typo da epidemia de Aertryck comprehende, entre outros, os bacillos paratyphico B e psittacosus (Thoinot e Gilbert).

Segunda phase: Nesta segunda phase, o papel do bacillo de Nocard como causador da psittacose é posto em duvida, e ella é attribuida successivamente a um diplococco, a um estreptococco (Selter, Leichtenstern), a um pneumococco (Netter, Malenchini, Leichtenstern).

Terceira phase ou phase actual: Finalmente, depois das pesquizas feitas por occasião da actual epidemia o bacillo psittacosus é, definitivamente posto de lado como agente da psittacose, sendo todos os trabalhos de molde a considera-la como determinada por germen ainda desconhecido, provavelmente da classe dos virus filtraveis. Entre outras, as observações dos doutores Salvador Mazza e Prudencio Santillan na Argentina, Bedson, Western e Simpson em Londres, Sacquepée e Ferrabouc na França, são de molde a confirmar essa hypothese.

As experiencias destes ultimos, particularmente interessantes, vêm não só ratificar as dos auctores inglezes, conseguindo como elles infectar papagaios perfeitamente normaes, e em condições technicas rigorosas, com um filtrado em vela Chamberland L 3, de emulsão em agua physiologica de orgãos (figado, coração, pulmões) de um papagaio morto de psittacose, como tambem revelar a acção do serum de convalescentes sobre a virulencia do virus e a transmissão do mal á distancia tendo conseguido infectar uma ave normal collocada em uma gaiola de 8 cm, de outra contendo um pagagaio doente. Fizeram tambem pesquizas bacteriologicas segundo os methodos usuaes que foram negativos não tendo sido encontrados em particular nem estreptococco, nem bacillo do grupo typho paratyphico.

Eis o resumo das suas experiencias: „Chez lez perruches atteintes de psittacose, il existe un virus filtrant susceptible de transmettere la maladie á des perruches saines; ce résultat confirme les conclusions de Bedson, Western e Levy Simpson et celles de Pesch, rappelées récemment par A. Netter. Ce virus se transmet en série d'animal á animal. Il existe dans les organes et dans les féces.

La transmission de la maladie doit se faire habitiellemente, par les matières fécales et en autre, éventuellement, par les gouttelets virulentes prevenant des lésions pulmonaires.

Le sérum prevenant de sujets convalescents de psittacose semble susceptible d'atténuar un peu l'action pathogene du virus filtrant.“

Os microbios até aqui lembrados como agentes da infecção dos papagaios não seriam mais do que microbios de infecção secundaria penetrando no organismo com o auxilio do virus causador do mal e determinando a forma clinica; o estreptococco daria a forma septicemica, o Friedlaender a forma grippal, o bacillo psittacosus ou Aertryck a forma intestinal, tão proxima da febre typhoide (Marianne Romme).

Terão os pesquizadores modernos razão ou estaremos deante de outra infecção dos psittaceos, etiologicamente diversa da causada pelo bacillo de Nocard, mas egualmente transmissivel ao homem conforme já em 1912, pensavam Gilbert e Fournier, quando, em seu artigo no tratado de Gilbert e Thoinot, após dizerem que iam tratar psittacose mas sómente da causada pelo bacillo de Nocard, continúam: „Mais n'existe-t-il pas d'autres psittacoses, d'autres maladies infectieuses aigués des psittacés également transmissibles a l'homme et ne reconnaissant pas le bacille de Nocard comme agent pathogène?

La chose est possible; le bacille de Nocard n'a pu, dans quelques cas, être retrouvé sur les cadavres de psittacés ayant été, semble-t-il, le point de départ de petites épidemies limitées; mais ces faits sont encore mal definis, cliniquement et bactériologiquement; il suffit de les signaler.“ Ou estaremos deante de um germen tendo em seu cyclo evolutivo uma phase filtravel, a qual só agora com o aperfeiçoamente da technica e com o mais completo conhecimento dos ultra-virus se consegue descobrir e, uma phase bacillar (bacillo de Nocard), a primeira chronologicamente a ser estu-

buem á fixação dos sais de calcio, de magnesio e de outros, favorecidos pelo meio alcalino, foram satisfatoriamente verificadas e provadas.

Tem indicações amplas nas doenças seguintes: tuberculoses ossea e articular, tuberculoses das serosas, escrofulose, hipertrofias das amigdalas e dos ganglios limfaticos produzidas por causas diversas, inclusive a sifilis e dermatoses.

Empregaram o sabão verde, o Pediatra Prof. Olinto e o Cirurgião Prof. Falk, obtendo bons resultados.

Pflaundler e Schlossmann o recomendam e Hoff usava com sucesso, sobretudo no Mal de Pott. Schanz prescreve-o sistematicamente na tuberculose ossea e o ortopedista Mosberg é um fervoroso apologista.

Tratamento local. Sobreleva-se ao tratamento local a imobilisação por ser o metodo essencial, baseado na terapeutica anti-flogistica. Esta, como deveis saber, acalma as dores e suprime em parte a contratura.

E' uma noção corrente em ortopedia.

O conhecido Ortopédista Roederer admite que: „a imobilisação é indispensavel, nunca imobilisaremos uma articulação, imobilisando simplesmente o membro ao menos para os membros pelvicos, ao paciente que é mister imobilisar.

No entretanto, na medida do possivel associaremos á imobilisação e helioterapia e a hidroterapia, i. é, quando o periodo perigoso fôr passado e serão empregados aparelhos bivalvos. Desde o começo a imobilisação absoluta não deve, além disto impedir o exame das lesões.

E' preciso abrir no gesso janelas em ponto conveniente, estas aberturas permitirão igualmente fazer a revulsão, aplicações de topicos e injeções esclerosantes ou modificadoras.

As janelas deixarão observar em tempo os abcessos, puncioná-los e injetá-los oportunamente.

O tratamento local comporta tambem algumas injeções modificadoras que podem ser caseificantes, como a do naftól que é perigosa por ter já ocorrido casos de mortes; o timól é outra injeção modificadora, porém, de efeito incerto.

Do contrario, as injeções simplesmente antisepticas serão praticadas em geral, em dóses muito fracas, como o guaiacól, iodoformio, etc. Fazei um simples ensaio; não recomeçai senão ao cabo de 8 dias empós.

Como escolher os diferentes metodos?

Esclerosai uma tuberculose benigna e recente, fundi uma tuberculose de gravidade media; não tocai nas tuberculoses de marcha muito grave."

Roederer fala ainda precisamente que: „as fistulas devem ser tratadas com a maior asepcia? Lavai a região diariamente com alcool iodado; fazei curativos asepticos. Não pratiqueis injeção alguma de modo sistematico, porém por necessidade, si tendes um engorgitamento do trajeto, fazei pequena injeção de oleo fenicado ou de oleo gomenolado ou lipiodolado. Nunca useis agua oxigenada.

Quanto a feno-puntura, não é aplicavel senão por especialista."

Massart, considera: „as injeções modificadoras de timól camforado, de naftól camforado e a pasta de Beck, inconvenientes por ter sido seguidas de acidentes mortais, pelo que foram, por isso, abandonadas. Foi a sequencia da éra pre-antiseptica em que se fazia, ao modo de Verneuil, injeções de eter iodoformado; por sua parte, deixa de notar todas estas praticas e condena-as porque nada modificam.

Não injeta mesmo com eter os trajetos fistulosos, quando um abcesso por congestão se abriu na pele, exposto a infecções pelos microbios da supuração, prefere a todos estes antiseticos que rejeitamos em cirurgia, a ação eficiente de uma vacina polivalente.

Estas injeções tiveram lugar pela deficiencia da cirurgia e fizeram acreditar que a agulha, indo lá, onde o bisturi não tem acesso, chegar-se-ia, graças ao liquido que traz esclerosar os tecidos e tornar o ato cirurgico inutil, mesmo onde ele podia ser eficaz."

Calot, ortopedista e autor do conhecido liquido oleoso de seu nome ou de sua pasta, cuja base é de medicamento ativo, para aquele, como sabeis: iodoformio, creosoto, guaiacól e eter, e para esta: naftol camforado, creosoto, fenol camforado, iodoformio e espermaceti.

Seja vos dito de passagem, apenas umas palavras que estas *injeções modificadoras* foram estudadas no Laboratorio Robin por Fiessinger, Coyon e Lawrence e verificaram não agirem como antisepticos, que talvez supondes, „não por causa das espessuras das paredes dos abcessos frios.

não por causa das anfratuosidades de suas paredes, não por causa da infiltração tuberculosa vizinha e não por causa da situação profunda dos bacilos de Koch."

Fontes (do Instituto Osvaldo Cruz-Rio. Conferencia na Faculdade de Porto Alegre 1920, Tuberculose e Tuberculinaterapia) obtinha, assim *in vitro*, o que era observado *in vivo*, com a transformação da fórma acido-alcool-resistente em fórma granular.

O estudo pormenorisado do fenomeno, levou-lhe a reconhecer que no pús de natureza tuberculosa havia uma substancia capaz de saponificar a camada ciro-gordurosa do bacilo, libertando suas granulações, que, entretanto, não sofriam alterações em sua fórma nem em sua estrutura quimica. Para edificar esta substancia a um fermento lipolitico que denominou *tuberculo-cirase*.

Contemporaneamente, Mayer, em Berlim, experimentando sobre cêra de abelhas, e, em Paris, Noel Fiessinger e Pierre Marie, estudando o pús dos abcessos frios, chegaram a conclusões identicas ás suas.

(Continúa)

„No passado a criança não teve a devida consideração. A principal preocupação eram as linhas militares. O principal valor da criança para ditadores, reis e chefes de estado foi o do futuro soldado. Nossa durabilidade num sentido biologico depende antes do mais da nossa atitude para com a infancia." Ray Lyman Wilbur — „The new Childhood" Journal of Am. Med. Ass. — Abril 20-929. (Lab. Clin. — 73/74.)

A primeira dose de antitoxina foi aplicada a uma criança sofrendo de difteria, por Behring, na noite de Natal de 1891. Que belo Natal para as crianças de todo o mundo! Um coeficiente de 30 a 60 % de casos fatais foi reduzido a 5 a 10 % quando dado precocemente." Granich James. Journal — Lancet. Março 15-929. (Lab. Clin. 73/74.)

„A ablação parcial do lobulo anterior da hipófise produz a persistencia do infantilismo sexual nos animais novos." Crowe, Cushing, Hymans, cit. J. L. Levy, Conf. em Lariboisière — 1931. (Lab. Clin. — 73/74.)

„E' evidente que o estudo das glandulas endocrinas apenas se inicia e que toda ou quasi toda a biologia do futuro se baseará sobre a endocrinologia. „L'Esprit Méd." 4-931. Lemos no Lab. Clin. N.º 73/74.

Instituto
de
Radiologia Clinica

Secção Radiodiagnostico:
DR. SAINT PASTOUS — DR. PEDRO MACIEL
Secção de Radioterapia superficial e profunda
DR. ARTUR GRECO

Praça Senador Florencio, 21
Edificio Wilson — Tel. 5424
PORTO ALEGRE

Estudo experimental da vacina de Umeno e Doi

Pelo **dr. Mario Meneghetti**, diretor interino do Instituto de Higiene de Pelotas*).

Entre as medidas aconselhadas para a profilaxia da raiva, a vacinação preventiva vem ocupando um logar de destaque desde 1921.

Umeno e Doi, nesse ano, no Japão, praticaram, pela primeira vez, a vacinação dos cães contra a raiva, com a sua vacina.

Em 1922 foram vacinados pelas prefeituras de Tokio e Yokahama, 104.000 cães e conservados para controle 36.000 cães que não foram vacinados. Passado 1 ano entre os animais vacinados foram constatados 41 casos de raiva, ao passo que entre os outros animais foram constatados 1.336 cães raivosos!

Resultados semelhantes a este são encontrados a cada passo nos diversos trabalhos apresentados pelos esforçados sabios niponicos.

Ao Japão, seguem-se os Estados Unidos da America do Norte onde varios Institutos preparam a vacina de Umeno e Doi, um pouco modificada, e os resultados obtidos são os melhores possiveis.

Na Europa, as experiencias realizadas com a vacinação preventiva dos cães vieram comprovar a eficacidade da vacina de Umeno e Doi.

Na Italia, apenas Fermi põe em duvida os resultados obtidos pela vacina japonêsa e nega o valor ás experiencias de Lyon e Eichorn, quando nós chegamos a resultados que reputamos melhores aos daqueles autores americanos.

Lyon e Eichorn demonstraram a eficacia da vacina de Umeno e Doi, vacinando cães e inoculando, após 25 dias, na camara anterior do olho destes animais, uma emulsão de virus de rua, não apresentando os animais inoculados, sintoma algum de raiva.

Pelo nosso trabalho chegamos aos mesmos resultados de Lyon e Eichorn, mas não usamos a via intra-ocular como via de introdução de virus de rua e sim, a via sub-dural, após trepanação do animal. Além disso não esperamos 25 dias após a vacinação, mas, agimos após 15 dias, sómente. Não usamos sómente cães, mas tambem um carneiro e um coelho.

Fermi não apresenta os motivos pelos quais não recomenda a vacina de Umeno e Doi, sómente nega os resultados a que chegaram os outros autores e recomenda como melhor metodo, a vacinação durante 15 dias consecutivos com a sua vacina.

Precisamo-nos lembrar que a vacina de Fermi para uso humano não é uma vacina plenamente adotada e, si bem que não se possa negar o seu poder de imunização, raros serão os Institutos no mundo, que abandonarão o classico sistema de Pasteur, modificado ou não, para adotar

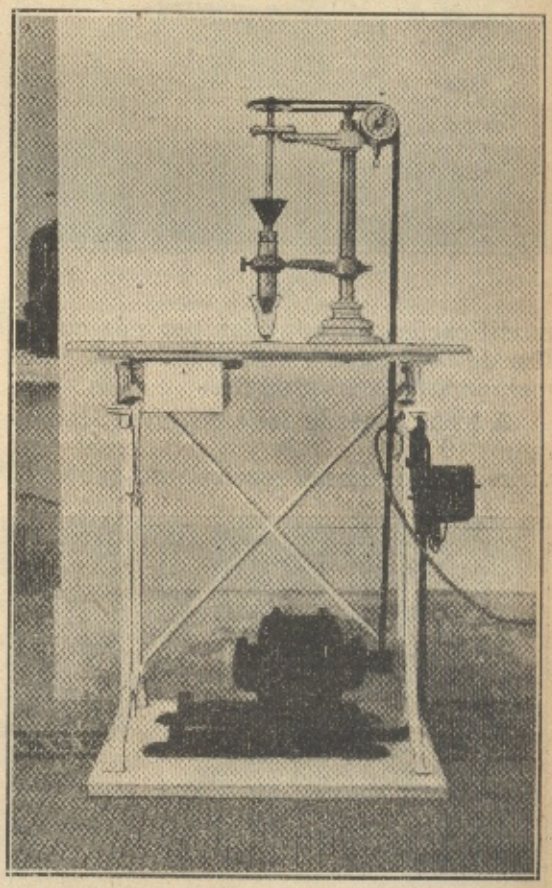


Fig. 1

a vacina de Fermi, muito menos dispendiosa e trabalhosa . . .

No estado em que se encontra a profilaxia da raiva, a vacinação preventiva é uma medida vitoriosa e imprescindivel.

A vacina de Umeno e Doi, por nós preparada, pela primeira vez no Rio Grande do Sul, nos deu os melhores resultados em todas as experiencias realizadas e nun-

*) Este trabalho nos foi enviado em 1930. Tendo se extraviado então, só agora recebemos nova copia. A redação.

ca constatamos um insucesso, faltando-nos, sómente, fazer uma estatistica do nosso serviço de vacinação dos cães, cousa até agora tornada impossivel, em face do pequeno numero de animais vacinados.

Preparamos a vacina de Umeno e Doi, em Abril de 1930, tendo usado a tecnica recomendada por Kelser, com pequenas

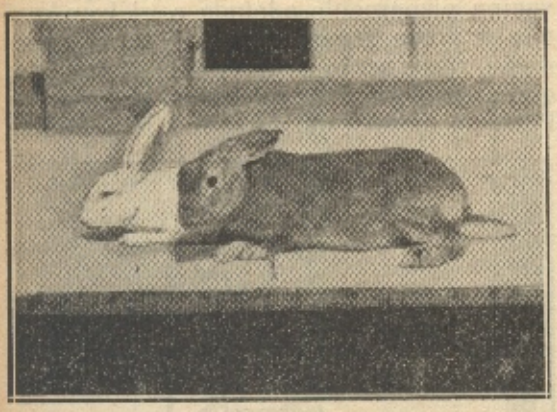


Fig. 2

modificações introduzidas por nós com o fim de facilitar a emulsão do virus e dar melhor aspeto ao produto.

A tecnica usada foi a seguinte: Inoculamos 10 coelhos, pela via sub-dorsal, com virus fixo de nosso serviço anti-rabico.

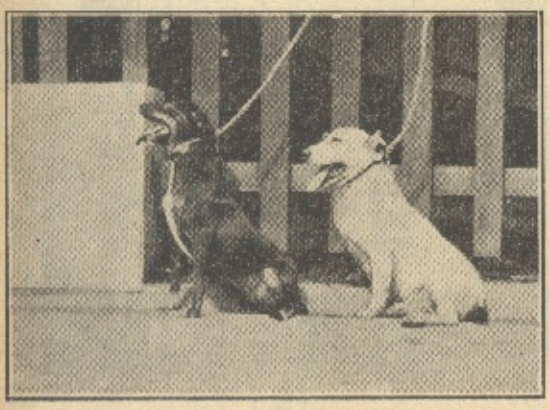


Fig. 3

Passados 5 dias, quando estavam completamente dominados pela paralisia e antes que a morte sobreviesse, sacrificamos os animais e extraimos seus cerebros e medulas que foram triturados no aparelho triturador representado na fig. n.º 1, aparelho este, tambem usado para trituração da polpa jeneriana.

Para extração da medula, usamos o metodo de Oshida, metodo usado tambem em nosso serviço anti-rabico e que tem a vantagem de diminuir as probabilidades de contaminação daquele orgão.

Após a trituração, a massa resultante foi pesada e adicionada na proporção de 1 : 4 da seguinte solução:

Glicerina	60,0
Agua	39,5
Acido fenico	0,5

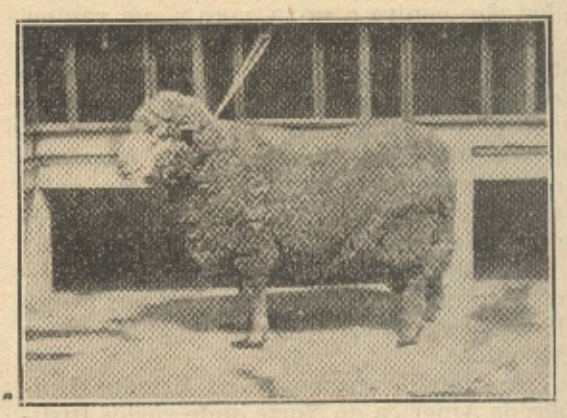


Fig. 4

A emulsão resultante foi colocada na camara fria pelo espaço de 30 dias.

Após este tempo foi a vacina tamisada por uma tela fina e distribuida em ampoulas.

As experiencias que realizamos tinham por fim verificar:

1) a inocuidade da vacina para o animal vacinado;
2) a sua eficacia.

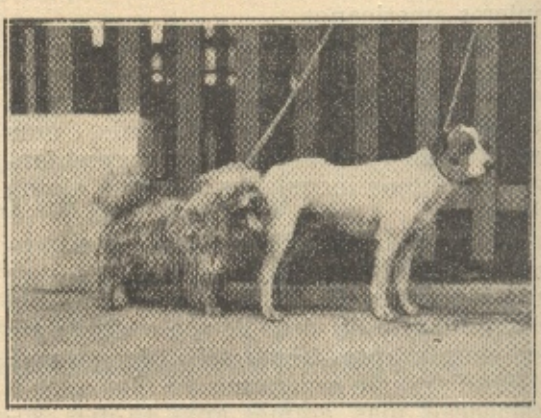


Fig. 5

Para provarmos a inocuidade da vacina, inoculamos em Maio de 1930, 2 coelhos e 2 cães que se vêm na fig. 2 e 3, com dóses elevadas da vacina (10 c³ para os coelhos e 20 c³ para os cães), não apre-

sentando estes animaes, até hoje, sintoma algum de raiva paralitica.

Para demonstrarmos a eficacia da nossa vacina, vacinamos, no dia 15 de Maio: 1 carneiro e 2 cães pela via sub-cutanea (10 c³ para o carneiro e 5 c³ para os cães). No dia 31 de Maio, decorridos 15 dias da vacinação, trepanamos os animais e lhes inoculamos, pela via sub-dural, ½ c³ de uma emulsão de virus de rua, extraido de um cão que morreu de raiva furiosa no Instituto.

Inoculamos como testemunho, um coelho, não vacinado, tambem pela via subdural, com 3/10 c³ do mesmo virus de rua.

O coelho morreu de raiva no oitavo dia, tendo sido encontrado em seu cerebro os corpusculos de Negri, ao passo que o carneiro (fig. 4) e os cães (fig. 5) nada apresentaram até hoje, após decorridos 16 mezes da inoculação.

Em vista dos resultados obtidos com a nossa vacina, resolvemos entregá-la ao consumo e desde Julho de 1930, temos vacinado alguns animais de Rio Grande e Pelotas, e enviamos, a pedido, 50 dóses para Alegrete. Até hoje não tivemos conhecimento de algum acidente.

Em todo o caso, concordamos, esperamos o resultado das estatisticas que obtivermos, para, de um modo certo, afirmarnos a eficacia da vacina, mas desde já podemos provar que a mesma imunisa os cães contra a raiva sem risco para o animal vacinado.

Conclusões

Pelo exposto concluimos que a vacina de Umeno e Doi é:

1) completamente inocua;
2) sumamente eficaz, pois os animais vacinados suportam perfeitamente dóses altas de virus de rua, inoculado em pleno cerebro;
3) de muito facil preparo, podendo qualquer municipio do interior prepará-la para seu uso;
4) de muito facil aplicação, pois, consta de uma unica inoculação subcutanea;
5) uma vacina que deve ser espalhada em nosso Estado afim de contribuir eficazmente na profilaxia da raiva, até hoje, tão descurada no Rio Grande do Sul.

INSTITUTO DR. PEREIRA FILHO

Secção de Chimica Biologica e Microscopia Clinica — Exames de sangue, liquido cephalo-rachidiano, succo gastrico, leite, urina, materias fecaes, derrames pathologicos das serosas, liquidos kysticos, pús, etc.

Secção de Parasitologia e Histologia pathologica — Reconhecimento dos parasitos vegetaes. Identificação dos parasitos animaes. Diagnostico histiologico dos tumores.

Secção de Microbiologia — Diagnosticos bacterioscopicos e bacteriologicos — Vaccinas autogenas — Vaccina antigonococcica polyvalente — Vaccina anti-estaphylococcica — Vaccina anti-estreptococcica — Vaccina anti-colibacillar — Vaccina anti-typhica.

Secção de Sôrologia — Sôro-agglutinações — Sôro-precipitações.

Reacção de Wassermann (methodo classico).

Reacção de Weinberg-Parvu — diagnostico do kysto hydatico.

Reacção de Abderhalden.

TELEPHONE N.º 4.813

Rua Pinto Bandeira, esquina Vol. da Patria

PORTO ALEGRE

A cirurgia no abcesso do pulmão

Pelo **dr. Jacy Carneiro Monteiro,** livre docente de Clinica Cirurgica na Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

A terapeutica do abcesso de pulmão permaneceu por muito tempo unicamente entre as mãos do medico internista, porém, nestas ultimas decadas o tratamento desta terrivel afecção tem encontrado solução mais favoravel nos arraiais da cirurgia.

Deve-se a Garré, Quinke, Lenhartz, Tuffier e Sauerbruch o esforço tenaz de demonstrar pelos seus trabalhos e investigações, o quanto a cirurgia póde fazer de util nos casos de supuração pulmonar.

Esta orientação do abcesso do pulmão para a cirurgia não deve ser de maneira nenhuma sistematica, pois sabemos que pela observação dos fatos é possivel a cura expontanea de um abcesso do pulmão por uma ou mais vomicas, trazendo a cicatrização do fóco, pela justa posição das paredes do abcesso e sua cura clinica e anatomica.

Infelizmente isto não acontece na grande maioria dos casos e constituem mesmo proporção minima das curas expontaneas.

A regra é, depois de varias vomicas, a cavidade continuar aberta, as infecções secundarias instalam-se, a expectoração torna-se putrida, o estado geral do doente agrava-se, e a toxemia leva-o a caquexia e a morte. O fato da resolução expontanea, de certo numero de abcessos pulmonares pela vomica (o que se dá segundo opiniões abalisadas em 20 a 25 % dos casos), não deve levar o internista a tratar sistemica e indefinitamente doentes com remedios internos e desinfectantes pulmonares; isto será em pura perda de tempo, pois, passando certo praso depois de sua aparição o abcesso do pulmão só encontra solução favoravel e logica na terapeutica cirurgica, e dela não podemos prescindir.

Fatos concretos e estatisticas bem fundadas, nos dizem que a terapeutica medica nos abcessos que não curam expontaneamente depois de certo praso, têm dado resultados desastrosos e ineficazes; segundo Picot, o coeficiente de mortalidade nestes casos alcança a 80 %.

Autores alemães consultando grandes estatisticas acentuam a cifra de 90 % de letalidade no tratamento medico das supurações pulmonares. Só nos hospitais de Berlim, em três annos, foram reunidos 133 casos de abcesso de pulmão tratados por medicação interna, 80 doentes faleceram, 30 alcançaram algumas melhoras, 7 não melhoraram e 10 ficaram curados; a mortalidade alcançou a 67 %.

Quanto ao limite da indicação operatoria, este „certo praso", a que nos referimos acima, parece que todos estão de acordo que se deve esperar de 6 a 8 semanas, afim de deixar se fazer a limitação anatomica do processo supurado. E' a opinião de Sergent, na França, e de Sauerbruch, na Alemanha. Diz este ultimo que todo o abcesso de pulmão que dentro de 6 a 8 semanas não curar expontaneamente por uma vomica completa, cái inexoravelmente sob a alçada da cirurgia. Fazem exceção a esta regra os casos graves de supuração pulmonar em que a intervenção tem que ser urgente, não admittindo delongas.

Uma vez feito o diagnostico do abcesso do pulmão, e tendo a clinica e sobretudo a radiologia cuidadosamente localisado o fóco purulento, deve ser este depois de certo periodo de expectação, entregue sistematicamente á cirurgia?

Sim, dizia Lecène em sua grande sabedoria cirurgica, esta seria a resposta a dez anos atraz, mas hoje em dia, existem certos metodos terapeuticos que devem ser utilisados antes de submeter o enfermo a intervenção cirurgica, refere-se ao pneumotorax artificial aliado a seroterapia antigangrenosa.

Embora de aplicação recente esta terapeutica tem proporcionado uteis resultados, segundo Denéchau que se tem feito em França o defensor deste metodo. Twesbury, de Nova York, diz que o pneumotorax artificial dentro de suas indicações tem dado exito brilhante no abcesso de pulmão, e acrescenta que seus resultados são superiores a qualquer outro metodo terapeutico.

Este processo tem unicamente aplicação quando se tratar de pleura livre, pois, no caso de aderencias á parede toraxica, será impossivel conseguir uma bôa compressão de pulmão afectado. Nos casos favoraveis, vê-se a temperatura declinar e a expectoração fétida desaparecer rapidamente, com grande melhora do estado geral.

PRODUCTOS NOVOS

AUROCARPOL

A e B
Ampolas de carpotrochato de ouro e sodio injectavel no musculo e na veia

Lepra em geral
Tuberculose
Molestias infecciosas graves
Lupus erythematoso
Psoriasis

CARDIGAN 2 cc

Camphosulfonato de esparteina. (Camphora soluvel em agua).

Preparação de real efficiencia em todos os casos de molestias do apparelho circulatorio.
(Tambem em gottas e comprimidos).

CARPOL

Comprimidos e perolas

Preparação de base scientifica e de real valor no tratamento da Lepra em geral.

CYTOISAMIN

„A" 2 cc — „B" 5 cc
Azul de isamin e magnesio

Cancer, Tuberculose, Tumores benignos, etc.
Tratamento mixto e de muito proveito para essas molestias de cura difficil.

CYTOMAGNESIO - 10 cc

Chloreto e hyposulfito de magnesio, ferro e manganez.

Preparação indicada nos casos de tumores cancerosos, fraqueza extrema e sobretudo para ser associada ao **Aurocarpol** no tratamento endovenoso da lepra e da tuberculose, como dissensibilizador e remineralizador activissimo.

CALCYTOL - 3 e 10 cc

e comprimidos
Gluconato de calcio e hyposulfito de magnesio.

Indicado no tratamento da tuberculose, hemorrhagias, hemophilia, doença de Basedow, menopausa, asthma, urticaria, eczemas, frieiras, pneumonias, pleurisias, annexites, diathese exsudativa e como dissensibilizante.
Sobretudo nas crises do crescimento - rachitismo - escrofulose, desequilibrio mental e nas tetanias.

DISSURAN

Granulado e comprimido

Arthritismo, gotta, lithiase renal, lithiase biliar, urethrites, cystites, pyelites, pyelo-nephrites, angio-cholites, arteriosclerose, eczemas, urticaria, frieira, uricemia, enxaqueca, rheumatismo chronico, nevralgias, etc.

MALEIZIN-AZUL - 3 cc

MALARIA

Chlorhydrato de quinina - extracto de baço e medulla ossea - azul de methyleno e arsenico.

PROTOCARPOL

„A" 1 cc — „B" 2 cc
Proteinas de carpotroche brasiliensis, iodo e carpotrochato de sodio.

Preparação de base scientifica e de real valor no tratamento da lepra em geral.

LABORATORIO NUTROTHERAPICO

RUA GONÇALVES DIAS, 73 — RIO DE JANEIRO

DIRECÇÃO TECHNICA:
Drs. Raul Leite, Floriano de Azevedo e Prof. Paulo Ganns.
PHARMACEUTICOS:
Oswaldo Ganns, Aristoteles Tymburibá e Celeste Matta Bacellar.

CLINICA DO
PROFESSOR FERNANDO MAGALHÃES
R. ALCINDO GUANABARA 24
RIO DE JANEIRO

A Luteo ovarina do Laboratorio Clinico Silva Araujo é um preparado que substitue com vantagem qualquer similar estrangeiro.
Rio 22 Março 1928
Fernando Magalhães

A Luteo Ovarina do Laboratorio Clinico Silva Araujo é um preparado que substitue com vantagem qualquer similar estrangeiro.
Rio, 22 de Março de 928
(assignado)
Fernando Magalhães

LUTEO-OVARINA

Phenomenos criticos da „menopausa" e da „puberdade" (irrascibilidade, dôres da cabeça, neurasthenia, enxaquecas, ondas de calor na cabeça, etc. etc.)

INSUFFICIENCIA OVARIANA

Irregularidades da menstruação. - Regras dolorosas. - Suspensões. - Vomitos da gravidez, etc. etc.

Regulador da saude feminina em todos os seus periodos.

Carlos da Silva Araujo & Cia.
Caixa Postal, 163 — End. Telegr.: „Biolabo"
RIO DE JANEIRO — BRASIL
Escriptorio Central e serviços de Analyses Clinicas:
Rua 1.° de Março, 15 — loja e 13, 1.° andar
Fabrica:
Rua Dr. Paulo Araujo 199 A e 201 - Engenho de Dentro

DEPOSITOS:
em Porto Alegre,
FAUSTO SANT'ANNA
I RUA DAS FLORES, No. 1257 :
em Pelotas,
BOHNS & CARNEIRO
RUA MARECHAL FLORIANO, 115

Á venda em todas as pharmacias e drogarias

O pneumotorax artificial é de grande valor nos casos de abcesso ou gangrena com fócos multiplos, com pleura livre, em que a cirurgia se mostre verdadeiramente ineficaz.

Uma outra terapeutica do abcesso pulmonar é a constituida pela broncoscopia. Partindo do tratamento da supuração do pulmão por corpos extranhos nos bronchios, Chevallier Jackson, de Philadelphia, erigiu em metodo, o tratamento dos abcessos pulmonares pela broncoscopia, trazendo em seu apoio centenas de casos em que os resultados foram os melhores possiveis.

Vê-se pois que entre o tratamento medico expectante, e o cirurgico ativo, enfileira-se a broncoscopia em suas possibilidades e suas indicações.

Soulas, de Paris, que trabalhou na America com Chevallier Jackson, instituiu o metodo em França, onde se fez seu apologista; em um dos ultimos numeros da Presse Medicale de 1930, este autor estudou 8 casos de abcesso de pulmão, tratados pela broncoscopia, 4 agudos e restantes cronicos, nos quais a cura seguiu-se dentro de pouco tempo em todos os 8 casos.

Esta tecnica consiste em, por intermedio do broncoscopio, fazer aspirações da secreção mucosa e purulenta, e depois instilar substancias medicamentosas, como oleo iodado ou lipiodol, oleo eucaliptolado, etc. Estas aplicações devem ser feitas de 8 em 8 dias, e nos casos felizes, a temperatura e as expectorações fétidas rapidamente declinam até desaparecerem completamente. Quanto ao inconveniente de se fazer a broncoscopia nos casos agudos, devido ao choque e traumatismo despertado nos organismos alterados, dizem seus defensores que não é de grande gravidade, pois a irritação do bronquio póde despertar um vomica com resultados satisfatorios para o doente. Este tratamento é de exclusiva competencia do especialista e requer pela sua dificuldade, muita tecnica e segurança, para conseguir exito favoravel.

Uma vez ultrapassado o prazo de 6 a 8 semanas, e o abcesso não tendo se evacuado completamente por uma vomica expontanea e completa, urge tomar uma providencia, afim de evitar a morte do paciente pela infecção e transformação putrida da afecção.

Si a pleura fôr livre, deverá se tentar o pneumotorax artificial, secundado pelo soroterapia antigangrenosa com que se poderá obter talvez alguns bons resultados. A broncoscopia, si possivel, deve ser tendada na esperança de uma solução satisfatoria. Caso, porém, estes metodos não possam ser empregados ou que a sua execução não tenha nos dado o fim almejado, as supurações pulmonares passam indiscutivelmente para a terapeutica cirurgica, e só esta será capaz de prodigalizar aos sofredores desta cruel enfermidade o lenitivo que nenhum outro processo terapeutico lhes proporcionará.

Isto posto, qual o processo a seguir na intervenção cirurgica? Qual a tecnica a empregar? Dois processos tem suas indicações basicas conforme a pleura fôr livre ou não. Neste ultimo, isto é, no caso de aderencias entre o pulmão e a parede toraxica, o que felizmente acontece em grande numero de vezes, 90 % segundo Delenglade, o abcesso está isolado e circunscrito, e a grande indicação é a *pneumotomia* com drenagem do fóco purulento.

Para isto depois de cuidadosamente localisada, clinica e radiologicamente a séde da afecção pratica-se uma resecção costal atingindo 2 a 3 costelas, e ás vezes mais, procurando sempre ter uma luz suficiente sobre o pulmão afectado.

Uma vez resecadas as costelas atravessa-se o plano dos musculos intercostais, vasos e nervos do mesmo nome, fazendo-se a hemostase respetiva, chegando desta fórma sobre a pleura parietal. Aí chegando incisa-se o pulmão com termo-cauterio no ponto das aderencias: caso houver duvidas sobre a localização exata do fóco purulento, fazem-se punções com uma agulha de calibre grosso, afim de facilitar o encontro do pús. Uma vez aberto o abcesso pulmonar intromete-se o dedo na cavidade assim formada, afim de fazer uma exploração, para vêr si não foram esquecidos outros fócos purulentos que sendo encontrados deverão ser evacuados.

Nestas ocasiões é muito util na revisão da cavidade septica, o uso de um espelho frontal ou então com mais vantagens de um cistoscopio. Uma vez terminadas estas manobras, tampona-se ligeiramente a ferida pulmonar com gaze imbebida numa solução anestesica, afim de evitar os reflexos de tosse pela irritação dos pequenos bronquios. Drena-se a cavidade septica com gaze iodoformada ou laminas de „cautchou" e faz-se o curativo oclusivo comum.

A pneumotomia nos casos de aderencias do pulmão, como vimos acima, é praticada com anestesia local com novocaina, infiltrando sucessivamente os planos a serem atravessados pelo cirurgião.

Quando a pleura fôr livre, a tecnica é completamente diversa, entramos então no capitulo muito interessante da cirurgia intra-toraxica e da questão da pressão diferencial e do colapso pulmonar.

Até poucos anos o grande entrave, a grande preocupação da cirurgia pulmonar era o pneumotorax operatorio e consequentemente o colapso do pulmão.

Sabemos que uma vez aberta a pleura, o ar penetrando na cavidade toraxica, rompe a pressão negativa aí existente e o pulmão cái em colapso, trazendo este fato graves perturbações para a vida do paciente, pela compressão e desvio do mediastino devido ao pulmão retraido, registrando-se disturbios cardiacos e respiratorios, o excesso de gaz carbonico retido excita os centros medulares e particularmente o pneumogastrico, e daí a respiração cada vez mais dificil, o pulso rapido, e a morte póde sobrevir pela parada do coração.

Nos casos de colapso pulmonar duplo a morte é quasi sempre verificada. Tuffier e Hallion, em 1895, já tinham observado que na abertura da cavidade toraxica o pulmão não entrava em colapso quando a pressão intra-bronquica correspondia a uma coluna dagua de 10 cc de altura

Outras investigações foram levadas a efeito em França por Quenne e Longuet e na America por Fell-O'Dwyer e Matas, porém com resultados praticos despresiveis. Em 1904, Sauerbruch, na clinica do Professor Von Mikulicks, em Breslau, obteve otimos resultados com suas camaras de hipo-tensão que tiveram repercusão universal na cirurgia intra-toraxica.

Logo em seguida, Petersen e Brauer continuam suas investigações a este respeito com a pressão intra-bronquica e seus processos foram introduzidos na pratica corrente.

Estes metodos podem ser empregados de duas formas, a hipo-pressão que atúa por uma rarefação de ar sobre a superficie pulmonar, e a hiperpressão que consiste em aumentar a pressão intra-bronquica produzindo a insuflação do pulmão e mantendo-o contato com a parede toraxica. Os aparelhos de hipopressão resumem-se nas camaras de Sauerbruch e Mayer que tem contra si o fato de não poderem ser transportaveis e de seu alto custo, atualmente estão abandonados, mesmo pelo seu autor. A hiperpressão é o metodo atualmente empregado, em todas as clinicas cirurgicas e é ministrado por um sem numero de aparelhos como os de Brauer, Mayer, Metzler, Tiegel, etc.

Destes aparelhos o mais usado e que maior numero de vantagens encerra é o de tipo Tiegel, que produz a hiperpressão e a anestesia ao mesmo tempo. Foi com um destes aparelhos que vimos Sauerbruch fazer suas operações sobre o pulmão na Charité de Berlim, em 1928.

Esta questão de operações intra-toraxica com hiperpressão, tem sido motivos de controversia entre cirurgiões que se dedicam a este ramo da cirurgia. Tuffier que foi em França o az da cirurgia pulmonar, reconhecendo os riscos do pneumotorax operatorio e os acidentes por ele produzidos, diz que estes são muito exagerados, e que pelo pneumotorax lentamente efetuado não tem a gravidade que lhe querem atribuir. Traz em apoio desta opinião os sucessos das operações sobre o coração em que o pneumotorax é quasi sempre inevitavel, e até certo ponto de uma inocuidade relativa; reconhece porém que o pneumotorax operatorio agrava sensivelmente o prognostico. Garré e Quincke salientam as vantagens que oferecem a ressão intra-bronquica nas operações intra-toraxicas, porém confessam ter operado muitos casos de bronquetasia, abcessos e gangrena pulmonar, com ótimos resultados sem o auxilio da pressão deferencial e sem os acidentes graves do colapso pulmonar.

Doyen, em 1910, falava da inocuidade dos acidentes do pneumotorax operatorio nas intervenções sobre o pulmão.

Lecéne e Duval acham que com o processo de Delagenière (que é o pneumotorax lentamente constituido e progressivo com fixação imediata do pulmão a parede toraxica) póde-se fazer a cirurgia do pulmão sem graves inconvenientes e com belos sucessos.

Sauerbruch insiste porém nos perigos do pneumotorax e opera sistematicamente todos seus casos de pulmão sob a hiperpressão, dizendo que este processo é imprescindivel para quem quiser fazer bem a cirurgia intra-toraxica.

Após esta digressão pelos processos tendentes a evitar o colapso do pulmão, volte-

A pneumotomia nos casos de aderencias do pulmão, como vimos acima, é praticada com anestesia local com novocaina, infiltrando sucessivamente os planos a serem atravessados pelo cirurgião.

Quando a pleura fôr livre, a tecnica é completamente diversa, entramos então no capitulo muito interessante da cirurgia intra-toraxica e da questão da pressão diferencial e do colapso pulmonar.

Até poucos anos o grande entrave, a grande preocupação da cirurgia pulmonar era o pneumotorax operatorio e consequentemente o colapso do pulmão.

Sabemos que uma vez aberta a pleura, o ar penetrando na cavidade toraxica, rompe a pressão negativa aí existente e o pulmão cái em colapso, trazendo este fato graves perturbações para a vida do paciente, pela compressão e desvio do mediastino devido ao pulmão retraido, registrando-se disturbios cardiacos e respiratorios, o excesso de gaz carbonico retido excita os centros medulares e particularmente o pneumogastrico, e daí a respiração cada vez mais dificil, o pulso rapido, e a morte póde sobrevir pela parada do coração.

Nos casos de colapso pulmonar duplo a morte é quasi sempre verificada. Tuffier e Hallion, em 1895, já tinham observado que na abertura da cavidade toraxica o pulmão não entrava em colapso quando a pressão intra-bronquica correspondia a uma coluna dagua de 10 cc de altura

Outras investigações foram levadas a efeito em França por Quenne e Longuet e na America por Fell-O'Dwyer e Matas, porém com resultados praticos despresiveis. Em 1904, Sauerbruch, na clinica do Professor Von Mikulicks, em Breslau, obteve otimos resultados com suas camaras de hipo-tensão que tiveram repercusão universal na cirurgia intra-toraxica.

Logo em seguida, Petersen e Brauer continuam suas investigações a este respeito com a pressão intra-bronquica e seus processos foram introduzidos na pratica corrente.

Estes metodos podem ser empregados de duas formas, a hipo-pressão que atúa por uma rarefação de ar sobre a superficie pulmonar, e a hiperpressão que consiste em aumentar a pressão intra-bronquica produzindo a insuflação do pulmão e mantendo-o contato com a parede toraxica. Os aparelhos de hipopressão resumem-se nas camaras de Sauerbruch e Mayer que tem contra si o fato de não poderem ser transportaveis e de seu alto custo, atualmente estão abandonados, mesmo pelo seu autor. A hiperpressão é o metodo atualmente empregado, em todas as clinicas cirurgicas e é ministrado por um sem numero de aparelhos como os de Brauer, Mayer, Metzler, Tiegel, etc.

Destes aparelhos o mais usado e que maior numero de vantagens encerra é o de tipo Tiegel, que produz a hiperpressão e a anestesia ao mesmo tempo. Foi com um destes aparelhos que vimos Sauerbruch fazer suas operações sobre o pulmão na Charité de Berlim, em 1928.

Esta questão de operações intra-toraxica com hiperpressão, tem sido motivos de controversia entre cirurgiões que se dedicam a este ramo da cirurgia. Tuffier que foi em França o az da cirurgia pulmonar, reconhecendo os riscos do pneumotorax operatorio e os acidentes por ele produzidos, diz que estes são muito exagerados, e que pelo pneumotorax lentamente efetuado não tem a gravidade que lhe querem atribuir. Traz em apoio desta opinião os sucessos das operações sobre o coração em que o pneumotorax é quasi sempre inevitavel, e até certo ponto de uma inocuidade relativa; reconhece porém que o pneumotorax operatorio agrava sensivelmente o prognostico. Garré e Quincke salientam as vantagens que oferecem a ressão intra-bronquica nas operações intra-toraxicas, porém confessam ter operado muitos casos de bronquetasia, abcessos e gangrena pulmonar, com ótimos resultados sem o auxilio da pressão deferencial e sem os acidentes graves do colapso pulmonar.

Doyen, em 1910, falava da inocuidade dos acidentes do pneumotorax operatorio nas intervenções sobre o pulmão.

Lecéne e Duval acham que com o processo de Delagenière (que é o pneumotorax lentamente constituido e progressivo com fixação imediata do pulmão a parede toraxica) póde-se fazer a cirurgia do pulmão sem graves inconvenientes e com belos sucessos.

Sauerbruch insiste porém nos perigos do pneumotorax e opera sistematicamente todos seus casos de pulmão sob a hiperpressão, dizendo que este processo é imprescindivel para quem quiser fazer bem a cirurgia intra-toraxica.

Após esta digressão pelos processos tendentes a evitar o colapso do pulmão, volte-

mos á tecnica da abertura do abcesso pulmonar no caso de pleura livre.

O primeiro tempo da operação consiste na resecção costal, até a abordagem e descoberta da pleura parietal, em segundo tempo incisa-se esta e introduzindo a mão na cavidade toraxica apalpa-se o pulmão entre os dedos e identifica-se a localisação do fóco septico que se manifesta por um endurecimento no meio do tecido pulmonar normal.

Uma vez encontrada a séde da afecção, duas soluções se apresentam, ambas dependendo do estado do paciente; si este estiver em más condições a abertura do fóco purulento deve ser imediata, isolando-se com gaze o resto da cavidade pleural, afim de evitar sua infecção.

Caso o estado do enfermo não esteja tão comprometido faz-se a operação em dois tempos, no primeiro ato sutura-se o pulmão á parede toraxica com pontos de catgut ou então isola-se com compressas de gaze a zona do pulmão a incisar, e 10 dias depois as aderencias já estando constituidas, abre-se francamente o pulmão com o termo-cauterio ou bisturi, completando a operação com uma boa drenagem como falamos acima.

Nestas operações em pleura livre a anestesia deve ser geral, sendo preferivel o cloroformio ou a mistura de Schleich.

O periodo post-operatorio do abcesso de pulmão é bastante longo, a temperatura e a fetidez da expectoração desaparecem; a soroterapia antigrangrenosa deve ser sempre empregada nos primeiros dias que se seguem ao ato operatorio. Os resultados da terapeutica cirurgica nas operações pulmonares são os mais satisfatorios possiveis, atendendo á cifra eleveda de mortalidade que se obtem com os metodos internos.

Brewer, de Chicago, apresenta uma estatistica com 70 a 80 % de curas.

Garré, em 1905, de 400 pneumotomias, teu uma mortalidade de 25 %. Em 1872, reunindo cerca de 600 casos de abcesso de pulmão, este mesmo autor obteve o coeficiente de letalidade baixado para 17 %.

Kisslung, em 120 casos operados na clinica de Lenhartz perdeu 28 % de seus clientes. Picot, em 149 pneumotomias obteve 105 curas.

Sauerbruch apresenta-nos um grupo de 72 doentes operados de abcesso de pulmão com 58 curas. 37 casos de gangrena com 16 mortos. O prognostico da gangrena pulmonar sendo muito mais grave que o do abcesso.

Pelos dados e estatisticas acima relatados, de varias sumidades sobre o assunto, resalta o grande valor da cirurgia no abcesso de pulmão e o resultado apreciavel que se consegue obter neste capitulo dificil da patologia pulmonar. Eis aí o que póde fazer a cirurgia no abcesso do pulmão.

Medicos do Interior!

Quando vierdes a Porto Alegre, visitae a séde do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, á rua General Camara 264, 3º andar.

Lá encontrareis um ambiente amistoso e agradavel. Verificareis, tambem, como o Sindicato trabalha pela união e engrandecimento da classe. Para isso ele necessita da colaboração de todos. Enviae sem demora, a vossa adhesão.

UM CASO DE OIDIO-MICOSE PULMONAR*)

Observação do dr. LAMARTINE SOUZA

A observação clinica que pretendo relatar a esta culta assemblea tem, a meu ver, valor pela raridade relativa das verificações feitas, em nosso meio, sobre tal assunto. Creio mesmo ser o primeiro caso desta entidade morbida, constatado entre nós. E sóbe de ponto o interesse da comunicação desde que se saiba terem sido feitos os primeiros estudos acerca da molestia, pelo notavel cientista patricio, dr. Otavio de Magalhães.

X., branca, solteira, 33 anos, domestica, natural da Alemanha. Antecedentes pessoaes e hereditarios, sem maior importancia. Submeteu-se, a 15 de novembro de 1929, a uma intervenção cirurgica, reclamada por volumoso fibro-mioma do corpo do utero, em consequencia do qual tinha frequentes hemorragias periodicas. Sequencias operatorias, boas. Cicatrização por primeira intenção. Comtudo, o estado geral da paciente notava-se fortemente comprometido: astenia extrema; emagrecimento rapido; palidez; temperatura vesperal com pequenas remissões matinaes; tosse com expectoração abundante, algumas vezes sanguinolenta; anorexia; profusos suores noturnos. — A convite do dr. Severo do Amaral, que fizera a intervenção, examinei a doente. Decubitus dorsal. Magreza extrema, palidez impressionante. Temperatura axilar, 38,5; pulso 112. Sub-macicez no apice esquerdo. A escuta revelou respiração soprosa e rude no mesmo apice; na inspiração profunda, estertores sub-crepitantes. Ausencia de estigmas ou sinaes de lues. Apezar disto, aplicaram-se varias injeções de 914, sem resultado apreciavel. Foi pedido, então, o exame de escarro para pesquiza do bacilo de Koch. O exame microscopico negou a existencia do bacilo da tuberculose e revelou a presença, no escarro, de um cogumelo, cujos caracteres, morfologia e culturas posteriores permitiram classifical-o como o „oidium brasiliense," descoberto e estudado pelo dr. Otavio de Magalhães. — Instituida a terapeutica adequada pelo iodeto de sodio, em injeções endo-venosas, a doente melhorou rapidamente estando, hoje, completamente curada.

No presente caso, duas hipoteses se formulam; ou se tratava de uma fórma cronica de oidiose, com surto agudo pela diminuição post-operatoria da resistencia organica, ou era uma forma aguda. Inclino-me mais para a primeira face da questão. — O oidium brasiliense é largamente espalhado na natureza. Cultiva-se bem na gelatina, cenoura, leite e em outros meios comuns de cultura. Todos os animaes de laboratorio lhe são sensiveis e morrem com lesões pulmonares. A preferencia ou melhor, a verdadeira afinidade pulmonar do oidium brasiliense foi demonstrada por uma série de experiencias: inoculações por pincelada nas mucosas, injeções sub-cutaneas, intra-musculares e intra-peritoneaes etc. Mas a autopsia revelou, sempre, lesões pulmonares. Raspagens de ulceras, pele, pelos, etc., nunca forneceram culturas de oidium brasiliense.

O diagnostico da oidio-micose é relativamente facil; excluidas tuberculose e sifilis e feita a intra-dermo reação para o O. brasiliense, pode-se afirmar a presença do cogumelo no escarro do doente e iniciar o tratamento, considerado especifico, pelo iodeto de sodio.

Não quero terminar estas notas, sem agradecer ao amigo e colega distinto dr. Severo do Amaral, pelo que me auxiliou na observação do caso.

São credores, tambem, dos meus agradecimentos, os drs. Arí Costa e Clementino Silva, pelos exames feitos em seu laboratorio e pelo interesse tomado na confecção destes apontamentos.

*) Observação apresentada pelo autor á Sociedade de medicina de S.ta Maria. Na mesma sessão o dr Xavier da Rocha relatou um caso de „oidiose" constatado, ha dois anos, em sua clinica, igualmente curado.

Já aderiu ao Sindicato? Faça-o sem demora para compartilhar da proxima grande vitoria da classe.

A MENINGITE TUBERCULOSE DO ADULTO

(ASPETOS CLINICOS: A FORMA CEFALALGICA)

Pelo **dr. Nino Marsiaj**, assistente do serviço de prof. Otavio de Souza na Santa Casa de Misericordia.

Para quem nunca viu uma meningite tuberculosa evolvendo num adulto ha de parecer exagerada e sem razão de ser a distinção categorica, que sempre se tem feito, entre ela e a menigite tuberculosa da criança. Mas, de fato, os antigos autores tinham razão quando afirmavam que „entre a meningite tuberculosa do adulto e a da infancia, tudo é contraste: sintomas, evolução, rapidez, etc. . . ., a discordancia é total. Entre elas só ha um ponto de contato: a morte" (Jaccoud, Wunderlich).

Si num certo numero de casos tal não se dá, eles estão em minoria, sendo um dos carateristicos da molestia no adulto e apresentar-se com um quadro clinico frusto e as mais das vezes monosintomaticos.

Dois casos, por nós observados, ha pouco tempo, e que descreveremos no decorrer destas linhas, servirão como mais uma prova dos conceitos emitidos pelos nossos mestres.

Qual a razão destas divergencias tão grandes? Quais as causas capazes de explicá-las, sendo o agente microbiano o mesmo?

1) Em primeiro lugar, a meningite tuberculose do adulto é quasi sempre secundaria a uma tuberculose visceral (pulmonar, renal, etc.), i. é, ela evolve num terreno preparado e exgotado. E' facil compreender que sua evolução deva ser mais rapida do que se atingisse um individuo em bôas condições de saude. Além disso, si o tuberculoso estiver em grau adiantado, aniquilado pela febre continua e pela diarréa que o deshidrata e enfraquece, o processo meningêo passará perfeitamente despercebido no meio deste quadro tragico, até o dia em que sobrevem bruscamente um colapso, instalando-se o coma que leva o doente em pouco tempo.

2) As meninges mais atingidas no adulto são as que envolvem a convexidade do cerebro, ao contrario da criança em que o processo inflammatorio é principalmente basilar e espinhal.

Si dissermos ainda que o cerebro adulto é um orgão por assim dizer meiopragico, tão grandes são os esforços a que está sujeito pelo maior desenvolvimento de suas funções mentais, pelas preocupações de ordem moral e afetiva, pelas emoções, composto de celulas enfraquecidas pelos venenos elaborados no proprio organismo e por venenos exogenos, tais como o alcool, o fumo, etc., não é dificil compreender porque o adulto „reagindo sobretudo com o cerebro, fará uma forma cerebral de meningite tuberculosa" (Ramond).

De acordo com este modo de pensar, a clinica nos mostra a frequencia das formas convulsivas, sensitivas, sensoriais e psiquicas observadas no adulto, principalmente as ultimas que quasi não se encontram na criança. Mas, estas formas, dependentes de uma lesão cortico-meningéa, são, via de regra, quasi até ao fim, monosintomaticas, ou ao menos as convulsões, paralisias, etc., permanecem o sintoma domonante no quadro clinico.

A anatomia patologica explica-nos estes fatos, demonstrando ser a meningite tuberculose do adulto quasi sempre, e até uma fase adiantada da molestia, uma meningite em placas, localizada em determinados, e as mais das vezes restritos, territorios anatomicos.

Dentre estas diversas formas monosintomaticas desejamos chamar a atenção sobre todas as outras, mas tambem porque quando bem observada permite um diagnostico precoce, sinão de certeza ao menos de grande probabilidade. Referimo-nos á forma cefalalgica.

Esta forma, como seu proprio nome o diz, tem como sintoma dominante e muitas vezes unico uma cefaléa tenaz, constante e rebelde a todos os analgesicos habitualmente usados. Esta cephaléa póde atingir qualquer região da cabeça, sendo, no entanto, mais frequente nas regiões frontal e ocipital. Ela só é aliviada pela punção lombar, mas mesmo assim por poucas horas. Sendo muito precoce, deve chamar a atenção do medico assistente, que, em face de um tuberculoso que se queixa de dôr de cabeça tenaz e incoercivel, deve sempre pensar, mesmo na ausencia de qualquer outro sintoma, na possibilidade de um processo meningêo que se esteja instalando insidiosamente.

Sob este ponto de vista bastante ilustrativo é o caso que tivemos oportunidade de observar, como amigo da familia do paciente, e que esteve em mãos de ilustres colegas da Capital.

Observação resumida. M. M., com 22 anos, branca, casada, residente no interior do Estado.

Nada que interesse nos antecedentes morbidos familiares. Antecedentes morbidos pessoais: Ha 6 anos teve uma hemoptise, tendo sido examinada e rigorosamente tratada por competente especialista desta cidade. Foi então considerada como uma bacilosa. Dois anos após, novamente examinada por outro colega, lhe foi concedida licença para casar, pois estava clinicamente curada. Um ano depois deu á luz um menino robusto e bem desenvolvido, que amamentado por ela continua desenvolvendo-se bem.

Molestia atual: Em Março do corrente ano, após uma gripe, que a prostrou por varios dias, sentiu-se enfraquecida. Transportando-se para cá, afim de tratar-se, o especialista diagnosticou uma tuberculose pulmonar unilateral, em plena evolução, e indicou a colapsoterapia pelo processo de Forlanini. Desde a 1.ª compressão, a 2 de Maio, a temperatura elevou-se a 40° (de 36,8 a 37,5, que era) e sobreveiu uma forte cefaléa fronto-parietal. Chamado o oto-rino-laringologista, este verificou lesões tipicas de uma tuberculose laringéa e varias ulcerações bacilosas do faringe, nada encontrando, no entanto, para os seios faciais. A temperatura, muito irregular e elevada, apresentava oscilações bruscas durante o dia. O pulso se mantinha sempre de acordo com a temperatura. Estado geral otimo.

Alguns dias após sobrevieram as regras, o que aliviou por algumas horas a dôr da cabeça.

A 8 de Maio esta continuava sempre violenta, a ponto de a doente pedir a morte para alivial-a. O estado pulmonar estava melhor e o geral ainda excelente. Exame de urina: normal. R. de Widal: negativa.

Daí por diante a doente começa a emagrecer e sentir-se cada vez mais abatida. A cefaléa sempre terrivel continuava, não dando á paciente um minuto siquer de alivio, apezar de todos os analgesicos empregados. Não foi feita a punção lombar.

A 18 de Maio, pela tarde, sobrevem um colapso. A doente, convenientemente medicada, reanimou-se. A' noitinha novo colapso; a paciente entra em coma. Até então não havia, a não ser a cefalalgia, nenhum sinal clinico de comprometimento meningêo.

Na manhã seguinte: rigidez de nuca, esboço de Kernig, carfologia.

A 20 de Maio: Bronco-pneumonia, Kernig acentuado, estrabismo convergente franco. A 21 a paciente morreu.

Apesar dos dados laboratoriais serem bastante escassos, cremos ser indiscutivel o diagnostico clinico de comprometimento meningêo de origem tuberculosa ou tuberculose meningéa, seja qual fôr o tipo anatomo-patologico da lesão.

Assim sendo é de interesse notar que durante 19 dias consecutivos, sem uma hora siquer de interrupção, o unico sinal clinico do processo inflamatorio meningêo foi a cefaléa.

Pudessemos nós ter feito a punção lombar e teriamos não só encontrado a chave do diagnostico, como tambem teriamos praticado um ato de caridade, aliviando a paciente do martirio a que foi submetida.

Si num grande numero de casos a molestia evolve deste modo, existem outros em que, além deste, se ajuntam outros sinais de reação meningéa. Mas, mesmo assim, nesta, como em outras formas clinicas, o quadro apresentado pelo doente é sempre frusto. Si o clinico fôr esperar pelas fases classicas da meningite tuberculosa, quando tratar de um adulto, ou não fará o diagnostico ou quando o fizer o paciente já estará á morte.

Um outro caso por nós observado e estudado no serviço do prof. Octavio de Souza nos dará uma ideia, não só do valôr diagnostico da cefaléa persistente e insuportavel, mas tambem da evolução bastante atipica da meningite tuberculosa do adulto.

Observação resumida. F. P. B., com 29 anos, solteiro, branco, motorneiro, deste Estado, Av. Terezopolis n.º 2.

Antecedentes morbidos familiares: nada que interesse.

Antecedentes morbidos pessoais: Aos 13 anos, sarampo. Aos 16, coqueluche. Em 1918: a gripe hespanhola. Aos 19 anos cancro duro e gonorréa. Sofre, ha algum tempo, de uma tosse pertinaz, sem expectoração.

Molestia atual. Ha uns vinte dias, após uma gripe, começou a sentir uma violente cefaléa fronto-parietal que não cedeu com nenhum dos analgesicos que costumava tomar. Ha uns 3 dias sobrevieram vomitos. Seu estomago não suportava alimento de especie alguma, inclusive a agua. Só vomitava quando comia ou bebia. Perdurando este estado de coisas, resolveu baixar ao hospital, onde foi designado para a Enf. Dr. Otavio L. 14 Pap. 4007.

Habitos. Fuma e bebe moderadamente.

A 1 de Maio o doente baixa com uma violenta cefaléa. Acha-se prostrado, emagrecido. Alguns ganglios inguinais engorgitados, duros e roliços. Temperatura 37,52. Pulso regular, cheio: 54 p. min. Tensão arterial: Mx. 13 Mn. 9. Sensibilidade e reflexos integros. Inapetencia e raros vomitos alimentares. Ha prisão de ventre. Ap. respiratorio: Respiração rude e alguns estertores finos para o apice direito. Respiração soprosa em todo o hemitorax esquerdo.

A 3 de Maio, o estado do paciente agravou-se. Os vomitos desapareceram. A cefaléa continuava intensa. Esboço de Kernig. Leve rigidez da nuca. E' praticada uma punção lombar.

A 9 de Maio, o doente ainda sente os beneficios da punção. A cefaléa continua menos intensa. Sobrevem delirio.

A 12, a cefaléa voltou com toda a intensidade. Delirio. Incontinencia de urina.

A 13, hematuria e hemoptise.

A 14, inconciencia completa. Carfologia.

Dia 15, pela noite, entrou em coma e horas depois morreu.

Exames de laboratorio:

Urina: normal.

Sangue: R. de Wassermann: negativo 000.

Desvio de complemento para a tuberculose: positivo nitido (Lab. Geyer).

R. de Widal: negativa.

Hemocultura: negativa.

Globulos vermelhos: 4.805.300 p. mm ^{3}.

Globulos brancos: 13.125 p. mm ^{3}.

Polin. Neutrofilos: 84,80 %.

Gr. e med. mononucl.: 8,10 %.

Limfocitos: 7,10 %.

Dosagem de hemoglobina: 57 %.

Liquido cefalo-raqueano: Aspeto limpido. Côr clara. Não tem coagulo, nem sangue.

Albumina total 1,52. Prova de Ravaut: positivo intenso.

R. Nonne Appelt: positivo.

R. Ross-Jones: positivo.

R. Pandy: positivo.

R. Weichbrodt: positivo.

Chloretos: 5,382.

R. De Takata e Ara: Coloração rosea imediata.

R. de Lange. Curva de Eicke. Violeta 1/320 — 1/640.

R. de Meinicke: negativo.

R. de Wassermann: negativo.

Exame citologico: 302 p. mm ^{3}. Limfocitose predominante.

Exame bacterioscopico: negativo.

Si atentarmos nestes dois casos que tivemos oportunidade de observar, veremos quão diferente é o quadro clinico da afecção em se tratando de adultos. Nestes o diagnostico se torna bem mais dificil. Si na criança faltam-nos os elementos subjetivos, a respeito dos quais as informações são sempre nulas ou escassas, no adulto a precariedade do quadro obriga o medico a jogar, com uma observação acurada e interpretação prudente, com os poucos sintomas que se lhe apresentam. Si entre estes a cefaléa tem grande importancia diagnostica, é preciso, no entanto, não lhe exagerar o valôr, rotulando como meningite tuberculosa toda a dôr de cabeça sobrevinda num baciloso. Mas tambem é fóra de duvida que, dentre de todos os sintomas de comprometimento meningêo no adulto, a cefalalgia ocupa o 1.º lugar em precocidade e em frequencia. Entretanto, antes de afirmar a existencia de um processo meningêo será de absoluta necessidade excluir as cousas provaveis no caso de produzir a dôr de cabeça e em seguida estribar-se nos exames laboratoriais. Só então o diagnostico de meningite tuberculosa, diagnostico terrivel de que nos afastamos insensivelmente, deve vir ao nosso espirito e servir de base á nossa ação.

Aqui, mais do que nunca, fica de pé o preceito de Cardarelli:

Observatio et Ratio.

Diante do tudo que foi dito, comentará um espirito cetico: de que vale o diagnostico precoce da meningite tuberculosa, si a morte é inevitavel e certa?

Só poderá falar assim quem nunca viu o sofrimento e os horrores por que passa um tuberculoso atingido por uma lesão

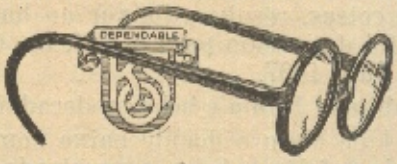
meningéa. A dôr de cabeça que o atormenta, assim como os outros sintomas de hipertensão craneana, valem bem o esforço do medico em procurar uma solução para o caso, o mais depressa possivel.

Ele a tem na mão: é a punção raqueana, que si não traz comsigo a cura, traz a luz, traz o alivio momentaneo, é verdade, mas que póde ser repetido, mantendo o infeliz que se debate nas garras da morte que se aproxima a passos largos, na doce ilusão de uma cura possivel.

A função hematopoietica, isto é, a formação dos elementos figurados do sangue, é com efeito difusa no embrião. Durante o primeiro mês, as hematias nucleadas que dão origem ás anucleadas do sangue normal por perda do seu nucleo, reproduzem-se por divisão nuclear nos capilares da vesicula biliar e do figado. No segundo mês, este processo se atenúa para desenvolver-se na polpa do baço. Pela sexta semana a função mieloide está localizada no figado e no baço. Só mais tarde é que ela se desenvolve na medula dos ossos. No nascimento, medula osseo e baço apenas fabricam hematias, e, durante o primeiro ano, o baço perde a faculdade de produzir globulos vermelhos." L. Tixier „Les Anémies". Pags. 10, Paris 1923. Lab. Clin. — 73/74.

OPTICA MODERNA
FOERNGES IRMÃOS
ANDRADAS 1504 - PORTO ALEGRE

ESPECIALISTAS NO PREPARO DAS LENTES RECEITADAS PELOS SNRS. MEDICOS-OCULISTAS



COMPLETO SORTIMENTO de
LENTES BI-FOCAES que combinam dous fócos em uma só lente; um para longe e outro para perto.
Lentes ZEISS-PUNKTAL que produzem imagens nitidas em todas as direcções que se olhe.
LENTES CROOKES que eliminam praticamente os raios Ultra-Violeta e reduzem a intensidade da luz.
:: Thermometros Casella - Olhos artificiaes ::

INSTITUTO DE RADIOLOGIA
DR. NESTOR BARBOSA
✶
DIRETOR DO GABINETE DE RADIOLOGIA
DA SANTA CASA DE MISERICORDIA
Com curso de especialisação em Paris e Berlin
✶
CONSULTORIO:
Galeria Chaves / R. dos Andradas
TELEFONE 5239

Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Sessões realisadas em 1931.

Sessão de 25 de Setembro *)

O dr. Bruno Marsiaj comunicou um caso de pericolenitite com periduodenite da primeira porção, por ele operado com otimo resultado. A sintomatologia era bastante escassa: dores no ventro e especialmente no quadrante superior direito. Salientou o valor e a necessidade da cobeistografia nesses casos. O dr. Octavio de Souza concordou com essa opinião e citou diversos casos da sua clinica.

O dr. Bruno Marsiaj relatou tambem um caso de vesicula hidropica do tamanho de uma garrafa de agua de soda, da qual a paciente nunca se queixou. A operação foi feita com sucesso, tendo a hidropisia vesicular sido descoberta no curso de outra operação.

O dr. Ary Vianna comunicou o caso de uma crianãa que durante uma gripe apresentou convulsões e logo após hemiplegia esquerda. Regredida esta quase completamente, a doentinha faleceu em menos de 24 horas. Fizeram considerações sobre o assunto os drs. Ygartua, C. Hofmeister, Decio M. Costa, Decio de Souza, Nino, Flôres Soares e R. di Primio.

O dr. Nino Marsiaj fez comentarios sobre a dificuldade do diagnostico etiologico das estenoses do esofago. Citou um caso em que o diagnostico completo, indiscutivel da atresia foi impossivel.

Os drs. Jacy C. Monteiro e Octavio de Souza fizeram considerações a respeito.

Sessão de 2 de Outubro

Fez uma conferencia sobre „Metodos pelvimetricos — Radiopelvimetria" o dr. Bruno Marsiaj. O orador descreveu os diversos processos pelvimetricos usados desde o primeiro metodo de medidas externas proposto por Baudelocque até o moderno processo de Fochier. Extendeu-se em considerações sobre a radio-pelvimetria pelo processo de Fabre, do qual foi o primeiro a fazer uso no nosso Estado. Terminou mostrando os resultados que obteve em diversos tipos de bacias e no cadaver e louvando o metodo que reputa um dos mais rigorosos e exatos, aliado ao de Fochier.

O dr. Ricardo Enck fez comentarios em torno de um caso de transposição visceral completa, apresentando numerosas radiografias demonstrativas.

O dr. Heitor Annes Dias comentando, relembrou o caso de um doente com mesenterio comum que apresentou á Sociedade no ano passado.

O dr. Ygartua comunicou um caso de piloro-espasmo com estenose hipertrofica do piloro, numa criança com poucos dias de vida. Combinada com o dr. Fayet a terapeutica medica de prova, que não deu resultado, foi resolvida a operação que consistiu na simples incisão da parede pilorica, respeitada apenas a mucosa. A pacientezinha, que já conta agora 28 dias, vai passando bem, com a curva ponderal em franca ascenção.

Sessão de 9 de Outubro

Fez uma conferencia sobre a „Psiquiatria e a sua orientação para o concreto", o dr. Decio de Souza, que durante quarenta minutos discorreu com brilhantismo. O dr. Annes Dias manifestou o agrado com que foi ouvida a conferencia, plena de judiciosos conceitos. O dr. Decio Martins Costa falou sobre a tendencia muito introduzida na Alemanha da pedagogia cada vez mais fazer parte da pediatria, a ponto dos congressos de pedagogia serem realizados em hospitais, pois desde a infancia deve-se fazer a profilaxia das molestias mentais. O dr. Thomaz Mariante citou o seguinte caso, interessante pelo erro diagnostico cometido: senhora de 44 anos, cor parda, com o ventre enorme, doente ha 2 mêses e 2 mêses após a ultima menstruação; diametro antero-posterior do ventre 1 metro, macicez de linha superior convexa, sem onda liquida. Ventre piriforme; a doente deita sobre o lado direito.

Embora suspeitando quisto, fez-se a punção por se julgar tratar-se de ascite. A punção foi negativa. Ouvido um cirurgião, concordou em fazer-se uma laparatomia exploradora. Feita a operação, jorrou liquido citrino: era uma ascite muito volumosa. Pela posição da paciente tomou aquele aspeto; pela grande tensão não havia sensação de onda liquida e pela extraordinaria espessura da parede não deu liquido na punção.

*) Todas as sessões resumidos neste numero, foram presididos pelo dr. Octavio de Souza e secretariadas pelo dr. Nino Marsiaj.

O dr. Jacy C. Monteiro confirmou as palavras do dr. Mariante, dizendo que o limite superior do tumor era nitido, dando impressão de quisto ovarico. A autopsia não foi conseguida; o dr. Nino, a proposito, falou sobre a dificuldade das autopsias em Porto Alegre, sobre o que já se manifestou ha 2 anos.

O dr. Coradino L. Duarte citou um caso de interesse observado na sua clinica, em São Francisco: tumor pediculado do ovario com ascite abundante e desenvolvimento rapido da neoplasia, numa moça.

O dr. Jacy disse que a rapidez de desenvolvimento do cancer na juventude é muito comum, para não dizer a regra.

O dr. Octavio citou um caso de punção branca devido á grande espessura da parede do ventre. Com injeção de neptal a doente urinou 7 litros em 24 horas, em vez de 200 a 300 gramas.

SINDICATO MEDICO DO RIO GRANDE DO SUL

Durante o corrente mês, continuaram a chegar as adesões ao Sindicato bem como votos de solidariedade á sua ininterrupta e destacada ação. Em ação conjunta com o Sindicato Medico Brasileiro e outros, o S. M. R. Gr. se interessou pela momentosa questão da regulamentação da profissão, tendo enviado ao ministro da Educação as sugestões solicitadas. O projeto da regulamentação está em mãos do procurador geral, afim de receber o parecer juridico necessario.

Pelo Sindicato foi, em oficio, encaminhado o memorial dos cirurgiões dentistas.

Balanço trimestral do Sindicato, apresentado em sessão de 28. 9. 931:

Receita	6:305$300
Despeza	5:678$500
Saldo	626$800

Nessa sessão ficou resolvido adiar-se „sine dia" a questão do distintivo do Sindicato, quer para lapela ou auto.

Sessão de 26 de Outubro 931.

Resolveu-se passar telegrama de congratulações ao Governo Provisorio e ministro da Educação e Sauda Publica, pela oficialização da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Resolveu-se publicar um boletim trimestral do Sindicato, separado dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", ao contrario do que a principio se cogitou.

Pelo dr. Mario Totta, o Sindicato Medico Brasileiro enviou ao S. M. R. Gr., grande copia de exemplares do Codigo de Deontologia Medica, aprovado pelo Congresso Sindicalista, reunido no Rio em Julho pp., do opusculo: „Peculio Medico" e do livro de Aresky Amorim: „Syndicalismo Medico". Foi feita distribuição.

PAGINA DA REDAÇÃO

Os concursos para „Livre Docente" na Faculdade de Medicina desta Capital

E' o novo „Livre Docente" de clinica cirurgica o Dr. Jacy Carneiro Monteiro que foi aprovado unanimemente.

Terminaram ha pouco na nossa Faculdade de Medicina, os concursos para a „livre docencia" que se achavam paralisados desde Outubro do ano passado, pela irrupção do movimento revolucionario.

Para a cadeira de clinica cirurgica apresentou-se o Dr. Jacy Carneiro Monteiro, cuja tése versou sobre „Pielografia endovenosa".

O autor estudou amplamente esta questão de grande atualidade cientifica e apresentou farta documentação, constando de 32 ótimas observações que sobremodo realçam o valor de seu trabalho. O assunto da tése do Dr. Jacy Carneiro Monteiro parte de uma descoberta dos professores Von Lichtenberg e Swic, de Berlin, para a visualisação dos rins por meio de uma injeção endo-venosa, seguida de radiografia.

Até pouco para se obter uma imagem dos rins e das vias excretoras altas, era necessario introduzir na bexiga do paciente, um aparelho metalico — o cistoscopio

— e depois fazer subir pelos canais ureterais até o rim, sondas muito finas, por intermedio das quais injetava-se uma solução opaca, que pela radiografia nos reproduzia a forma e alterações dos rins.

Este processo até então o unico empregado, constituia por si, uma pequena operação, só podendo ser efetuada pelo especialista em urologia; além disso trazia serios inconvenientes, não só pelo sofrimento que despertava no paciente, como pelos inumeros impecilhos que tolhiam a sua execução.

O novo processo que é estudado pelo autor na sua tése, vem substituir com grande vantagem o metodo antigo, consta ele de uma injeção intravenosa de uma solução opaca com base de iodo, como o Uruselectan e o Abrodil, que eliminando-se em quasi sua totalidade pelas vias urinarias, imprimem na chapa radiologica 15 a 30 minutos depois da injeção, a imagem perfeita dos rins e de seus caracteres normais ou patologicos, assim como o dos bacinetes e ureléres.

Este novo processo não apresenta nenhum inconveniente em seu uso, tem raras contraindicações e é de uma inocuidade perfeita, podendo ser utilisado em crianças e pessoas idosas. Seus resultados têm sido os mais brilhantes e sua entrada vitoriosa no diagnostico das afecções cirurgicas do rim, vem comprovar suas indiscutiveis propriedades.

Além da defesa da tése, o concurso para livre docencia, pela lei nova do ensino consta de mais três provas: uma escrita, sobre toda materia, em que o candidato tira um ponto no momento da execução da prova e tem três horas para escrever sobre o assunto sorteado; uma prova pratica, no hospital, em que o candidato terá que examinar o doente que lhe couber, na frente da comissão examinadora e justificar seu diagnostico por escrito. A terceira e ultima prova, consta de uma preleção sobre o ponto pratico da vespera, em que o candidato para mostrar suas qualidades didaticas terá que falar durante o espaço de tempo de quarenta e cinco minutos.

No exame escrito o ponto sorteado foi „Tuberculose da articulação coxo femural". Na parte pratica coube fazer o diagnostico num caso de „Cancer do esofago"; assunto este que, como indica a lei, foi o motivo da prova didatica, tendo o candidato descorrido brilhantemente sobre esta entidade morbida, não chegando a concluir o ponto devido ao esgotamento do tempo regulamentar. Finda a serie de provas a que se submeteu o candidato, a congregação da Faculdade, em reunião especial, pronunciou seu veriditum, aprovando unanimemente o Dr. Jacy Carneiro Monteiro para Livre Docente de Clinica Cirurgica.

A banca examinadora nomeada pela Faculdade de Medicina era constituida pelos professores Frederico Falk, Guerra Blessmann, Saint-Pastous, Drs. Hildebrando Varnieri e Argemiro Dornelles.

O Dr. Jacy C. Monteiro é formado pela Faculdade de Medicina desta Capital na turma de 1923, tendo se orientado desde então para a cirurgia, sendo hoje muito conceituado nesta especialidade na classe medica Rio Grandense. Faz parte do corpo de cirurgiões do departamento de „Cirurgia de urgencia" do hospital da Santa Casa, onde tambem exerce a sua atividade como assistente do serviço de cirurgia do Dr. Alfeu Bicca de Medeiros, na 10.ª enfermaria. Ha pouco regressou de uma viagem de estudos a Europa, onde foi aperfeiçoar seus conhecimentos de cirurgia, nos centros cientificos de Paris, Berlin e Viena, onde se demorou por espaço de um ano.

No proximo numero daremos amplo noticiario sobre as téses defendidas pelo Dr. Ivo Correa Meyer: espasmos retinianos, e pelo Dr. Odone Marsiaj: influencia da pressão barometrica na crise de eclamistia: ambas aprovadas. Os três novos livre-docentes foram homenageados pela classe medica local, que lhes ofereceu concorrido banquete, tendo falado os drs. Annes Dias e I. Corrêa Meyer, que abordaram importantes questões medicas atuais.

Dr. Mario Totta.

Voltou do Rio de Janeiro o dr. Mario Totta, professor da Faculdade e membro da comissão e revista dos arquivos Rio Grandenses de medicina.

Na capital federal foi alvo de destacadas homenagens, tendo sido, como intelectual, recebido oficialmente pela Academia Brasileira de Letras, honra excepcionalmente concedida a intelectuais consagrados. Foi saudado pelo prof. Fernando Magalhães que enalteceu a cultura e a inteligencia do homenageado. Falou, tambem, o academico Alcides Maya que estu-

dou a personalidade do ilustre medico riograndense.

O Prof. Mario Totta, em brilhantissima e aplaudida oração, agradeceu a grande e excepcional honra de ser recebido entre os mais altas expoentes das letras brasileiras.

Oficialisação da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Causou grande satisfação entre a classe medica riograndense, o recente decreto do Governo Provisorio, que oficialisou, sem onus para o Governo, a nossa Faculdade de Medicina.

Com esse ato, aumentam as esperanças de que em breve teremos um estabelecimento de ensino medico na altura do que exige e merece o Rio Grande.

Ao devotado e incançavel diretor da Faculdade, prof. Sarmento Leite, as felicitações dos „Arquivos".

Na Maternidade da Santa Casa

Por iniciativa do prof. Mario Totta, esforçado e dedicado diretor da Maternidade da Santa Casa, foi creado um curso sobre questões de obstetricia e puericultura, destinado aos alunos da 6.ª serie medica.

As conferencias realizam-se ás 5.as feiras, na Maternidade.

Correspondencia

Dr. Clovis J. Trindade (Lavras). Recebemos a importancia de vinte mil reis, para a assinatura de um ano.

Dr. Antão Brasil (Santo Angelo). Idem.

Dr. Sylvio Mauret (Barra do Ribeiro). Idem, idem.

Dr. Mario Meneghetti (Pelotas). Idem, idem. Até que afinal recebemos o seu valioso trabalho sobre a vacina de Umeno e Doi, que já vai publicado neste numero.

Dr. Damartine Souza (Santa Maria). Publicamos neste numero a sua interessante observação.

Semana anti-alcoolica

De 19 do corrente em deante, realizou-se em todo o Brasil, por determinação do Governo Provisorio, a semana anti-alcoolica. Em Porto Alegre, a semana decorreu brilhante.

A Liga Pró Temperança Porto Alegrense, em ação conjunta com a Diretoria de Higiene, conseguiu dar grande atividade á cruzada contra o terrivel veneno social, cruzada levada a efeito por todos os modos: em colegios, em conferencias publicas, pelo radio, pela imprensa, cartazes, etc.

O corpo medico prestou grande auxilio. O dr. Florencio Ygartua fez aplaudida conferencia na Biblioteca Publica; o dr. Maya Faillace, paladino da campanha anti-alcoolica, fez uma conferencia ao microfone da Radio Sociedade Gaúcha, e os drs. Ney Cabral, Raul Moreira, Leonidas S. Machado, Maximiliano Canduro, Raymundo Vianna, Hugo P. Ribeiro, Galdino N. Vieira, etc., publicaram brilhantes artigos a proposito na imprensa local.

REVISTA DAS REVISTAS*)

Codigo de Deontologia Medica

Aprovado pelo 1º Congresso Medico Sindicalista em 23 de Julho de 1931 (Extraido da separata do Boletim do Sindicato Medico Brasileiro, do Rio de Janeiro).

CAPITULO I

Dos deveres dos medicos para com os enfermos

Art. 1. — A obrigação de atender o medico a chamados no exercicio de sua profissão, limitar-se-á aos casos seguintes:

1.º — quando outro medico pedir a sua colaboração profissional:

2.º — quando não houver outros facultativos no lugar onde exercer a profissão;

3.º — em casos de urgencia ou perigo iiato.

Art. 2. — Si, na primeira visita a um doente, verificar o medico que a molestia é contagiosa, poderá recusar a continuação de sua assistencia, nos seguintes casos de iminente perigo de transmissão a terceiro:

1.º — si for cirurgião e estiver prestes a praticar em outrem uma operação asseptica;

2.º — si for parteiro e estiver comprometido a assistir uma mulher em parto proximo;

*) Devido á muita materia das outras seções, tivemos que reduzir o da „Revista das revistas". A redação.

3.º — si assistir, na ocasião, crianças a quem possa transmitir a molestia.

Art. 3. — O medico prestará os seus serviços profissionais atendendo mais ás dificuldades e exigencias da molestia que á posição social dos seus clientes, ao aos recursos pecuniarios de que estes disponham.

Art. 4. — O medico, em suas relações com o enfermo, procurará tolerar seus caprichos e fraquezas, enquanto não se oponham ás exigencias do tratamento, nem exerçam influencia nociva ao curso da afecção.

Art. 5. — Ainda que o carater, curso ou gravidade da molestia exijam que o enfermo seja visitado com frequencia, o medico evitará as visitas desnecessarias, porquanto podem torná-lo suspeito de fins interesseiros.

Art. 6. — O medico evitará, em seus atos, gestos e palavras, tudo que possa atuar desfavoravelmente no animo do doente e deprimí-lo ou alarmá-lo, sem necessidade; mas, si a molestia for grave e si se temer desenlace fatal, ou si forem previstas complicações capazes de determiná-lo, a notificação oportuna é de regra, e o medico a fará a quem, a seu juizo, deva sabê-lo.

Art. 7. — O medico deve respeitar as crenças religiosas dos seus clientes, não se opondo ao cumprimento dos preceitos daí decorrentes, salvo nos casos em que a pratica deles determinar alteração sensivel nos cuidados terapeuticos, ou puder acarretar perigo iminente á vida do doente; outrosim, não deve sugerir ao incréu ou de crença diversa, o exercicio de preceitos de sua religião.

Art. 8. — Não deve o medico abandonar nunca os casos cronicos ou incuraveis; e, nos dificeis e prolongados, será conveniente e, quiçá, necessario provocar conferencias com outros colegas.

Art. 9. — E' dever moral do medico aconselhar a seus clientes e animá-los á correção, quando a molestia de que padecem provém de habitos viciosos ou de frequentes transgressões da higiene.

Art. 10. — As visitas de amizade ou sociais, de medico em exercicio, a doente assistido por outro medico, deverão ser evitadas ou feitas em condições tais que anulem toda suspeita de fins interesseiros. Efetuando, todavia, a visita, o medico abster-se-á de comentarios prejudiciais ao nome do assistente.

Art. 11. — O consultorio medico é terreno neutro, onde poderão ser recebidos e tratados todos os doentes, quaisquer que sejam os seus medicos habituais e as circunstancias que tenham precedido á consulta.

Art. 12. — De preferencia, o medico deverá examinar mulher em presença de pessoa interessada.

Art. 13. — Salvo caso de urgencia, a anestesia geral não se fará sem a presença, pelo menos, de dois medicos.

Art. 14. — Não devem ser praticadas operações em menores sem prévia autorização dos pais ou tutores. Tratando-se de majores, mas incapazes de consentir, é de boa pratica o medico obter, antes de intervir, o assentimento dos responsaveis legais. Excetuam-se, em ambas as hipoteses, os casos de urgencia.

Art. 15. — O cirurgião não poderá praticar intervenção alguma, destinada a esterilizar mulher, sem indicação terapeutica ou profilatica para ela ou para a progenie; e, em qualquer desses casos, sómente a juizo de uma junta medica, no minimo constituida por dois outros profissionais, lavrando-se imediatamente ata da ocorrencia.

Art. 16. — O medico não aconselhará nem praticará, em caso algum, a eutanasia; porque um dos propositos mais sublimes da medicina, é sempre conservar e prolongar a vida.

Entretanto, ao profissional assiste o direito, que é tambem dever, de aliviar os que sofrem; mas esse alivio não póde ser levado ao extremo de dar a morte por piedade. (Continuará)

OBSERVAÇÃO Um caso grave de lues, tratado por bismuto lipo-soluvel (GALOBIS).

A. F. da S. marinheiro nacional de 2.ª classe n.º 8.747, solteiro, com 21 anos de idade, natural de Alagôas, é matriculado no Ambulatorio de Sifilis da Marinha sob o n.º 2.893.

Em 1925, teve um cancro no sulco balano prepucial e respetiva pleiade de Ricord — 2 mezes depois, surgiu em plena evidencia, sob sua classica manifestação, o secundarismo. A reação Wassermann no sangue deu resultado fortemente positivo em 26 de Julho de 1926.

De Agosto de 1926 a Junho de 1927, fez uso do Neosalvarsan, tendo atingido á dose de 7.35, total de todas as suas aplicações. Posteriormente em 1928 ainda fez uso de 3.50 de Néo-salvarsan. Em 1929, feito novo exame de sangue, o resultado foi ainda fortemente positivo. Baixando ao Hospital Central da Marinha, apresentava varias placas mucosas na boca. Resaltava ademais do exame do tegumento, uma certa maculose bronzeada para os braços e mãos. Concomitantemente, adenopatias inguinal e epitrocleana, dores osteocopas e articulares.

Foi então quando adotamos e iniciamos o tratamento bismutico, com o Galobis (ex-Camphobis). A partir da 5ª aplicação, as placas mucosas desapareceram. Fez uso ao todo de 15 injeções de bismuto lipo-soluvel. Novo exame sorologico em 30 de Janeiro de 1929, foi ainda fortemente positivo (reação de Wessermann); porem, importa dizel-o, o doente com o uso da terepeutica bismutica, consubstanciada neste importante e eficaz preparado, não sómente se sentiu livre das placas mucosas bucaes, conforme já o disse como tambem das dôres articulares e osteocopas que tanto o atribulavam.

Desde então tornou-se muito mais bem disposto, mais forte, com melhor apetite, peso augmentado e corado, em suma teve ao menos a impressão de se julgar curado, com a supressão dos sintomas clinicos que mais o afligiam e entristeciam. Com relação eo aperelho renal, notamos que ele de nada se resentiu no decurso do tratamento bismutico, continuando a urina perfeitamente normal.

Pena foi que não dispuzessemos deste medicamento, no momento, em maior quantidade porquanto estamos certos, convencidos, de que a continuação deste otimo recurso terapeutico viria emfim modificar a curva sorologica e firmar cura clinica.

(a) Rufino de Alencar
Chefe de Clinica do Hospital Central da Marinha.

Rio, Maio de 1929.

V. S. já se alistou no Sindicato Medico do Rio Grande do Sul?

A NOVA

Farinha lactea Nestlé

CONTEM EXTRACTOS VITAMINADOS DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU (SEM MODIFICAÇÃO DO SEU CHEIRO, COR OU SABOR).

AMOSTRAS E BROCHURAS GRATIS

COMPANHIA NESTLÉ

RUA 15 DE NOVEMBRO, 27 — CAIXA POSTAL, 602

TEL. 4993 — PORTO ALEGRE