Arquivos Rio Grandenses de Medicina

XIII ANO | SETEMBRO DE 1934 | N. 7

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1934

PRESIDENTE
GABINO DA FONSECA
Cirurgião dos Hospitais.

VICE-PRESIDENTE
PLINIO GAMA
Ex-Prof. de Cl. Prop. Medica

SECRETARIO GERAL
D. MARTINS COSTA
Docente livre de Cl. Ped. Medica

1.º SECRETARIO
HELMUTH WEINMANN
Assist. de Anat. Patologica

2.º SECRETARIO
CARLOS BENTO
Chefe de Cl. Prop. Medica

TESOUREIRO
SAVERIO TRUDA
Da Santa Casa de Misericordia

BIBLIOTECARIO
OTHON FREITAS
Assist. da Maternidade

DIREÇÃO CIENTIFICA

R. di PRIMIO
Docente e chefe de Lab. de Parasitologia

F. YGARTUA
Doc. e chefe de Cl. Ped. Medica

MARIO BERND
Docente e assist. de Quimica Fisiologica

SECRETARIO DA REDAÇÃO:
L. ROTHFUCHS
do Hospital S. Pedro

REDATORES

ANNES DIAS
PEREIRA FILHO
P. MACIEL
H. WALLAU
NOGUEIRA FLORES
E. J. KANAN
TOMAZ MARIANTE
MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
WALDEMAR CASTRO
RAUL MOREIRA
WALDEMAR JOB
JACI MONTEIRO

—o—

Assinaturas:

Ano: 25$000 — 6 mezes: 15$000 — Estranjeiro: 30$000

Séde da Redação:

Rua dos Andradas n. 1493 — 1.º andar

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

Assuntos comerciais com o gerente Almanzor Aloes, na séde da Redação

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

THOMAZ MARIANTE — Arteriopathias. A proposito de um caso de gangrena symetrica das extremidades. Considerações geraes.... Pag. 335

CARLOS GEYER — O laboratorio na neurosifilis clinicamente latente „ 349

NOGUEIRA FLORES — Qual a oportunidade operatoria de algumas afecções cirurgicas correntes nas doenças congenitas da infancia? „ 351

ANTERO LISBÔA — Estado atual dos conhecimentos sobre o mecanismo da azotemia ..... „ 360

HOMERO JOBIM — Espermocultura ..... „ 370

SECCO EICHENBERG — Os recentes progressos da anestesia. 2. Anestesia geral pela avertina ..... „ 374

CARLOS BENTO — A psicologia da infancia ..... „ 388

Livros e téses

Anestesia geral pela avertina — Tése de doutoramento do Dr. Gert Secco Eichenberg ..... „ 393

Necrologia

Necrologio do Dr. Pinto Portela ..... „ 394

Sociedade de Medicina

Actas ..... „ 396

SATIVAN

ABORTIVO E CURATIVO DA GRIPPE

Base: allium sativum; caixas de 3 amp.

INSTITUTO THERAPEUTICO

ORLANDO RANGEL

Trabalhos originais

Arteriopathias

A proposito de um caso de gangrena symetrica das extremidades inferiores.

Considerações geraes

por

Thomaz Marianie

Cathedratico da 1.ª Clinica Medica

A existencia em minha Enfermaria de um caso de gangrena symetrica das extremidades inferiores, de difficil diagnostico etiologico em seus primeiros dias de observação, e para cuja explicação não foi possivel acceitar a hypothese de um espasmo arteriolo-capillar, typo Raynaud, dada a marcha continua e rapida do processo morbido, afastando-se assim do quadro da asphyxia symetrica que procede por paroxysmos ischemicos e asphyxicos, com phases de acalmia, só em um tempo final se installando a gangrena, obrigou-me a procurar, nas lesões organicas das arterias periphericas, a solução do problema clinico. De facto, o elemento espasmo dos pequeninos vasos póde occasionar uma ischemia das extremidades inferiores, embora mais commum nas superiores, seguida de gangrena, mas, não só é esta mais limitada do que no caso em fóco, como tem a marcha que venho de aludir linhas acima, ao passo que certas alterações organicas dos troncos arteriaes periphericos, pódem determinar e determinam mais precoce e extensamente a morte dos tecidos por elles irrigados, si bem que, de acordo com os recentes trabalhos sobre a physiologia e a pathologia das arterias, mórmente os de Leriche, mesmo aqui se não possa e se não deva desprezar o elemento espasmo, sómente de principal personagem passa a ser comparsa na tragedia pathologica, o protagonista sendo a obliteração organica do vaso, a thrombo-arterite obliterante.

Alfonso Pirera, o mestre Napolitano, citando as varias formas de gangrena das extremidades, assim se expressa: "Abbiamo varie forme di gangrena della estremitá. Esse si possano cosi elcuncare, secondo Scala: gangrena simetrica (terza fase del morbo di Raynaud); gangrena giovanile (da endoarterite obliterante); tromboendoarterite obliterante o tromboendoangioite (o malattia di Leo Buerguer); claudicazione intermettente (tipo Charcot); gangrena arteriosclerotica, présenile e senile (diabetica e luetica); gangrena embolica."

Apparentemente simples, o problema diagnostico das gangrenas das extremidades, é de facto, muita vez difficil de resolver, pois implica a solução de equações clinicas a varias incognitas.

Ph. Pagniez, A. Plichet e N. K. Koang, publicaram em o n.º 92, de 13 de Novembro de 1933, da Presse Medicale, a observação de um caso

de gangrena symetrica dos dedos com a mortificação das phalangetas e metade da phalanginha, de evolução aguda, que surgira em uma mulher syphilitica, portadora de uma aortite, durante o evolver de uma broncho-pneumonia com pyelonephrite, que se afastava da syndrome de Raynaud, não só pela marcha, como pela extensão das lesões, mas que della se approximava por haver permanecido normal a circulação arterial na vizinhança immediata das lesões: pulso bem batido e oscillações de bôa amplitude, o que se não dá habitualmente na gangrena das extremidades por thrombo-arterite. Tecendo commentarios a respeito e estudando algumas observações analogas, todas informando da existencia de uma pneumonia ou broncho-pneumonia em taes pacientes, com muita prudencia acham que sendo raros os factos desse genero, é ainda cedo para conclusões etio-pathogenicas. "La question de la maladie de Raynand demeure pleine d'obscuté. Les remarquables articles de M. Leriche en ont encore récement souligné, ici même, toutes les imprecisions, *et il reste beaucoup à apprendre sur la pathogènie des troubles gangréneux des extremités.*

De facto, o problema etiopathogenico da gangrena das extremidades é, ultima ratio, o problema das arteriopathias e, embora este capitulo da pathologia medica e cirurgica pareça, a um exame superficial, assumpto já completamente ventilado, nada mais encerrando de duvidoso ou passivel de novas pesquisas ou de novas interpretações, é na verdade um complexo de incertesas etiopathogenicas e de imprecisões nosologicas, a partir do rotulo porque são estudadas as arteriopathias: *arterites*, englobando em seu bojo, formas anatomicas completamente oppostas ou differentes.

E', pois, necessario, para que possa haver orientação na feitura e discussão do diagnostico etiopathogenico do caso que motiva o presente trabalho, abordar, embora pela rama, a questão da denominação, que implica a da definição e classificação das arteriopathias.

Arterite, segundo sabemos do valor da desinencia ite, significa inflammação das arterias, ou melhor, das paredes arteriaes, assim como phlebite quer dizer inflammação das veias e angeite de ambas ao mesmo tempo. Os tratadistas, porém, empregam indifferentemente a palavra arterite quando se referem ás formas agudas e subagudas das arteriopathias, realmente inflammatorias, e ás formas chronicas, algumas vezes tambem inflammatorias ou consequentes a inflammações chronicas, mas, muitas outras, de natureza degenerativa, cuja relação com os processos inflammatorios ou se acha muito afastada ou não existe de facto. Assim é que vemos, muita vez, usar do termo arterite acrescido do qualificativo de chronica como si fôra um synonimo de atheroma arterial. Ora, convem, quando se trata de definir e classificar em pathologia, bem fixar o significado dos termos, para bem precisar a extensão e limite dos diversos quadros morbidos, fundamento necessario de uma legitima classificação. Assim pensando e tendo em vista o desmembramento já feito em outros capitulos da pathologia, julguei util e necessario, separar tambem nas arteriopathias os processos inflammatorios que ficariam constituindo o capitulo das arterites, dos degenerativso, que passariam para o das arterioses, palavra que, se formaria do

- **Arteriopathias**
  - **Tronculares**
    - Aorta
      - Arterites agudas sub-agudas e chronicas
      - Atheroma aortico
      - Aneurismas aórticas
    - Arterite aortico-pulmonar
    - Pulmonar
      - Pulmonarites
      - Atheroma e esclerose da pulmonar
      - Aneurismas da pulmonar
      - Embolia da pulmonar
  - **Periphericas**
    - Funccionaes
      - Syndrome de Raynaud
      - Hypertensão solitaria
      - Hypotensão essencial
    - Organicas
      - Arterites
        - Agudas e sub-agudas
          - Sem obliteração
            - Typhicas rheumatismaes, toxicas etc.
            - Syphiliticas
            - Doença de Kussmaul—Maier
          - Com obliteração
            - Trombo-arterite com ou sem phebite
              - Syphiliticas
              - Algumas formas diabeticas
        - Chronicas
          - Syphiliticas
            - Evolvendo para esclerose
            - Evolvendo para obliteração
          - Doença de Leo Buerger (Sempre com obliteração e trombo phlebite
          - Tuberculosas
      - Embolia arterial
      - Aneurismas
      - Arterioses
        - Algumas formas diabeticas com esclerose dominante e obliteração
        - Arterio-esclerose e atheroma
          - Sem obliteração
          - Com obliteração progressiva — trombo arterioses senis
          - Syndrome de Bouley—Charcot
  - **Visceraes**
    - Funccionaes — espasmos arteriolares
    - Organicas
      - Inflamatorias — arterites — thrombo arterite — arteriolites
      - Degenerativas — atheroma — escleroses arteriolares

Arteriopathias obliterantes peripherieas
(Sem phlebite ou com phlebite: thrombo-angeite)

- Senis
- Présenis
- Juvenis

accrescimo da desinencia ose ao radical arteri analogamente ao que já foi feito no que tanje ás lesões degenerativas do rim, do figado, etc., respectivamente denominadas nephroses, hepatoses, etc.

Penso que assim, não só se evitaria a imprecisão de linguagem sempre prejudicial em qualquer sciencia, como ficaria mais facil e exacta a classificação das arteriopathias.

Classificação das arteriopathias

Antes de entrarmos no ámago do assumpto, para a bôa comprehensão do mesmo, convem uma rapida excursão pelos dominios da anatomia. O apparelho circulatorio forma um circuito fechado, forrado em toda a sua extensão por uma membrana continua constituida de tecido epithelial, e successivamente denominada endocardio, endoarteria, endoveia. Os capillares são quasi que exclusivamente por ella construidos, nelles apenas vestigios havendo da formação que a seguir se encontra, nos outros segmentos do circuito, a tunica media, e algumas cellulas contrateis, as cellulas de Rouget. Nas arterias a tunica media toma notavel desenvolvimento e adquire grande importancia physiologica e pathologica. E' composta de tecido muscular e de tecido elastico, mas, desigualmente desenvolvidos, segundo o calibre da arteria, ou melhor segundo nos afastamos do coração para os tecidos, predominando nos grandes troncos de origem da arvore arterial o elemento elastico e o muscular nos ramos de medio e pequeno calibre. Ha ainda a considerar uma terceira tunica, a tunica externa, fibrosa, adventicia, como tambem é conhecida, a qual vem ter as terminações dos nervos vasculares e onde penetram os vasa-vasorum. Recapitulando pódemos considerar na arvore arterial: os grandes troncos, a aorta e a pulmonar, (em seu inicio), nos quaes predominam o tecido elastico, as arterias peripherieas, de medio calibre, representadas pelas arterias dos membros, de tecido muscular dominante, e as arterias visceraes, egualmente musculares, quanto á dominancia tissular de sua media (até a sua arborescência capillar). De accordo com a anatomia normal e pathologica, pódemos, inicialmente dividir as arteriopathias, segundo o processo morbido se localize de preferencia nos grandes troncos, nas arterias peripherieas ou nas visceraes em: arteriopathias tronculares, peripherieas ou visceraes.

As arteriopathias tronculares comprehendem toras as fórmas de lesões da aorta e da pulmonar, constituindo, por sua importancia, um capitulo á parte no estudo das arteriopathias, assim como as arteriopathias visceraes tem a sua analyse no capitulo da pathologia das visceras em que se distribuem; sendo objecto especial, das chamadas arterites, tão sómente os disturbios imputaveis ás alterações das arterias peripherieas. Em primeiro lugar, devemos distinguir nas arteriopathias peripherieas os casos em que a alteração é puramente funccional, daquelles em que é predominantemente organica, lesional. Digo predominantemente lesional porque, não é possivel afastar, mesmo nestes casos, como já foi dicto, o accrescimo do disturbio funccional, o espasmo. Dentre as alterações funccionaes, merece especial apreço a syndrome isolada em 1862 por Maurice Raynaud, a mais classica expressão da "diatese vaso-

neurotica ou complexo espastico-atonico" de Müller, caracterisada por disesthesia vago-sympathica, anomalias da excitabilidade vaso-motora, perturbação do equilibrio electrolitico, etc. Devida substancialmente ao angiospasmo é caracterisada pela sua symetria (Pirere) e localisada principalmente no membro superior.

São egualmente expressões de estados funccionaes pathologicas das arterias periphericas, embora, tambem, concorram aqui disturbios funccionaes arterio-capillares, a hypertensão e a hypotensão solitarias ou essenciaes.

Dentre os elementos integrantes do grande grupo das arteriopathias periphericas organicas, convem ab initium, distinguir, como já ficou estabelecido, dois sub-grupos, um constituido pelos processos inflammatorios, o outro pelos degenerativos, as arterites e as arterioses. Pódemos dividir as arterites, tomando como criterio: o seu aspecto evolutivo, em agudas, sub-agudas e chronicas; a sua tendencia anatomica para a simples alteração parietal ou para obliteração da luz do vaso, e, neste ultimo caso, com ou sem a concomitancia de alterações venosas, egualmente obstructivas, em arterites agudas, sub-agudas ou chronicas, sem obliteração ou com obliteração da luz do vaso, com ou sem phlebite concomitante; a sua causa, a etiologia, em arterites agudas, sub-agudas ou chronicas, com ou sem obliteração, com ou sem phlebite, typhicas, rheumatismaes, syphiliticas, doença de Kussmaul-Maier (panarterite nodosa), algumas formas diabeticas, doença de Leo Buerger, etc. As arterioses comprehenderiam algumas formas das chamadas arterites obliterantes diabeticas com lesões predominantemente degenerativas, e o grupo da arterio-sclerose e do atheroma, podendo tambem evolver sem obliteração ou com obliteração progressiva do vaso, as thrombo-arterioses senis, syndrome de Bouley-Charcot. Devemos ainda, para completar a classificação, citar os aneurysmas, que embora, resultem de arterites parietaes, merecem, dada a sua importancia clinica e a sua rica symptomatologia, um logar a parte, assim como a syndrome da embolia arterial. Este ensaio de classificação, que toma para se orientar pontos de apoio na anatomia normal e pathologica, na evolução e na etiologia, parece, salvo melhor juizo, de momento, satisfazer ás necessidades da clinica, embora algumas vezes, inflammação e degeneração se encontrem lado a lado... Para tornal-a bem clara, resumimol-a no eschema annexo.

Esteados na consequencia comum, a gangrena, assim como na similitude das alterações humoraes encontradas em taes casos, alguns auctores, Laubry e Walser, Heitz, etc., approximam as formas de arterites e arterioses, acompanhadas de obliteração arterial, reunindo-as em um grupo — o das arterites obliterantes, subdividindo-as em senis, présenis e juvenis, conforme a idade dos pacientes em que soem comparecer.

Henri Rebaul e Maurice Racine, em recente trabalho sobre a arteriographia dos membros, publicado em o n.º 4 de Abril p. p. da revista "Le Journal Médical Français", affirmam a arteriographia mostrar que certos aspectos de lesões vasculares, a obliteração segmentar, por exemplo, pódem se encontrar em formas de arterite de apparencia clinica as mais diversas, e que, de outro lado, modalidades clinicas superponiveis pódem estar sob a dependencia de lesões muito dissemelhantes. São

factos, que dizem ter achado na maioria de suas observações de modo que sómente para continuarem tradicionaes é que estudam os resultados fornecidos pela arteriographia conservando a classificação de arterites senis, presenis, juvenis, infecciosas. Affirmam mais que só a arteriographia permitte acompanhar a anatomia-pathologica na separação das arterites présenis das juvenis, assim como na approximação das présenis ás senis. "En effet, dizem, dans les artérites préseniles l'arteriogramme met em évidence les anomalies de régularité du calibre, de distribuition de lésions pariétales, de courbures, possibilité de localisation segmentaire en un point quelconque de l'arbre artérial. Tous ces caractères sont en général simplement moins accentués que sur les clichés d'artérite sénile. Ces aspects artériographiques s'opposent nettement à ceux constatés dans les artérites juvéniles. L'artériographie révèle là une figuration artérielle trés particulière, le calibre est globalmente réduit, diminúe progressivement et rapidement sur les segments distaux et les branches collaterales. Les courbures sont très régulières et allongées... Nous avons rencontré les mêmes aspectos de vascularisation dans une maladie de Buerger typique (mulher de 23 anos, não Israelita, moradora na França) et dans une artérite juvénile survenant chez une femme de vingt e un ans, non israélite." Concordo com Rebaul e Racine quando fazem notar as difficuldades no diagnostico das formas de arterites oblitentes, mas, sem querer com isso negar o precioso auxilio da arteriographia, acho que no estudo das condições de apparecimento, evolução, concomitancia de lesões venosas, etc., temos elementos sufficientes, muitas vezes, para separar as formas senis, principalmente, das juvenis, as présenis, via regra, se approximando das primeiras pelas suas lesões e das segundas pela idade dos pacientes, embora, na grande maioria dos casos surjam, não na mocidade mas na idade madura, vizinhança dos 40 annos, e, em particular sejam acompanhadas ou melhor surjam em pacientes, na mór parte dos casos, diabeticos. Na verdade este ultimo criterio necessita bem esmiuçado, não bastando, e aqui, a causa das confusões, só uma verificação da glycemia, pois, esta, é habitualmente mais ou menos elevada no grupo das arterites obliterantes, porém, repetir a pesquiza e fazer a curva da hyperglycemia provocada.

Mas, onde, ao meu vêr, a arteriographia veiu clarear a interpretação nosologica, foi no capitulo das arterites obliferantes juvenis, demonstrando a razão dos auctores que, como Lian, Guilhaume, se batem pela unidade do grupo, integrando a doença de Leo Buerger entre as formas clinicas das arterites juvenis.

Dentre os factores das arterites obliterantes juvenis, encontramos tambem a lues. Na verdade póde ella determinar qualquer typo de arterite, mas, não é muito frequente na etiologia da forma obligerante juvenil. Por outro lado, desde que Leo Buerger, em 1907, descreveu a thrombo-ageite obliterante, sustentando tratar-se de uma doenaç infecciosa, especifica, geral, de localisação vascular especial; desde que Parkes Weber em 1917, baseado na analyse de casos por elle observados no German Hospital, de Londres, introduziu na sua definição a negatividade para a etiologia syphilitica, propondo denominal-a *nonsyphilitic arteritis obliterans of Hebrews,* presupondo uma nota racial etiologica,

aliás já admittida por Leo Buerger, que os tratadistas se tem agrupado em 2 escolas: os que consideram a doença de Leo Buerger, uma entidade autonoma, e os que della fazem uma syndrome dependente de causas varias e banaes, infecciosas, toxicas e endocrinas, não na considerando mais do que uma modalidade da arterite obliterante juvenil. Como já disse linhas acima, a arteriographia vem trazer um argumento a mais e de grande valia para os unicistas, já se não podendo hoje, considerar elementos caracteristicos e privativos da thrombo-angeite obliterante de Leo Buerger, a raça, o clima, o sexo, o fumo, pois se tem publicado numero regular de observações de individuos della portadores e de raças outras que não a Israelita, moradores até na Argelia, do sexo feminino (Rebaul, Racine, Morchak), e, alguns não fumadores. Creio hoje apenas um elemento possa dar á doença de Buerger uma certa especificidade, as lesões anatomo-pathologicas, com o seu aspecto caracteristico: uma arterio-phebite aguda, inflamatoria, com numerosas cellulas gigantes, rapidamente thrombosante e obliterante, caracterisando os surtos agudos e se associando, á medida que a doença envelhece, a lesões chronicas fibrosas, que se organisam secundariamente pouco a pouco, englobando todo o feixe vasculo-nervoso.

A observação que se segue, de um caso de gangrena symetrica dos membros inferiores por thrombo-angeite obliterante syphilitica, em uma rapariga de 27 annos vem provar como se pódem parecer os quadros clinicos e humoraes, não só das formas juvenis da arterite obliterante, como até das présenis, pois, em sua evolução successivamente tomou ella a mascara de uma gangrena diabetica com a sua glycosuria, hyperglycemia, gangrena secca; a seguir assumindo pela violencia das dôres acommetimento ás veias, revelado pelo edema, o typo da doença de Leo Buerger; para, finalmente, se estabilisar na fórma de uma thrombo-angeite obliterante syphilitica, deante dos éstigmas humoraes da lues, da apparente efficiencia do tratamento especifico, e, sobretudo, em face das verificações anatomo-pathologicas, mas na verdade, até á ultima phase do seu estudo anatomo-pathologico, como vereis, não foi facil afastar a hypotese da syndrome de Leo Buerger. Lembra ella, tambem, em alguns pontos, os casos estudados por Pagniez, Plichet e Koang.

Outro ponto digno de attenção no presente caso é a profunda alteração do metabolismo enxofrado, revelada pela notavel baixa do glutatião; assim como os disturbios: do metabolismo proteico, evidente na notavel queda da globulina e do equilibrio acido-basico, na accentuada baixa da reserva alcalina. E' de notar, ainda, a progressiva hypoglycemia.

Observação

A 4 de Julho de 1934, baixou ao leito n.º 10 da Enfermaria Commendador Chaves Barcellos, a doente N. R. N., de papeleta n.º 5103, com 27 annos, casada, branca, domestica, natural do municipio de Torres e residente nesta capital. A paciente declarou que se viu obrigada a baixar ao Hospital em virtude de dôres fortissimas nas pernas e pés, pretendendo relacionar seus soffrimentos com um parto que teve ha 4

mezes. Dois mezes antes do parto, narra a doente, sentiu uma coceira em todo o corpo, em seguida ao que lhe surgiram na cabeça rosto e pescoço, feridas com pús. Após o parto, que se deu normalmente, começou a sentir-se fraca, enfastiada, com falta de ar, urinando pouco. Cerca de 15 dias antes de baixar á Santa Casa, atacou-a uma dôr muito forte na fossa iliaca D., que se extendeu logo para as pernas; dôr espontanea, permanente, mas, com exacerbações frequentes, de curta duração. Finalmente, nos ultimos dias, notou que os dedos do pé E começaram a tornar-se azulados, mais frios e que esse mesmo aspecto adquiriram, progressivamente, quasi todo o pé E e as extremidades dos dedos do pé D. Fez applicações locaes de compressas quentes, cataplasmas, etc., que de

Tecido peri-vascular em esclerose hyperplastica exaggerada, com fibrilas sinuosas, ondulares, estando algumas em hyalinisação. Processo lynphocitario.

nada lhe serviram. Além dessas declarações a paciente exhibiu uma dosagem de glycose na urina, mandada fazer alguns dias antes pelo medico que a attendeu em domicilio e cujo resultado era 5 grs., 918 por mil.

Nos antecedentes morbidos pessoaes ha verminose, de que continua soffrendo. Nunca teve abortos.

Até aqui as informações da doente no que possa interessar ao caso.

Passemos agora ao exame objectivo.

Trata-se de uma mulher normotypica, com bom estado psychico, apesar de sua facies traduzir abatimento e soffrimento em consequencia das dôres que sente nos membros inferiores. Estado na nutrição bom. Attitude em decubito dorsal, evitando todo e qualquer movimento por causa das referidas dôres que então se incrementam.

Pulso 120. Movimentos respiratorios 40 por minuto. Temperatura,

na occasião do exame 37°. Tosse, com espectoração muco-purulenta. Estertores subcrepitantes nas bases de ambos os pulmões, extendendo-se á D. até o terço medio. Tachycardia com galope e algumas extra-systoles.

Mas, o que mais interessava no caso era, como a propria paciente chamava a attenção, o estado dos membros inferiores: o esquerdo com os dedos brancos, frios, de pelle secca e encarquilhada, unhas azuladas, pé frio, côr azul-vinhoso, o terço inferior da perna vinhoso, marmorizado; o direito com o pé frio de coloração cirosa, dedos esbranquiçados, com as unhas arroxeadas. Nesse mesmo dia foram feitas dosagens da glycose sanguinea e da reserva alcalina, obtendo-se os seguintes resultados: 1 gr. 71% de glycose e 30, 9 volumes de CO^2 no plasma. Em vis-

Arteria tibial posterior.
Thrombo organisado.

ta do augmento da glycemia (em jejum) e da queda da reserva alcalina, tendo sido fixado o diagnostico de gangrena diabetica secca, foram logo injectadas 40 unidades de insulina, acompanhada da injestão de agua assucarada e a seguir, durante 3 dias, foram administradas 100 unidades de insulina por 24 horas, agua assucarada, bicarbonato de sodio, tonicardiacos, etc., e fizeram-se-lhe applicações locaes de compressas alcoolisadas, além disso, devido ás fortes dôres que atormentavam a paciente, 2 a 3 injecções de solução Dastre eram dadas nas 24 horas. No dia 7 procurou-se verificar a permeabilidade dos vasos do membro inferior direito, não se o fazendo no E. devido ao adeantado da gangrena, pela verificação do gráo oscilometrico, mas, o ponteiro do Pachon não se moveu, o mesmo acontecendo após imersão em agua a 40° por 5 minutos (prova de Babinsky e Heitz). A 9 novos exames laboratoriaes eram feitos, obtendo-se os seguintes resultados: sangue — chloretos —

6 grs. 903‰, cholesterina — 1 gr. 209%; glutatião — 11 milgr., 8%; urea 0,828‰; creatinina, 0,milgr. 94%; glycose — 0,76%. Foram suspensas as injecções de insulina, continuadas o bicarbonato e a administração de hydratos de carbono, assim como os tonicardiacos e a morphina. No dia 10 foram feitos mais os seguintes exames: sangue — reserva alcalina — 29,4 vols. % de plasma; albumina total 61%; serina 52%; globulina 9%. A 11 foi feita uma reacção de Wassermann que resultou fortemente positiva + + + e examinadas novamente as urinas, resultou traços carregados de albumina, pyina e 3 grs. 873% de glycose. Inicia-se um tratamento mercurial, injecções endovenosas de oxycyaneto de Hg (0,01) diarios, pois, o diagnostico se enclinava para

Thrombo em organisação.

uma thrombo-arterite obliterante syphilitica. A 13 havia no sangue 62 milgrs. % de glycose e a 14 apenas 44 milgrs., 25% razão pela qual foram indicadas injecções de sôro glycosado (500).

Com as injecções de mercurio a doente pareceu melhorar das suas dôres, e a 16, retirada uma cataplasma de antiphlogistina collocada 48 horas antes o aspecto dos membros inferiores era o seguinte: *esquerdo*: pé como que mumificado — unhas azuladas, dedos coriaceos; os 2/3 inferiores da perna coloridos de cinzento escuro, com placas de côr vinhosa, mórmente na fase interna, terço inferior; salvo planta e artelhos, o resto do membro se acha edemaciado, apresentando phlyctenas e bolhas cheias de liquido claro, assim como placas de esphacelo cutaneo, mórmente na face externa, união do terço medio com o inferior, face interna, terço superior e região poplitéa. Nas proximidades do joelho a perna se apresenta com um matiz jaspeado escuro. Ha tambem placas de côr escura na face posterior da coxa, assim como extensa es-

cara sacra; *direito* — Dedos de côr vermelho-salmão, unhas azuladas. Pé branco acinzentado. Perna côr vinhosa escura no terço inferior, matiz mais claro no terço medio, onde se notam algumas placas de esphacelo cutaneo na face posterior. Edema do pé e da perna.

De 12 a 21 foram feitas, diariamente, as injecções de oxycyaneto de Hg, parecendo haver uma parada na tendencia extensiva do processo gangrenoso, assim como, diminuição das dôres. A 17 a glycemia subira para 56 milgrs,% e a reserva alcalina para 40,3 vols %, mas, a tosse se tornou mais intensa, appareceram escarros hemoptoicos e dôr no hemi-thorax D., a temperatura subiu a 38.°; revelando o exame directo a existencia de uma congestão pleuro-pulmonar, com exsudação

Proliferação endothelial para o luz do vaso.

na cavidade pleural de pequena quantidade de liquido, que, pela punção se revelou sero-purulento. Foram injectadas 20 cc. de solução a 1% de mercurio-chromo na cavidade pleural. Concomitantemente verificou-se o apparecimento de fócos purulentos na região frontal, labio superior, região cervical anterior e indicador D. A temperatura manteve-se sempre entre 38° e 37°, salvo a 19, em que cahiu a 36°,2, para novamente subir a 38° nos dias seguintes. A 23 foi feita uma hemo-cultura geral em caldo-peptonado, que resultou negativa e uma contagem de hematias e leucocytos, verificando-se a existencia de 15.926 leucocytos e de 4.783.300 hematias por mm³.

Como as lesões parecessem ter estacionado e a gangrena indicasse uma atitude therapeutica mais energica, foi a paciente transferida para uma das enfermarias de cirurgia, tendo o Dr. Jacy Carneiro Monteiro, docente de clinica cirurgica, auxiliado pelo assistente da clinica medica Dr. Paulo Kessler, feito a amputação da perna

esquerda no terço inferior da coxa. A paciente, que nas primeiras 48 ras parecia ter supportado bem a intervenção, a seguir entrou a peiorar, o couto se edemaciou, a temperatura subiu e, em breve fallecia. O exame da peça anatomica, como já disse, foi feito pelo Dr. Helmut Weinmann, competente anatomo-pathologista e deu o resultado que se segue:

Laudo anatomo-pathologico

Exame macroscopico

O exame macroscopico do membro amputado, no terço inferior da coxa, apresenta uma coloração azul-avermelhada com accentuada intensificação na perna.

O pé offerece ao tacto, na região plantar, uma densa camada keratinisada e as unhas deixam transparecer uma cor roxo-azulada. A epiderme, friavel e luzidia, destaca-se com facilidade. Todo membro apresenta-se ligeiramente edemaciado. Notam-se manchas de esphacelo disseminadas em toda peça amputada.

Pela dissecção feita logo após á amputação, já na altura da intervenção mutilante, notam-se os vasos arteriaes e venosos obliterados.

E' evidente o accentuado grão de esclerose da arvore circulatoria mais intensamente observado nas arterias. Seguindo o trajecto dos vasos até a altura do terço superior da perna elles apresentam os caracteres acima referidos.

Dada a consistencia firme do conteudo vascular e a immediata intervenção, fica afastada a hypotese de coagulação sanguinea "post mortem".

Feita uma secção circular na altura do terço superior da perna, a quantidade de sangue que escorre é diminuta. Os ossos, tibia e peroneo, parecem de aspecto normal.

Os musculos de consistencia pouco firme têm a cor marron-escuro. A pelle e o tecido cellular sub-cutaneo acham-se espessados com os vasos igualmente obstruidos.

A peça é conservada pelo processo classico de Kaiserling.

Exame histologico

E' do conhecimento de todos que a lesão endothelial é o factor determinante da organisação de um thrombo.

Sabe-se ainda que outros factores são indispensaveis, taes como o remoramento e modificações da constituição sanguinea.

No tocante á formação do thrombo as infecções têm papel saliente como desencadeante desses diversos factores.

Assim, os microbios prestam seu tributo na determinação do processo morbido em apreço.

De um lado o endothelio é atacado quando o vaso se acha em meio de tecido infectado. Neste caso a invasão dar-se-á de fóra para dentro. De outro lado é o proprio sangue o vehiculador do agente que deverá lesar a tunica interna do vaso.

Os córtes foram effectuados em differentes alturas da arvore circula-

toria do membro gangrenado. Estes foram igualmente feitos nos vasos sub-cutaneos e intra-dermicos. A fixação procedeu-se no liquido de Zenker. Afóra a coloração simples hematoxilina-eosina foram feitas colorações electivas: orceina e van Gieson. Resalta desde logo a semelhança da imagem microscopica nos differentes segmentos examinados.

Estudaremos em linhas geraes separadamente as arterias e as veias.

Os vasos arteriaes apresentam quasi na totalidade lesões de arterinte obliterante.

O espessamento da endoarteria é accentuado. Os pequenos vasos são cercados de uma infiltração lympho-plasmocitaria.

Este processo attinge em alguns pontos a tunica media com proliferação para a endoarteria, obliterando num estado mais adiantado completamente a luz vascular.

A tunica externa mostra-se augmentada de volume. Os vasa vasorum estão envolvidos por infiltração monocytaria que attinge algumas vezes a adventicia. Em alguns nota-se o tecido peri-vascular em esclerose hyperplasica exaggerada com fibrillas sinuosas, ondulares e mesmo hyalinas. Nos thrombos, já organisados, notam-se raros vasos neo-formados.

As veias têm a luz obliterada por coagulos sanguineos. Em alguns córtes estes não apresentam homogeneidade e são constituidos por uma rêde de fibrina cujas malhas são ricas em hemacias. Em algumas veias colateraes o coagulo recente se evidencia por simples estase. E' de notar que nas veias superficiaes os thrombos apresentam-se organisados, com hyperplasia consideravel da tunica interna. O processo de endophlebite proliferante é provavelmente a consequencia da obliteração venosa.

Commentario

Dentro do limite anatomo-pathologico, a accentuada irritação vascular com imagem microscopica mono-lympho-plasmocytaria, a exhuberancia do processo esclerogenico, signal de inflammação sub-aguda e a natural predileção da infecção luetica para o sistema circulatorio, são factores que falam em favor desta etiologia para o caso a que se refere a presente observação.

Orientamos nossas pesquizas no sentido de surprehender o espirocheta nas tunicas vasculares. Usamos nesse sentido o methodo de Mononelin simplificado, que em outras circumstancias nos tem fornecido optimos resultados, nada, porém, aqui conseguindo.

Em resumo o exame microscopico revela a obliteração dos vasos arteriaes e venosos. Em alguns é evidente a presença de thrombos já organisados emquanto que noutros, não menos evidente é a sua formação. Dadas as lesões com inicio no endothelio é provavel a origem infecciosa do processo. Com elementos de ordem clinica e therapeutica, accrescidos dos dados acima explanados, não deve a lues ser extranha ás lesões vasculares graves que tiverem como consequencia a installação do processo gangrenoso.

O laboratorio na neurosifilis clinicamente latente

por

Carlos Geyer
(do Laboratorio Geyer.)

"Pendant de longues années, les parasites peuvent ne donner lieu à aucun symptôme extérieur appréciable cliniquement, puis révéler tout à coup leur présence par la production d'un accident que rien ne faisait prévoir.

Cependant, si la clinique seule est souvent incapable de révéler ces foyers latents, de plus en plus nous voyons l'utilité des procédés de laboratoire pour les dépister et nous permettre d'en suivre l'évolution."

Ravaut.

Não é possivel ao clinico, e até mesmo ao mais arguto e experimentado neurologista, excluir, em um determinado caso, pelo simples exame clinico, por mais rigoroso que seja, a possibilidade de uma determinação nervosa da sifilis, em seus primordios.

De fato, a sifilis nervosa, por sua evolução discreta, insidiosa, passa geralmente despercebida mêses e anos, até se exteriorizar por um sintome clinico.

E para evidenciar de maneira precisa, quanto são frequentes as alterações nervosas da sifilis de fórma latente, evolvendo silenciosamente e com reação de Wassermann negativa no sangue, basta citarmos aqui o trabalho que Bernard e Ruelle apresentaram á Sociedade belga de dermatologia e de sifiligrafia em Abril de 1925 (Contribution á l'étude du traitement de la syphilis et du contrôle céphalo-rachidien (*in* Ravaut).

"Sobre 220 individuos portadores de sifilis de toda a idade, em qualquer estado ou periodo, com tratamento variado, e cujo Bordet-Wassermann era negativo no sangue, no minimo ha seis meses, constataram 82 liquidos normais e 118 pathologicos".

Como se vê, a ausencia de sinais clinicos e a negatividade da reação no sôro sanguineo não bastam para excluir a possibilidade de neurosifilis. Preciso é que se lance mão do exame do *liquor* obtido por punção lombar ou sub-ocipital, para que se consigam descobrir essas lesões em franca evolução e numa fase em que um tratamento bem orientado e intensivo daria certamente os melhores resultados.

Crésce, pois, de importancia o laboratorio quando trata de esmiuçar alterações possiveis para o lado do sistema nervoso, e cresce de valôr por isso que é o unico meio capaz de, em tempo oportuno para um tratamento eficiente, descobrir essas lesões, as quais, não fôra esse precioso auxilio, somente iriam manifestar-se clinicamente, quando houvessem alterado e até lesado profundamente o sistema nervoso.

No emtanto, apesar da relevante importancia que assume nos casos de sifilis nervosa latente, a punção lombar, é ela ainda muito pouco empregada em nosso meio, quando, salvo casos excepcionaes, nenhum perigo oferece desde que seja praticada debaixo de certas regras e tomadas as precauções indispensaveis, de todos conhecidas.

Ravaut aconselha praticar-se sistematicamente a punção lombar no decorrer do quarto e do décimo ano da infecção em todos os luéticos, ainda que nada apresentem de anormal para o sistema nervoso. Jeanselme e outros entendem necessario seja o *liquor* examinado mais cêdo ainda, isto é, no decorrer do segundo ano.

Não é possivel, pois, falar em cura da sifilis, mesmo após intenso tratamento abortivo, pelo só desaparecimento das manifestações clinicas e sôrologicas, persistentes que sejam, sem indagar do estado do liquido céfalo-raquiano.

Negativas as reações para o sangue e *liquor*, torna-se necessario reativá-las para maior segurança. E só, então, se continuarem negativas, e se o tratamento, abortivo, ou não, foi rigorosamente seguido durante o tempo considerado necessario, será possivel suspendê-lo.

O paciente, assim curado clinica e biologicamente, deverá, no emtanto, submeter-se cada seis mêses a exames clinico e biologico, precedido este de bem orientada reativação, porque assim procedendo poderá evitar, em tempo, as surpresas de uma sifilis latente despertada por uma circunstancia favoravel qualquer.

E não é só a pesquisa positiva das reaginas especificas no *liquor* verificada através das reações de hemolise (Wassermann, etc.) ou de floculação (benjoim-colloidal, ouro-colloidal, etc.), que nos orienta sobre o comprometimento dos centros nervoss. Antes mesmo de positivas essas reações, já se pódem observar leve aumento da taxa normal de albumina e uma discréta reação linfocitaria, verificada pela numeração dos elementos celulares na camara de Nageotte. A pesquisa positiva das globulinas pelas reações de Nonne, Pandy e Weichbrodt póde igualmente preceder á formação dos anticorpos especificos.

Do exposto se infere a absoluta necessidade de praticar-se o exame do *liquor*, por punção lombar ou cisternal, sistematicamente em todos os infectados, maximé quando haja suspeita de possivel comprometimento do sistema nervoso.

Necessario se torna rompermos decisivamente contra o arraigado preconceito de grande numero de clinicos que se obstinam em considerar como devendo ser invulneravel a cavidade sub-aracnoide, pois muito maior é o perigo de se não descobrirem, em tempo, as alterações do *liquor* que espelham nitidamente as lesões do sistema nervoso central, do que as que pódem, mui raramente, decorrer da propria punção.

E não se compreende, mesmo, que a punção lombar seja considerada tão seria, tão grave, quando visa o estabelecimento de um diagnostico que, por sua precocidade, póde livrar da loucura ou de graves desordens nervosas um individuo, seja a mesma tão frequentemente empregada pelos cirurgiões com fins anestésicos e até em intervenções cirurgicas de somenos importancia!

¿Qual a oportunidade operatoria de algumas afeções cirurgicas correntes. nas doenças congenitas da infancia?

pelo

Prof. Nogueira Flôres

Catedratico de clinica cirurgica infantil e ortopedica da Faculdade de Medecina de Porto Alegre.

Sistematisando o clinico as datas das idades nas crianças para praticar operações muitas vezes urgentes e precoces quando portadoras de malformações congenitas mais correntes em pediatria, fócaremos apenas as doenças cirurgicas abaixo especificadas por não comportar breves considerações.

Convem ter presente que, em linhas gerais são variaveis o criterio dos cirurgiões, todavia vamos traçar as diretivas um tanto esquematicas seguida pela Escola Parisiense e chefiada pelo Prof. Ombrédanne nos "Enfants Malades" a qual nos tem servido como concienciosa base de conduta.

E' mister lembrar-nos que as crianças apresentam periodos de resistencia e periodos de fragilidade. O recemnascido nos primeiros dias da vida oferece até o quarto e quinto dia uma notavel resistencia ás intervenções cirurgicas, se tornando destarte o recemnascido um terreno adequado ás operações, dir-se-ia um *terreno cirurgico*.

Este primeiro periodo de tolerancia nos parece desaparecer do quinto ou sexto dia. Desde então, durante os quatro primeiros mêses da vida o lactente apresenta uma extrema fragilidade e suporta mediocremente a anestesia geral, porque surgem em via de regra, complicaçõs pulmonares muitas vezes létais. E este fato, encontra explicação biologica e racional, assentada na observação e na experimentação que, todos os jovens animais são ainda dotados de um sistema regulador termico muito imperfeito. Fica por consequencia o lactente bastante exposto a terrivel complicação — *morte rapida por palidez e hipertermia post-operatoria*. Dispensando, bordar considerações e emitir conceitos, manter discussão a respeito deste problema em pediatria tão debatido pelos mais eminentes mestres, fazemos ponto final por ser materia vasta e não comportar o assunto a estudar.

Exemplifiquemos pois os casos de pequenos angiomas que depois do quarto dia ao quarto mês da vida são justificaveis da intervenção cirurgica e antes desta idade estaria o lactente sujeito ao terrivel acidente-hipertermia e palidez, que a lesão parece predispor. E' de bôa pratica portanto não enviar a criança portadora destes embriomas ao cirurgião senão depois das datas — *quatro mêses, quatro anos e seis anos*, nas quais

suportam melhor a anestesia geral, o choque operatorio e não havendo o inconveniente de cicatrises desagradaveis.

A proposito das hernias congenitas sabemos que até nesta idade seus tecidos não estão póstos a toda prova de solidez suficiente para que as restaurações da parede sejam perfeitamente resistentes, é preciso ás vezes desconfiar das recidivas antes deste prazo. E em suma, de modo esquematico: *quatro dias, quatro anos, seis anos constituem tres datas interessantes e bem preciosas para o cirurgião observar nas indicações ou contra-indicações operatorias da criança.* 4

Feita esta introdução, tratemos agora da idade de eleição para a intervenção cirurgica praticada nas afecções congenitas abaixo especificadas: *hernia inguinal, hernia umbilical, ectopia testicular,* hidrocéle, *quistos do cordão, hipospadias-epispadias, imperfuração anal* e *labio lepurino.*

Hernia inguinal. A hernia inguinal, por principio e em boas condições de manutenção pela funda, que é indispensavel ser feita por *funda dupla* para seus devidos fins de contenção e arquitetura, não devem ser passivel de operação, senão aos *seis anos de idade* pelas tres razões expostas por Fèvre, assistente de Ombrédanne: 1.ª a gravidade relativa da intervenção e da anestesia na jovem criança; 2.ª a frequencia da recidiva, porque nestes tecidos, muito móles, muito pouco solidos no lactente sobretudo, mesmo se refazendo a parede em um plano unico para dar tecido á agulha, nunca é seguro o sucesso definitivo; 3.ª a possibilidade enfim de algumas curas espontaneas, eventualidade relativamente frequente para estas hernias. E explica-se o porque e o seu mecanismo de cura da seguinte forma: o canal peritoneo-vaginal póde se obliterar depois do nascimento, si a hernia for mantida reduzida e a parede se revestir desde então de força e tonicidade, como si houvesse sofrido simplesmente um atrazo em seu desenvolvimento.

Os inconvenientes do metodo são a necessidade do uso de funda, dificil de se aplicar, mantendo muito mal a hernia, ferindo mesmo a péle fragil de uma criança por via de regra desasseiada. A mãi deve se revestir de uma grande paciencia, porque toda hernia com o uso de funda necessita cuidados constantes, sendo ás vezes um grande aborrecimento para o médico que ouve insistentes reclamações por uma intervenção a deferir. Porém, ás vezes sobrevem antes da idade desejavel dos *seis anos* uma indicação operatoria; tal seja uma volumosa hernia inguinal incoercivel, tal seja outra que contenha uma brida epiploica aderente, tal seja ainda outra que determine perturbações digestivas, se beneficiará utilmente de uma intervenção precoce. Contudo, a operação depois dos *seis anos de idade* da criança que constitue o ideal, deve no entretanto ceder lugar a uma intervenção mais precoce, si a criança morar longe de um centro cirurgico.

Neste caso, com efeito o extrangulamento herniario poderia acarretar a morte em um ou em dois dias.

Podemos porém esperar si a criança está em condições tais que o médico e o cirurgião possa ve-la nas 24 horas após os primeiros sinais do extrangulamento. Releva vos dizer que o extrangulamento na criança

é menos cerrado que o do adulto e que as lesões graves da parede intestinal são mais tardias.

Todavia, a criança deve com a maxima urgencia ser assistida pelo seu médico, si a hernia não entra facilmente e completamente quando a criança está no banho morno ou quando for feito o taxis brando não a reduz bem, é urgente operá-la.

Hernia umbilical. Uma variedade de hernia umbilical observada comummente nos lactentes, é a mais simples e a mais benigna em seus efeitos, por via de regra, e salvo uma outra variedade de — *hernia embrionaria* ou *fétal*, do contrario é a mais complicada, maligna mesmo em suas sequencias.

O prognostico da *hernia dos lactentes*, como assim o denominamos para distinguir da *fétal* é bom e tem o aspéto anatomico de um pequeno tumor umbilical, levantando a péle do umbigo, facilmente redutivel.

Não façais operar cedo por via de regra e por dois motivos: 1.º não é perigosa e nunca se extrangula: 2.º cura-se muitas vezes por si só.

Como se trata com efeito de simples atrasos de desenvolvimento e não de paradas definitivas, muitas vezes a parede se reformará, se constituirá bem solida por si mesmo com o uso da funda de pelóta chata que deve ser convenientemente cuidada. Si a criança não é curada em seis anos, fazei operá-la porque a hernia não se curará mais com funda, ou não parecerá entrar senão para produzir cedo ou tarde, contrariedades ás vezes muito graves.

Quanto a *hernia embrionaria*, sabemos ser de máu prognostico, de aspéto anatomico impressionante pelo seu volumoso tumor, verdadeira monstruosidade com que a criança vem ao mundo.

Não percamos tempo, nenhum segundo de hesitação possivel em esperar, opera-se em seguida. E' todavia uma intervenção por via de regra, de prognostico sombrio senão létal pelo fato de suas multiplas aderencias, principalmente com o figado.

Ectopia testicular. E' de relevancia ter conhecimento que os testiculos podem sofrer uma parada na sua descida desde a posição embrionaria intra-abdominal até sua séde normal no fundo das bolsas escrotais. Esta demora, esta parada póde ser em um lado ou em ambos os lados e se localisar em um ponto mais ou menos alto do trajéto. Quando a parada se faz abaixo do orificio inguinal externo o testiculo é palpavel.

Si na sua descida os testiculos ficarem acima do orificio inguinal externo e não se póde palpar a glandula, tem-se então a *criptorquidia*. Assim posto pergunta-se qual será a evolução e o futuro do testiculo fóra de sua séde normal. Antes de responder o que acima se formulou, é preciso conhecermos as duas especies de ectopias — a *falsa* e a *verdadeira*. A falsa, é o testiculo oscilante que óra está no lugar, que óra se oculta no anel ou no canal inguinal. Si os dedos, comprimindo de cima para baixo o canal inguinal, expelem facilmente o testiculo para o fundo das bolsas escrotais, como criterio clinico é inutil fixa-lo. O testiculo descerá definitivamente na puberdade.

Si ao contrario o testiculo não se póde abaixar por esta manobra, é indispensavel fixa-lo.

Em que idade operar? Pelos sete anos, e não esperar demasiado

tarde — pelos *sete, oito anos* o testiculo abaixado, desenvolve-se e torna-se muito bélo. Si a operarmos depois de doze anos, a intervenção é mais dificil e o resultado será regular, sinão mediocre; apenas, parece conservar seu valor estetico.

Em conclusão, empós a puberdade a estrutura do testiculo sofre alterações profundas — exagerada proliferação do tecido intersticial e ausencia completa de espermatozoides. Assim pois, na *criptorquidia bilateral* se observa a *impotencia generandi* e se mantem intata a *impotencia coeundi* e na *criptorquidia unilateral*, tambem conhecida por *monorquidia*, ha integridade da função genital — *cœundi e generandi*.

De passagem, se diga que além das deficiencias funcionais o testiculo ectopico traz graves inconvenientes — degenerações malignas e acidentes de torção do cordão e além de outros.

Hidrocéle. O hidrocéle, sejam quais forem as suas causas, se observa com relativa frequencia.

Os hidrocéles vaginaes se vêm nas grandes crianças, é mister operá-las. Encontramos muito frequentemente nos lactentes: uma veses se reabsorvem espontaneamente, outras vezes desaparecem depois de uma punção seguida ou não de injeção de algumas gotas de alcool, raramente as recidivas e os volumes obrigam a uma intervenção cirurgica, que é preciso nos esforçar de executar antes dos *quatro a seis anos*.

Quistos do cordão. Releva dizer que, em suas linhas gerais, a conduta a ter-se é exatamente a mesma da do hidrocéle.

Hipospadias e epispadias. O médico deve indicar ao cirurgião estas malformações dos individuos ainda moços para desta maneira se decidir, quando terá o hipospado ou epispada tecido suficiente para executar as plastias necessarias.

Nunca se deve esperar, por via de regra, a idade da puberdade. E' pelos *seis, oito* e *dez anos*, no que tange as formas anatomicas do hipospado (balanços), penianos, escrotais e vulviformes).

Defrontamos com um problema medico-social importante, que não é possivel silenciar aqui — a realisação da operação antes da puberdade; tanto por causa das perturbações de ordem psiquicas e funcionais que estes vicios de conformação produzem na esfera genital, como tambem pelo grande perigo das doenças venéreas a que estão expostos no ato de suas funções genesicas.

Operado cedo, para que assim não possa compreender o seu grau de inferioridade causado pela lamentavel afeção congenita.

No *hipospado vulviforme* em que é reconhecido o individuo como macho, a indicação operatoria é formal e nenhuma objeção é formulada pelos pais quando aconselhamos intervir desde a idade dos *seis anos*.

O problema já se torna mais delicado, quando o hipospado é declarado do sexo feminino. Julgamos então, que até a idade de *quinze ou dezoito anos* não haja hesitação possivel: é preciso fazer compreender, declarar mesmo aos pais e de maneira imperativa a necessidade de uma retificação possivel do estado civil, e pedir a cirurgia todos os recursos de que dispões e que são muitos. E', nessa idade mais avançada, que o interessado tem mais energia para resolver.

O dever do cirurgião é portanto de advertir ao hipospado vulvifor-

me educado como sendo do sexo feminino, que não é mulher, que a maternidade em vista da qual sua educação foi dirigida lhe é interdita, que cometerá casando-se como mulher um abuso de confiança, cujas consequencias sociais podem para êle serem graves, cheia de imprevistos, e arrastar pelo menos ao — *divorce de plano*, como escreve Ombrédanne.

Si não sofre de impulsão alguma para o desejo genesico e quer continuar uma vida de celibato feminino, não ha razão alguma de lhe impor intervenções cirurgicas sucessivas que não farão dêle senão "un piètre mâle", palavras de Ombrédanne.

Si este desejo genesico é bastante desenvolvido para que exija ter uma vida genital qualquer, ha interesse em reconstituir cirurgicamente os atributos de sexo masculino, ficando notavelmente abaixo do normal, e em lhe fazer compreender que é como macho que deve procurar a satisfação de seu instinto sexual.

Imperfuração do anus. Antes de entrar na materia, é mister dizer que o termo imperfuração anal é complexo porque compreende não sómente as *imperfurações anais propriamente ditas*, mas ainda *ausencias, atresias de um segmento ano-rétal* ou mesmo de *todo segmento rétal* que podemos encontrar frequentemente sob a forma de um *cordão fibroso.*

O tratamento, o prognostico operatorio dependem essencialmente da forma anatomica da imperfuração.

Sob o ponto de vista operatorio, distinguimos tres tipos anatomicos: 1.º *As imperfurações verdadeiras do anus com existencia de uma ampoula rétal além de um delgado septo avascular ou cutaneo;* 2.º *As atresias do canal anal e de uma parte do réto, porém com ampoula rétal infra-peritoneal;* 3.º *As atresias ano-rétais sem ser mais da ampoula rétal, e só existindo apenas uma ampoula sigmoidéa intra-peritoneal.*

Encarando agora sob o aspéto clinico, temos que geralmente a imperfuração anal é manifestada, é verificada imediatamente pelo exame sistematico feito pelo parteiro ou parteira. Raramente isto não se passa assim. Neste caso os sinais funcionais anunciadores são comuns aos diferentes tipos de imperfuração: a criança não expéle seu meconio, no entretanto aprende a tomar liquidos, porém seu ventre incha e imediatamente vomita — são sinais claros e bem denunciadores de *oclusão intestinal.*

O exame fisico indica a ausencia de anus. A região se apresenta diferentemente, segundo os casos: óra vemos uma membrana delgada, pelúcida avascular ocupando o anus normal, o meconio se transparece de côr verde e negra, através desta membrana; ora encontramos o quadro do anus que não existe: uma pequena depressão cutanea é cercada de dobras radiadas e a região é pigmentada; ás vezes enfim, nada vemos que faça lembrar a região anal. Quanto mais as manifestações exteriores do anus são visiveis, tanto mais temos a sórte de encontrar uma aupoula rétal proxima.

Porém, para esforçar-se por determinar a forma anatomica da imperfuração examinamos a criança no momento em que chóra ou faz um esforço: si a região anal se abaúla, a ampoula rétal está proxima, o prognostico é bom; se nenhuma pressão se transmite ao perineo, devemos receiar uma obliteração alta e grave.

Em todos estes casos a indicação operatoria deve ser feita com urgencia após ao nascimento, *se proscrevendo o metodo de punção na ampoula.*

Considerando-se tratar do *sexo feminino,* resulta que a abertura do anus se apresenta com mais frequencia na vulva, situada abaixo do himen e na furcula; é por via de regra, continente e suficiente quasi sempre. E' preciso respeita-lo cuidadosamente. Não é senão nos casos excepcionaes de insuficiencia deste orificio, que seriamos levados a praticar uma dilatação rapida ou mesmo a uma intervenção evacuadora.

O anus vaginal acarreta um problema de ordem moral e os cirurgiões aconselham esperar que a criança chegue a idade nubil e tomar por si mesmo uma decisão, depois de ter sido exatamente informada dos inconvenientes do anus transplantado, desde que este anus seja continente; do contrario, a transplantação só traria vantagem.

Considerando-se tratar do *sexo masculino* com abertura do réto na uretra ou na bexiga, é mister que se execute imediatamente a intervenção. Aliás, estas *aberturas anomalas* do réto são mais raras que no sexo feminino.

Em conclusão, nas imperfurações anais a operação é sempre de urgencia.

uanto as aberturas anomalas devemos intervir o mais cedo possivel, si o anus for incontinente ou insuficiente, salvo si o anus for continente e suficiente pelo que então, se espera o momento da criança ter atingido a puberdade e que seja convenientemente informada pelo cirurgião sobre a vantagem ou desvantagem da operação.

Labio-lepurino. Releva estabelecer uma classificação que o dr. Godoy Moreira (de S. Paulo) dá em artigo publicado no Brazil-Medico de 1931 — Qual a melhor idade para as operações na criança?), em tres graus diversos, dos quais o ultimo abrange tambem a fissura palatina na sua parte óssea e membranosa (guéla de lobo).

Moreira considera importante fixar primeiramente o que se entende por esses diversos graus, pois a conduta do cirurgião varia conforme a extensão da deformidade.

O 1.º grau consiste na divisão do labio de um só ou dos dois lados, sem interessar porém o rebordo gengival; o 2.º grau abrange as formas em que além do labio, tambem o rebordo gengival se acha fissurado, podendo as narinas estar comprometidas; o 3.º grau é constituido pelas fissuras do pálato móle e do pálato duro, além das deformidades dos primeiros graus; esta variedade evidentemente a mais grave, é geralmente chamada "guéla de lobo", quando a fissura labial é bilateral, e "labio-lepurino completo" quando esta é unilateral.

Moreira ainda declara que esta classificação é demasiado esquematica, havendo por força formas de transição e mixtas, mas é suficiente para o criterio da indicação operatoria.

A data da idade da criança para intervenção cirurgica nesta malformação congenita visa um duplo fim — *corrigir uma forma* e *restituir uma função,* e ao mesmo tempo se considera uma preocupação preponderante dos pais e ainda inestimavel para o cirurgião especialisado que precisa decidir com a maxima prudencia a operação.

Para execução da operação se faz mister encarar tres tempos no labio-lepurino completo: 1.º *restauração do labio;* 2.º *restauração da gengiva com reajustamento do tuberculo inciso,* e 3.º *restauração do véo.*

As opiniões a respeito da operação se repartem segundo os cirurgiões e tecnicos. E' principalmente a data da restauração dos véos (pálato duro e pálato móle) em que existe alguma divergencia entre as indicações de dois mestres igualmente eminentes no tratamento do labio-lepurino — Ombrédanne e Victor Veau.

Ha acordo na restauração do labio; podemos operar a criança muito jovem, em rigor nos quatro primeiros dias da vida, sobretudo depois dos quatro mêses, no periodo de resistencia como aconselha Ombrédanne. Este Professor declara que se póde restaurar desde o nascimento uma fissura labial ou uma fissura palatina. Não haverá risco de vida para a criança se operarmos nos *quatro primeiros dias de vida.* A restauração do labio não é dificil em executar. Porém, os resultados obtidos em igual circunstancia fizeram com que renunciasse este Professor a maneira de fazer.

A correção de uma fissura vélo-palatina nos primeiros dias da vida não é possivel pelo classico processo de Arbunoth Lane, que Ombrédanne praticou estas operações antes de 1914; quando tornou este Professor a ver os seus operados depois de 1920, os resultados eram de tal maneira máos, que nunca mais recomeçou a praticar o processo de Lane.

Assim, tudo o que se póde fazer é o reajustamento gengival.

Como regra geral, a restauração cirurgica das grandes fissuras congenitas chamadas labios-lepurinos complexos, compreendem tres tempos operatorios: 1.º A *restauração da gengiva fissurada.* Esta restauração nem sempre é necessaria; porém nos casos em que a correção é indispensavel, deve ser executada antes da autoplastia labial. 2.º A *restauração da fissura labial.* Esta deve ser executada na idade de *quatro a cinco mêses* e sua tecnica sofrerá modificações, segundo a gengiva a se restaurar previamente ou não. 3.º A *restauração da abobada* e *do véo,* que podemos executar a partir dos *dezoito mêses* na opinião de Ombrédanne *nos casos favoraveis,* que é preciso saber adiar até aos quatro ou cinco anos nas formas de aplasia muito acentuada.

Victor Veau declara que a melhor idade para operar uma divisão palatina está entre os *10* e *20 mêses.*

Antes desta idade aumentam as probabilidades de mortalidade, empós a esta data diminuem suas probabilidades da formação normal.

Este Professor regista nas suas quinhentas observações de operados, um caso de uma criança muito jovem, (de 3 semanas de idade apenas) por uma divisão palatina e outro de um individuo de muito maior idade, de 32 anos por labio-lepurino unilateral total.

Chama a atenção para o estado geral da criança de modo frisante e essencial: que não se deve operar senão crianças vigorosas; que é indispensavel tomar todas as precauções para evitar, (tanto quanto se possa), uma afecção aguda; que as febres eruptivas devam ser a preocupação do operador; que alguns cirurgiões operam no consultorio e enviam as crianças algumas horas depois da intervenção. — "C'est, je crois, une pratique dangereuse: d'une part ils se rendent mal compte de l'état gé-

néral de l'enfant, et d'autre part, l'opéré devait présenter le *syndrome pâleur et hyperthermie, les soins d'infirmières expérimentées lui seraient indispensables"*; que a experiencia mostra ser as crianças gordas, menos resistentes que as magras. "Le cirurgien doit craindre d'opérer les beaux enfants"; que o estado de *hipertrofia da glandula timica* tem grande importancia na operação do labio-lepurino pela sequencia grave, senão létal, e que as crianças portadoras de *sifilis, de vegetações adenoides, de hipertrofia das amigdalas* e por fim de *carie dentaria* não se deve intervir sem tratar previamente destes estados morbidos.

Quanto a carie do lactente que não se verifica, que não se observa convindo contudo, nunca operar em periodo de erupção dentaria.

A Sra. Suzanne Borel, assistente fonetica de Victor Veau, discipula do Abáde Rousselot, creador da fonética experimental, escreve em colaboração com Victor Veau em seu recente trabalho, intitulado Division palatine (Anatomie — Chirurgie phonétique avec la collaboration de Mme. S. Borel — 1931, que a idade em fonetica desempenha um papel capital. A sua experiencia está fundada no estudo cuidadoso e metodico da articulação normal, assim como no exame de mais de 400 individuos e a reeducação de cerca de 250.

Drachter em estudos ulteriores feitos na observação da evolução da fissura palatina, que depois da execução dos dois primeiros tempos, (restauração do rebordo gengival e plastica labial), os bordos da fenda palatina que antes eram paralelos, se aproximam na parte anterior.

Os bordos da abertura nesta época convergem anteriormente no pálato duro e continuam paralelos posteriormente na parte correspondente ao veu. Mais tarde os bordos do pálato móle divergem cada vez mais na sua parte posterior, o que torna sempre maior a dificuldade de fechar a fenda. Por outra parte si esperamos que a criança atinja a idade de 6 anos para se fazer a sutura, éla estará falando ha muito tempo e viciada com a pronuncia anasalada de tal forma que a reeducação completa da voz tornar-se-á penosa e mesmo dificilima. Assim pois a idade de 2 anos, além de corresponder na evolução da fissura á epoca adequada para plastica, coincide tambem com inicio da fala articulada.

* * *

Recapitulando tão resumidamente quanto foi possivel fazer-se, de maneira tal a imprimir a feição de esquema, afim de que o médico possa ter diretivas bastante uteis a reter:

A *hernia inguinal*, se a criança está proxima de um centro cirurgico que atenderia logo ao perigo em caso de extrangulamento, não deve ser operada sinão depois dos seis anos.

A *hernia umbilical embrionaria* ou *fétal* é caso de se operar desde o nascimento, nas primeiras 24 horas.

A *hernia umbilical, dita do lactente* se beneficia sempre de uma aparelhagem qualquer de peloita chata. Empós seis anos éla não retrocederá mais, não ha outra cousa a fazer, senão operar em ato continuo.

A *ectopia testicular* pelo fato de ser uma ectopia verdadeira, sómente é justificavel de operação, quando por manobras manuais o testiculo não se pode fazer descer no fundo das bolsas.

E' para éla então uma data electiva de intervenção depois dos sete

anos e antes dos dez anos. E' preferivel operar-se cedo a ter que esperar muito tempo.

Os *hipospados* e *epispados* são geralmente apresentados muito jovens ao cirurgião, afim de que se decida a operar, contudo, quando houver bastante retalho para as plastias necessarias. Nunca é preciso esperar a idade da puberdade. E' ainda a idade dos seis anos que constitue uma bôa média.

A *imperfuração* anal é destas malformações congenitas de tal natureza que impressiona os pais do recemnascido e é preciso o médico ouvir o cirurgião em ato continuo, pois que a operação é de urgencia desde o nascimento, nas primeiras 24 horas. Quanto as *aberturas anomalas do réto* a operação tambem é de urgencia, quando se verificar o caso de se fazer a abertura na bexiga ou na uretra, em se tratando de uma criança do sexo masculino.

No anus vaginal, o caso se apresenta sobre outro aspéto, no que tange a urgencia, é um problema de ordem moral para o paciente e os cirurgiões esperam que a criança chegue a idade nubíl para tomar por si mesmo uma decisão na operação de transplantação que não é de execução imediata ao nascimento.

Labio-lepurino. Como finalidade senhores as fissuras labiais, gengivais que são vantajosamente operadas nos quatro primeiros dias da vida, pelo menos depois dos quatro mêses.

Quanto a divisão palatina, por via de regra, se deve intervir pelos dois anos de idade porque coincide geralmente com o começo da fala articulada e com o termo da evolução anatomica do defeito da fenda palatina.

Ou então, podeis deixar o caso entregue a um cirurgião especialisado para resolver em que data deseja operar a divisão palatina.

Estado atual dos conhecimentos sobre o mecanismo da azotemia

por

Antero Lisboa
Chefe de Clinica Medica da Faculdade de Porto Alegre

N. F. P., 18 annos, solteiro, natural do Estado, residente nesta capital, no logar denominado Chacara das Pedras.

Anamnese proxima — Relata-nos seu pae que, ha pouco mais de quinze dias começou a perder muito sangue pelo nariz, tivera fortes dores de cabeça, urinando pouco e sentindo dores nas regiões lombares e hypogastrica. Em 23 de Julho, em virtude de maior hemorragia nasal, foi chamada a Assistencia, que o trouxe para a Santa Casa, dando entrada em nossa enfermaria, onde foi occupar o leito n.º 1. De interrogatorio difficil, por se apresentar preso de forte agitação, mal podemos conseguir respostas que satisfizessem as nossas perguntas, mesmo assim, conseguimos apurar estar soffrendo de forte cephaléa, dores nas panturilhas, nas regiões lombares e hypogastrica, asthenia, estado vertiginoso e mal estar gastrico, acompanhado de nauseas e mesmo alguns vomitos biliosos. Agitação ás vezes substituida por somnolencia, seguida logo de despertar ancioso.

Anamnese remota — Nascido a termo, foi desde a idade de um anno fraco, doentio. Frequentemente era acometido por perturbações intestinaes. Aos 4 annos, muitas vezes "urinava aos pingos". Desde pequeno até agora, pouco antes de baixar ao hospital, urinava na cama.

Contrahiu sarampo aos 6 annos, coqueluche aos 8. Resfria-se amiudadas vezes, sentindo nessas occasiões, dores de garganta e incham-lhe habitualmente os dois lados do pescoço. Ha tres annos soffreu caimbras nas panturilhas.

Anamnese familiar e hereditaria — Carecem de importancia.

Exame geral — Individuo do typo normo-esplanchnico, em regular estado de nutrição. Estado de agitação, alternando com o de apathia, somnolencia. Pelle e mucosas visiveis descoradas, com tenuissima côr amarella das conjuntivas. Engorgitamento pouco accentuado dos ganglios das regiões cervicaes, conservando sua independencia e não havendo periadenite, consistencia normal e indolores.

Exame dos apparelhos — Respiratorio — Fossas nasaes cheias de mucosidades e coagulos sanguineos. Movimentos respiratorios, 18 por minuto. Respiração bucal, profunda, regular, typo thoraco-abdominal. Nada mais de anormal notamos. — App. circulatorio — Pulso 84 por minuto, forte, amplo. Ictus no V intercosto E, proximo a linha hemiclovicular forte, bem perceptivel. Erethysomo da primeira bulha, com ligeira hyperphonése da segunda. Tensão arterial — Oscilometro Pa-

chou: Mx. 20 — Md. 16 — Mn. 10. Pelo registrador Boulite: Mx. 19 — Md. 15 — Mn. 9.

App. digestivo e annexos — Labios palidos resequidos. Lingua um tanto secca e levemente saburrosa. Dentes em regular estado de conservação. Halito forte. Amygdalas hypertrophiadas e levemente congestas.

Abdomem levemente distendido, indolor.

Estado nauseoso com alguns vomitos biliosos.

App. urinario — Esvasiada a bexiga por sondagem, retirou-se mais ou menos 100 cm³ de urina, carregada em côr e com forte cheiro urinoso. Dôres despertadas pela apalpação em ambas as regiões lombares. Pontos dolorosos costo-vertebral e costo-lombar presentes, principalmente a D.

Exames de laboratorio — 30/7/34

Urina

Volume — 100	Cheiro — forte
Côr — Vermelha	Consistencia — fluida
Aspecto — Turvo	Reação — acida

Densidade 1011

Elementos anormaes:

Regular quantidade de albumina. Presença de puz, sangue, hemoglobina. Cylindros hyalinos e granulosos.

Sangue

Uréa	3 grs. 343 ‰
Chloretos	4 grs. 563 ‰
Creatinina	7 mlgrs. 13 %
Calcio	12 mlgrs. 4%
R. A.	347 vol. de C² % de plasma.

1/7/34 Sangue

1/7/34 Sangue

Chloretos	4grs.212 ‰ de soro
Uréa	4grs.850 ‰
Creatinina	7mlgrs.142 %
Calcio	12mlgrs.6 %
R. A.	31,9 vol. de Co² % de plasma

Dosagem de

Uréa	14,grs.7 ‰
chloretos	4grs.56 ‰

4/8/34 Sangue

Uréa	5grs.820 ‰
Chloretos	4grs.214 ‰ de soro
Chloro plasmatico	8grs.55
Chloro globular	2grs.13

7/3/34

Uréa	6 grs. 15‰
Chloretos	4 grs. 12 ‰ de plasma
Creatinina	8 mlgrs. 3 %
Calcio	8 mm. 32 %

R. A. 28 vol. % plasma

O exame de urina, revelára já o que o anterior havia revelado com dosagem de urée 6 grs. 7‰

chloretos 4 grs. 563 ‰

	10/3/34	Sangue
Uréa	6 grs. 22 ‰	
Creatinina	5 mlgrs. 08 %	
Calcio	8 mlgrs. 02 %	
Chloreto sodio	4 grs. 82 ‰	
R. A.	19 vol. 5 de Co^2 % de plasma	
P. H. no sangue	7,10.	

A natureza sempre sabia e previdente, offerece de quando em vez, como em holocausto á sciencia, um caso interessante, para que o medico com seu espirito prescrutador, inquira-a no que ella tem de mais precioso e guardado com maior zelo, em sua obra prima, o homem, o segredo de sua alchimia metabolica, afim de que possamos com o sacrificio de um, colhermos fructos em beneficio da collectividade. Prodiga que foi, não a favoreceu a sorte, escolhendo-nos para inquiril-a. Esforçar-nos-hemos no entanto, aproveitando a occasião, para fazermos considerações sobre este interessante caso de nephrite, abordando, mesmo com "defficit", os emaranhados problemas da ethiopatogenia da azotemia e acidose nas nephrites.

Na impossibilidade de trazermos contribuição propria, pensamos que nosso esforço não será perdido, mesmo como méro trabalho de copilação e reunião de dados esparços sobre tão difficeis quão interessantes assumptos. Mesmo que isso só não bastasse, é para nós uma satisfação e um dever, trilharmos o mesmo caminho, que fora ainda ha pouco desbravado por nosso illustre Mestre Prof. Annes Dias. Desculpem-nos, pois, os que nos ouvem e peço consideração para quem á sciencia se dedica. Longe de nós a idéa de predicar, vimos apenas aprender comvosco.

Considerações sobre a etiopatogenia das azotemias

Recordar as precursoras noções deste capitulo, é recordar a evolução historica das nephrites, porque, sem duvida alguma, foi um problema pathogenico, que sempre se desenvolveu baseado em observações e deducções clinicas. Recordar a evolução historica das nephrites é relembrar entre outros, os nomes de Brault com sua tentativa de classificação etiologica, os notabilissimos trabalhos anatomo-clinicos de Richard Bright. As bellas lições de Dieulafoy. As precursoras idéas de escola physio-pathologica de Widal e a orientação anatomo-pathologica da escola allemã. Estudos que se intricam, que fallam bem de perto com a ethiopathogenia das azotemias, e, assim alcançaremos de degráo em degráo a orientação moderna deste capitulo.

Até então era a uremia considerada como o resultado de uma auto-intoxicação por productos toxicos, que deveriam ser eliminados pelos

rins, consequencia portanto do factor renal, retenção por máo funcionamento renal.

Factos varios concorreram para a nova orientação: A falta de parallelismo entre as manifestações clinicas e as lesões renaes, mesmo com a integridade renal constatada pela autopsia. O equilibrio entre a ingestão e a eliminação dos azotados mesmo em casos graves, indicando a ausencia de insuficiencia de eliminação para os azotados, as variações azotemicas em relação das variações chloradas, a constatação de azotemia com rins sãos.

A inexplicação destes varios problemas, unicamente pela retenção de azotados ao nivel do rim, levou os estudos a novo rumo e deixando á margem o factor renal, foram procurar a explicação nas alterações metabolicas dos proteicos e assim surgiu com as escolas italiana e allemã a azotemia de origem extra-renal.

São de Devato e Ascali as primeiras observações, constatando que o rim normal deixa passar corpos proteicos bem desintegrados (typo uréa), o rim nephritico deixa passar além destes os corpos proteicos menos perfeitamente desintegrados. Assim sendo, isto só se poderia dar graças a uma alteração do metabolismo proteico não pertencendo ao rim e localisado ou no sangue ou nos tecidos. Não excluem de um todo, os seus estudos, a possibilidade da origem renal das azotemias, porque não nos dizem da quantidade destes corpos que passam na urina, não eliminando portanto a importancia do factor retenção.

Para Maragliano, a uremia, com equilibrio azotado entre a ingestão e a eliminação, com poliuria e azotemia, só poderá ser devido a um excesso de escoria azotada de origem tecidual, excesso que se deve atribuir a uma actividade anormal dos tecidos.

Rohonye e Lax, dizem-nos que os tecidos do homem, normalmente contêm dez vezes mais azoto diffusivel que o sangue e que em muitos casos a eliminação de azoto correspondia bem á quantidade ingerida e no entanto havia hyperazotemia. Concluem estes auctores na possibilidade de estar alterada a afinidade cellular para o azoto, e haver mesmo um certo gráo de desintegração azotada dos tecidos, donde acumulo no sangue.

Na escola franceza, encontramos nos estudos de Achard sobre a azotemia nos cardiacos e nas doenças infecciosas agudas, referencias a possibilidade de outros factores que não só os rins, como causa da azotemia e o proprio Widal em seus estudos com Weill sobre a ingestão de azotados, chega á conclusão que podem fazer variar o theor sanguineo azotado, independentemente do estado anatomico e funcional dos rins.

São da escola franceza ainda os bellissimos trabalhos de Castaigne e Chaumerliac, os quaes seguimos e nos inspiramos, para que nos pudessemos orientar em tão difficil assumpto.

Propõem estes autores a seguinte classificação das azotemias: Azotemias provocadas por lesões de nephrites agudas e chronicas — que se caracterizam pela diminuição do poder de concentração renal para uréa e por sua evolução estar intimamente ligada ás lesões renaes.

Azotemias provocadas por lesões transitorias dos rins, sem que exista propriamente, fallando, um processo de nephrite. Tem como caracte-

ristico principal de comprometimento renal a baixa do poder de concentração para a uréa. No decorrer de nosso trabalho, julgamos ter elementos que nos autorizem a concluir tratarem-se de azotemias mixtas, a acção da causa provocadora englobando rins e tecidos.

Azotemias de origem extra-renal exclusiva: Caracterisam-se por azotemias com concentração renal normal.

Azotemias de origem extra-renal associadas ás azotemias renaes: Dois typos, as de origem complexa. Modificações humoraes provocando ao mesmo tempo uma azotemia de origem extra-renal e alterações passageiras dos rins: Typo das azotemias por sobre carga: A azotemia já existente na nephrite, vem se accrescentar a de origem extra-renal, assim nas nephrites toxicas ou infecciosas, nas quaes a azotemia renal, somma-se a produzida por desintegração proteica tecidual.

Azotemias extra-renaes puras, nas quaes o azoto augmenta no sangue por uma diminuição da diurese, conservando o rim normal a capacidade de concentração. Azotemias dos cardiacos — E' commum observarmos o augmento do azoto sanguineo nos cardiacos descompensados, insufficientes, correspondendo sempre a uma oliguria por insufficiencia circulatoria e baixa da pressão arterial ou por retenção hydro-chloretada no systema lacunar. Basta que se faça medicação apropriada e que se consiga a compensação, para que se estabeleça a diurese libertadora e com ella azotemia abundante, normalisando a taxa sanguinea. A constatação deste facto foi que serviu de base á muito clinica classificação do Josué, em falsos cardio-renaes, dos quaes nos occupamos e cardio-renaes verdadeiros, nos quaes a insufficiencia cardiaca associa-se ou é em consequencia das lesões renaes. Naquelles ha a facilidade de se conseguir a diurese libertadora com resultados beneficos immediatos sobre a azotemia, nestes não se consegue, ou se consegue mal a diurese, com resultados aleatorios sobre a azotemia. Naquelles ha azotemia extra-renal, por insufficiencia cardiaca, nestes azotemia mixta com insufficiencias cardiaca e renal.

Azotemias extra-renaes secundarias a hypertensão posta — Sabemos pelos estudos de Gilbert e Maurice Villaret, a constancia com que integram o syndrome de hypertensão porta, principalmente nos cirroticos as alterações do rythmo urinario, taes como opsiuria, isuria, anisuria e oliguria, nas quaes constatam-se não só alterações do rythmo da eliminação da agua, como tambem diminuição quantitativa e como consequencia diminuição da eliminação renal dos azotados e accumulo no sangue, alterações consecutivas da estase venosa com ou sem insufficiencia hepatica. Fissinger commentando um caso de cirrhose de Cruvelier—Baumgarten, viu a azotemia baixar consideravelmente, como consequencia de hemorragia hemorroidal, sem duvida pela diurese que se estabelecera com a baixa da hypertensão porta e consequente diminuição da estase renal.

Azotemias extra-renaes, por oliguria, consecutivas a perda exagerada dagua ou a regimen secco — Nos vomitos frequentes, reiterados, incoerciveis. Nas diarrhéas, nas sudoreses abundantes em que ha perda accentuada d'agua não compensada pela ingestão macissa, observamos a oliguria e azotemia, cremos que não só consecutiva a esta, como tam-

bem a perda de sal, constituindo a forma clinica da azotemia chloropenica, que exporemos separadamente.

Os regimens seccos instituidos nos casos de edemas e, prolongados por muito tempo, mesmo quando não mais necessarios, mantidos tão sómente pelo temor da volta dos edemas, pódem ter como consequencia a azotemia, por oliguria. Usamos com frequencia, não o regimen secco, mas sim um regimen mitigado e no qual a ingestão de liquidos, fica aquem de 200, e nos casos em que a diurése é de litro, mais ou menos, permitindo a ingestão de liquidos igual a da diurése logo que se conseguir um resultado satisfatorio.

Incluimos neste grupo as azotemias por oliguria orthostatica como quer Cottet e como as acceitam Castaigne e Chaumerliac, baseado na prova do orthostatismo, que segundo Gilbert e Villaret, só é positiva como signal de leve hypertensão porta.

As azotemias consecutivas a anuria reflexa, provocada por fortes dôres abdominaes, taes como a colica nephritica, nas quaes certos autores não acceitam a integridade anterior dos rins, mas que desapparecem com a cessação da dôr e portanto do reflexo.

As azotemias extra-renaes por sobre-carga, provocadas por insufficiencia da diurese e super-accrescentadas as de uma nephrite.

Supponhamos agora todas estas causas, que citamos até aqui, taes como: a insuficiencia cardiaca, a hypertensão porta, a deshydratação, as acções reflexas, que são capazes de por si sós, em rins sãos, provocarem anuria e azotemia, agindo sobre rins doentes, já claudicantes, executando parcamente as suas funcções depurativas, com diurese escassa e poremos então avaliar, a importancia destas causas de anuria nas nephrites chronicas. Aos effeitos das lesões renaes, sommam-se os da insufficiencia cardiaca, a azotemia daquella causa sommam-se a desta. As repercussões metabolicas consecutivas aos vomitos e diarrhéa, sommam-se ás decorrentes de uma nephrite chronica. Sobre os maleficios consecutivos á deshydratação Gambaut, citado por Castaigne, observou em um verão muito quente, no hospicio de Ivy, mortalidade não commum dos velhos, 92 em um mez, quando a media dos outros mezes do anno fôra de 37. Havendo sido praticada autopsia, constatou em quasi todos, nephrite chronica com atrophia renal, excepção apenas de quatro.

Dez annos mais tarde, o autor teve novamente opportunidade de constatar os maleficios do calor, conseguindo no entanto menor mortalidade, favorecendo a diurése aos doentes, impedindo-lhes a sahida nas horas mais quentes do dia, concluindo que a restricção da diurése, por transpirações abundantes, é fatal a muitos uremicos.

Assim concluem Castaigne e Chaumerliac os seus bellos trabalhos sobre este assumpto: "E nós diremos, para resumir, que toda quéda da quantidade de urina das 24 horas, abaixo da cifra da diurése util, sobrevinda num doente attingido de nephrite chronica uremigenica, produz uma azotemia extra-renal, por sobrecarga, muito importante de conhecer em pratica."

Azotemias extra-renaes devido a ingestão exagerada de alimentos azotados — E' a alimentação a principal fonte de fornecimento de azoto ao organismo. As variações da alimentação em substancias demasia-

damente ricas em azoto ,influirão sem duvida na taxa azotemica sanguinea, com tendencia a ascenção, se a funcção de eliminação renal, não for sufficiente para compensal-a. Pertencem a Widal e sua escola, os primeiros estudos sobre este assumpto, quando em 1904 elle denominava de indice de retenção ureica a relação entre a riqueza do sangue em uréa e a quantidade de albuminoides ingeridas.

Observações de autores americanos, citados por Castaigne, fazendo ingerir a individuos normaes, no espaço de 5 a 6 horas 100 grs. de uréa, notaram que a azotemia podia attingir a cifra de 2 grs. ‰, chegam á conclusão que na realidade para augmentar a uréa sanguinea, ao excesso alimentar deve-se associar uma diurése insufficiente, ou oliguria, relativa á quantidade de uréa ingerida, por isso os autores ao par da alimentação huper-azotada, fornecem quantidades notaveis d'agua e concluem que:

Ha pois a nosso aviso azotemias extra-renaes devido a alimentação azotada super-abundante, mas, sómente onde a quantidade de urina, representando uma diurése util, não é attingida; do mesmo modo produz-se muito facilmente a azotemia extra-renal por sobre-carga, devido a alimentação nos casos de nephrites. Pensamos não serem tão simples os phenomenos a serem observados e que mesmo com rins integros funcionalmente, dependa a azotemia da sufficiencia das funcções protopexica e proteo-reguladora do figado e que mesmo nos casos de funcção integral hepato-renal, ha um certo limite de capacidade de concentração pelos rins, que não póde ser ultrapassado, donde a possibilidade de, por super-alimentação azotada, haver a ascenção da taxa azotemica sanguinea. Citam-nos, Castaigne e Chaumerliac, como exemplo deste typo de azotemia, isto é devido a associação de alimentação hyperazotada e diurése insufficiente, a azotemia dos grandes comedores sem insufficiencia renal, sem no entanto ser attingida a cifra da diurése util, e dão como causa da insufficiencia da diurése, a congestão hepatica ou uma leve insufficiencia ventricular direita. Orientando-nos por seu trabalho, devemos no entanto, fazermos notar, que os grandes comedores, antes mesmo dos rins accusarem a sua insufficiencia, o figado já tem dado signal de cansaço e cremos que sua azotemia será mais devido a insufficiencia deste orgão. Ao acceitarmos a possibilidade do augmento da azotemia, em rins sãos, si bem que de um modo passageiro, pensamos não restar duvidas, quanto ao papel das alimentações com excesso de azoto em relação da azotemia, em rins já anteriormente tocados.

Azotemias extra-renaes devido a uma formação de uréa de origem endogena — Como condição essencial destas azotemias, torna-se a destruição exagerada no organismo dos tecidos ricos em azoto: Esta destruição póde dar-se sobre os globulos vermelhos, como nas anemias hemoliticas e anemias typo Addison—Biermer. Sobre cellulas jovens do organismo taes como cellulas neoplasicas, nas myeloses e lymphoses leucemicas, principalmente posteriores á applicação da Roentgenterapia. Sobre diversos tecidos do organismo destruidos por traumatismo, queimaduras. Sobre os musculos nas doenças prolongadas, acarretando a emaciação, os casos de inanição com emmagrecimento rapido, fusão muscular nas diabetes consumptivas.

As azotemias extra-renaes de origem complexas ou melhor denominadas de mixtas. — As azotemias que ás vezes sobrevêm nas doenças infecciosas, em nosso meio mais frequente nas febres do grupo typhico, muitas vezes responsaveis pelos phenomenos excito-motores é excito-psychicos observados, podem ser consideradas como pertencentes ás extra-renaes desde que se pense na desintegração proteica exagerada ou na possibilidade da insufficiencia hepatica, mas, devem ser consideradas como mixtas, porque a estas causas, frequentemente associam-se lesões renaes. O mesmo poderiamos dizer das azotemias provocadas por intoxicações agudas e super-agudas.

Encontraremos tambem azotemias mixtas quando ás de origem renal, vem se ajuntar a acção de factores productores de azotemias extra-renaes.

Acção de differentes systemas organicos sobre a hyperproducção de uréa ou sua retenção. Figado. Systema nervoso, glandulas endocrinas. Figado — De capital importancia é a acção deste orgão, desde que se considere sua acção desenvolvida no metabolismo proteico, suas funcções proteo-pexica e proteo-reguladora, desdobrando as albuminoides em uréa, com o fim de delles tirar o maximo proveito com a menor toxidez, visto que dos azotados é a uréa como producto final elemento mais diffusivel, de mais facil eliminaação, a menos toxica.

Insufficiente que seja este orgão e facilmente comprehenderemos as alterações, que poderão sobrevir. Não se desenvolvendo mais com regularidade a funcção hepatica sobre os proteicos, haverá o derrame destes no sangue em estado de incompleta desintegração, que serão as responsaveis por estados azotemicos muitas vezes graves, conforme o gráo da insufficiencia do orgão. Tão importante afigura-se-nos a insufficiencia deste orgão na producção das azotemias extra-renaes, que ousamos incluir na bem fundada classificação de Castaigne e Chaumerliac, um capitulo em que se trate das azotemias extra-renaes por isufficiencia hepatica. — Quanto á azotemia por hyper-hepatia, acceita por certos autores, nada sobre ellas podemos dizer, mas, somos um tanto septico ao acceitarmos a hyperhepatia em se tratando de sua funcção proteolitica.

Os casos mais citados como havendo hyperhepatia, são os typos de cirrhose typo Hanot e Cruvelier Baumgarten, principalmente na sua fase inicial; pois bem, nestes casos e nesta fase, a azotemia ou não existe ou é insignificante. No entanto a azotemia é frequente, tenaz e ameaçadora no periodo de estado ou fase final, quando a insufficiencia hepatica é então notavel.

Systema nervoso — Sabemos hoje da importancia do figado na glycopesia e glycoregulação sanguinea, bem assim como a importancia do orgão na proteopexia e proteoregulação; sabemos da existencia de um centro, localisado no assoalho do quárto ventriculo, de comando da glycoregulação. Hoje fazem-nos saber, conforme os trabalhos de Courtois, Joval e Merkler, que constataram a azotemia em diversas doenças do systema nervoso, taes como hemorragia cerebral, encecephalites, meningites, e as notaveis experiencias de Charles Richet em Março de 1933, da existencia de centros proteoreguladores, localisados na parte superior da protuberancia.

Uma lesão, compressão localisadas nestas immediações, são factores para descontrolar a acção destes centros e portanto capazes de produzirem um desiquilibrio da taxa de azoto sanguineo. O mechanismo de acção pelo qual estes centros agem ainda não foi elucidado, julgam no entanto os autores que sua acção se dê por intermedio do systema hormo-vegetativo.

Glandulas endocrinas — Os estudos feitos sobre a possibilidade de relação entre estas e os estados azotemicos, não são concordes e sobresahem, as constatações feitas de grandes azotemias em addisoneanos admittindo que a azotemia teria por causa a ausencia de um hormonio supra-renal, capaz de excitar a secreção renal. Acreditam tambem quanto á tyroide, a possibilidade da insufficiencia desta glandula facilitar a retenção da uréa no systema lacunar. São estudos no entanto que pédem confirmação.

Pelo exposto notamos que: a escola franceza admite como mechanismo geral das azotemias extra-renaes a oliguria, dando capital valor á capacidade de concentração maxima. Assim nos dizem Castaigne e Chaumerliac. "Si se constata um augmento da uréa sanguinea num doente cuja concentração maxima é normal, ter-se-ha o direito de dizer que esta azotemia é de origem extra-renal.

Castex, como conclusão de seus estudos, diz-nos que: A uremia é fundamentalmente extra-renal e não renal. Diffusa e generalisada a todos os tecidos da economia, podendo ser simplesmente lesado o rim, mas, não é forçoso que assim seja e nestas condições sobrevem a uremia com rim são. A origem da perturbação metabolica proteica é uma toxemia de origem infecciosa situada em qualquer um ponto da economia. Esta toxina infecciosa atravez de sua acção sobre o diencephalo engendraria a uremia e os symptomas satelites. Acceita centros de localisações diencephalicas, que regulam o metabolismo proteico, assim a existencia de um centro para-sympathico diencephalico, que frenaria o metabolismo proteico. Um centro sympathico diencephalico estimulador e uma funcção autonoma hepatica, encarregada da desintegração proteica. Acceita tambem a existencia diencephalica, de diversos outros centros, cujo compromettimento explicariam a symptomatologia associada, taes como: o centro pupillo-dilatador do hypothalamo, cuja inhibição nos daria a myose, o centro vaso-motor, dando-nos a hypertensão por sua excitação e assim o centro do metabolismo da agua e do sal etc. A acção da toxemia sobre o diencephalo seria assim primacial e primordial em relação ao apparecimento da uremia, toda vez que o rim não fôra incluido no processo toxemico, por tropismo negativo especial da toxina ou por resistencia especial delle.

Qual será o toxico responsavel pelo syndrome uremico? — Widal e sua escola, acham que a uréa seja a responsavel pelo quadro toxico, sem negarem entretanto o valor dos outros azotados. Allegaram os autores a ascenção consideravel da uréa em relação ao azoto residual. Chabanier constatou que a hyperazotemia não era só devido a uréa e que o azoto residual achava-se tambem realmente augmentado e qualitativamente modificado. Constatou tambem que em certo brightico com uréa sanguinea oscillando entre 2 grs. a grs.5, fazendo-lhe ingerir diariamente

20 a 30 grs. de uréa, durante 6 dias, a azotemia elevou-se a 5grs.60, perfeitamente bem tolerada. Suspendendo a ingestão de uréa novamente a azotemia vem para os limites primitivos 2grs.0 a 2grs.5. Pouco tempo depois o doente fizéra um novo surto de azotemia, attingindo a 3grs.5, logo após installação do coma e morte.

Houve a tolerancia perfeita para uma uremia de 5grs.60, provocada pela ingestão de uréa pura e a morte com uma azotemia de 3grs.5, o que o leva o autor a crer que este augmento da azotemia corria por conta tambem de outros corpos azotados, talvez mais toxicos que a uréa. Sem descrer totalmente na nocividade da uréa, atribue a ella a côr palida dos uremicos e segundo Mozer a hypothermia. Uma vez convencidos que não era a uréa a responsavel pelos accidentes uremicos, dirigiram-se os modernos estudos sobre o azoto residual e esforçam-se mesmo por saberem qual de seus componentes é responsavel por esta toxidez. Quem segue de perto estes estudos, sabe da importancia que a escola allemã dá á indicanemia, a importancia que dá Becker a certos corpos aromaticos (indol, creol, paracresol, oxiados aromaticos) como responsaveis pelos phenomenos toxicos e para Rosemberg, como preciosos elementos reveladores precoces da uremia e de maior valor prognostico que a uréa.

Todos nós somos sabedores da importancia da creatininemia, principalmente quando alliada á hipo-calcemia na pathogenia da uremia convulsiva, segundo nosso mestre Prof. Annes Dias.

São modernos tambem, os estudos de Rosemberg, sobre a uro-roseina, existente no sangue no estado de cromogeneo e posta em evidencia, tratando-o pelo acido trichlo-acetico, pela côr rosea que toma então pela formação da uro-roseina, indicando uremia grave, pois só se encontra nas hyperazotemias e hyperindicanemias.

Todos nós conhecemos, sobretudo atravez dos trabalhos do Prof. Annes Dias, o papel da acidose não só na symptomatologia da nephrite como tambem quanto ao seu valor prognostico. Quero recordar comvosco, fazendo uma synthese da pathogenia da acidose nas nephrites e nessa occasião fallar-vos dos trabalhos de Chabanier, atribuindo aos polyptides o papel toxico principal.

Espermocultura

por

Homero Jobim

Assistente do Laboratorio Geyer.

Attingida a méta final do tratamento da blenorrhagia, verificada a cura clinica das lesões, procura o especialista o auxilio do laboratorio para attestar a cura bacteriologica.

Cabe, então, ao bacteriologista a responsabilidade de declarar o paciente curado. E' na cultura do esperma que este encontra o methodo de escolha para fazer o julgamento, cumprindo, entretanto, assignalar que em determinados casos a cultura da urina se faz necessaria.

Resalta desde logo a grande importancia social desta prova e a necessidade de serem empregadas medidas rigorosas para evitar possiveis causas de erro.

Nestas linhas descreveremos, de uma maneira rapida e synthetica, a technica por nós usada e os resultados com ella obtidos.

Technica.

O gonoccoco.

Antes de entrarmos na descripção da technica é mister lembrar, rapidamente, as principaes caracteristicas do gonococco, germe visado na espermocultura.

Diplococco Gram negativo, em fórma de grão de café nos productos pathologicos, o gonococco se apresenta de aspecto diverso nas culturas, onde são observadas, ao lado das fórmas precedentes, outras, em maior numero, semilunares ou globulósas sem divisão central. Ao lado destas e nas culturas velhas, principalmente, encontram-se fórmas gigantes, de coloração intensa, contrastando com as demais e que são fórmas de resistencia perfeitamente demonstradas por Salimbeni.

De uma exigencia extraordinaria, o gonococco só se desenvolve em meios especiaes, enriquecidos todos por substancias auxiliares de natureza animal ou vegetal, geralmente albuminas ou seus derivados. Alguns autores (Saquepée) têm assignalado o desenvolvimento do gonococco em gelose simples após culturas successivas em meios gradativamente menos ricos, tendo estes factos apenas interesse experimental.

A reacção chimica do meio não deve ultrapassar as cifras limites de ph 6,0 a ph 8,3.

Em torno das condições supracitadas, surgiram varias centenas de formulas para meios de cultura, cada autor procurando melhorar e facilitar o desenvolvimento do gonococco.

De meios com base de orgãos, ovo, leite, urina, uréa, vegetaes, etc., as revistas e tratados apresentam grande numero de formulas.

Nestes ultimos annos temos experimentado grande numero dellas e melhores resultados temos obtido com as de Arlindo de Assis e Travassos da Rosa.

Como temperaturas limites para o seu desenvolvimento, exige 36° a 38°, sendo a optima a 37°.

Relevante importancia tem o grau de humidade, pois a dessecação dos meios impede-lhe definitivamente o desenvolvimento.

Produz acido exclusivamente nos meios com glycose, não tendo acção sobre os outros assucares, o que permitte e facilita o diagnostico differencial.

Preparo do doente e colheita do material. Para que o exame preencha as suas finalidades de segurança e exactidão, mister se torna que o urologista prepare o doente, tornando-o apto a fornecer um material em optimas condições.

Varios processos existem para reactivar a infecção, fixando-se quasi todos em lavagens antisepticas e irritantes e ingestão de bebidas alcoolicas.

Seja qual fôr o usado, deve mediar um prazo de 24 horas entre a irritação e a colheita, afim de que se processe a reactivação e desappareça o poder antiseptico que, embora fraco, em se tratando de um germe pouco resistente, impedir-lhe-ia o desenvolvimento. Já observamos espermoculturas negativas exclusivamente motivadas por lavagens antisepticas e irritantes momentos antes da colheita do material.

Ao praticar a colheita do esperma, o paciente deve estar no minimo 4 horas sem urinar, de preferencia pela manhã ao levantar, para que o pús e as serosidades purulentas se accumulem o maximo possivel.

O esperma deve ser colhido no laboratorio, pois o gonococco morre com facilidade desde que baixe a temperatura. Quando, por condições varias, não fôr possivel, é permittida a colheita fóra, devendo no entanto ser trazido ao laboratorio em banho-maria e no prazo maximo de 10 minutos. Já temos praticado culturas com esperma colhido nestas ultimas condições e obtido resultados positivos.

Semeadura. Logo após a colheita, o esperma é immediatamente levado á estufa a 37°, onde permanecerá meia hora, fluidificando-se.

Pratica-se a semeadura retirando o esperma com uma pipeta e deitando-o em cinco tubos de meio especial e um de caldo glycosado ascite. Immediatamente os tubos são levados á estufa e collocados horizontalmente, de maneira que o esperma cubra a superficie da gelose, e assim mantidos durante meia hora.

De um optimo meio depende o resultado exacto da espermocultura. Assim os meios antes de servirem para essa pratica, escolhida previamente a formula a ser usada, devem, obrigatoriamente, ser experimentados com gonococcos já existentes no laboratorio. Com esta pratica está o technico habilitado a usar um meio de inteira e absoluta confiança, dada a facilidade de, empregada a mesma formula, o meio, por condições varias, apresentar menor ou até nenhuma capacidade nutritiva para o gonococco.

Exame das culturas. Após 24 horas de incubação na estufa a 37°, pratica-se o primeiro exame da cultura. Verificam-se macro e microscopicamente as diversas colonias existentes. A colonia do gonococco é pe-

quena, translucida e ao contacto com a alça de platina se mostra viscosa. Uma colonia apresentando estes caracteres macroscopicos e que ao microscopio se mostra formada de diplococcos Gram negativos faz, immediatamente, pensar em gonococco, competindo ao bacteriologista identifical-a completamente. Um germe com estes caracteres se agrupa na familia das Neisserias, cujos caracteres geraes e especiaes a cada variedade, conforme a classificação da Sociedade Americana de Bacteriologistas, são descriptos, com precisão, no livro de Bergey, relator da commissão especial dessa Sociedade.

Transcreveremos apenas o que diz respeito ao gonococco:

I Neisseria gonorrheae (Neisser). Trevisan

Espheras: 0,6 a 1 micron, apresentando-se isoladamente e aos pares, em contacto pela face plana. Gram negativo.

Desenvolve-se exclusivamente em meio especial, como gelose-sôro-urina, gelose-ascite, gelose-gomma. Colonias pequenas, translucidas, finamente granulosas com bordas lobuladas, de um branco acinzentado com uma opalecencia de perola á luz transmittida.

Fórma acido unicamente em meios com glycose.

Aerobio.

Temperatura optima: 37°.

Nome commum: gonococco.

Baseada nestes caracteres descritos, a semeadura em gelose simples e em meios com glycose, maltose e levulose, resolve defitivamente o diagnostico, separando o gonococco dos pseudo-gonococcos.

Na denominação generica de pseudo-gonococco incluem-se apenas as outras neisserias, deixando de lado outros germes que por qualquer causa possam se assemelhar ao gonococco microscopicamente.

O colibacillo e o pneumobacillo podem confundir o observador inexperiente, por apresentarem geralmente falhas de coloração no centro e fórmas curtas, dando a imagem de um diplococco. A' observação mais detida immediatamente se impõe o diagnostico, dado o aspecto typico da colonia destes germes, humida e translucida no colibacillo, e de uma viscosidade muito grande no pneumobacillo. E, quando não bastem estas verificações, a semeadura em gelose simples, tornando mais claros os diversos caracteres, resolve definitivamente a situação.

O estaphylococco, apresentando-se Gram negativo, é accusado por grande numero de autores de não pequeno numero de resultados falsos. Raras vezes tivemos opportunidade de verificar as formas em lyse, que facilmente podem ser reconhecidas, já pelo aspecto caracteristico do agrupamento do germe, já e com muito mais facilidade pela presença de todos os intermediarios, desde o cocco Gram positivo até o que se apresenta Gram negativo. O diagnostico se torna mais difficil quando o gonococco se apresenta em colonia mixta com o estaphylococco, o que aliás se observa frequentemente, obrigando o technico a praticar o isolamento, que nem sempre é facil.

Quando negativa a primeira verificação os exames se renovam cada 24 horas, durante tres dias seguidos, prazo maximo para o desenvolvimento do gonococco.

A ultima verificação deve ser extendida á todas as colonias, não só para identificar os outros germes existentes como para revelar possiveis e muito frequentes colonias mixtas com gonococco.

Resultados. Identificados cada um dos germes e salientado o numero de colonias existentes, está finda a missão do laboratorio, cabendo ao urologista interpretar o resultado.

Apresentamos abaixo o numero de espermoculturas praticadas segundo a technica descripta, indicando os resultados obtidos.

Espermoculturas praticadas 503	
Germes encontrados	numero de vezes
Gonococco	118
Estaphylococco branco	482
Estaphylococco dourado	24
Estretococco	80
Pneumococco	82
Colibacillo	14
Pseudo-gonococco	7

A media das espermoculturas positivas para o gonococco é de 23%.

A estatistica que apresentamos, como a maioria das congeneres, só offerece secundaria importancia dada a ausencia da observação clinica. Servirá apenas para ser comparada ás estatisticas de outros, dada a igualdade de condições com que se apresentam os pacientes, geralmente na phase final do tratamento.

Combatida e declarada mesmo de nulla importancia por muitos, a espermocultura é para nós um exame de real valor desde que sejam preenchidos os diversos itens a que nos referimos no decorrer do trabalho. As causas primordiaes desta disparidade de opiniões entre os autores cremos estarem no preparo do doente e no meio de cultura. Quantas vezes tivemos opportunidade de mandar o paciente voltar mais tarde por não serem preenchidas as condições para a colheita do material, tendo muitas vezes o seu medico assistente feito uma lavagem irritante e antiseptica poucas horas e mesmo momentos antes! Quantas vezes a espermocultura é negativa no doente não preparado, tornando-se positiva após a irritação por lavagens e bebidas alcoolicas! Emfim já anteriormente nos referimos á exigencia do gonococco pelo meio de cultura. Mesmo após ter sido escolhida a formula optima, innumeras vezes e por causas variadas, o poder nutritivo oscilla para menos, quer dependendo da propria gelose, quer causado pela ascite, auxiliar mais commumente usado e cujo valor é variavel conforme a mostra. Estas causas de erro são sanadas verificando-se préviamente o valor nutritivo com amostras de gonococco existentes no laboratorio. Só assim teremos a certeza de empregar um meio de cultura em optimas condições.

Finalisando cumpre-nos salientar a necessidade de repetir a prova em serie antes de declarar o paciente curado. Só assim e sanadas as multiplas causas de erro poderá ser attestada a cura bacteriologica.

Os recentes progressos da anestesia

2. Anestesia geral pela Avertina

pelo

Dr. Secco Eichenberg

1.º assistente 2.ª Cad. Clinica Cirurgica.

No estudo dos recentes progressos no terreno da anestesia, em sequencia ao primeiro trabalho desta serie, sobre o evipan-sodico, no qual tivemos a honra de colaborar junto com o Prof. Dr. Guerra Blessmann, cumpre-nos tecer algumas considerações em torno do moderno anestesico geral por via retal: a avertina.

Contrariamente ao evipan-sodico, anestesico geral de curta duração, a avertina presta-se, por seu modo geral de ação, a anestesias mais demoradas, mais longas, abrangendo assim um campo muito mais vasto da cirurgia.

Usada regularmente na Alemanha desde 1928, a avertina, hoje já ultrapassou de ha muito os limites desse paiz e actualmente seu uso é universal.

Anestesico de reaes vantagens, a avertina veio preencher uma grande série de lacunas existentes no campo da cirurgia, referentes á anestesia.

Nos primordios do emprego da avertina, o arrojo de alguns autores e o descuido de outros, os primeiros exagerando as dóses a empregar e os segundos descurando os detalhes de tecnica no preparo da solução anestesica e na tecnica da administração, prejudicaram algo o valor da avertina, mas depois da palavra abalisada de Butzengeiger e de Polano lançando as regras da anestesia geral basica pela avertina, este metodo de anestesia entrou numa nova e brilhante fase de desenvolvimento e a vasta literatura com as centenas de milhares de casos atestam este fato.

A avertina, na anestesia geral, quer basica ou completa, apresenta um grande numero de vantagens, que lhe dão direito de hombrear com os outros metodos anestesicos conhecidos: assim, seu poder protetor do psiquismo do paciente é inconteste, o enfermo anestesiado pela avertina, não tem a sensação de opressão e de ansia das anestesias geraes inalatorias, nem seu psiquismo será alterado pelo apreciar consciente na anestesia local de todas as manobras operatorias, preparatorias ou as propriamente ditas, como sóe acontecer no caso de pacientes nervosos e hipersensiveis.

Com a anestesia geral pela avertina, cuidadosamente praticada e indicada, evitaremos as complicações visceraes post-anestesicas, principalmente as bronco-pneumonicas. Sua inocuidade sobre o coração concede-lhe mais um titulo favoravel.

Fóra disso tudo, ainda o despertar do paciente vem demonstrar as

vantagens deste metodo anestesico; o paciente acorda bem disposto, sem a terrivel sensação de mal estar, sem os vomitos post-anestesicos, completamente lucido e com uma perfeita amnesia dos fatos. O sono post-anestesico da avertina, quando a anestesia obedeceu ás regras indicadas, só poderá ser considerado como salutar, pois auxilia o paciente a passar as primeiras dores post-operatorias, sem o auxilio de hipnoticos e sedativos.

Descobertas por Eicholtz as qualidades anestesicas do alcool tribromoetilico em 1926, foi pela I. G. Farbenindustrie A. G. em principios de 1927 apresentado a alguns serviços de cirurgia na Alemanha, o novo anestesico geral por via retal, com o nome de E 107.

Após o resultado brilhante obtido pela esmagadora maioria destes serviços foi lançado definitivamente no mercado o anestesico sob o nome de avertina.

Como já dissemos, Butzengeiger e Polano foram os fundadores da idéa do emprego da avertina como anestesico geral basico; B. Martin fundou a anestesia pela avertina adicionada ao sulfato de magnesio e Eldering, Samuel e Baum a introduziram como estado de hipnose na obstetricia, nos casos de partos. Kirschner procurou fundar a anestesia endovenosa pela avertina, anestesia esta a classificar nas de curta duração, não tendo tido o resultado desejado, e hoje o evipan-sodico substitue perfeitamente a avertina nas anestesias de curta duração.

A literatura moderna fala em 1.500.000 anestesias pela avertina, numero consideravel, no qual se baseiam as conclusões actuaes sobre este metodo anestesico.

A avertina, quimicamente alcool tribromoetilico, é uma substancia cristalina, com ponto de fusão entre 79 e 80 gráos, e a uma temperatura de 40 gráos soluvel n'agua numa proporção de 2½ a 3½ por cento segundo Unger e Heuss e segundo Eicholtz numa proporção de 3½ por cento.

Numa temperatura superior a 40 gráos a Avertina sofre o desdobramento em acido bromidrico e aldeido dibromacetico, ambas substancias toxicas e corrosivas, e culpadas das retites e colites de que tanto se queixava Sauerbruch, quando não se atinha ás regras do preparo da solução anestesica aquecendo-a a muito mais de 40 gráos.

A absorção da Avertina dá-se rapidamente ao nivel de todo o intestino grosso, especialmente na altura da sigmoide e da ampola retal, dependendo logicamente da quantidade de liquido infundido. A absorção da avertina é inicialmente bastante rapida até aos 30 minutos, tornando-se depois mais lenta, havendo uma ascendencia da velocidade de absorção da avertina sobre a da agua da solução.

A concentração sanguinea da avertina corresponde perfeitamente ao quadro da absorção deste anestesico.

Pelos estudos feitos por Sebening poude-se observar que o cerebro é o orgão que mais avertina fixa.

Uma das questões mais interessantes a respeito da avertina é de como ela se porta no organismo, e de que modo este se liberta deste novo anestesico. Ao contrario dos outros anestesicos, principalmente os inalatorios, o organismo não elimina a molecula integra da avertina, o

que ele excreta é um produto transformado, que perdeu as qualidades toxicas da avertina, que como todo e qualquer anestesico, não deixa de ser um toxico, dependendo tudo entretanto da dóse empregada.

A avertina ao nivel do figado principalmente, por combinação com o acido glicuronico, transforma-se em acido urobromalico e é, sob esta forma que é excretada pelos rins.

A eliminação da avertina transformada se faz especialmente pelo rim e a afirmação de que o suor tambem servia de via de eliminação da avertina não tem encontrado defensores, pois Welsch, conseguiu dosar na urina de pacientes seus, submetidos a anestesia pela avertina 98,6 p. c. do bromo contido nas quantidades de avertina empregadas nos diversos casos. O excedente de 1,4 p. c. Welsch atribúe a tecnica de dosagem que póde perfeitamente, devido aos diversos processos quimicos empregados, ter pequenas diferenças.

Segundo os estudos de Lendle, a avertina é o anestesico geral que actualmente tem a maior extensão narcotica, tendo seu indice de extensão narcotica de 1,75, emquanto que o protoxido de azoto, o segundo colocado, tem 1,70.

Estudos de Melzner demonstraram que os sais de potassio e magnesio adicionados á solução de avertina aumentam-lhe a extensão narcotica, emquanto que os sais de calcio e sodio têm o efeito contrario.

Farmacologicamente é de grande interesse conhecer de que modo age a avertina sobre os diversos orgãos da economia humana, bem como das conclusões deste estudo dependem as indicações e as contraindicações da avertina.

A ação da avertina faz-se sentir com maior intensidade sobre os centros nervosos, aliás muito naturalmente em face de suas qualidades narcoticas. Sua ação em linha ascendente opera sobre o cerebro, sobre o bulbo e sobre a medula, traduzida respetivamente pelo estado de sonolencia, incontinencia, sono, ação sobre os centros vasomotores, respiratorio e termo-reguladores e finalmente pela areflexia.

Sua ação sobre o centro respiratorio se traduz numa diminuição do numero dos movimentos respiratorios, diminuição esta compensada pelo aumento de volume de cada movimento respiratorio por si, evitando assim a queda exagerada do volume respiratorio total. O ritmo respiratorio não se altera no caso duma anestesia conduzida com cautela, só o fazendo nos casos de manifesta superdosagem. A ação sobre o centro respiratorio dependendo da concentração sanguinea da avertina, devemos sempre ter presente que, se forçarmos por dóses elevadas esta concentração, fazendo com que ela rapidamente atinja algarismos exagerados, poderemos então ter manifestações desagradaveis em relação ao centro respiratorio.

Da mesma maneira, como mais abaixo veremos, quando tratarmos da ação da avertina sobre o aparelho circulatorio, especialmente a hipotensão que se manifesta, podemos seguramente afirmar, que, se usarmos a avertina convenientemente, não ultrapassando a dóse usual média, tomando em consideração os diversos fatores individuaes que podem modificar para mais ou para menos a dóse a ser empregada, nos atendendo as indicações e contraindicações formuladas e seguindo á ris-

ca a tecnica no preparo da solução e na administração do anestesico, não precisamos temer a ação da avertina sobre o aparelho respiratorio e menos sobre o circulatorio.

Quanto ao aparelho circulatorio a ação da avertina se manifesta por um certo grão de hipotensão, que nos primeiros tempos do uso da avertina, quando imperava o criterio erroneo da superdosagem sistematica afim de atingir a anestesia geral completa pela avertina, assustou alguns autores e cirurgiões, mas que hoje em dia, em face da nova orientação dada á anestesia pela avertina, cujos pontos de vista já expusemos acima, em relação á ação sobre o aparelho respiratorio, se enquadra perfeitamente dentro dos limites normaes das hipotensões anestesicas.

Esta hipotensão se verifica pela ação diréta da avertina sobre os centros vaso-motores, pois diversas provas, entre as quaes a de Starlinger e as electrocardiogramicas de Unger e May, demonstram a falta de ação da avertina sobre o coração, bem como sobre os vasos sanguineos, conforme as experiencias de Anschuetz.

Em relação ao figado, local primordial da combinação glicuronica da avertina, logo orgão de maxima importancia no problema da desintoxicação do novo anestesico, podemos afirmar estribados nas provas de Kaczander, pelas curvas da bilirubina no sangue dos individuos anestesiados pela avertina, nas provas de Levith, referentes á dosagem da glucose no sangue, nas de Eicholtz, em suas experiencias com anestesias diarias em camondongos brancos, nas conclusões de Finaty, baseadas em exames de urina de seus pacientes, que a avertina não prejudica o figado são, produzindo-lhe lesões que venham perturba seu poder funcional.

Mesma declaração é-nos permitida fazer, em face das interessantes provas de Grossmann, quanto á ação da avertina sobre os rins.

Um caso de tetano por nós tratado pela soroterapia intensa associada a anestesias retaes pela avertina, no qual em 12 anestesias, diariamente feitas, administramos a dóse total de 73,2 grs. de avertina, os exames de urina nada revelaram quanto a uma possivel lesão hepatica, quanto menos renal.

A ação da avertina sobre o equilibrio acido basico, estudada sob o ponto de vista atual da anestesia geral pela avertina, nos vem revelar uma queda da reserva alcalina, semelhante a das outras anestesias e perfeitamente dentro dos limites fisiologicos.

Expusemos assim rapidamente as qualidades fisio-quimicas e farmacologicas da Avertina, devendo agóra passar a tratar da anestesia propriamente dita, com suas variadas questões, todas elas do maximo interesse.

Antes de tocar na tecnica em si da administração deste anestesico, devemos tecer algumas considerações em torno do problema da dóse de avertina a usar, questão esta de tal importancia, que junto com a observancia da tecnica do preparo e administração da solução e do respeito ás indicações e contra-indicações do processo, forma o tripé no qual se sustenta a anestesia geral pela avertina.

A dose de avertina a empregar serviu de base ás mais variadas teorias e controversias. Nos primeiros tempos dominou sem restrições a

teoria da dóse elevada, mesmo exageradamente elevada, não tomando em consideração as condições individuaes do paciente, unicamente para obter a todo o custo uma anestesia geral completa pela avertina.

Este criterio vingou-se nos seus defensores, pois estes tiveram de passar momentos desagradaveis, com os acidentes graves e mesmo casos de morte que tal orientação acarretou em alguns casos.

Entretanto Butzengeiger veio modificar esta questão, quando condenou a superdosagem da avertina, aconselhando o uso de dóses menores, que, se não conseguissem uma anestesia geral completa, davam uma anestesia geral basica, que então seria completada por pequenas dóses dum outro anestesico complementar.

Esta nova teoria em bem pouco tempo ganhou terreno, sendo hoje vencedora, e atualmente os cirurgiões, procuram com o uso de dóses médias, e com a dosagem perfeitamente baseada nas condições individuaes dos pacientes elevar o numero de anestesias geraes completas.

A dóse média usual é a de 0,10 grs. por quilo de peso, variando, como já dissemos, com as condições individuaes, e a dóse total que se recomenda não ultrapassar é de 10 grs.

Os varios fatores individuaes, que podem influenciar a dóse de avertina a ser usada, são: o peso, a idade, o sexo, a compleição, o estado geral, o psiquismo, estado nervoso, alcoolismo, afeção de que é portador ou portadora, a estatura, a indicação da narcose e o prenarcotico empregado.

Um individuo magro ou de peso médio pode perfeitamente acompanhar a dóse de 0,10 grs. por quilo ou mesmo 0,11 — homem —, mas um individuo obeso de mais de 100 quilos não pode ultrapassar a dóse média de 0,10 ou mesmo terá de usar uma dóse menor — por exemplo 0,09, para não ultrapassar a dóse total de 10 gramas.

Os individuos moços, as crianças suportam dóses maiores, sendo que nos individuos velhos teremos de ser mais parcimoniosos na dosagem. A edade mais dificil, para uma dosagem exata está entre 20 a 30 anos, idade na qual os individuos são mais resistentes á avertina.

As mulheres são mais sensiveis em face da avertina, de maneira que deveremos sempre dosar mais moderadamente, que nos homens.

A compleição, quando o individuo fôr forte, nos levará a manter a dóse de 0,10, ou menos eleval-a, mas quando fôr fraca, nos obrigará a baixa-la.

O estado geral, da mesma maneira nos obrigará a agir, conforme fôr bom, regular ou máo.

O psiquismo alterado, psicopatas, individuos nervosos, ou alcoolatras nos permitem elevar a dóse de avertina a empregar.

Quando a indicação da anestesia pela avertina fôr perfeitamente condicionada não necessitaremos da baixa dosagem, o que acontecerá nos casos contrarios.

O pre-narcotico usado, quanto mais forte fôr sua ação, tanto mais cuidado deverá ter o anestesista na dosagem da avertina.

Estes são em breve resumo os fatores individuaes que podem intervir na dosagem da avertina e o modo de ação do anestesista em face de cada um.

As dóses repetidas de avertina não têm repercussão sobre o organismo, e as estatisticas colaboram esta afirmação, o nosso caso já citado de tetano tomou em 12 dias 73,20 grs. de avertina. Laewen em 13 dias usou 154 gramas sem prejuizo algum.

O preparo do doente, da solução anestesica e a administração desta comprendem junto com a dosagem a verdadeira tecnica da anestesia pela avertina.

O preparo do doente divide-se no preparo do intestino e no emprego do pre-narcotico. Quanto ao primeiro item aconselhamos só a lavagem na vespera da operação, não sendo mais indicada a lavagem preconisada uma hora antes do emprego da solução anestesica, pois esta só poderá prejudicar, não só por ficarem as paredes intestinaes impregnadas d'agua, como porque ficando residuo d'agua na ampola retal, diminue o poder de retenção desta.

Quanto ao pre-narcotico, preconisamos o uso moderado á noite, na vespera da intervenção, afim de acalmar o paciente e facilitar-lhe o sono, para tal será conveniente usar o Luminal, Veronal, Medinal, Phanodormio, Noctal, Bromural, Sonifeno Roche, etc. No dia da intervenção, ¾ a 1 hora antes da mesma deverá ser usado um pre-narcotico mais forte, afim de conseguir cortar a comunicação entre o centro psiquico e o centro da percepção dolorosa. Para tal poder-se-á lançar mão da morfina, da solução dastre, do pantopon, etc.

A escopolamina por sua ação muito intensa sobre os centros vegetativos deverá ser abandonada como pre-narcotico, pois de sua associação, já decorreram varios acidentes respiratorios.

Em nossas anestesias, sempre usamos de vespera á noite um comprimido de 0,25 grs. de Veronal e uma hora antes da intervenção mandavamos fazer uma ampola de 1 cc. de solução Dastre. Este metodo de preparo sempre nos deu otimos resultados.

Para o preparo da solução anestesica podemos empregar as duas formas sob as quaes a avertina se encontra no mercado, a forma solida e a liquida, sendo que sempre preferimos a forma liquida muito mais facilmente manejavel e que segundo Grossmann, é mais ativa do que a solida, na proporção de 1 cc. da avertina liquida, correspondendo a 1,25 grs. da solida, devido ao hidrato de amilenio no qual está dissolvida a avertina liquida.

Afim de preparar uma solução anestesica com o titulo de 2½ por cento devemos tomar a quantidade necessaria d'agua distilada, que é o dissolvente por excelencia da avertina, calculada á proporção com a quantidade total de avertina a empregar.

Aquece-se a agua até 40 gráos num tubo de Erlemayer, não devendo ultrapassar esta temperatura, para evitar o desdobramento da avertina. Uma vez atingida a temperatura de 40 gráos, lançamos nagua a quantidade de cc. de avertina que o caso requerer e por movimentos de vasculejo do tubo de Erlemayer a dissolução da avertina se faz rapidamente. Uma vez terminada a dissolução, deveremos sempre proceder á prova do Vermelho de Congo, tomando uns 2—3 cc. da solução e nela deitando 2—3 gotas duma solução de Vermelho de Congo a 1 por mil. Se a côr continuar vermelha poderemos afirmar que no seio da solução anestesi-

ca não se processou o desdobramento da avertina e que a solução poderá ser usada, emquanto que, se a côr fôr azulada ou roxa, deveremos eliminar a solução, pois o desdobramento se deu e não mais teremos avertina e sim acido bromidrico e aldeido dibromacetico.

Poderemos depois ainda acrescentar á solução de Avertina 30 cc. duma solução de sulfato de magnesio a 20 por cento, visando o reforço da ação da Avertina. B. Martin foi o primeiro a usar a associação com o sulfato de magnesio, hoje sempre usada, pois seus efeitos são mesmo muito astisfatorios.

Para a administração retal da solução de avertina empregamos hoje a sonda retal especialisada de Butzengeiger, uma sonda de borracha grossa, terminada por uma chapeleta conica de 3—4 cm. de comprimento, destinada a ser introduzida completamente no reto e a impedir por sua construção qualquer refluxo do liquido. Afora disto, possúe um anel de borracha, que ao contrario do da sonda de Burmeister, mais antiga, é movel e deve ficar colocada externamente contra o orificio anal. Fóra da sonda ainda é necessario um irrigador comum com um tubo de ½ metro, não mais, que por um pipo com torneira liga-se á sonda de Butzengeiger. Mas em ultimo caso tambem uma sonda retal pode servir.

Para administrarmos a solução, introduzimos a sonda de Butzengeiger ou outra qualquer sonda retal na ampola retal do paciente, verificando na sonda de Butzengeiger se a chapeleta penetrou por completa, fazendo leve tração sobre a sonda e adaptando o anel de borracha contra o anus. Liga-se o pipo á sonda e deixa-se escoar o liquido, após completo escoamento, com uma pinça de Kocher oblitera-se a luz da sonda retal e retira-se o pipo.

A administração pode ser feita no proprio leito ou mesa de operação, entretanto melhor seria faze-la num quarto apropriado, que puder ser escurecido, estando o paciente sobre um carrinho de transporte.

A anestesia pela avertina caraterisa-se principalmente pelo adormecer lento, calmo, isento de toda e qualquer excitação, pela amnesia completa de todos os fatos correlatos a anestesia e ato cirurgico, por um periodo mais ou menos longo de narcose mais ou menos profunda, dependendo da dóse empregada e dos fatores individuaes, por um periodo de sono post-anestesico, salutar e restaurador, por uma excelente disposição ao acordar, sem enjôos e vomitos, e, finalmente, pela ausencia das complicações e disturbios tão comuns ás outras anestesias.

Observamos em nossos pacientes que o estado de hipnose era atingido de 5 a 12 minutos e o estado de narcose após 15 a 25 minutos da administração do clister anestesico.

O doente, após alguns minutos da administração do clister, começa a sentir um estado de sonolencia, que cada vez se acentúa mais até o paciente começar a dormir. Passa então para o periodo da narcose, com os primeiros sinaes, como a quéda do maxilar inferior e respetivamente da lingua. Após a musculatura começa a relaxar, os braços caem ao longo do corpo, a cabeça pende para um dos lados, e pesquisando o tono muscular vamos encontrar o relaxamento completo dos musculos. Este é o ponto no qual deveremos cuidar de suspender o maxilar inferior. Os reflexos tambem passam a desaparecer.

A impressão que temos do paciente no estado de narcose é duma pessôa que dorme profundamente um sono normal.

A respiração, no principio mais rapida e mais superficial, perde pouco a pouco em rapidez, para tornar-se mais profunda, o aumento de amplitude respiratoria compensando a perda pela diminuição do numero de movimentos respiratorios.

O pulso, no inicio um pouco hipotenso e mais rapido, regularisa-se rapidamente. A duração da anestesia pela avertina regula 1½ a 2½ horas.

Após o decorrer deste periodo anestesico, os doentes acordam, para momentos após cairem no sono post-anestesico da avertina, um sono mais leve, que pode durar 2, 3 e 4 horas, conforme determinar o fator individual em face da avertina, associado á dóse de avertina empregada.

O sono post-anestesico normal, o consideramos excelente para o paciente, pois o ajuda a passar as primeiras dôres post-operatorias.

Quando com a dóse media usual, tecnicamente dosada não conseguimos uma anestesia geral completa, isto é, quando estivermos em face duma anestesia geral basica pela avertina, deveremos completar esta anestesia com pequenas quantidades dum outro anestesico. Qual agóra o anestesico complementar a empregar?

Nós, em nossos casos, empregamos sempre o eter como anestesico complementar e efetivamente o eter é o anestesico complementar da avertina mais usado. Grossmann, Els, Ebhardt, Nell usam o eter.

No geral, em intervenções mais ou menos longas dóses até 50 cc. de eter chegam.

O protoxido de azoto tambem é um excelente anestesico complementar, principalmente usado nos Estados Unidos, França, e no Brasil pelo Dr. Ayres Neto, que diz que a anestesia basica pela avertina com o protoxido é o metodo anestesico mais inocuo.

Deveremos sempre evitar a associação da avertina com o cloroformio, pois pode resultar fatal ou ao menos desencadear graves acidentes, devido a forte ação do cloroformio sobre o figado. Pela mesma razão deveremos usar com muito cuidado o cloretila.

A associação com a anestesia local, poucos resultados deu e a com a raquianestesia é combatida acerbamente por Polano.

Podemos afirmar, sem medo de errar, que, se conduzirmos a anestesia pela avertina com toda a tecnica requerida, isto é, se atentarmos com cuidado para a questão da dóse, se prepararmos a solução de acordo com os preceitos indicados, não esquecendo a prova do Vermelho Congo, se a administração fôr correta e se tivermos antes prestado atenção ás indicações e contra-indicações da avertina, não deveremos temer acidentes ou outros fatos desagradaveis.

Como já afirmamos no nosso trabalho inaugural, não temos observação pessoal sobre os acidentes pela avertina, pois felizmente nas nossas anestesias não tivemos ocasião de observa-los, tendo sempre nos atido ás condições acima expressas.

As colites ou retites, tão citadas por Sauerbruch, e devidas unicamente á falta de tecnica no preparo da solução, pelo excessivo aqueci-

mento da solução anestesica, hoje, depois do emprego da prova do Vermelho Congo, não apareceem mais.

Disturbios cardiacos, devido a inocuidade da avertina, em face do coração, nunca foram observados.

Um aumento da hemorragia operatoria citado por Haas, não foi mais observado, sendo que a vaso-dilatação pela avertina corresponde a dos outros anestesicos hipotensores e um cirurgião que faz sempre sua hemostasia cautelosa não pode temer esta vaso-dilatação.

Complicações pulmonares post-operatorias são nulas, tanto afirmam Grossmann, Grewing, Flessa, Kohler, Knapp, Roedelius, Hann, Schulze-Treplin, Rodecurt, Lichtenauer e Jaeger — Els.

Os acidentes circulatorios, manifestos por estados de lipotimia, forte hipotensão ou sincope, devidos principalmente á mania de super-dosagem dos primeiros tempos, hoje estão em plano muito secundario e quando depararmos com um caso com hipotensão anterior ou onde temermos que esta se instale, basta fazermos no momento da administração do clister uma injeção de Efedrina, ou de Efedralina ou de Cardizol-Efedrina, etc.

Como terapeutica dos acidentes poderemos usar todo o material hipertensor, os cardiotomicos e ultimamente a Coramina em altas dóses.

Os acidentes repiratorios, que poderão se instalar, segundo Anschuetz, logo após á administração do clister anestesico, durante a anestesia ou raramente após a anestesia, podem reconhecer sempre como causa, ou uma ação mecanica, como quéda da lingua, obstrução das vias respiratorias altas por catarro, sangue, etc., compressão extrinsica da traquéa, por curativos, por exemplo; ou uma super-dosagem, com uma acão mais violenta da avertina sobre os centros respiratorios, ou ainda devido ao pre-narcotico usado, por um grande reforço da ação da avertina sobre o centro respiratorio, devido a ação do pre-narcotico em si sobre este centro, como no caso da escopolamina.

Como terapeutica, podemos indicar, afastamento da causa mecanica, interrupção da anestesia, se ainda estivermos nos 5—8 primeiros minutos depois da administração do clister, respiração artificial, gaz carbonico, cardio-tonicos, coramina em altas dóses, icoral, etc.

Anschuetz, no Congresso Internacional de Cirurgia de Madrid em 1932, apresentou para 700.000 anestesias pela avertina 17 casos dubios e 12 casos certos de morte pela avertina, o que demonstra que a avertina é o anestesico que atualmente tem a menor porcentagem de mortalidade.

A indicação primordial da avertina repousa sobre sua ação protetora do psiquismo dos pacientes. Tal razão faz com que seja perfeitamente indicada na pediatria cirurgica.

Blume, Enke e Westphal preconisam a avertina nos individuos excitaveis, nervosos e psicopatas. A idade avançada, a obesidade, os ferimentos graves e as grandes hemorragias não contra-indicam a avertina, unicamente reclamam, como para qualquer anestesico, uma dosagem cautelosa.

Nas intervenções cranianas e nas plasticas da face a avertina encontra um excelente campo de ação. Idem da eletro ou termo-coagulação.

Como contra-indicação, devemos reconhecer o caso de contra-indicação

comum a todo e qualquer anestesico geral. Tambem as intervenções muito curtas não deveriam ser feitas com avertina, por não compensar o trabalho, e ainda mais existindo o evipan-sodico, então perfeitamente indicado.

Reconhecemos a avertina contra-indicada nas graves lesões hepaticas, isoladas ou associadas a lesões renais, isto em face do importante papel desempenhado pelo figado na desintoxicação da avertina.

O numero de anestesias atualmente conhecidas, executadas com a avertina, que em 1933 ultrapassavam 1.500.000, demonstra o desenvolvimento que vem tendo e terá para o futuro a anestesia geral pela avertina, quer completa, quer basica, que sem ser a anestesia ideal, pois esta ainda não existe, deu um grande passo no terreno da anestesia em cirurgia.

CONCLUSÕES

A avertina é o unico preparado, que no momento atual resolve favoravelmente o problema da anestesia geral por via retal. A forma liquida da avertina, afora de ser mais manejavel é mais eficaz que a forma solida; a avertina é inocua para o coração e tambem para o figado e rins sãos, sua hipotensão não é maior, geralmente, que nos outros anestesicos hipotensores.

Consideramos a anestesia geral basica pela avertina, como vantajosa e somos contrarios a forçar a anestesia geral completa pela avertina.

Como dóse usual média preconisamos a de 0,10 grs. por quilo de peso e como dóse total a de 10 grs.

Os pre-narcoticos de ação fortemente deprimente sobre o sistema nervoso, especialmente sobre o centro respiratorio, não deverão ser empregados — escopolamina.

Aconselhamos de inteira necessidade a prova do Vermelho Congo.

Aconselhamos tambem o uso da solução adjuvante de sulfato de magnesio a 20 por cento, na dóse de 30 cc.

Nos casos de anestesia geral basica pela avertina poderá ser usado como anestesico complementar o eter ou o protoxido de azoto, evitando sempre o cloroformio, o cloretila e a raquianestesia.

O sono post-anestesico normal deverá ser considerado como salutar.

OBSERVAÇÕES

Para maior simplicidade deixamos de incluir no resumo das observações abaixo certos dados comuns a todas as anestesias praticadas.

Assim o titulo da solução anestesica empregada foi sempre de 2½ por cento, sendo o dissolvente a agua distilada. A prova do Vermelho Congo nunca foi esquecida e o preparo dos pacientes constou sempre quanto ao preparo do intestino, duma lavagem na vespera da intervenção e quanto ao pre-narcotico, um comprimido de 0,25 grs. de Veronal á noite na vespera da intervenção — nossas operações eram sempre pela manhã — e duma ampola de 1 cc. de solução Dastre ¾ a 1 hora antes da administração do clister anestesico.

Os pacientes sempre acordaram perfeitamente lucidos e bem dispostos, relativamente á gravidade da afeção de que eram portadores, e nunca vomitaram.

RESUMO DAS OBSERVAÇÕES

	Iniciais	Idade	Sexo	Peso	Diagnóstico	Intervenção	Dóse p. quilo	30 cc. solução sulf. magnesio 20%	Observações
1)	A. M.	60	h	68	Hérnia inguino-escrotal a E. Enfraquecimento canal inguinal a D.	Cura radical pelo proc. Kocher a E. Reforço parede anterior a D.	0,125	não	compl.
2)	J. F.	17	h	56	Osteomielite úmero e fêmur E.	Osteotomia do úmero e fêmur	0,06	não	basica 2—3 cc. éter
3)	J. M.	36	h	65	Hérnia inguino-escrotal dupla	Cura rad. proc. Kocher a D. e Bassini c/Barker a E.	0,08	não	bas. 20 cc. éter
4)	J. S.	27	h	46	Estase duodenal 3.ª porção	Duodeno-jejunostomia a D. mesentérica	0,10	não	bas. 60 cc. éter
5)	B. O.	24	h	52	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,08	não	bas. 80 cc. éter
6)	C. T.	40	h	72	Queloide reg. axilar D. Epilepsia	Plástica	0,10	não	compl.
7)	A. E.	24	h	70	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	não	bas. 60 cc. éter
8)	M. O.	42	h	66	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	não	bas. 150 cc. éter
9)	A. C. S.	19	h	64	Odontoma do seio maxilar D.	Extirpação	0,10	sim	compl.
10)	N. L.	21	h	58	Lábio lepurino a E. e fenda palatina	Plástica e estafilorafia	0,10	sim	compl.
11)	J. A.	23	h	60	Osteosintese — osteite irritação	Retirada dois fios metalicos	0,10	sim	bas. 50 cc. éter
12)	O. P. S.	27	h	76	Fratura 1/3 inferior fêmur E.	Osteosintese	0,11	não	bas. 150 cc. éter
13)	J. A. C.	15	h	36	Corpos extranhos (balins) 1/3 superior coxa E.	Extração de 9 balins	0,10	sim	bas. 20 cc. éter
14)	J. R.	30	h	50	Osteo periostite 1/3 inf. tibia E.	Incisão e curetagem	0,10	sim	bas. 10 cc. éter
15)	M. D. G.	27	h	75	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	sim	bas. 120 cc. éter

RESUMO DAS OBSERVAÇÕES

	Iniciais	Idade	Sexo	Peso	Diagnóstico	Intervenção	Dose p. quilo	30 cc. solução sulf. magnesio 20%	Observações
16)	O. P. S.	27	h	76	Osteite de irritação nivel osteosintese fratura 1/3 inf. fêmur E.	Retirada da cabeça de parafuso (2)	0,10	sim	bas. 50 cc. éter
17)	J. C.	12	h	32	Osteomielite 1/3 medio e inf. tibia E.	Osteotomia	0,10	sim	bas. 50 cc. éter
18)	A. A. S.	28	h	56	Ferimento contuso mão D.	Resecção 5.º metacarpiano e amputação minimo e anular D.	0,10	sim	bas. 70 cc. éter
19)	A. B.	20	h	58	Ptose gastrica e dilatação gastrica	Gastroplicatura e plicatura do ligamento gastro-hepático	0,10	sim	bas. 70 cc. éter
20)	D. A.	45	h	65	Consolidação viciosa fratura ossos perna E. 1/3 inferior	Redução sangrenta da fratura e aplicação aparelho Boehler	0,10	sim	bas. 50 cc. éter
21)	A. A. C.	65	h	66	Blastoma ganglionar reg. crural E	Extirpação	0,05	sim	bas. 100 cc. éter
22)	H. F.	18	h	45	Osteite ossos tarso e 1/3 inferior tibia E	Curetagem	0,10	sim	compl.
23)	M. B. O.	24	h	60	Aneurisma femural E. ligado acima ha 45 dias	Incisão e esvasiamento do saco	0,10	sim	bas. 50 cc. éter
24)	J. V.	26	h	78	Sinusite frontal a E.	Trepanação e esvasiamento do seio	0,10	sim	compl.
25)	E. F.	56	h	41	Neoplasma justa-pilórico	Gastretomia parcial	0,11	sim	bas. 50 cc. éter
26)	J. L.	52	h	71	Neoplasma justa-pilórico (gastr.)	Gastro-entero anterior, e entero-anastomase de Brown	0,11	sim	bas. 50 cc. éter
27)	E. P. A.	45	h	76	Fratura tibia em espiral 1/3 inf.	Osteosintese	0,11	sim	bas. 50 cc. éter
28)	C. S.	60	h	40	Carcinoma região médio gástrica	Gastro-entero anterior, e entero-anostomose de Brown	0,10	sim	compl.
29)	S. P.	50	h	68	Ulcera da pequena curvatura	Gastro-entero-anastomose posterior	0,08	sim	bas. 50 cc. éter

RESUMO DAS OBSERVAÇÕES

	Iniciais	Idade	Sexo	Peso	Diagnóstico	Intervenção	Dôse p. quilo	30 cc. solução sult. magnesio 20%	Observações
30)	M. M. S.	56	m	30	Ulcera degenerada 1/3 médio perna E.	Amputação perna	0,08	sim	bas. 30 cc. éter
31)	C. L. P.	28	m	50	Tumor maligno mama E.	Amputação mama	0,10	sim	compl.
32)	J. A.	56	m	41	Tumor maligno mama D.	Amputação mama	0,10	sim	compl.
33)	A. M. N.	21	m	48	Apendicite crônica	Adendicectomia	0,10	sim	bas. 45 cc. éter
34)	J. R.	16	m	50	Apendicite crônica	Adendicectomia	0,10	sim	bas. 30 cc. éter
35)	E. S.	18	m	50	Apendicite crônica	Adendicectomia	0,10	sim	bas. 30 cc. éter
36)	A. R.	29	m	46	Cisto dermóide reg. sub-maxil. D.	Enucleação	0,10	sim	compl.
37)	O. S.	15	m	40	Bócio	Tiroidectomia	0,10	sim	compl.
38)	E. H.	14	m	57	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	sim	compl.
39)	I. F. C.	21	m	51	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	sim	compl.
40)	J. S.	20	m	40	Cicatriz viciosa antiga op. esófago art.	Plástica	0,10	sim	bas. 10 cc. éter
41)	J. B.	18	m	62	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	sim	bas. 10 cc. éter
42)	L. J. T.	52	m	40	Tumor base do cérebro	Craneotomia descompressora	0,10	sim	compl.
43)	J. I. R.	26	m	65	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	sim	bas. 40 cc. éter
44)	L. K.	24	m	58	Tumor maligno maxilar inf. E.	Electrocoagulação	0,10	sim	compl.
45)	M. P.	24	m	74	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	sim	bas. 40 cc. éter
46)	S. J.	38	m	40	Fibro-mioma uterino	Histerectomia sub-total	0,10	sim	compl.
47)	A. A. P.	25	m	62	Apendicite sub-aguda	Apendicectomia	0,10	sim	bas. 50 cc. éter
48)	C. G. P.	27	m	46	Gastroptose	Gastropexia	0,10	sim	bas. 5 cc. éter
49)	M. E.	20	m	55	Eventração infra-umbelical, mediana	Cura radical	0,10	sim	compl.
50)	M. D. N.	19	m	55	Apendicite crônica	Apendicectomia	0,10	sim	bas. 30 cc. éter

BIBLIOGRAFIA

Para consulta da bibliografia sobre a anestesia geral pela avertina, servirá como referencia á bibliografia publicada em nosso trabalho inaugural — Tese de Doutoramento — A Anestesia Geral Pela Avertina — 1934.

SRS. CLINICOS DI-SOLVENTE (LIQUIDO)
QUEBRA PEDRA-BOLDO-CHÁ MINEIRO-RUIBARBO-ABACATEIRO
MATE-LITINA-FORMINA-CITRATO SODIO-SULFATO SODIO
CONTRA O ACIDO URICO
Ph.co JULIO Ed. SILVA ARAUJO

A psicologia da infancia

por

Carlos Bento

A vida da criança, tanto sob o ponto de vista somatico, como em relação á sua actividade psiquica, varía com a idade e com o sexo; e difere não só em quantidade, com tambem e principalmente em qualidade, da vida do adulto.

A existencia incontestavel desta diferenciação estrutural e dinamica das crianças entre si, e da criança com o adulto, levanta o problema dos factores do desenvolvimento, e o da progressão funcional das energias bio-psiquicas, que nele interveem.

Como organismo vivo que é, a criança, do mesmo modo que as plantas e os animais, está sujeita ás leis fisico-quimicas e biologicas, que regulam a actividade de todos os seres vivos que existem á superficie da terra.

Mas, além da vida vegetativa, que pertence ás plantas e da vida sensitiva, que é propria dos animais superiores, possue ainda a criança a vida intelectual, apenas partilhada com o homem, do qual incessantemente se aproxima desde o inicio da sua evolução.

Por virtude da vida vegetativa, a criança "cresce", isto é, aumenta de volume e de densidade, á medida que se afasta do nascimento, de conformidade com as leis especificas, que determinam o ritmo e as outras caracteristicas desse "crescimento".

Sob este aspéto, a criança não tem outra função, sendo a de "crescer", isto é, de adquirir um desenvolvimento somatico, cujo termo, em circunstancias normais, só á hereditariedade pertence estabelecer e fixar.

Mercê da vida sensitiva que, no sentido rigoroso do termo, é apanagio exclusivo dos seres dotados dum sistema nervoso, a criança aprende, cada vez com maior eficacia e precisão, a manter com o meio, em que tem de viver, o equilibrio de que carece, para a conservação da sua vida, isto é, a adaptar-se.

Seja qual for o conceito que se fizer da sensação, como expressão mais simples, e elemento irredutivel da conciencia; mas, tendo em vista o processo evolutivo da diferenciação e da complexidade organica, não padece duvida que o fenomeno da irritabilidade, que já se encontra no mundo vegetal, de par com os tropismos das plantas, pode ajudar a esclarecer o misterio da sensibilidade geral, que os animais superiores tambem usufruem, e por cuja virtude a criança se torna capaz de tirar o maximo proveito das suas experiencias, em relação ao mundo externo.

Finalmente, pela vida do pensamento, que se manifesta sempre em perfeita correlação com o desenvolvimento cerebral, a criança adquire

a capacidade de reagir, por um dinamismo progressiva, á ação das influencias, ou atenuando-as, em proveito da sua individualidade.

Manifestações desta vida (tambem chamada de relação), além da espontaneidade, que torna possivel a resistencia do automatismo dos instintos e dos habitos organicos, são a reflexão, que prepara o advento e a consolidação da personalidade, e a tendencia de integração no meio social, como uma das bases essenciais do caráter.

Importa, porém, advertir que, apesar desta triplice existencia funcional, a vida da criança, como a do homem, não se cinde, nem sofre soluções de continuidade, antes constitui uma unidade organica, e uma concentração de energias, que não divergem entre si, senão pelo mecanismo, a que dão origem, e pelas tendencias e impulsividades, que despertam.

Vê-se, pois, que a criança, na integral complexidade dos elementos que a constituem, e na plenitude das forças que a caracterizam, é um organismo, cuja estrutura e atividade dependem, não somente das energias fisico-quimicas, a que todo o Universo está sujeito, como tambem sofrem a influencia de todas as leis biologicas e psiquicas, que intervem, tanto na formação da consciencia reflexa do homem adulto como na dinamogenia dos instintos, que engendram a vida social.

Se é dificil analisar o caráter do adulto, chegado á maturidade da razão, á potencia da vontade e á disciplina mais ou menos completa das paixões, cresce muito a dificuldade quando se trata de conhecer o espirito da criança; e salta á vista a ingente necessidade de conhece-lo: o espirito da criança é o objeto da Pedagogia, é, a bem dizer, a substancia malleavel que ha de ser modelada pela arte cientifica dos Pestalozzi e dos Froebel.

Unanimes são os modernos psicologos em distinguir no nosso espirito tres grupos de estudos mentais que, usando uma linguagem abstrata, se atribuem a outras tantas faculdades diversas, que são a sensibilidade, a inteligencia e a vontade. Sabe-se, além disso, que essas tres faculdades não chegam simultaneamente á sua plenitude, mas vão aparecendo em certa ordem, dando logar este florescimento sucessivo ao importante ramo da ciencia mental, que constitue a psicologia das edades.

E' um fato inegavel que entre estas faculdades a primeira que aparece é a sensibilidade; no recem-nascido mostra-se claramente, se bem que reduzida á sua expressão mais simples e elementar, á sensação de dôr; desde os primeiros anos da vida a sensibilidade corporal desenvolvida até o seu ultimo grau, a percepção sensorial, manifesta-se como a primeira faculdade mental que chega ao seu apogeu.

A sensibilidade afectiva não é tão precoce como a corporal; entanto, nos primeiros mêses da vida pode notar-se a sua aparição sob a forma de movimentos colericos. A paixão de ira é a primeira que surge entre nós, e os arrebatamentos a que dá logar destacam-se visivelmente na sensibilidade afectiva da criança.

A inteligencia é menos precoce que a sensibilidade em todas as suas formas: nos primeiros mêses da existencia não ha mostras claras de desenvolvimento intelectual, ao cabo do primeiro ano, pouco mais ou menos, podem notar-se os primeiros alvores da luz intelectual, sob a forma

de um vivo sentimento de curiosidade, que induz a criança a extender as suas mãosinhas e a dirigir os olhares para os objetos que lhe chamam a atenção; pode-se tambem observar que por esta epoca conserva a memoria das suas impressões, e que põe em pratica certas tentativas para se apoderar dos objetos que a surpreendem.

Pelos dez anos chama a atenção o desenvolvimento desigual das faculdades intelectuais da criança; a sua memoria é viva, fresca, impressionavel, aprende com facilidade; a sua imaginação, no tocante á reprodução de imagens sensoriais, está tambem bastante desenvolvida, a ideação e o raciocinio funcionam com desembaraço na esfera do concreto; uma creança desta idade compreende com lucidez notavel muitos teoremas geometricos relativos á igualdade ou semelhança das figuras, contanto que o ensino destes teoremas se cifre em casos concretos. Basta chamar a atenção da criança, mostrando-lhe uma esfera, um tetraedro regular ou um cubo, para que ela logo reconheça todos os corpos da mesma figura, e note a circunstancia caracteristica comum a todos.

Em troca, faculdades intelectuais mais altas apenas existem em germem numa criança de dez anos: a atenção é pouco demorada, dificilmente se consegue que ela se entregue á reflexão, a meditação é-lhe quasi desconhecida, mostra mui pouca afeição e grande dificuldade para o raciocinio deductivo, e a sua inteligencia, que funciona com desembaraço e brio na esfera do concreto, torna-se preguiçosa, acanhada, entorpecida, na esfera do abstrato.

Aos dez anos distinguem-se facilmente uma cousa de entre muitas: apresentando a uma criança cem esferas de diversas cores e tamanhos, e feitas de varias substancias, a criança aprecia sem dificuldade a unidade de forma, a convexidade e a regularidade das superficies, a igualdade dos diametros de cada esfera, notando lucidamente estas circunstancias comuns aos muitos casos particulares que tem deante; mas a esta mesma criança ser-lhe-á muito dificil, senão impossivel, discorrer sobre a forma esferica considerada em abstrato, isto é, precindindo completamente de todo exemplo particular. Por outros termos, com o auxilio de uma caixa de solidos e por meio de explicações verbais adequadas, apropriar-se-á a criança facilmente de quasi todas as noções geometricas, ao passo que talvez não chegue a possuir nenhuma se a obrigarem a decorar um compendio de geometria reduzido a definições e teoremas em abstrato.

A vontade é a mais tardia das nossas faculdade: na criança apenas se manifesta por volições, queremos dizer, por caprichos passageiros, si bem que intensos, por verdadeiros antojos. Exige-se que passe a puericia e a boa parte da juventude, para que, robustecendo-se suficientemente a vontade, forme um componente essencial de caráter, e chegue a ser a norma e o regulador do proceder. Entanto, essas passageiras e irregulares volições da criança ministram base suficiente ao pedagogista discreto, para iniciar a educação moral, e intentar obter a disciplina daquele caracter em esboço.

Em resumo, no periodo da vida, compreendido dos cinco aos dez anos, a sensibilidade corporal é perfeita, a afectiva é ainda muito incompleta e acha-se reduzida quasi exclusivamente a duas comoções: o medo

e a colera; a vontade indecisa, flutuante, sujeita inteiramente aos aculeos da sensibilidade, é incapaz de prestar-se a essa continuidade de ação que constituirá depois a preciosa qualidade viril chamada perseverança. A inteligencia nesta epoca da vida desempenha as suas funções com lucidez na esfera do concreto, e carece ainda do brio necessario para as desempenhar igualmente nos altos e serenos dominios da abstração pura.

Em todas as familias que se prezam de educar bem os filhos, ha sempre, mais ou menos, dissenções, por causa de um, nem sempre chamado com justiça, capricho que as crianças, por vezes, apresentam.

Observa-se, efetivamente, que muitas delas repelem determinados alimentos, certos acepipes, sem motivo conhecido, e quasi sempre sem ter provado isso que rejeitam, nem fazer a mais leve idéa do seu verdadeiro sabôr.

A simples vista de alguns manjares produz nas crianças repulsão decidida para delas se servirem, e por mais reflexões que se lhes façam, por maiores insistencias que se empreguem, não se chega a conseguir que elas vençam a sua instintiva repugnancia.

Destas antipatias algumas ha que são de feito invenciveis, e ninguem ignora o asco que muitas pessôas sentem somente ao verem na mesa certos pratos ou frutos. Algumas dessas pessôas que, por meios artificiosos, chegam a ingerir as comidas que detestam, ao terem conhecimento disso, imediatamente as expelem com vomitos.

Essas, todavia, são exceções; a regra geral é que desapareçam com a idade as preocupações ou incompatibilidades deste genero, e, se não se chega a tomar gosto pelo que na infancia se tornava insuportavel, tolera-se ao menos sem esforço.

Mas como os casos que temos indicado se repetem mais que fôra de desejar, e como os pais e preceptores receiam que seus filhos e discipulos figurem entre as excepções, costumam empregar-se, para evita-los, processos durissimos, contra os quais entendemos dever protestar em nome da humanidade e do senso comum.

Poucos dos nossos leitores haverá que não sentissem e não recordem algumas dessas injustificadas repugnancias, e poucos tambem que não vissem depois desaparecer, igualmente sem motivo, muitas delas, achando agradabilissimo o que antes rejeitavam com asco, e não podendo compreender como houvesse um tempo em que não gostavam do que saboreiam agora com delicia.

A constancia e extensão com que o fenomeno se verifica, a mesma falta de explicação racional de como ele se produziu, deve levar-nos a pensar que o fato está por ventura fora do dominio da vontade e, por conseguinte, é absurda a violencia para destrui-lo.

Toda a gente conhece a relação intima que existe entre o cerebro e o estomago. Não ha alteração de um destes orgãos que se não manifeste, mais ou menos directamente, no outro com intensidade semelhante.

Assim, quando o cerebro, por qualquer motivo, e até sem ele, chega ao convencimento de que uma substancia é nociva ou desagradavel, a influencia nervosa determina no estomago movimentos tumultuosos que dificultam a digestão ou fazem que se expila o conteudo.

Exagerado, pois, o rigôr para vencer a resistencia das crianças a co-

merem certas cousas, corre-se o risco de lhes alterar o estomago, e prejudica-los, portanto, mais que favorece-los.

Não quer isto dizer, e seria uma aberração supo-lo, que opinamos pelo abandono da educação nesta parte, deixando ao capricho das crianças a sua alimentação, com receio de que o contrariar-lhes os gostos determine doenças, de que os pais um dia tenham que confessar-se culpados.

Significa apenas que é preciso estudar detidamente a verdadeira causa e intensidade da repugnancia das crianças a certos alimentos, assim como a origem do prazer com que saboreiam outros; porque, se em algumas ocasiões o seu gosto é banal e passageiro, outras ha, pelo contrario, em que obedece a verdadeiras intolerancias organicas, que se devem respeitar, embora se não comprecendam nem expliquem.

Em medicina observa-se a respeito dos medicamentos uma intolerancia constante ou variavel, segundo os individuos, muito parecida nos seus efeitos com a de que estamos tratando, e ninguem pensa em obrigar os doentes que são vitimas dela.

Do mesmo modo pode suceder e sucede com os alimentos, e é disparatado o empenho com que se obrigam as creanças a "comer de tudo", quando a intolerancia nelas não seja efeito do capricho, mas sim verdadeira incapacidade organica.

Para concluir este ligeiro estudo vamos transcrever alguns trechos do trabalho "Psicologia em Pediatria", do Docente José K. Friedyung de Viena.

"Uma nova ampliação do trabalho pediatrico resultou da devida interpretação das alterações agudas e cronicas do caráter das crianças, a qual revelou a necessidade de intervir auxiliando nos conflitos educativos."

Se aprende a considerar a criança "má" como uma doente que não deve ser maltratada, mas tratada; a educação dos pais e pessôas do ambiente em que vive a criança, resultou uma missão medica.

As consequencias de uma educação erronea, chegam a ser, por conseguinte, objeto de nossa missão curativa.

Não só conhecimentos psicologicos profundos são sintomas de outro modo inexplicaveis, como tambem para praticar uma pediatria melhor do que a primitiva.

Já os metodos do exame medico e de tratamento necessitam de uma base psicologica. A polição das crianças em casa da familia e os momentos psiquicos, por que elas passam, são tão importantes para a sua saude como a massa hereditaria dos pais.

Certas condições do ambiente causam muitas vezes quadros caracteristicos de doença. Portanto a educação da criança deve estar sujeita a vigilancia do medico. Profilaxia e terapeutica encontram aqui problemas completamente novos e importantes."

Livros e téses

ANESTESIA GERAL PELA AVERTINA. Tése de doutoramento do Dr. Gert Seco Eichemberg.

Temos sobre a mesa, oferecido gentilmente pelo seu autor o belo trabalho intitulado: "Anestesia geral dela Avertina", que constituiu a tése de doutoramento do Dr. Gert Seco Eichemberg.

Todo o assunto que diz respeito a um novo processo anestesico, tem grande acolhida em clinica cirurigea, tal a importancia da questão anestesica, que constitue ainda o grande problema não resolvido até agora com plena satisfação para o cirurgião e maior seguridade para o paciente.

Assim o trabalho do Dr. Gert Seco Eichemberg foi recebido com a maior curiosidade e espetativa no meio cirurgico.

Estudando a anestesia pela Avertina lançada pela ciencia alemã, o Dr. Eichemberg apresenta um ótimo estudo, grandemente documentado á luz de tão externa bibliografia, que não trepidamos em dizer que o autor esgotou completamente o assunto.

Dividiu sua obra em quatro capitulos: Parte geral — Estudo do preparado — Anestesia pela Avertina e Observações e conclusões.

Estudou com tal precisão e argucia, e com tão grande desenvolvimento todos os elementos que cercam a aplicação da Avertina, e apoia-se em tão farta documentação que consideramos, a par dos nossos conhecimentos sobre a questão, o melhor e o mais completo estudo sobre anestesia pela Avertina, aparecida no Brasil até a presente data.

Ésta admiravel tése recebeu os melhores elogios da banca examinadora constituída pelos Profs. Frederico Falk, Diogo Ferraz, Paula Esteves, Homero Fleck e Jaci Monteiro, e foi aprovada com a nota de grande distinção.

Ao agradecermos a nimia gentileza do autor pela oferta de um exemplar de seu ótimo trabalho a nossa Revista, o fazemos com entusiasmo, felicitando-o calorosamente pelo seu grande e produtivo esforço, para a divulgação mais ampla da anestesia basica pela Avertina, o que nos traz um grande aperfeiçoamento nos nossos metodos anestesicos, e melhores resultados post-operatorios, nos diversos departamentos da arte cirurgica.

J. C. M.

Necrologia

Necrologio do Dr. Pinto Portella.

A imprensa médica carióca nos anuncia o falecimento do Dr. Joaquim Pinto Portella, pediatra-cirurgico e ortopedista de nomeada.

Era membro titular da Academia Imperial de Medicina, empossado em 14 de Novembro de 1889, tendo sido portanto o ultimo academico do Imperio. Era cirurgião do Hospital da Santa Casa de Misericordia do Rio. Ocupou diversos cargos de diretoria da decana e notavel associação médica brasileira "Academia Nacional de Medicina", chegando á presidencia no periodo de 1903-1905. Conseguiu com a sua conhecida perseverança e tenacidade a instalação definitiva da séde desta Academia, cujo edificio recebeu o nome de "Syllogeu Brasileiro" no benemerito governo do Conselheiro Rodrigues Alves, e ministro da Justiça o Professor Dr. J. J. Seabra, onde foi erguida sobre antigos vestigios da inacabada Maternidade do Caes da Lapa.

Este pediatra já havia empreendido diversas viagens de estudo e de aperfeiçoamento pelo velho mundo.

Em uma délas, publicou no ano de 1888 um trabalho intitulado "Impressões de uma viagem á Italia e França debaixo do ponto de vista da ortopedia moderna". Releva dizer-se que ha cerca de dez anos o infortunio trouxe-lhe a cegueira; mesmo assim compareceu ao Centenario da Academia, da qual era então membro honorario. Foi por esta ocasião a ultima oportunidade que tivemos de ve-lo e observar o estado do mestre e amigo. Faz-se mistér invocar o entusiasmo que ele tinha pela cirurgia infantil e ortopedia. E assim diremos: Qual mais nobre ambição que criar á imagem do nosso ideal, discipulos, os cirurgiões de amanhã, de impregna-los de puras tradições que temos herdado dos mestres do passado, de prepara-los a aumentar sempre mais longe os limites das possibilidades cirurgicas?

Acode-nos uma grata recordação do nosso internato, mês de Dezembro de 1891, onde ingressamos ao terminar a segunda serie medica da Faculdade de Medicina do Rio, fomos então designados pelo nosso mestre-diretor clinico da Santa Casa, Professor Conselheiro Ferreira dos Santos, com o nosso colega e amigo velho Dr. Arthur Pires de Amorim, para trabalhar na Sala do Banco da Santa Casa do Rio — Consultorio de Crianças, dirigido pelo Dr. Luiz Lobo e assistente o nosso malogrado Dr. Pinto Portella. Aí iniciámos, sob a direção desses mestres, a nossa aprendizagem. Depois, passamos para a Enfermaria de Cirurgia de doentes estrangeiros, dirigida pelo venerando Dr. Portugal, onde ele era

tambem assistente na qualidade de cirurgião da Santa Casa. Mais tarde como justa recompensa de seu valor profissional foi este cirurgião especialisado designado para diretor-fundador do Hospital de Crianças anexo á Santa Casa, conhecido por São Zacharias.

Gosava o nosso necrolando de grande simpatia entre os estudantes rio-grandenses do sul, devido ás solicitudes e desvelos que seu coração bonissimo dispensava aos nossos conterraneos, sempre que se apelava para os seus serviços de assistencia médica, como sucedeu em casos da terrivel e mortifera fébre amarela.

Ficam pois nossas palavras como uma manifestação de amizade, admiração e reconhecimento, "in memoriam" ao mestre querido.

Pezames a sua veneranda familia.

Setembro de 1934.

Nogueira Flôres.

Sociedade de Medicina

Atas

Ata da sessão realizada em 17 de Agosto de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico.

A sessão é aberta sob a presidencia do dr. Gabino da Fonseca, com a presença dos socios seguintes: Drs. Bruno Marsiaj, E. J. Kanan, Manoel Rosa, José Carlos Medeiros, Tomaz Mariante, Valdemar Niemeyer, Pedro Mota, Norman Sefton, Leonidas de Escobar, Hugo Ribeiro, Alvaro B. Ferreira, Montano Difini, R. di Primio, Francisco M. Pereira, Florencio Igartua, Carlos Bento, Luiz Rothfuchs, Jaci Monteiro, Helio Medeiros, Mario Bernd, Plinio Gama, Norberto Pêgas, Loforte Gonçalves, Lupi Duarte e H. Weinmann.

Procedida a leitura da ata da sessão anterior, ésta não sofre emendas.

Os Drs. Altair Vieira Simch e Frederico Ritter são aceitos por unanimidade como socios efetivos.

O Dr. Carlos Bento propõe o prof. Fernando Gomez de Montevideo como socio correspondente, prometendo exibir na proxima sessão trabalhos e titulos deste cientista uruguaio.

O dr. Gabino leva ao conhecimento da casa que representou a Sociedade na sessão inaugural dos trabalhos da Exposição de Obras Juridicas, correspondendo assim ao convite da ordem dos Advogados do Rio Grande do Sul.

Toma a palavra o Dr. Valdemar Niemeyer, que lê interessante conferencia subordinada ao titulo: "Trombose e embolias dos vasos oftalmicos". O conferencista faz seu relato acompanhado de forte documentação especializada e termina projetando belas estampas ilustrativas. Fazem consideração em torno do assunto os Drs. Tomaz Mariante e H. Weinmann.

Mais adiante o Dr. Jaci Carneiro Monteiro apresenta o trabalho "A cirurgia na gangrena das extremidades". O autor discorre com eficiencia sobre o tema, passando em revista os metodos arterio-graficas. Refere-se ainda ao cuidado que deve ter o cirurgião na escolha do ponto de amputação, para auferir os melhores resultados com a menor mutilação e sem esfacélo.

O prof. Tomaz Mariante refere-se elogiosamente aos trabalhos que acabam de ser ouvidos pela casa.

O Dr. Hugo Ribeiro cita um caso de sindroma vascular no membro inferior. O Dr. Bruno Marsiaj teve comentarios em torno do assunto.

Antes de terminar a sessão o presidente marca a proxima ordem do

dia, na qual se increve o prof. Tomaz Mariante com um trabalho sobre "Bratestesia laringea".

Porto Alegre, 17 de Agosto de 1934.

Helmuth Weinmann — 1.º Secretario.

Ata da sessão realizada em 24 de Agosto de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico.

A sessão é presidida pelo dr. Gabino da Fonseca.

Acham-se presentes os seguintes socios: Drs. Carlos Bento, Leonidas de Escobar, Alvaro B. Ferreira, Montano Difini, Valdemar Niemeyer, Leonidas Machado, Lupi Duarte, Luiz Faiet, Homero Jobim, Manoel Rosa, José Carlos Medeiros, di Primio, Norman Sefton, Huberto Wallau, Antero Sarmento, Hugo Ribeiro, Tomaz Mariante, Florencio Igartua, Helio Medeiros, Luiz Barata, E. J. Kanan, Luiz Rothfuchs, Loforte Gonçalves e Pedro Mota.

A ata da sessão anterior não sofre emendas.

O prof. Fernando Gomez, de Montevidéo, é aceito por unanimidade como socio correspondente; os titulos e trabalhos deste cientista uruguaio são apresentados pelo proponente, Dr. Carlos Bento.

O Dr. Valdemar Niemeyer propõe o Dr. Luiz Kühl para socio efetivo, o dr. CarlosBento propõe ainda o Dr. Raul A. Piaggio Blanco, de Montevidéo, para socio correspondente.

A seguir toma a palavra o Dr. Hugo Ribeiro para relatar um caso de "Pityriasis versicolor discoide achromiante". Faz comentarios em torno do assunto o Dr. R. di Primio.

O Dr. Luiz Faiet prende a atenção dos presentes com uma observação de um caso de arterite aortico-pulmonar, com comunicação aortico-pulmonar e aneurisma da arteria pulmonar.

O trabalho do Dr. Luiz Faiet é comentado pelo prof. Tomaz Mariante.

O prof. Tomaz Mariante entra, mais adiante, em considerações em torno de uma sinal ao qual deu o nome de "Bratestesia laringea".

O dr. Alvaro Barcelos Ferreira apresenta um ensaio para a interpretação do sinal descrito pelo prof. Mariante.

O assunto ainda é comentado pelo dr. Leonidas Machado.

Dado o adiantado da hora o Dr. Gabino da Fonseca dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 24 de Agosto de 1934.

Helmuth Weinmann — 1.º Secretario.

Ata da sessão realizada em 31 de Agosto de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico.

Os trabalhos são presididos pelo dr. Gabino da Fonseca.

Acham-se presentes os seguintes socios: Drs. Carlos Bento, Salvador Gonzales, Valdemar Niemeyer, E. J. Kanan, Luiz Faiet, Lupi Duar-

te, Pedro Mota, Manoel Rosa, Loforte Gonçalves, Homero Fleck, Luiz Rothfuchs, R. di Primio, Jaci Monteiro, Florencio Igartua, Nogueira Flôres, Hugo Ribeiro, Vieira da Cunha, Leonidas Machado, Carlos Hofmeister, Helio Medeiros, Decio Martins Costa, Tomaz Mariante, Pedro Pereira, Rubens Pena, Carlos Medeiros e doutorando Gervasio Pinto de Oliveira.

A ata da sessão anterior é aprovada sem emendas.

Os drs. Raul A. Piaggio Blanco e Luiz Kühl, são aceitos por unanimidade, respetivamente como socios correspondente e efetivo.

Pelo dr. Pedro Mota é proposto o dr. Natal Paiva, desta Capital, como socio efetivo.

O primeiro a tomar a palavra é o dr. Valdemar Niemeyer, que lê um trabalho sob o titulo "Ectopia do cristalino e aracnodactilia (Sindrome de Morfan).

O dr. Jaci C. Monteiro apresenta uma observação de "Resecção uretral e uretrografia". O prof. Homero Fleck emite opinião sobre o assunto.

O prof. Tomaz Mariante relata um caso de sinistrocardia adquirida, com apresentação do doente, um menino de 15 anos.

O dr. Carlos Bento faz considerações a respeito de um caso de desvio do coração para a direita devido a um derrame pleural.

O dr. R. di Primio prende a atenção da casa com duas comunicações: "longevidade dos ornitodoros" e "inufluencia cosmica sobre a lepra".

Os drs. Hugo Ribeiro e Florencio Igartúa manifestam-se elogiosamente sobre os trabalhos do dr. R. dio Primio.

Mais adiante o dr. Carlos Bento, depois de uma serie de considerações em torno do tratamento moderno da tuberculose, termina por condenar o produto "Gadusan".

Os drs. Hugo Ribeiro, Florencio Igartua, Decio Martins Costa, R. di Primio, Loforte Gonalves, Joci C. Monteiro, E. J. Kanan, Tomaz Mariante e Homero Fleck, são unanimes em apresentar idéas contrarias ao modo de pensar do dr. Bento, fazendo resaltar os melhores resultados obtidos com o emprego do "Gadusan".

Antes de encerrar a sessão o presidente marca a proxima ordem do dia: resumos de revistas.

Porto Alegre, 31 de Agosto de 1934.

Helmuth Weinmann — 1.º Secretario.

Ata da sessão realizada em 14 de Setembro de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

A sessão é aberta sob a presidencia do dr. Gabino da Fonseca, com a presença dos seguintes socios: Drs. Carlos Bento, Kanan, José Carlos Medeiros, Manoel Rosa, Edgar Eifler, Loforte Gonçalves, Luiz Faiet, Antero Sarmento, Norman Sefton, Pedro Pereira, Florencio Igartua, R. di Primio, Vieira da Cunha, Helio Medeiros, Hugo Ribeiro, Norberto Pêgas e Helmuth Weinmann.

O presidente manda proceder á leitura da ata da sessão anterior que posta em discussão não sofre emendas.

O expediente consta de 4 oficios: dois do Paraná, respetivamente da Associação Medica do Paraná e Centro Academico Nilo Cairo, agradecendo as atenções dispensadas á embaixada de doutorandos paranaenses quando em recente excursão ao nosso Estado; outro da Associação Comercial de Porto Alegre comunicando a posse dos novos corpos administrativos e o ultimo da Federação Academica desta Capital dando conhecimento da posse do primeiro Diretorio Central.

O dr. Natal Paiva, residente nesta Capital, é aceito como socio efetivo por unanimidade.

Passando-se á votação de novos socios, o dr. Carlos Bento propõe o dr. Dirceu Mazzei, como socio efetivo.

E' dada a palavra ao dr. Florencio Igartua, que prende a atenção da casa com considerações em torno do tema "parotidite epidemica". O relator refere-se a uma serie de casos observados ultimamente em sua clinica, trazendo como complicações processos meningiticos pelo pneumococo e diplococo de Weichselbaum. Estuda ainda o valôr das provas laboratoriais do liquido cefalo-raquiano nestes estados morbidos.

Os drs. Luiz Faiet e di Primio tecem comentarios em torno do assunto.

Finalmente o Dr. H. Weinmann resalta o valor do exame citologico qualitativo do liquor com coloração vital e a reação coloido-quimica de Takata e Ara no diagnostico das meningites.

Mais adiante o dr. Gabino da Fonseca faz um apêlo no sentido de incentivar a campanha em pról do Sanatorio Belem. Discutido o assunto pelos Drs. Bento, Igartua e Sefton, fica aprovada uma proposta do Dr. Salvador Gonzales, que consiste em serem feitas conferencias pelo radio.

O autor da proposta fica encarregado pelo presidente de convidar, em nome da Sociedade de Medicina, colegas para falar ao microfone.

E' ainda aprovada uma proposta do dr. Carlos Bento para que se realize uma sessão dedicada á tuberculose. Recaíu sobre o dr. Bento a incumbencia de organisar a lista dos medicos que deverão apresentar trabalhos na referida sessão e que se realizará no dia 28 do corrente.

Em seguida o presidente dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 14 de Setembro de 1934.

Helmuth Weinmann — 1.º Secretario.

Boldeno

DE ORLANDO RANGEL

REGULARISA A FUNÇÃO HEPATICA

COMPOSIÇÃO de Boldo, Pichi, Jurubeba e benzoato de sódio, sob a forma de extrato glicerinado

INDICAÇÕES — Doenças do figado em geral, Insuficiencia hepatica e biliar. Congestões do figado

POSOLOGIA — 2 a 4 colheres, das de chá, por dia, em meio copo de agua

LABORATORIO
ORLANDO RANGEL
RIO DE JANEIRO

R.C.4