Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVI | SETEMBRO DE 1937 | N. 9

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1937

PRESIDENTE
MARIO TOTTA
Cat. de Clinica Obstetrica

VICE-PRESIDENTE
WALDEMAR NIEMEYER
Doc. de Cl. Oftalmologica

SECRETARIO GERAL
HELMUTH WEINMANN
Docente de Histologia e Embriologia Geral

1.º SECRETARIO
LUIS S. BARATA
Doc. de Cl. Urologica

2.º SECRETARIO
CARLOS CARRION

TESOUREIRO
CORADINO L. DUARTE
Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO
E. J. KANAN
Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇAO CIENTIFICA

NOGUEIRA FLORES
Catedratico de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica

FLORENCIO IGARTUA
Doc. de Cl. Pediatrica

ELYSEU PAGLIOLI
Doc. de Anatomia, Cirurgia e Obstetricia

SECRETARIO DA REDAÇÃO
ADAYR FIGUEIREDO

REDATORES

NOGUEIRA FLÔRES
ANNES DIAS
R. DI PRIMIO
PEDRO MACIEL
PEREIRA FILHO
MARIO BERND
H. WALLAU
AMERICO VALERIO
ALVARO FERREIRA
IVO CORRÊA MEYER
JOÃO L. DE AZEVEDO
MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
WALDEMAR CASTRO
RAUL MOREIRA
J. MAYA FAILLACE
JACY MONTEIRO
FLÔRES SOARES
HUGO RIBEIRO
NINO MARSIAJ

Assinaturas:

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

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

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

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

E. J. KANAN — Disostóse Cleido-Craniana ..... Pag 381

R. di PRIMIO — Sobre a presença do Aedes aegypti em Porto Alegre .. „ 389

WALDEMAR CASTRO — Stroma-reacção do Cancer ..... „ 391

FELIX CAPUTO e PAULO OSORIO — "Coleperitoneo hidatico" ..... „ 397

Vacina Calmette-Quérin ..... „ 404

Progressão das vacinações B. C. G. da Fundação Ataulfo de Paiva ..... „ 405

Progressão das vacinas B. C. G. na França ..... „ 405

Noticiario

Noticiario ..... „ 407

IODEFIS

PREPARADO COM IODOPEPTIDIOS ABIURÉTICOS

amps. de 2cc., contendo 10 centigrs. de iodo

Via intramuscular ou endovenosa

O INSTITUTO THERAPEUTICO ORLANDO BARGET AMPARA OS SEUS PRODUCTOS

SO AOS MÉDICOS

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

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTES

A' base de papaverina, belladona, meimendro e boldo

XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.rio Gross - Rio

Disostóse Cleido-Craniana

A proposito de 3 casos

por

E. J. Kanan

Docente de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica. Professor de Biologia do Curso Complementar do Ginasio do Estado.

Trata-se duma afecção interessante e rarissima, motivos suficientes para a publicação desta comunicação, sem nenhuma originalidade, não tendo outro fito sinão o da divulgação. Antes de mais nada, é preciso salientar a pouca documentação que acompanha este relato, com exceção de duas radiografias o resto se cinge á descrição clinica. Foi por um extraordinário esforço é que consegui, asim mesmo, a obtenção dessas radiografias, não me sendo possivel a da cabeça que seria bastante ilustrativa, nem a fotografia dos pacientes em posições caracristicas que acreceria, ainda mais, a documentação e o interesse despertado por essa anomalia congenita. Não pude obter mais informações que as que se seguem abaixo, porque a mãi não voltou mais ao consultorio, prejudicando em parte a observação clinica.

Observações. — Em principio de 1936, quando veraneava em Torres, fui chamado para ver J. R. I. com quasi 40 anos, branco, casado, e que se queixava de muitas dôres ao nivel da articulação côxo-femural direita. Sem mais delongas pôz-me ao par que tinha uma **côxa vara,** diganosticada por um medico de Paris, e que de alguns mêses para cá a marcha era claudicante, em consequencia da dôr que sentia no quadril direito, tendo ultimamente se exacerbado. Tinha estigmas evidentes de sifilis. Provavelmente, a dôr era causada pela **artrite deformante** consequente á **côxa vara;** a radiografia no caso em apreço seria dum auxilio inestimavel. Submetido a um tratamento pelo iodureto e bismuto, ao cabo de alguns dias começou a melhorar sensivelmente, a ponto de poder caminhar e se entregar ás sua ocupações e distrações duma praia balnear. A historia dêsse doente não finalizou, e é no resto que está a parte interessante. Efetivamente, quando ia despedir-me, J. R. T. chamou-me a atenção de que não possuia as duas claviculas, podendo realizar um movimento incomum, como seja de propulsionar os côtos dos dous ombros para diante, a ponto de os juntar adiante do torax. Pela inspecção, as fóssas supra e infraclaviculares estavam apagadas. Pela palpação, sentia-se de cada lado duas pequenas extremidades ósseas, de mais ou menos 5 cms. de com-

(Lida na sessão de 28 de Maio de 1937)

primento, inseridas pela sua parte interna ao esterno, e terminando livremente, em ponta, de outro lado. Os ombros eram normais anatomica e funcionalmente.

Acrescentou depois que tinha quatro filhos, sendo os dous ultimos portadores do mesmo defeito, prometendo que me procuraria aqui, no fim da temporada de veraneio, para serem radiografados, visto não existir na localidade um aparelho de raios X. Passaram-se os mêses sem que o avistasse, não permitindo que satisfisésse a minha natural curiosidade.

Em fins do ano passado, fui procurado no meu consultorio pela sua esposa, que me trazia uma das suas filhas com uma fratura subperiostica do terço médio do radio D, determinada por traumatismo diréto, pouco violento, sendo-lhe aplicado um aparelho gessado por tres semanas, e tendo ao cabo alta curada. Nessa ocasião, então, tendo mais o outro filho na companhia, aproveitei da minha unica oportunidade para conseguir as radiografias que se acham aqui, e dos seguintes dados abaixo descritos, porque nunca mais os vi.

Ana M, com 6 anos, branca, brasileira, filha de João R. T.

E' uma menina bem nutrida, com o caminhar um pouco vacilante, que a mãe atribue a um possivel defeito da coluna vertebral, apresentando realmente um esboço de **escolióse** de convexidade direita. A gestação e o parto foram normais. A dentição e os primeiros passos foram em épocas normais. Tem a cabeça volumosa, disproporcional em relação ao corpo; a grande fontanela não está completamente fechada. Estigmas evidentes de sifilis congenita; fronte olimpica; nariz em séla; abobada palatina em ogiva; dentes irregulares, mal implantados, grandes e pequenos, denteados; tuberculo de Carabelli; ganglios cervicais, epitroclianos e inguinais pequenos, duros, roliços e indolentes.

As fóssas supra e infraclaviculares dos dous lados estão apagadas. Nota-se na região hemiclavicular de ambos os lados, por ocasião da inspiração, uma saliencia, que rapidamente desaparece na fase expiratoria. Pela palpação, em lugar das claviculas, percebem-se dous fragmentos cilindricos, resistentes, articulando-se pela sua parte interna com o esterno, e terminando livremente, em ponta, pela sua extremidade externa, longe do acromion, e sem contrair relação anatomica com êle. Esse fragmento clavicular se acha orientado para cima e para trás. A forma e a função da região escapulo-umeral são normais, permitindo ademais um movimento, não encontrado normalmente, qual seja o da propulsão dos dous côtos dos ombros para diante, a ponto de se tocarem facilmente e dando ao corpo um aspecto bizarro.

A não ser o esboço duma escolióse, acima citada, e os sinais clinicos duma bronquite, a pequena Ana nada mais apresenta de importante nos outros orgãos.

O exame radiológico forneceu os seguintes dados: Ha uma aplasia congenita parcial das duas claviculas, que são substituidas por dous fragmentos cilindricos, de direção obiqua para cima e para trás, articulando-se pelo seu extremo interno com o esterno, ao passo que a sua extremidade externa, ponteaguda, está livre e longe da superficie ar-

2209

ticular acromial, não se vendo nenhum tracto fibroso que pudesse servir de ligação entre eles. Além disso, nota-se, perfeitamente, a ausencia da cavidade glenoide, em ambos os lados, e dando a impressão que ha uma subluxação umeral. (Fig. 1).

A outra observação é a do seu irmão Julio, com 4 anos, branco, brasileiro, filho de João R. T.

E' um menino de bom aspecto, mas que apresenta os mesmos sinais de sifilis congenita que os da sua irmã: fronte olimpica; nariz em sêla; dentes irregulares, grandes e pequenos, denteados; tuberculo de Carabelli; abobada palatina em ogiva; micropoliadenopatia indolente, nas regões cervicais, epitroclianas e inguinas. A cabeça é volumosa, as bóssas frontais e parietais salientes, e a grande fontanela ainda aberta.

Pela inspecção, nada de anormal se nota na porção superior toracica dos dous lados, e, si não fôra a ampla projeção para diante dos dous ombros a ponto de se tocarem, a anomalia clavicular passaria despercebida. Com efeito, do lado direito nota-se, pela palpação, que ha uma solução de continuidade, de maneira a interromper no seu meio o eixo ósseo, isto é, ha uma **pseudartróse da clavicula direita.** As duas metades, porém, não ocupam o mesmo nivel: a interna, articulada com o esterno, se dirige para cima, para fóra, e para diante; a externa, não articulada com o acromion, se dirige para baixo, para dentro, e para trás. As duas extremidades livres se superpõe dessa maneira. Quanto ao lado esquerdo, tudo se resume numa clavicula atrofiada, com a extremidade externa ponteaguda e não articulada com o acromion, permitindo dest'arte a propulsão dos dous côtos das cinturas escapulares.

Excetuando o **metatarsus varus duplo,** o nosso pequeno observado não apresenta nenhuma outra deformidade.

As imagens radiograficas revelam os seguintes aspectos: a clavicula do lado esquerdo está situada horizontalmente, e com a fórma de S italico, sem estar a sua extremidade externa articulada com a superficie articular do acromion; do lado direito, percebe-se nitidamente a solução de continuidade (pseudartróse) da clavicula, a direção dos dous fragmentos, e a superposição das duas extremidades livres. Tambem se verifica a aplasia da espadua, caracterizada pela ausencia da cavidade glenoide, dos dous lados. (Fig. 2).

Para finalizar, ha ainda a acrescentar que, quer do lado materno quer do lado paterno, não ha casos com a mesma anomalia; a mãi, aparentemente de bôa saude, com varios abôrtos expontâneos, tem mais dous filhos, mais velhos que os outros dous, gozando bôa saude. Tanto o pai como a mãi nunca se submeteram a um tratamento especifico energico e continuo, tendo a mesma norma em relação aos filhos.

Em resumo, são tres casos da mesma familia, portadores da mesma anomalia congenita: pai, uma filha e um filho. A filha com as mesmas lesões claviculares que o pai; as do filho, porém, são menos intensas.

Muito mais interessante seria uma exploração radiológica do esqueleto todo, principalmente ao nivel do cranio, onde geralmente se deveriam encontrar outras lesões caracteristicas, e que completaria a documentação destas observações. Infelizmente, isso não me foi possivel, dadas as dificuldades que encontrei de todos os lados.

Diante dos sinais clinicos constituidos: pelo aumento de volume da cabeça, pelas fontanelas anteriores ainda abertas, e pela aplasia clavicular, evidenciada ainda pela radiografia, o diagnostico de **Disostóse Cleido-Craniana** póde perfeitamente ser assentado. E' preciso, não obstante, acrescentar que é ainda acompanhada de outras deformidades tais como: **coxa vara, escolióse, metatarsus varus,** e aplasia bilateral das cavidades glenoides, em cada um dos pacientes.

DISOSTÓSE CLEIDO-CRANIANA

E' uma alteração da ossoficação dos ossos membranosos, isto é, dos que passam do estadio membranoso ao estadio osseo sem passar pela fase cartilaginosa. Foi identificada pela primeira vez por Pierre Marie e Sainton, nos ultimos anos do seculo passado, denominando-a de **Disostóse Cleido-Cardiana Hereditaria.** (Potel):

Esta anomalia é caracterizada pelos seguintes elementos:

a) — **Aplasia clavicular.** — Ela é, geralmente, bilateral, e mais ou menos acentuada conforme os casos. A aplasia pode ser constituida por uma simples solução de continuidade do eixo ósseo, de maneira tal que, si os fragmentos claviculares fossem unidos, teriam o comprimento duma clavicula normal; a anomalia clavicular póde ser, ás vezes, o unico sintoma observado, sendo os outros quasi nulos propicionando nessas condições a denominação de **Pseudartróse Congenita das Claviculas.**

O abortamento completo das claviculas já foi observado. Entre uma simples solução de continuidade e a ausencia completa das claviculas existem formas intermediarias. Assim é que a aplasia póde ser constituida por dous nodulos de ossificação, reunidos por uma faixa fibrosa, permitindo a inserção muscular e ligamentosa; outras vezes tudo se reduz a um fragmento clavicular de extensão variavel, que se articula dum lado com o esterno, e do outro lado se termina livremente longe do acromion. A lesão das claviculas é, pois, muito variavel.

b) — **Aumento do volume do cranio.** — O aumento póde ser insignificante; ha o desenvolvimento exagerado do diametro transverso

do cranio, asim como as bóssas frontais e parietais encontram-se aumentadas.

c) — **Retardamento da ossificação das fontanelas.** — As fontanelas, principalmente as anteriores, permanecem abertas durante muito tempo. As suturas persistem até uma idade avançada (47 anos num caso), e as escamas do temporal e do ocipital não são formadas completamente (Potel). A evolução dentaria sofre tambem um atrazo. (Oberthur).

d) — **Caráter hereditário e familiar.** — O caráter hereditário é negado por certos autores (Mouchet e Errard, Witas, Mutel e Fourche, Oberthur) (Henri Oberthur). A hereditariedade é direta e continua, a transmissão pode ser efetuada, pelo pai ou pela mãi, indiferentemente aos dous sexos (Apert citado por Potel).

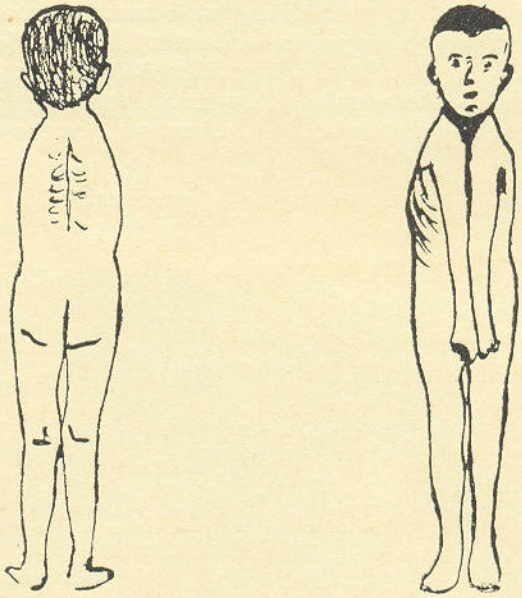


Fig. 3

A musculatura da cintura escapular é suficiente para manter o côto da espadua, não advindo, por consequencia, nenhuma perturbação funcional. Em virtude da aplasia calvicular, o côto do ombro póde ser projetado para diante do torax, chegando a tocar o do outro lado, tornando-se salientes os acromions, e permitindo o afastamento das omoplatas, num raio exagerado, em forma de aza. (Fig. 3).

Essa afecção é acompanhada de outras malforações: espinha-bifida oculta; hipoplasia dos óssos da pelvis (aplasia dos ramos isquio e iliopubicos com malformação das ancas — fórma cleido-pelvica de Crouzon e Boutier); costelas cervicais; atrazo da ossificação dos ossos

do carpo; atrofia das falanges dos podactilos; aplasia da cavidade glenoide da omoplata, de maneira a que a cabeça umeral subluxada se articule com a abobada acromial, a base craniana está incurvada cifoticamente na sincondróse enfenoocipital.

Duas são as hipoteses para explicar a origem da Disostóse Cleido-Craniana.

a) — **Teoria infecciosa.** — Léri, baseado em verificações de autopsias, acredita na natureza infecciosa desta afecção. Foram encontradas profundas lesões meningoencefalicas. Resta-nos si a lesão ossea é secundaria, considerada como uma perturbação trófica de origem nervosa, ou é concomitante á lesão meningoencefalica, ambas como manifestações duma infecção difusa ocorrida durante a vida intrauterina. (Oberthur).

b) — **Teoria do oligohidramnios.** — Mutel e Fourche responsabilizam o oligohidramnios, permitindo que o musculo uterino faça uma pressão exagerada sobre as partes salientes do féto (cranio-claviculas), e causando uma perturbação da ossificação por isquemia. E, como o oligohidramnios é determinado por uma alteração da placenta, a sifilis pode ser incriminada nesse caso, como em numerosas outras distrofias osseas.

Como não ha nenhuma perturbação funcional, visto a cintura escapular preencher satisfatoriamente o seu papel pela mesma razão não ha nenhuma indicação terapeutica.

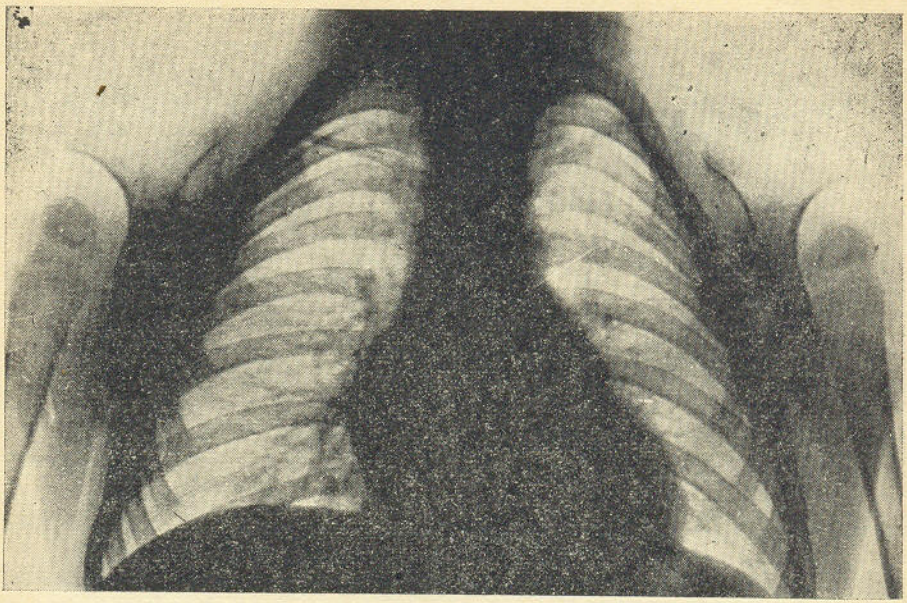


Fig. 1 — Radiografia de Ana R. I.
Aplasia parcial das duas claviculas. Ausencia das cavidades glenoides.

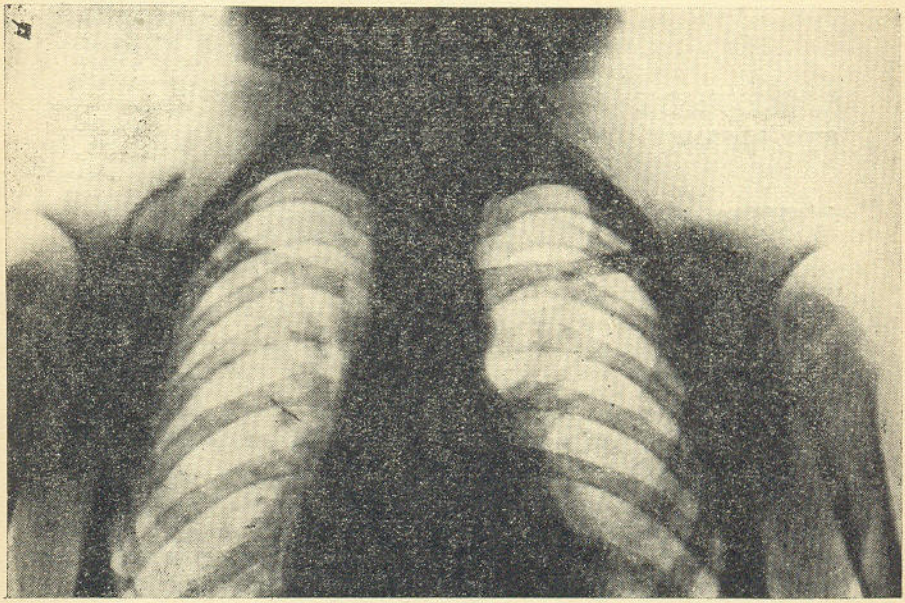


Fig. 2 — Radiografia de Julio R. T.
Aplasia parcial da clavicula E. Pseudartrose da clavicula D.
Aplasia das espaduas (ausencia das cavidades glenoides.

Productos „SANDOZ"

ALLISATINE	Anorexia — Dyspepsias — Diarrhéas — Enterites — Indigestões — Arterioesclerose — Hypertensão periodica — Hypersecreção bronchica.
BELLADENAL	Angina de peito — Asthma — Dysmenorrhéa — Epilepsia — Enxaquecas — Tremores.
BELLAFOLINE	Asthma — Espasmos — Hypersecreções — Gastropathias — Colites — Parkinsonismo — Tosse emetisante — Coqueluche.
BELLERGAL	Medicação estabilisadora do systema nervoso vegetativo de acção sobre o conjuncto: peripherico e central.
CALCIBRONAT	Todas as indicações neuro-psychiatricas da medicação bromada e bromurada. Todo erethismo nervoso cardiaco e genital.
"CALCIUM-SANDOZ"	Descalcificação em geral (Rachitismo, Tuberculose, Fracturas, Gravidez, Periodo de amamentação, Crescimento) — Pneumonias — Diathese exsudativa — Estados tetanigeneos — Dermatoses — Desequilibrio do systema nervoso vegetativo — Anaphylaxia — Hemorrhagias.
DIGILANIDE	Todas as insufficiencias cardiacas.
FELAMINE	Lithiasis biliar — Angiocholites — Insufficiencia hepatica (Prisão de ventre por hypocholia).
GYNERGENE	Atonia uterina —Menorrhagias — Tachycardia paroxistica — Basedow — Certas enxaquecas — Neuro-dermatoses — Urticaria — Glaucoma — Nevroses.
IPECOPAN	Tosse — Coqueluche — Bronchites.
LOBELINE	Asphyxias.
OPTALIDON	Antinevralgico desprovido de toda acção entorpecente.
SANDOPTAL	Insomnias.
SCILLARENE	Cardiotonico de sustentação — Diuretico azoturico.

INF.: BUREAU SCIENTIFIQUE
Alfandega, 201 - 2.º T. 43-4487 - RIO

Concess. exclus.: HUGO MOLINARI & Cia. Ltda.
Alfandega, 201 - C. P. 161 - T. 43-5421 - RIO

FABRIQUE DE PRODUITS CHIMIQUES CI-DEVANT SANDOZ-BALE (SUISSE)

Sobre a presença do *Aedes ægypti* em Porto Alegre.

R. di Primio

Nas comunicações e publicações anteriores que fiz em torno da presença de varias especies de culicideos tanto em Porto Alegre como em muitos municipios do extremo sul do Brasil, e, principalmente, no meu trabalho *"Os Culicideos do Rio Grande do Sul. — Considerações nosologicas a respeito"*, não figura a presença do *Aedes ægypti* em Porto Alegre, apesar das pesquizas realizadas em epocas diferentes.

Analisando a distribuição geografica deste mosquito em toda a America do Sul, e, particularmente, no Brasil, observa-se que ela é caprichosa, presente em uns pontos e ausente em outros, com localização preferencial no litoral, ao longo dos cursos dagua, seguindo, sobretudo, as linhas de navegação ou de comunicações varias.

Comparando, tambem, a distribuição geografica do estegomyia, na Argentina e no Uruguai em latitudes correspondentes as do Rio Grande do Sul, ou mais altas ou mais baixas, deduz-se que as nossas condições climatericas, semelhantes ou aproximadas desses paizes vizinhos, não seriam *a priori* infensas á vida em circunstancias satisfatorias, pelo menos em determinadas epocas do ano, deste transmissor, cuja presença, aliás, foi assinalada no extremo sul do Estado, na cidade do Rio Grande em 1900, facto ratificado em 1918 por Lutz, Olimpio da Fonseca Filho e Souza Araujo, que o encontraram, tambem, em outra localidade proxima, na vila de São José do Norte.

O vasto territorio do Rio Grande do Sul tem uma topografia deveras original e polimorfa, onde as condições climatericas muito se distanciam de outros Estados do Brasil. Justifica-se, assim, aqui como alhures, o grande interesse que a presença de qualquer transmissor de doença deve despertar, não só quanto á possibilidade de incidencia, extensão e radicação de certas entidades morbidas, como pelos aspectos variaveis que por ventura possam apresentar.

A' biologia do *Aedes ægypti*, conhecida de longa data, outros factos vieram amplial-a, como as observações de Cesar Pinto, que capturou nas proximidades da vila de Rincão (Estado de São Paulo) machos e femeas desta especie, durante o dia, em mata distante de 310 metros de casas isoladas, demonstrando, assim, que seu *habitat* não se restringe sómente ás moradias das povoações ou cidades.

Os extranhos aspectos epidemiologicos da febre amarela evidenciam a complexidade da questão, tanto com referencia aos novos hospedadores intermediarios de acordo com os trabalhos de J. H. Bauer, de Davis

e Schannon, Soper, etc., como tambem quanto á infecção propriamente dita.

O recente trabalho de Beaurepaire Aragão, interpretando as epidemias de febre amarela silvestre de 1934 a 1937 nas zonas do planalto em São Paulo, Goiás, Minas e Paraná com referencia á transmissão pelo *Aedes ægypti* e pelas mosquitos da mata, relacionada ás particulares condições mesologicas, principalmente aos factores térmicos, constitue notavel contribuição á epidemiologia do mal amarilico em novos e interessantes aspectos.

Pelas considerações expostas, sobrelevando as de transmissibilidade, pelo grande e inherente interesse medico, epidemiologico e profilactico, pela particular situação geografica de Porto Alegre, na margem esquerda do rio Guaíba, ponto de irradiação, por intermedio das mais diversas e contínuas comunicações fluviais e terrestres para outras localidades apresentando factores mesologicos variados; em uma zona alagadiça, de condições propicias á vida dos culicideos, salvo durante os mezes de baixa temperatura, e, sobretudo, baseado na grande importancia que o conhecimento da distribuição geografica dos transmissores assume, maxime da febre amarela, faço essas referencias em torno do primeiro exemplar de *Aedes ægypti* que acabo de encontrar em minha residencia á rua Venancio Aires, na cidade de Porto Alegre.

Trabalhos originais

Stroma-reacção do Cancer. *

pelo

Dr. Waldemar Castro

Chefe da Secção de Anat. Pat. do Inst. Oswaldo Cruz

Escolhi para assunto de minha comunicação de hoje, um problema da mais alta significação, sob o ponto de vista oncológico, e de grande valor prático, quer clínico, quer terapêutico.

Quero me referir á questão, já muito estudada e debatida, porém ainda não resolvida, da reacção conjuntivo-vascular, provocada no seio dos tecidos e dos órgãos, quando invadidos por um processo canceroso.

E' objeto das minhas considearções de hoje, essa reacção conjuntiva peri cancerosa, a que Masson, de Strasburgo, deu a denominação de Stroma-reacção cancerosa.

Não podendo, de momento, apresentar um trabalho mais completo sôbre tão interessante problema oncológico, limitarei minhas considerações á uma parte, sómente, dêsse estudo, isto é, á alguns dados de ordem analítica.

Constituem verdadeira legião , os pesquizadores e estudiosos, que se esforçam no sentido de descobrir, não só as causas predisponentes e determinantes, o *primum movens*, do processo canceroso, mas tambem aquelas que influem poderosamente no desenvolvimento, na marcha, na evolução, do mesmo processo, depois de instalado no seio dos tecidos e dos órgãos.

No tocante ao Indice kariocinetico de De Nabias e Forestier, assunto que já foi por mim estudado, por ocasião das Jornadas Médicas, ha cêrca de um ano ou mais, na Sociedade de Medicina, grande tem sido a contribuição nestes últimos tempos, ressaltando uns, o seu valôr, e impugnando outros, a sua significação prognóstica e radio-terapica.

Não menos interessantes são os estudos e os documentos colhidos, relativos ás degenerações hialina e cornea, e á infiltração calcárea dos tecidos concerosos, em certos blastomas, explicando dessa forma o retardamento da sua marcha invasora e, nalguns casos, a sua regressão expontânea. São os chamados casos de cura expontânea do cancer, dos quaes a literatura médica mundial já regista regular número.

---

* Trabalho lido nas reuniões mensaes de tecnicos do Laboratorio Central das Clinicas.

A célebre rêde ribrilar sarcomatosa de Grynfeld, fornece dados curiosos, relativamente a marcha e a evolução desse processo conjuntivo embrionário, dados que nos permitem um prognóstico tão seguro quanto possivel.

Debatidos, ainda se nos apresentam o valôr e a significação dos infiltrados plasmo-linfocitários peri epiteliomatosos, que para uns determinaria uma verdadeira citolise cancerosa, para outros facilitaria a metaplasia fibroblástica, enquanto que alguns acham que se trataria apenas de um processo flogogênico em atividade.

Interessantes e curiosas são as células ponteagudas ou fusiformes, descritas por Lahm, que as denominou de Stifzellen, e que teriam um papel notável na cura expontânea do cancer; tais células, seja dito de passagem, são análogas ás chamadas X Zellen, descritas por Unna, nos condilomas acuminados.

Petersen e De Courcy atribuem ás células vacuolares de Renaud e Lacroix, aos gigantocitos, ás células epitelioides e aos macrofagos, algum valor prognóstico.

Não menos interessante é a infecção supurativa ou gangrenosa da massa cancerosa, que sofreria uma fusão, semelhante a que sofrem os tecidos sãos, quando séde de um processo piogênico ou necrobiotico.

A presença de eosinofilos, no trama do tecido peri-canceroso, seria para Lach um fator de prognóstico favoravel.

Outros dados de valor, ainda existem, que analisados á luz das modernas aquisições oncológicas, muito nos podem orientar no sentido radioterapico e tambem prognóstico.

Dentre êsses dados, um existe, que como acima referi, será objeto de nossas considerações de hoje.

Inicialmente, devo dizer, que me declaro ao lado da corrente de opiniões, que fazem da hiperplasia conjuntivo-vascular peri-cancerosa, nada mais que uma manifestação reaccional franca, em face da acção complexa exercida pelos elementos cancerosos sôbre o tecido conjuntivo circundante.

Num recentissimo trabalho, do mês de agôsto do corrente ano, Touraine e Duperrat, focalisaram o assunto em questão, sem no entanto emitirem uma opinião pessoal a respeito.

E é exatamente uma opinião pessoal, com argumentos próprios, que eu desejo hoje explanar, sôbre tão interessante problema da moderna oncologia.

Possuindo em meu arquivo vasta documentação de casos de cancer da glândula mamária, procurei fazer, exatamente, o que fez Pierre Delbet, ha 2 ou 3 anos atrás, que após ter reunido grande número de casos de blastoma malignos da glândula mamária procedeu á um estudo de conjunto e deduziu daí as suas conclusões.

Do meu estudo prático, tirei tambem deduções e argumentos, em oposição áqueles que nos oferecem os partidários da inatividade conjuntiva peri-cancerosa.

Afirmam os partidários desta doutrina, pela vóz de Delbet e Mendaro, que:

> "Si num cancer do seio, encontramos um tecido conjuntivo fibroso, na zona cancerosa, não quere dizer que se trate de uma reacção conjuntiva de defesa, porque, *si fizermos cortes, longe da zona cancerosa,* nas zonas de mamite, aí encontraremos *O MESMO* tecido conjuntivo fibroso; nestas condições, concluem, a esclerose precede o cancer, e não é consequencia do cancer."

Ora, o facto de se verificar com frequencia, uma reacção esclerosa, em redor dos fócos de mamite, próximos, e muito menos quando afastados, não constitue argumento sólido, para excluir a influência da acção irritativa cancerosa, na produção da sua esclerose.

Nada nos induz a afirmar, que um tecido de esclerose, num determinado ponto dum órgão, seja consequencia imperiosa de um processo de esclerose, existente noutro ponto do mesmo órgão, quando sobretudo nas duas zonas esclerosadas não se verificam pontos reais de transição.

A continuidade histológica do processo esclerogênico, de um fóco de mamite á um fóco canceroso, seria incontestavelmente um argumento de real valor, si bem que, ainda muito longe estaria de excluir a influência irritativa cancerosa, na patogenia de tal processo.

Mas essa continuidade esclerogênica, não constitue objecto de cogitação, de parte dos que militam em idéias opostas ás nossas, mesmo porque, as observações dos fatos concretos, através de grande cópia de material, não permite se afirme a existencia sistematica de semelhante disposição histológica.

O elemento básico da argumentação oposta, é a identidade textural e estructural do tecido conjuntivo fibroso, que circunda, quer o fóco de mamite, quer o fóco canceroso.

No meu insignificante modo de vêr, o facto do tecido conjuntivo ser o mesmo, isto é, apresentar a mesma textura, bem como a mesma estrutura, não constitue argumento sólido que permita afirmar que elle pertença com *exclusividade* á este ou áquele dos dois citados processos.

Tanto estamos autorisados a dizer, tomando por base *tão sómente a qualidade tecidual*, que a esclerose que circunda um fóco de células cancerosas, provêm daquela de um fóco de mamite, como podemos levantar a afirmativa contrária, isto é, dizermos que a esclerose que circunda um fóco de mamite seja influenciada pela que foi provocada por um fóco canceroso.

Si um fóco de mamite, actuando numa zona de tecido conjuntivo puro, desperta uma esclerose colagena, é evidente que um fóco canceroso, actuando e irritando uma zona de tecido conjuntivo do mesmo tipo histológico, não importa a que distância, não poderá evidentemente despertar uma esclerose diferente, terá forçosamente que despertar uma esclerose do tipo colageno.

Sabemos de patologia, que o fator que influe, não na quantidade,

mas na qualidade do tecido esclerogênico, é esclusivamente o de ordem histológica e não o de ordem etiológica.

Não podemos obter uma esclerose elastigena, num terreno desprovido de fibras elásticas e vice-versa, não conseguiremos uma esclerose colagena pura, num terreno em que superabundem fibras elásticas.

O fator etiológico nada influe na qualidade do tecido conjuntivo de esclerose, pois tanto o Bacilo de Koch, como o Treponema pallidum, como o Bacilo de Hansen, a Sporotricose, a Actinomicose, a Brotiomicose, etc., produzem todos uma esclerose colagena quando actuam sôbre zonas de tecido conjuntivo e elástico quando no seio do tecido elástico. Nada mais lógico e evidente.

Assim sendo, o argumento da identidade tecidual não permite dizer, pelo facto das duas escleroses serem idênticas, que a hiperplasia conjuntiva pericancerosa provêm da hiperplasia fibrosa provocada pela mamite.

E, sem sairmos da própria glândula mamária, que é o terreno que Mendaro e Delbet escolheram para seus estudos, aí temos com grande frequencia a esclerose elástica, provocada especialmente pelo cancer, quando este atinge a zona dos canais galatóforos, que é rica em fibras elásticas.

Claro está, que si o processo canceroso não despertasse processo reacional algum, e a sua esclerose circundante fosse *meramente* uma *esclerose passiva*, uma *esclerose de propagação*, vinda de um fóco de *mamite distante, fóra da zona elástica*, não teriamos nesses casos, tão bem assinalados pelo Prof. Russy, essa esclerose elástica, exuberante de fibras da mesma natureza, mas uma esclerose colagena, ainda mesmo que esboçada.

Mas, além de tudo, como explicarão os partidários da inactividade conjunctiva peri-cancerosa, a esclerose peri-cancerosa, nos casos dos blastomas que se instalam d'emblée, primitivamente, pelo menos, sem processo inflamatório aparente? Só ha, pois, um meio, qual o de admitir a ação esclegênica provocada pelo processo canceroso.

Assim sendo, nada nos autoriza a negar, que a hiperplasia conjuntiva, que se instala em redor dos núcleos cancerosos, seja uma reacção de defesa, da mesma forma que a hiperplasia que se processa em redor de um fóco de mamite, nada mais é, do que uma modalidade de defesa orgânica, contra os agentes invasores.

Os partidários da inatividade conjuntiva ainda apelam, no seu trabalho, para o estado do tecido ganglionar, quando séde de uma invasão cancerosa, dizendo que as células epiteliomatosas se multiplicam no meio dos linfocitos, *muitas vezes*, sem que haja producção de tecido fibroso.

Ora, si no seio do ganglio invadido, se observa *muitas vezes*, ausencia de formação conjuntiva, isto significa que ha casos em que essa formação se apresenta com evidência e fóra de qualquer dúvida, de acôrdo com a própria argumentação contrária.

Assim sendo, donde provêm, ou qual a causa dessa formação conjuntiva, no seio dos ganglios invadidos pelas células neoplásicas, e em ausencia de qualquer fóco inflamatório? E' evidente, que só poderá provir do processo canceroso.

Quanto aos casos de invasão concerosa ganglionar, que não vêm acompanhados de uma reacção conjuntiva, podem perfeitamente correr por conta da qualidade das próprias células invasoras, menos agressivas, e por isso melhor toleradas pelos tecidos, facto oncológico de observação e verificação muito frequente.

Mas em relação á esta questão da reacção ganglionar cancerosa, podemos ver consignado, em qualquer tratado de Anat.-Path., no de Rusky, p. ex., que a hiperplasia reticulada e até mesmo a esclerose total dos ganglios, podem ser observadas, não só quando da penetração das células neoplásicas no seio dos ganglios, mas antes mesmo da invasão destes, por tais elementos.

De minha parte, tenho observado interessante reacções reticulares no seio da ganglios invadidos por processos cancerosos.

Sabemos que o tecido reticulado nada mais é do que uma variante de tecido conjuntivo, que além de outras funções, exerce em alto grau a de defesa orgânica.

A sua capacidade reaccional assemelha-se á do tecido conjuntivo propriamente dito.

Ambos os tecidos podem reagir em face da invasão, não sómente quando as células já entraram em contacto com o tecido ganglionar, mas como nos diz Russy, quando o processo neoplásico ainda se encontra a distância.

Como, pois, admitir, que os tecidos conjuntivo e reticulado reajam á distância do processo canceroso, e não o façam em plena glandula mamária, em contacto com as formações cancerosas?

Os notáveis trabalhos de Russy, Leroux, Mme. Laborde e Perrot mostraram que o estudo do modo reaccional do estroma conjuntivo dos canceres, pode dar em muitos casos, preciosas indicações prognósticas e radio-terapicas.

Recentemente, Leroux e Dupont focalisaram com muita felicidade a influência da metaplasia fibroblástica e linfoide do tecido adiposo, bem como a necrose do trama conjuntivo e sua grande influência na evolução do cancer.

Para Leroux, a influência do tecido conjuntivo é tão importante, que se pode facilmente, estudando as condições do tecido conjuntivo, prevêr os resultados da radio-terapia, pois uma vez que o tecido conjuntivo reaja em face das irradiações e assim sendo, haverá eficácia no tratamento. Mas si o tecido conjuntivo-vascular se encontrar em decadência, e por conseguinte comprometida a sua vitalidade, nada se tem a esperar da acção dos Raios X e sua influência será então nula e mesmo nefasta.

Alguns, como Murphy, chegam a atribuir ao tecido conjuntivo um papel tão importante na evolução do cancer, que admitem que os Raios X determinam a cura do cancer, não porque actuem sôbre as células cancerosas, mas, sim, sôbre o tecido conjuntivo, estimulando-o, hiperplasiando-o e dessa forma determinando a compressão e necrose do tecido canceroso.

Rubens Duval, em relação aos canceres da pele, admite que o tecido conjuntivo exerça uma acção verdadeiramente reguladora. E, até mes-

não, nalguns casos, as células neoplásicas situadas em contacto do tecido conjuntivo sofreriam uma maturação córnea, enquanto que as mais profundas permaneceriam indiferentes.

Orth tambem descreveu casos de calcificação e keratinisação de células cancerosas, após compressão destas, exercida por tecido conjuntivo hiperplasiado, conduzindo o processo canceroso á uma cura espontânea.

Menetrier, Regaud e Baryon descrevem uma hiperplasia fibrosa em redor de certos tumores, como p. ex. o epitelioma plano cicatricial, de evolução muito lenta, e que eles atribuem a uma obliteração dos vasos linfáticos.

Termino aqui estas considerações parciais sôbre tão debatido, quão importante questão oncológica, cujo estudo desejo continuar na próxima sessão, trazendo á apreciação dos ilustres colegas, mais uma serie de argumentos contrários ao ponto de vista da inatividade conjuntiva pericancerosa.

ESTOMAGO

Aerofagia — Espasmos
Caimbras — Náuseas
Dispépsias Dolorosas
Hipercloridrias
E TODAS AS
DÔRES DO ESTOMAGO
são acalmadas instantaneamente com o
KAOBROL
que alivia sempre e evita o reaparecimento de todo o mal-estar:
O KAOBROL é prescrito pelo Corpo Medicinal Francês

Laboratorios J. LAROZE, 54, Rue de Paris, CHARENTON (Seine) França
Amostras e Brochuras: BARRENNE & Cia., 24, rua Antunes Maciel - RIO

Trabalho do serviço de cirurgia de Homens do Hospital da Santa Casa de Misericordia de Pelotas.

"Coleperitoneo hidatico"

Felix Caputo
Chefe

Paulo Osorio
Chefe de Clinica

A hidatidóse com suas multiplas localisações e formas podimorfas levanta não raras vezes problemas diagnosticos de grande monta, mesmo em centros como o nosso, nos quais o quisto hidatico é observado com relativa frequencia, bastando para isso referir um artigo publicado por um de nós em colaboração com o Dr. Mario Assunção na Revista de Radiologia Clinica em 1932, numero 6, pagina 413. No citado artigo encontra-se uma estatistica da Santa Casa de Pelotas desde 1908 até 1932. Foram encontrados 82 casos de localisações diversas da equinococóse.

O coleperitoneo hidatico foi pela primeira vez vislumbrado por Devé, até hoje considerado a maior autoridade no assunto, que chamou atenção em 1902 sobre "as colerragias internas", consecutivas a ruptura de um quisto hidatico do figado e em particular das "colerragias intra-peritoneaes" ou "coloperitoneo hidatico". Depois mostrou a importancia da membrana de equistamento.

Na Argentina, justamente cognominada a "terra hidatica", iniciou-se o estudo do coleperitoneo com a observação de Lagos Garcia em 1908, apesar de que Arce em 1905 já havia feito uma publicação nesse sentido. De 1015 para cá os casos multiplicaram-se citando-se nesse mesmo ano o de Castex e Rosso; em 1916 o de Calcagno; em 1919 os de Garraban e Ramirez; em 1932 o de Gutierrez; em 1923 os de Rosso, Rodrigues Villegas e Lagos Garcia; em 1925 o de Alsina; em 1932 o de Mazzini e Brachetto Brian; fialmente em 1933 o de Manoel Rodriguez e José Maria Mainetti.

No Uruguai conhecem-se as observações de Penna em 1913, Arrizabalaga em 1920, Agustoni y Blanco, Ugon e Gerbonet.

Não temos conhecimento de que fosse relatado algum caso no Brasil e dada a pouca frequencia para não dizer quasi ausencia, do quisto hidatico no centro e norte do pais, acreditamos sermos os primeiros no nosso Estado a publicar uma observação semelhante.

OBSERVAÇÃO PESSOAL

O. C. 22 anos, pardo, solteiro, peão de estancia, natural de Cacimbinhas, residente em Cerro Chato, baixou á Enfermaria Pimenta,

Serviço de Cirurgia de Homens em 23 de julho de 1934 ocupando o leito 28, sob a papeleta 889.

Antecedentes pessoais — Sem importancia.

Antecedentes hereditarios e familiares — Pai falecido de aneurisma aortico. Mãe falecida por ocasião de trabalho de parto. Tem quatro irmãos sadios.

Historia da molestia atual — Ha quatro anos em estado de saude aparente iniciou seus males por colicas a principio secas para depois se tornarem diarréicas, obrigando-o a guardar o leito durante uns vinte dias. Essa sintomatologia desapareceu completamente após o citado prazo, entregando-se o paciente a seu trabalho habitual. Ha um ano apareceram novamente as colicas com os mesmos caractedisticos da primeira vez, com periodo de duração de uma semana. Houve novamente uma fase de completa acalmia e, como sempre, ha uns quatro mezes voltaram as colicas, durando desta vez dez dias mais ou menos. Dai para cá verificou que seu ventre aumentava gradativamente de volume. Consultando um medico do lugar aonde morava este diagnosticou "barriga dagua" (sic), fazendo-lhe duas punções no ventre, porem todas duas brancas.

Resolvendo baixar á este Hospital foi para uma enfermaria de clinica medica, sendo que o chefe do serviço em virtude de emagrecimento que se vinha acetuando já ha algum tempo e aumento progressivo do ventre, pensou em uma bacilose peritoneal, forma ascitica, praticando-lhe duas punções, tendo sido branca a primeira e retirando na segunda 5 cc. de liquido um tanto turvo e viscoso dando a impressão ao doente de dificil escoamento pela agulha de punção. Não tem prisão de ventre. Urinas normais.

Exame fisico — Abdomen com aumento total de volume, apresentando-se em decubito dorsal com a forma de ventre de batraquio, assemelhado-se exatamente com os ventres asciticos. A palpação é negativa. A percussão mostra macissez nos flancos e submacissez no restante de sua extensão.

Presente o sinal do piparote e ausente o da macissez movel. Ausencia de circulação venosa colateral. Figado e baço em seus limites normais.

Exame complementar — A intra-dermo-reação de Casoni foi positiva.

Operação — A intervenção praticada em 24 de julho de 1934 com anestesia geral pelo cloroformio, constou do que se segue: laparotomia mediana xifo-umbelical. A abertura do peritoneo saida em borbotões de abundante liquido amarelo-esverdeado aspirado com aspirador eletrico, escôando-se uns 7 litros. Exploração da cavidade, verificando-se tratar de volumosa bolsa aderente á parede anterior do abdomem. Saida pelos labios da incisão além do liquido aludido de uma enorme quantidade de vesiculas filhas de todos os tamanhos, apresentando as maiores o volume de um ovo de galinha e as menores o de um grão de chumbo.

Esvasiou-se com cureta e principalmente á mão o que se poude das vesiculas filhas, formolisando-se a enorme cavidade. Além de ve-

siculas filhas intatas foram encontradas algumas arrebentadas e outras em via de degeneração.

A grande bolsa colada á parede anterior do abdomen, (face posterior do folheto parietal do peritoneo) tinha este por seu limite anterior. Chegada á pequena bacia recobria os orgãos nelas contidos, refletindo-se em seguida para trás e para cima, afim de recobrir o intestino (delgado e grosso) e face anterior do estomago, terminando-se perto do diagrama. Ai após nova reflexão para frente e para baixo, vem se perder na parede abdominal anterior, nosso ponto de partida. Isso na linha mediana. Dos lados subia á direita pela loja pariéto-colica correspondente atingindo a face inferior do figado. A esquerda pela loja pariéto-colica desse lado extendendo-se para cima até a face inferior do hemidiafragma esquerdo.

Vê-se pela descrição relatada que se trata de uma enorme bolsa, de um taboleiro, colado á parede anterior do abdomen e recalcando para traz todas as visceras intra-abdominais, exceto o figado.

Drenagem supra-pubiana com três drenos de borracha: o primeiro em direção ao fundo de saco de Douglas e os outros dois para ambas lojas pariéto-colicas. Drenagem no angulo iferior da incisão com tubo de borracha. Sutura da parede em um plano com crinas duplas. Agrafes na pele.

Periodo post-operatorio — Retirada dos agafes cinco dias e das crinas dez dias após a intervenção. Os drenos foram pouca a pouco encurtados. Durante a primeira semana queixou-se o paciente de colicas, atribuidas á adaptação das visceras á sua maior cavidade.

Após tudo entrou em ordem, tendo alta do hospital com os orificios de drenagem cicatrizados em 9 de outubro de 1934.

Vimos de novo o paciente em 19 de setembro de 1935.

A palpação do abdomen mostrou no epigastrio a existencia de um tumor renitente, não depressivel cujo contorno esquerdo perdia-se abaixo do rebordo costal.

Pela laparotomia exploradora foi constatado a presença de inumeras vesiculas filhas de todos tamanhos, constituindo uma verdadeira "semeadura abdominal".

Fato a registrar: não existia mais membrana de enquistamento sendo que as visceras recobertas anteriormente por ela apresentavam-se absolutamente de aspéto normal.

Em virtude dessa semeadura hidatica secundaria que impedia qualquer terapeutica radical foi suturada a parede em planos separados.

Periodo post-operatorio sem nada de importante a salientar. Teve alta em 3 de outubro de 1935.

Novamente em 10 de maio de 1937 examinámos O. C. Encontrámos o mesmo tumor abdominal. Seu estado geral ainda é conservado. Queixa-se de perturbações gastro-intestinais leves.

Resumindo nossa observação, diremos que se tratava de um ventre possuindo sinais de uma ascite, tendo precedido sua aparição por

sintomas abdominais agudos, (colicas que obrigaram o doente a guardar o leito) reação de Casoni positiva, com esvasiamento após laparotomia de grande quantidade de liquido amarelo-esverdeado e vesiculas filhas, finalmente vasta bolsa de enquistamento aderente á parede anterior do abdomen, recalcando para trás as visceras intra-abdominais.

O quadro clinico relatado adata-se perfeitametne bem com o coleperitoneo hidatico, que constitue uma das complicações da hitatidóse abdominal.

Etiopatogenia — O coleperitoneo é devido á ruptura na grande cavidade abdominal de um ou mais qustos hidaticos situados geralmente no figado, porém podendo pertencer á outros orgãos do abdomen.

Ha duas variedades de coleperitoneo: o "hidato-peritoneo" e o "hidatico-peritoneo", um e outro possuindo a mesma etio-patogenia. Diferenciam-se no entretanto pela existencia ou não de bile no liquido intra-abdominal e pela natureza uni ou multi-vesicular do quisto qoe lhe deu origem.

Devé cosidera o hidato-peritoneo devido á ruptura de um quisto hidatico uni-vesicular com reações serosas secundarias do liquido derramado na cavidade peritonal, liquido esse asceptico e sem bile. Ao contrario diz ser o hidatico peritoneo uma consequencia da ruptura intra-abdominal de quisto multi-vesicular, com ou sem colerragia, possuindo como principal caracteristico a preseça de hidátides e vesiculas filhas no conteudo da bolsa de enquistamento.

A colerragia tem por mecanismo a abertura na cavidade do quisto de um ou mais canaliculos biliares. Essa abertura póde preceder, dar-se juntamente ou seguir á ruptura quistica. Nesse caso forma-se uma fistula que Devé chama de "angio-cole-quistica-peritoneal".

Algum tempo após a ruptura do quisto hidatico forma-se na grande cavidade abdominal uma membrana, chamada "membrana de enquistamento", cujo fim é isolar o liquido derramado juntamente com hidátides e vesiculas filhas das visceras visinhas. E' uma enorme bolsa, um vasto taboleiro recalcando para trás estomago e intestino.

Devé acha que para que exista membrana de enquistamento é preciso a presença de bile que age como unico fator na sua genese. No entanto Mazzini e Brachetto-Brian observaram um caso no qual estava presente a citada membrana, porém não era bilioso o derrame.

Quasi sempre o quisto rompido está situado no figado e quando isso acontece em 73 % dos casos na sua face inferior. Entretanto foram publicadas observações de rupturas quisticas de outros orgãos e até do epiploon gastro- esplenico (caso de Mazzini).

Sintomatologia — Póde a ruptura ser expontanea ou traumatica, neste ultimo caso devido á um choque direto ou indireto no abdomen. No entretanto, quèr seja expontanea ou traumatica, essa ruptura é seguida em 53 % dos casos de num sidrome abdominal agudo (dores difusas, contratura da parede, vomitos) e, não raro, com sinais anafilaticos (urticaria) adicionados de apirexia e tendencia lipotimica. Ha casos nos quais não se observam esses sintomas agudos.

O derrame constitue-se lenta e progressivamente de maneira que se torna impossivel precisar exatament a data de seu inicio.

Nas formas de começo insidioso ha um sinal que quando presente é de real valor: o desaparecimento de um tumor abdominal seguindo-se-lhe em curto prazo o aumento progressivo do ventre. O caso simplifica-se quando tiver já esse tumor sido diagnosticado de origem hidatica.

Quer o inicio seja dramatico ou não, a molestia evolve tendo por seu sinal capital o aumento progressivo e indolor do ventre, podendo em alguns casos atingir enormes proporções, como o doente de Prat, no qual a circunferencia do abdomen tomada na cicatriz umbelical era de 171 ctm.

O ventre distendido pelo liquido derramado toma os caractéres de uma ascite contando-se não poucas vezes os erros cometidos nesse sentido.

Não existe edema do tecido celular subcutaneo, sendo rara a circulação venosa colateral.

Prat diz que o umbigo conserva sua forma normal[a] nunca estando despregueado, isso devido á membrana de enquistamento que impede o liquido de o distender. Apesar disso citam-se observações nas quais encontra-se bem distendida a cicatriz umbelical e mesmo em algumas até verdadeiras hernias do umbigo.

Diremos com Mazzini que "a tensão abdominal aumentada desses ventres, com paredes distendidas, tensas e pouco depressiveis impedem a palpação dos orgãos ou a comprovação de algum tumor; quando o liquido não está sob grande tensão, permite em alguns casos, como na observação de Del Campo reconhecer um tumor cujas caracteristicas o induziu a pensar em quisto hidatico.."

Pela percussão observa-se uma macissez total do abdomen a não ser nos hidato-peritoneos parciais. Fáto interessante: não é notado o sinal de macissez movel.

Nos casos que se encontra o fremito hidatico, aliás raros, teremos incontestavelmente encontrado o verdadeiro sinal diagnostico de certeza.

Alem desses sinais locais fazem sua aparição na fase de plena evolução da molestia, outros de ordem geral. Assim em consequencia da compressão do estomago e intestino pelo liquido derramado teremos perturbações gastro-intestinais que cada vez mais enfraquecem o paciente. Entra ele na fase caquética da afecção devido aos motivos aludidos juntos á colerragia e insuficiencia hepatica concomitantes.

Dois sintomas negativos merecem ser salientados: ausencia de febre e icteria. A não existencia dessa ultima, bem como de pigmentos e sais biliares na urina, apesar da colerragia, é devida á impossibilidade da bile de atravessar a membrana de enquistamento.

Em alguns casos a compressão da veia cava inferior determina edema dos mebros inferiores.

Nas observações de Castex e Rosso e na de Caleagno o liquido levantando as cupulas diafragmaticas simulou um derrame pleural tendo sido praticadas punções exploradoras. Mas essa punção explorado-

ra foi feita em muito mior escala no abdomen devido ás hipoteses formuladas para a verdaeira causa da ascite. Diga-se de passagem que em todos os casos em que se a praticou não foi possivel chegar a uma conclusão: ou por ser branca devido á agulha não haver penetrado na cavidade e ás vezes ser obstruida por hidatides, ou porque o liquido enviado ao laboratorio não ministrasse, em razão de sua propria constituição histo-bacteriologica, dados suficientes para o verdadeiro diagnostico da ascite.

A's vezes pela analise quimica são encontradas em abundancia substancias graxas, dando ao liquido o aspeto de derrames quiliferos. Devé é de opinião que o "lipo-peritoneo hidatico" nada mais é do que uma forma residual do coleperitoneo.

Reações biologicas — São identicas quanto a positividade, ás das diversas localisações da equinococóse.

Acontece o mesmo com a eosinofilia sanguine.a

Diagnostico diferencial — Deveremos faze-lo com as diversas variedades de ascite. Dentre estas aquela que na maioria das vezes foi confundida com o colperitoneo é justamente a ascite tuberculosa, forma fibrocaseosa.

Distingue-se o coleperitoneo da ascite bacilosa, primeiramente devido á anamnése nos ministrar seu inicio por um sindrome abdominal agudo seguido dos sinais fisicos já mencionados. Não se deverá perder de vista o estado geral do paciente que é mais ou menos conservado, salvo no periodo caquetico, no coleperitoneo, o que não acontece na ascite tuberculosa.

Foi esse sinal que fez propriamente o diagnostico pré-operatorio de nosso caso. Levado por ele, um de nós praticou a intra-dermo-reação de Casoni e seu resultado já foi relatado.

Devemos afastar ainda as ascites cirroticas, as neoplásticas, as cardiacas, as discrásicas, que, todas, com seus sinais proprios levarnos-iam ao verdadeiro diagnostico causal.

Segundo Mazzini são os seguintes os sinais do coleperitoneo hidatico: 1) antecedentes — a) sindrome doloroso abdominal; b) com ou sem fenomenos de anafilaxia hidatica; c) desaparecimento de um tumor pré-existente. 2) pelos caracteristicos simiologicos da ascite — a) macissez fixa e invariavel; b) fremito hidatico. 3) Reações biologicas da hidatidose.

Prognostco — Nos casos felizes quando não sobrevêm complicações e não operados podem os doentes viver alguns anos (5 a 6 em media). Mas muitas complicações podem aparecer encurtando sua existencia. Dentre as mais frequentes citemos a angio-colite, as coleperitonites, a abertura expontanea do quisto em outra viscera.

A mortalidade diminuirá quando fôr o coleperitoneo diagnosticado mais precocemente.

Tratamento — E' essencialmente cirurgico. Segundo Prat deverá ser ele dirigido contra tres lesões diferentes que têm como pontos de contato a mesma etiologia: 1) bolsa de enquistamento: 2) quisto do figado ou de outro orgão abdominal. 3) semeadura hidatica abdomi-

nal que poderá se desenvolver por fóra da membrana de enquistamento.

Quanto ás duas primeiras lesões a conduta dependerá do estado geral do doente. Se ele estiver em más condições após esvasiamento da bolsa drenar-se-á. A's vezes devido á bôa posição do orificio de ruptura do quisto primitivo poderá este ser drenado através da membrana de enquistamento. Si porém, as condições gerais do doente forem bôas, depois de esvasiada a bolsa procurar-se-á sistematicamente o orificio de comunicação, drenando-se-o.

Contudo citam-se casos nos quais impossivel foi encontrar-se a comunicação referida.

A segunda lesão, membrana de enquistamento, ainda a conduta seguida não é uniforme. Alguns procuram estirpa-la, outros estirpam-na parcialmente, marsupialisando o restante, outros enfim não a tocam.

Somos de opinião que a conduta que menores riscos faz correr aos pacientes é sem duvida a ultima, posto que não raro aderencias fortes solidarisam a membrana de enquistamento ás visceras constituindo sua ablação perigo não despresivel em virtude de grandes descolamentos necessarios para sua libertação, da hemorragia que poderá disso resultar, o aumento consideravel de tempo no ato operatorio, dos pequenos riscos de sua permanencia.

Os partidarios da extirpação dizem que na membrana encontram-se os germens hidaticos, porém Del Campo acredita que sejam formas involuidas, sem vitalidade parasitaria, não necessitando por conseguinte tratamento especial.

A terceira lesão de Prat, semeadura hidatica secundaria, não deverá preocupar o cirurgião, pois que aparece tardiamente e sómente em vinte por cento dos casos, sendo seu tratamento regido pelos preceitos classicos dos quistos hidaticos multiplos do abdomen.

Mazzini assim resume a terapeutica cirurgica do coleperitoneo: 1) evacuação, drenagem e contra-abertura da bolsa de enquistamento. 2) esvasiamento e drenagem diréta ou indiréta do quisto primitivo. Este segundo tempo efetuar-se-á conjuntamente com o primeiro se o estado do enfermo o permitir, do contrario diferir-se-á para um segundo tempo. 3) os quistos hidaticos que ulteriormente possam aparecer no abdomen tratar-se-ão oportunamente e de acordo com a técnica habitual. 4) a extirpação da membrana de enquistamento não se deverá praticar pelos perigos assinalados, e como diz Prat: sua conservação é uma conduta menos agressiva, mais lenta, porém mais segura.

Na nossa observação seguimos á risca as regras terapeuticas estabelecidas pelos mestres no assunto, porém o paciente apresentou a semeadura hidatica secundaria contra a qual nada nos foi possivel fazer.

Estamos convictos que, quando houver uma generalização hidatica tão grande, cesse o poder da cirurgia para dar lugar futuramente á alguma terapeutica medicamentósa verdadeiramente especifica da equinococóse.

Vacina Calmette-Quérin

Notas e estatisticas recentes

Realizar-se-á em São Paulo, nos dias 23 e 24 do mês de Agosto, o Congresso da Secção de Tisiologia da Associaçãço Paulista de Medicina. A vacinação pelo B. C. G. será um dos têmas oficiais, segundo a comunicação abaixo transcrita, recebida pelo Dr. J. Maya Faillace, do corpo de redatores dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina".

S. Paulo, 2 de Junho de 1937.

Exmo. Snr. Dr. Maya Faillace.

Tendo a Diretoria da Secção de Tisiologia da Associação Paulista de Medicina resolvido por unanimidade a realização de um Congresso, em que será debatido o tema atinente á **vacinação pelo B. C. G.** em 23 e 24 de Agosto do corrente ano, tomo a liberdade de convida-lo, em vista da deliberação da Assembléia, a comparecer como relator do citado tema ou a enviar um trabalho para ser lido por ocasião da realização do referido congresso.

Certo de que a escolha de seu nome para relatar foi das mais felizes e que a sua contribuição será de real importancia para a elucidação de pontos ainda não esclarecidos em assunto de tal relevancia, aguardo a comunicação do recebimento deste, e o seu comparecimento nas datas acima discriminadas.

Aproveitando a oportunidade quero apresentar ao distinto colega em nome da Secção e particularmente os protestos de alta estima e consideração.

(Ass.) **Dr. Diogenes Certain** — 2.º secretario da Secção de Tisiologia.

* *

PROGRESSÃO DAS VACINAÇÕES B. C. G. DA FUNDAÇÃO ATAULFO DE PAIVA

Ex-Liga Brasileira Contra a Tuberculose

(Rio de Janeiro)

Agosto — 1927 a Abril de 1929	2.304
Junho-Dezembro 1929	950
Ano 1930	2.678
" 1931	2.941
" 1932	3.469
" 1933	4.594
" 1934	6.926
" 1935	6.745
" 1936	9.121
TOTAL	39.728

PROGRESSÃO DAS VACINAS B. C. G. NA FRANÇA

(Laboratorio do Instituto Pasteur — Paris)

Anos	Total nascimentos vivos, na França	**Vacinações BCG**	Percentagens de vacinação BCG
1925	770.060	4.328	**0,56**
1926	767.475	14.654	1.9
1927	743.833	37.529	5,0
1928	749.347	69.644	9,3
1929	730.060	80.888	11,1
1930	749.953	95.869	12,8
1931	733.909	101.704	13,9
1932	722,246	124.737	17,3
1933	682.689	149.981	22,0
1934	677.365	189.909	28,1
1935	**638.881**	**210.688**	**33,0**

(Dados oficiais figurando no Boletim Mensal do "Office Internationel d'Hygiene Publique", tomo 29, n.º 2, Fevereiro, 1937, pag. 365.)

CELLONA
A APERFEIÇOADA ATADURA GESSADA ALEMÃ
1 PRONTA PARA USO IMEDIATO
2 METADE DO PESO
3 APLICAÇÃO LIMPA
4 MUITO ECONOMICA
5 CORTADA, O RESTO CONSERVA-SE BEM NA LATA
LATAS DE FOLHA COM 1 E 12 PEÇAS NOS TAMANHOS USUAIS
LIGADURA
Cellona
(Patenteada e registrada)
A NOVA LIGADURA DE GESSO APERFEIÇOADA
PRONTA PARA USO IMEDIATO
Largura: 10 cms.
FABRICANTES
LOHMANN A. G. vorm. LUES
FAHR AM RHEIN — ALLEMA
REPRESENTANTES GERAIS
HANS MOLINARI & COMP. Rio de Janeiro
CAIXA POSTAL N. 833
O HODIERNO CIRURGIÃO APLICA SÓMENTE ATADURAS GESSADAS "CELLONA"

LABORATORIO PHARMACEUTICO INDUSTRIAL "CAMARGO MENDES" S/A
SOLITARIA
O extracto ethereo de feto macho associado ao chloroformio, constitue a base das
Capsulas
TENIFUGAS
DE
"Camargo Mendes"
RUA FRANCISCO LEITÃO 48 - Caixa 3413 - S. Paulo

Noticiario

Bucarest, em 27 de fevereiro de 1937.

Senhor Presidente,

Deu entrada nesta Chancellaria a carta de 10 de julho de 1936, pela qual Vossa Excellencia se dignou transmittir o pedido da Sociedade de Medicina de Porto Alegre ao Ministerio de Saude Pública da Rumania e ás Instituições medicas romenas para que fossem enviadas a essa Sociedade todas as publicações relativas á cultura scientifica e á legislação sanitaria vigentes neste paiz.

Em resposta cabe-me communicar a Vossa Excellencia que o pedido da Sociedade de Medicina de Porto Alegre foi transmittido ás entidades acima indicadas ao mesmo tempo que esta Legação fez menção ao desejo de ser estabelecido um intercambio de publicações relativas a cultura scientifica e a legislação sanitaria.

Aproveito a opportunidade para apresentar a Vossa Excellencia, Senhor Presidente, as seguranças de minha alta estima e mui distincta consideração.

Pelo Ministro:

(a.) **L. Salgado dos Santos**
Primeiro Secretario da Legação.

Exmo. Senhor Doutor Mario Totta,
Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

Messieurs,

Son Exc. DA SOUZA DANTAS, Ambassadeur Du Brésil à Paris, nous a transmis votre demande d'échange entre le "Bulletin de la Société de Médecine de Porto-Alegre" et les "Bulletins et Mémoires de la Société des Chirurgiens de Paris".

La Société des Chirurgiens de Paris accepte bien volontiers cet échange et ses Bulletins vous seront adressés, désormais, régulièrement.

Vous voudrez bien envoyer le "Bulletin de la Société de Médecine de Porto-Alegre" à l'adresse suivante:

Société des Chirurgiens de Paris
15, rue Vézelay — PARIS (8.º)

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de ma considération distinguée.

Le Secrétaire général,
Dr. Ch. Buizard

PARIS, le 19 MARS 1937.

Mousieur le Président de la Société de Médecine de

PORTO-ALEGRE

Monsieur le Président,

Son Excellence DA SOUZA DANTAS, Ambassadeur du Brésil à Paris, a bien voulu nous faire savoir que vous aimeriez faire l'échange des **Bulletins de la Société de Médecine de Porto Alegre** avec divers journaux médicaux français.

Nous vous signalons ceux qui ont bien voulu jusqu'ici accepter de faire cet échange:

ACTA MEDICA LATINA, Dr. Pierra, 52 avenue de Breteuil, Paris.
BULLETINS DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS, Dr. Buizard, 15 rue Vézelay, Paris.
SOCIÉTÉ DE MEDECINE DE PARIS, Dr. Bécart, 60 bld la Tour Maubourg, Paris.
LE BULLETIN MEDICAL, Dr. Clément-Simon, 2 rue Casimir Delavigne, Paris, 6ème.
LES BIOGRAPHIES MEDICALES, Laboratoires Ciba, 103, bld de la Part-Dieu, Lyon (Rhône).
LE COURRIER MEDICAL, Dr. Destouches, 4 rue Thénard, Paris, 5ème.

SOCIEDADE DE MEDICINA DE SANTA MARIA

Da secretaria da Sociedade de Medicina da cidade de Santa Maria, recebemos a atenciosa comunicação abaixo:

"Illmo. sr. diretor dos "Arquivos" — Temos a honra de levar ao conhecimento de V. S. que, de acordo com os nossos estatutos, foi empossada a nova diretoria da Sociedade de Medicina de Santa Maria, que exercerá seu mandato durante o ano de 1937, e está assim constituida:

Dr. Miguel Meirelles, presidente; dr. Carlos Menna Barreto, vice-presidente; dr. Raimundo Cauduro, secretario; dr. Faustino Cauduro, tesoureiro; dr. Vitor Hoffmann, bibliotecário.

Servindo-nos da oportunidade apresentamos a V. S., com protestos da mais alta estima e distinta consideração. Atenciosas saudações. — R. Cauduro, secretário."

AUTO-OBSERVAÇÃO

Espasmos dolorosissimos dos dois tractos urinários sobrevindos após cateterismo ureteral (bi-lateral). Acalmia relativa e efêmera com medicações anti-espasmódicas e analgésicas: calôr, solução de Dastre, trivalerina, octinum, belladona.

Desaparição imediata, total e definitiva da dôr com a injecção intravenosa de 5 cc. de solução de gliconato de calcio a 10% ("Geyer").

Pery Souza (médico).

2 — IV — 937.

Lições de técnica operatória e cirurgia experimental, pelo Dr. Erwin Presser — Tipografia Gundlach — P. Alegre — 1937.

E' com a mais viva satisfação que registamos o aparecimento das "Lições de técnica operatória e cirurgia experimental" do Dr. Erwin Presser, docente da nossa Faculdade de Medicina.

De tal natureza é o livro do Dr. Presser, corresponde por tal fórma a uma necessidade no nosso ensino e, o que é de maior monta, escrito com clareza, precisão e ordem, fugindo da pedanteria de linguagem, que, sem sem dúvida, vai êle ocupar um lugar distinto entre os livros didáticos.

De resto é mais um eloquente atestado dos esforços e da competencia na motéria, que tão procientemente leciona o ilustre docente.

Paris, le 9 Avril 19397.

SOCIETE DE MEDECINE DE PORTO ALEGRE

261 rue Général Camara

PORTO ALEGRE

Messieurs,

Par l'intermédiaire de S. Exc. DE SOUZA DANTAS, Ambassadeur du Brésil à Paris, et de Monsieur le Docteur DARTIGUES, Président de l'Union Médicale Latine, nous sommes informés que vous envisageriez avec plaisir l'échange de votre bulletin avec le SIECLE MEDICAL.

Nous faisons le necessaire pour que vous le receviez dorénavant, et serions très heureux de notre côte de recevoir votre publication.

Nous vous serions reconnaissants de nous signaler si quelque irrégularité se produisait dans le service de notre journal, cela arrive quelquefois dans les relations avec l'étranger.

Veuillez agréer, Messieurs, l'expression de notre très haute considération.

(a.) *Bertellon.*

REPUBLICA DE CUBA

Secretaria de Educaion

Seccion de cultura

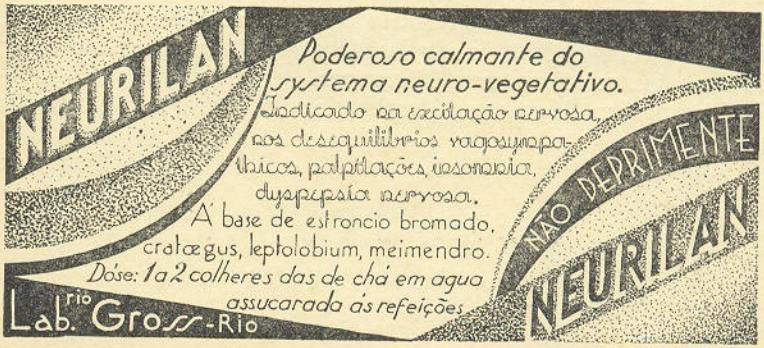
Habana, 3 de Junio de 1937
Sociedad de Medicina de Puerto Alegre.
Rua General Camara, 261.
Puerto Alegre, Rio Grande del Sur.
Brasil.

Señor:

En rumplimiento de lo interesado por el Sr. Ministro de Cuba en Rio de Janeiro, en una nota dirigida a nuestra Secretaría de Estado, tengo el honor de remitirle una "Revista Cubana" y los Cuadernos de Cultura de la 3.ª y 4.ª Serie, titulada, "CONFONAMIENTO Y AGRONOMIA" de Francisco J. Balmaseda, y ESPIRITU DE AMERICA" de José Martí.

Siendome grata esta oportunidad, para reiterarle el testiomonio de mi más alta consideración, quedo de usted,

Muy atentamente.
José M. Chacón y Calvo — Diretor de Cultura.



Jornadas Sul Americanas de Medicina e Cirurgia

Na ultima reunião da Sociedade de Medicina, o nosso consocio dr. Florencio Ygartua, que faz parte da direcção científica de nossos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", transmitiu aos colegas presentes o teôr do convite que havia recebido das sociedades científicas do Uruguai e extensivo á classe médica riograndense, afim de participar das "Jornadas Sul Americanas de Medicina e Cirurgia" que se realizarão, em Montevidéo, durante os dias 24 a 30 de Janeiro de 1938.

Convite enviado ao dr. Florencio Ygartua, professor da Faculdade de Medicina e extensivo á classe médica riograndense.

Montevidéo, 24 de agosto de 1937.

Ilmo. Snr.

Professor dr. Florencio Ygartua

Porto Alegre

Estimadissimo colega:

A Sociedade de Medicina do Uruguai, em união com todas as Sociedades Científicas de Montevidéo, preparou as Jornadas Sul-Americanas de Medicina e Cirurgia de 24 a 30 de janeiro de 1938.

Numerosas personalidades de países sulamericanos já lhe hipotecaram o seu concurso e seu comparecimento.

O Comité Executivo das Jornadas, constituido pelos delegados das Sociedades Médico-Científicas de Montevidéo, reputará uma grande honra para o Uruguai a presença de V. Ex.ª nas referidas Jornadas e roga-lhe o envío da lista dos médicos, que o acompanharão.

Resolveu ainda o Comité Executivo das Jornadas não estabelecer temas oficiais, deixando ao delegado ou á delegação a escolha do tema a tratar; manifesta, entretanto, o desejo de que todos os concurrentes lhe remetam, com a possivel brevidade, a relação dos trabalhos, que pretendem apresentar, no intuito de coordenar, por afinidade dos temas, o programa de trabalhos dentro do prazo dos seis dias de duração das Jornadas.

Saúdam a V. Ex.ª com a mais alta consideração e estima.

Prof. Alejandro Schroeder
(Presidente do Comité Executivo)

Dr. Alberto Morelli
(Secretario)

Dr. Leone Bloise
(Delegado da Sociedade de Pediatria ante o Comité Executivo).

As secções das "Jornadas" são divididas em: Medicina — Cirurgia — Anatomia normal patológica — Biologia — Cardiologia — Dermatosifilografia — Gastroenterologia — Gineco-locologia — Higiene e Medicina Social — Neuropsiquiatria — Odontologia — Otorrinolaringologia — Oftalmologia — Pediatria — Tisiologia — Urologia.

O dr. Ygartua solicitou, afinal, aos colegas que desejam comparecer ás "Jornadas" ou enviar trabalhos científicos, com a maior brevidade possivel, remeterem áquele colega seus nomes e títulos de seus trabalhos.

Tem-se verificado especial interêsse da nossa classe médica em participar, com a maior colaboração possivel e mesmo com a presença de diversos colegas riograndenses, ao importante certamen científico que reunirá elevados expoentes da medicina sul-americana.

SEGUNDO CONGRESSO BRASILEIRO DE ENSINO LIVRE

Realisou-se no Rio de Janeiro, com repercussão em todo o país, de 14 a 20 de Dezembro p. p. o II.º Congresso Brasileiro de Ensino Livre.

A sessão inaugural teve lugar no Instituto Nacional de Musica sob a presidencia do ex-senador Tavares Cavalcanti, tendo-se feito representar o Senado, a Camara dos Deputados e varias autoridades.

O prof. Tavares Cavalcanti em ligeiras palavras, expoz as finalidades do Congresso.

O prof. Roberto Lyra, orador oficial, leu um discurso, no qual teve ensejo de comentar a Constituição Federal na parte relativa ao ensino, acrescentando que a carta politica do país assegurava o ensino livre, e defendendo-se este, defende-se a propria Constituição. E reportou-se ao concurso que a antiga Faculdade Livre de Direito prestou ás letras periodicas do país, ensinando a varias gerações de moços que mais tarde ocuparam posições de destaque no país. E, a proposito, teve ensejo de dizer que, logo depois de proclamada a Republica, figuras representativas do antigo regimen dedicaram-se ao magisterio publico, dando-lhe brilho e o orientando inteligentemente.

Depois do prof. Roberto Lyra falou o deputado prof. Cesar Tinoco. Seu discurso foi todo cheio de observações sobre coisas do ensino no Estado do Rio, ao tempo em que exerceu o cargo de Secretario do Interior. Fe-lo reportando-se de forma especial ao ensino na Escola Normal de Niteroi, então sob programa de ensino completamente irrealizavel. Dai sua medida de supressão de dez cadeiras nesse instituto de ensino. Procurou dar forma mais pratica á instrução no Estado do Rio, de forma a que, quando á formação do professorado, pudesse um professor fluminense exercer se possivel suas funções no Distrito Federal ou em qualquer Estado pela soma de seus conhecimentos. Condenou sempre os professores burocratas e sempre foi adepto da criação de escolas-padrão, com matriculas limitadas. Fez a apologia do ensino liberal, condenando entretanto, a industria criminosa do falso ensino livre, cujos males apontou.

Em seguida, falou o prof. José de Albuquerque que fez curiosas observações sobre o ensino medico entre nós, condenando o ensino da clinica ser ministrado nos hospitais, casas de caridade, quando, acentuou, deveriamos ter para tal fim hospitais casa de ensino.

Desenvolvendo seus pontos de vista, diz o Prof. José de Albuquerque: "Quando me refiro a hospitais, casas de ensino, é para realçar que o criterio que deve presidir a admissão de doentes nesses estabelecimentos não é a necessidade do ensino da cadeira".

Mais adiante diz o Prof. José de Albuquerque:

"Condeno que o ensino medico seja ministrado nos hospitais, casas de caridades e finalidade, não se póde fazer a seleção dos casos clinicos que convenham ao ensino" e cita o exemplo do que se passa em muitos deles, em que os doentes, pela natureza de seus males, permanecem muita vez, meses e até anos, ocupando os leitos da enfermaria, sem nenhuma vantagem para o ensino, que fica assim cerceado em sua expansão, pela carencia de casos novos que pudessem servir de objeto de estudo para os alunos.

Depois do Prof. José de Albuquerque falou o Prof. J. J. Trindade Filho, diretor da Faculdade de Filosofia, que realçou as vantagens do ensino livre, secundando assim as palavras dos oradores que o precederam.

Finalmente ocupou a tribuna o Prof. Arthur Victor organizador do Congresso e a cujo dinamismo e operosidade todos os oradores se referiram elogiosamente, para agradecer o interesse que a instalação do IIº Congresso Brasileiro de Ensino Livre havia despertado em todas as camadas culturais do país.

A seguir, foi encerrada a sessão ao som do Hino Nacional Brasileiro.

Durante toda semana foram realisadas sessões das diversas secções do Congresso no Salão Nobre da Universidade da Capital Federal e nas quais foram discutidas importantes teses, das quais se sobressaem as seguintes: "Novos rumos da Filosofia", pelo Prof, Lupercio Hoppe; "Rumos Praticos do Curso de Direito", pelo Dr. Alfredo Milagre; "O ensino religioso nas escolas", pelo Prof. Souza Brasil: "Importancia do ensino da clinica andrologica", pelo Prof. José Albuquerque; cinco principios praticos do ensino profissional", pelo Prof. Arthur Victor; "Importancia do ensino secundario", pelo Prof. Raymundo Nonato Rangel; e outras mais, cujos temas nos escaparam, de autoria dos professores Julio Brandão, Licinio Santos, José Magarinos, Othon Costa, Ladislau Vinhaes e Carlos Guimarães.

A tese do Prof. José de Albuquerque, foi recebida com palavras de louvor e aplausos por parte de todos os congressistas que unanimemente aprovaram-na, tendo muitos dos seus pares ao darem o seu voto, fundamentado os motivos que os levavam a votar favoravelmente á proposta do Prof. José de Albuquerque, que era a de sugerir ao governo a criação da cadeira de clinica andrologica em todas as faculdades de medicina no país.

Embora brilhantes, deixamos de fazer comentarios sobre as demais teses apresentadas, por fugirem seus assuntos da competencia deste jornal.

BASES DO CONCURSO AO PREMIO "JOSE' MARIANO DA ROCHA"

ARTIGO 1.º — A Sociedade de Medicina de S. Maria concederá bienalmente o premio José Mariano da Rocha, ao melhor trabalho arigi-nal e inedito, que lhe fôr apresentado sobre medicina ou cirurgia.

ARTIGO 2.º — Poderão concorrer ao premio, todos os medicos residentes no Estado e diplomados pelas Faculdades oficiais do país ou a elas equiparadas.

ARTIGO 3.º — Os trabalhos dos concurrentes ao premio, deverão ser datilografados, conter no minimo 20 paginas de texto, e ser entregues á Sociedade mediante recibo até 31 de outubro do corrente ano, data do encerramento do concurso.

ARTIGO 4.º — Os trabalhos serão firmados apenas por um peseudonimo e acompanhados de um envelope lacrado, trazendo exteriormente o peseudonimo e interiormente o nome e o enderço do autor.

ARTIGO 5.º — Para o julgamento do melhor trabalho, que se fará no decorrer do mês de novembro, a Sociedade de Medicina elegerá previamente uma comissão de cinco membros que, depois do exame meticuloso de todos os trabalhos apresentados, dará seu veredictum em ata firmada por todos os componentes da comissão.

§ 1.º — A comissão julgadora poderá recusar todos os trabalhos, si não os achar dignos do premio.

§ 2.º — Os membros da comissão julgadora não poderão concorrer ao premio.

ARTIGO 6.º — Na sessão em que for apresentado o veridictum será feita a abertura do envelope contendo o nome do autor do trabalho premiado.

§ 1.º — Os outros envelopes serão destruidos sem serem abertos.

ARTIGO 7.º — No mês de dezembro, em dia previamente designado, a Soc. Med., em sessão solene e publica, fará a entrega da medalha do autor do melhor trabalho ou ao seu representante.

ARTIGO 8.º — O autor poderá publicar este trabalho com a declaração de ter sido premiado pela Soc. Med. S. M., não podendo entretanto modificar o texto primitivo.

ARTIGO 9.º — Os trabalhos que não forem premiados deverão ser retirados dentro de 30 dias, mediante devolução do recibo fornecido no ato da entrega; findo esse prazo, os que não forem procurados, serão incinerados pela comissão julgadora.

Boletim da Secção de Cirurgia

da

Sociedade de Medicina

Comissão Redatora:

H. Varnieri
Adair E. Araujo
Luiz S. Barata

Sumario:

J. BOUDREAUX — Tumores primitivos do raque

DIUSMORE, R. S. e COILE — Problemas tireoideus e resultados das operações sobre as tireoides

Secção de cirurgia da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Tumores primitivos do raque

J. Boudreaux

Journal de Chirurgie — tomo 48 n.º 3 — Setembro 1936.

Ao lado do cancer secundario multiforme do raque, existem tumores, cujo estudo está ainda rudimentar: são os tumores neoplasicos do raque primitvo e dependentes do tecido osseo, cartilaginoso ou periostico.

A falta de uma classificação bem definida dos tumores osseos e especialmente raquianos, assim como as dificuldades na sua interpretação clinica e radiologica, são elementos que têm prejudicado a evolução do seu estudo, apesar das abundantes observações esparsas, mesmo de autores de renome. As importantes publicações de Davis, Bower Clark e de Lewis, sobre os tumores mieloplaxicos, os de Junghanns e Schmorl e outros alemães sobre os hemangiomas, os de Fraenkel, Jourdan e outros sobre os chordomas e mielomas, constituiram apenas monografias isoladas e, a não ser um trabalho antigo de Schlesinger (1898), só ha uma breve revista geral de Poinso e Farnarier (1933). E' necessario, pois, reunir esses tumores num plano correspondente aos progressos da radiologia e da neuro-cirurgia.

Etiologia — Apesar de sua relativa raridade, nós encontramos 11 casos já publicados na nossa tése, assim diagnosticados histologicamente: 1 mieloplasmocitoma, 3 tumores mieloplaxicos, 3 angiomas, 2 condromas e um tumor cistico solitario. Os tumores primitivos do raque podem ser malignos ou benignos.

Os tumores malignos — constituem a grande maioria dos antigos sarcomas, termo que deve ser abandonado pela sua imprecisão. A anatomia patologica distingue: mielomas, sarcomas de Ewing, osteo-sarcomas, fibro-sarcomas e cordomas.

Os mielomas são os mais frequentes. A' primeira vista parece que não caberiam nesta ordem de tumores primitivos pela sua tendencia enorme á difusão, mas eles são muitas vezes raquianos primitivos e de feição vertebral. Clinicamente os sintomas são vagos e de evolução lenta constituindo em dores osseas vagas e reumatoides. A radiologia fornece sinais caracteristicos representados pela difusão das lesões e a intensidade da reabsorção ossea, a redução da cortical e o frequente ataque á apofise transversa.

Os sarcomas de Ewing (ou reticulo-endotelio-sarcoma) são relativamente raros no raque (8 casos publicados). A semelhança entre os tumores reticulo-endoteliaes e os mielomas do tecido mieloide osseo)

faz com que seja possivel a confusão destes ultimos com os tumores de Ewing. Clinicamente eles se distinguem pela frequente localisação costo-vertebral, evolução febril e notavel radiosensibilidade, carater este que permite notaveis sucessos terapeuticos.

Os osteo e condro-sarcomas são tumores malignos por excelencia do tecido osseo, embora mais raros no raque. Sua frequencia no raque é de 6 % e sua séde de predileção é na porção dorso-lombar. Eles podem estar situados no corpo ou no arco vertebral, neste ultimo caso podendo tomar a forma osteoclastica pura ou a osteoclastica tumoral Clinicamente se manifestam por dores locais. Duas formas podem se instalar: a forma nervosa que se exteriorisa pela paraplegia sem sinais locais evidentes, e a forma tumoral com predominancia de sinais locais. A radiografia mostra destruição do arco ou do corpo vertebral e frequentemente uma sombra tumoral. O prognostico é grave.

Os fibro-sarcomas periosticos formam um grupo de tumores mal conhecidos e muito raros, ficando nos limites dos tumores benignos com os malignos.

Os cordomas são tumores derivados de vestigios do notocordio. Podem ser vertebrais e tambem ocipitais e cranianos, mas a sua predominancia de localisação é sacro-cocigiana. Clinicamente são observados diretamente pelos exames pré-sacros ou sacros posteriores, sendo acompanhados quasi constantemente pela paraplegia. Sua evolução lente leva-os a tamanhos tais que podem ser verificados pela palpação retal e pelos sinais de compressão pelviana.

Tumores benignos — são os tumores a mieloplaxas e os hemangiomas de maior frequencia, depois os condromas e os tumores excecionais.

Os tumores a mieloplaxas são por vezes consecutivos a traumatismos, e por isso autores varios os consideraram como reação ossea distrofica de reparação. Ataca o corpo mas respeita o disco intervertebral. Clinicamente é sempre a dor, comum a todos os tumores vertebrais, o primeiro sintoma. Em ¾ dos casos póde-se palpar o tumor segundo Bower. O tamanho póde atingir ao tamanho de uma cabeça de feto e sua consistencia dá impressão de flutuação. A radiografia nem sempre é tipica, pois só a imagem aureolar poderia ser afirmativa. A evolução é fatal e a cirurgia pouco póde adiantar.

Os angiomas são mais frequentes que os precedentes. Segundo Schmorl e outros anatomo-patologistas alemães seria tal a sua frequencia que se os encontrou em 10 a 11 por cento das autopsias. Raros na porção cervical, são frequentes na porção dorso-lombar. Histologicamente é um angioma cavernoso tipico. Clinicamente apresentam dores radiculares, e uma feição clinica muito especial qual a de apresentar sinais objetivos da sensibilidade (anestesia) sem a menor manifestação subjetiva da sensibilidade. A radiografia mostra uma imagem tipica de aspeto poroso finamente crivado de pequenas lojas.

Os condromos devem ser separados dos nodulos osteo-cartilaginosos provenientes do disco, impropriamente chamados condromas ver-

tebrais. Os sinais clinicos são a paraplegia e os dados radiologicos que mostram um pequeno tumor de contornos nitidos, de forma multi-lobulada. A exerese dá bons resultados.

Os tumores excepcionais são os lipomas, os fibromas periosticos, os osteomas e os cistos.

Para o diagnostico poucos elementos podem contribuir eficientemente, pois todos se apresentam clinicamente com os mesmos sintomas: dor ossea vaga, dor radicular e paraplegia. Só os angiomas têm um aspeto tipico: é a paraplegia sem dor, e o sinal radiologico. A radiografia mostra sempre um mesmo processo de destruição, com cifose, etc. Por vezes deve-se recorrer á biopsia sempre que possivel. A evolução tambem pode contribuir para o diagnostico.

O tratamento é diverso e a cirurgia muito tem progredido nesse sentido. O mieloma e o tumor de Ewing devem ser tratados pela Roëthgenterapia e uma laminectomia descompressiva. Em relação aos tumores benignos a cirurgia tem obtido os melhores sucessos.

E. P.

Diusmore, R. S. e Coile — Problemas tireoideus e resultados das operações sobre as tireoides — Surg. bl. North Bm. 1935, 15:859

Em cerca de 8.000 casos de bócios simples endemicos e bócios adenomatosos simples a paralisia do nervo recurrente como condição pré-operatoria é rara, só foi encontrada em 0,01 por cento dos casos. Em 1,053 bocios removidos, o exame histo-patologico revelou, em 24, de generação maligna, sendo que esta apenas foi suspeitada em 9 casos.

A mortalidade operatoria foi de ¼ por cento.

No hipertireoidismo uma acentuada taquiesfigmia é indicação para um tratamento mais conservador, como a ligadura.

Apenas 15 % das mortes post-operatorias foram observadas em individuos abaixo de 45 anos. Como contraindicações absolutas á operação devem ser assinaladas — o vomito e o delirio persistente —. A radioterapia é nestes casos a unica esperança. Em 74 casos de hipertiroidismo abaixo de 14 anos de idade os sintomas são semelhantes aos dos velhos. Nos velhos o hipercinetismo, o estado emocional e a taquiesfigmia são respectivamente substituidos pela exaustão, delirio, fibrilação e descompensação cardiacas. O risco operatorio é maior, mas sem tratamento radical nada ha que esperar.

No hipertireoidismo com ritmo cardiaco normal e pressão sanguinea normal o coração não se hipertrofia. Em 426 casos com fibrilação auricular o coração voltou ao ritmo normal, dentro dos primeiros tres dias após a operação em 45 por cento dos casos e mais tarde em mais 15 por cento. Com a administração de quinidina o coração tornou-se regular em 90 por cento da série. Noventa e sete por cento dos operados estavam em bôas condições dois anos depois, sendo que oitenta e seis por cento retomaram suas ocupações habituais. Apenas 1,5 por cento mostrou recurrencia do hipertireoidismo dentro de dois anos.

G. B.

———x———

No ano transacto a cirurgia sofreu entre outras, duas perdas que abrem forçosamente dois grandes claros especialmente na cirurgia do aparelho digestivo. Mohyniham, o conhecido cirurgião inglês, a quem muito devemos no capitulo da cirurgia das ulceras gastricas e duodenais, foi um professor de espirito esclarecido, conhecedor perfeito da arte de ensinar, teve sempre a notavel orientação de transmitir os conhecimentos cientificos em linguagem acessivel, ornada de uma simplicidade encantadora de modo a facilitar a aquisição. Tecnico de ad-

miravel engenho deixa seu nome ligado a diversos processos e a varios instrumentos de sua invenção.

Sucumbiu, vitima de dolorosa saudade que lhe deixou a perda alguns meses antes da amantissima esposa. Já sexagenario não teve forças para resistir ao imenso golpe que sofreu.

No penultimo mês do ano, em 23 de Novembro, desapareceu Victor Pauchet, o espirito irriquieto, de atividade sem par, que tivemos a portunidade de conhecer e apreciar em 1927, quando durante algum tempo acompanhamos as suas brilhantes sessões operatorias, em particular as de cirurgia do estomago e do grosso intestino.

Ainda o estamos vendo com maxima agilidade subir os multiplos andares do Hospital Saint-Michel, com maestria executar as mais dificeis intervenções no aparelho digestivo e após a terminação de cada uma, subir risonho á galeria, onde se conservava a assistencia, para travar conhecimento com todos aquêles que das mais diversas e longinquas regiões acorriam para assistir suas operações. Lá chegado, com rapido golpe de vista distinguia aquêles que ali estavam pela primeira vez e a eles se dirigia indagando da procedencia, para logo após inquirir se bem haviam compreendido a tecnica que executara. Discorria então sobre o assunto, e aguardava o chamado dos assistentes para descer e retomar o bisturi.

De uma sinceridade notavel, arguia aqueles que mais assiduamente frequentavam o seu serviço e incitava-os a assistirem as sessões operatorias de outros notaveis cirurgiões franceses.

Homem de convicções e observador de primeira plana, defendia sua orientação emquanto a julgava acertada e a modificava sempre que novos conhecimentos obrigavam-no a chegar a outras conclusões. Quem percorrer os vinte volumes de sua "Pratica Cirurgica Ilustrada" terá oportunidade de verificar o que afirmamos, pois levando em conta as datas das edições dos diversos fasciculos verá que muitas vezes, recompunha, alterava, e até substituia, de acordo com a experiencia, os diversos processos de sua propria autoria. Era uma atividade sempre em marcha para um ideal e nunca se deslumbrou com o encantamento da propria obra e até morrer nunca se conformou com a estagnação de sua obra, que por muitos motivos, já grangeara para seu nome a aureola indelevel que ha de sempre relembra-lo na historia da cirurgia como um dos que muito e muito fizeram em seu proveito.

Professor de anatomia na Faculdade de Medicina de Amiens sua cidade natal, após a Grande-Guerra, transportou-se para Paris onde obteve, graças a generosidade dos barões de Günzburgo o bom serviço cirurgico que é conhecido de muitos de vós, onde seu espirito pratico de professor atuava com o maior brilho.

Para se aperfeiçoar na avidez de dilatar seus conhecimentos empreendeu varias viagens a paises estrangeiros tornou-se um admirador da cirurgia norte-americana e para a divulgação de seus poprios metodos, e de utilisação de seus istrumentos introduziu a pratica dos desenhos esquematicos reproduzindo com fidelidade e de modo simples os diversos tempos operatorios, onde com ligeiro perpassar dolhos uma rapida recapitulação póde ser feita e onde se desperta para uma

melhor fixação a memoria visual de tanta importancia nos modernos metodos pedagogicos.

Sua anatomia de bolso, tambem em quadros esquematicos é um manual que permite no leito do doente reavivar rapidamente as noções anatomicas já esquecidas.

Fóra da cirurgia, tinha a confiança no entrenamento fisico e na educação da vontade para o desenvolvimento sadio do organismo Transportou para a França muito de sua observação nos meios norte-americanos, fez a divulgação destas suas convicções pela publicação de numerosos livros como — O Caminho da Felicidade — Conservae a mocidade a A creança. Espalhou assim pelos paises latinos a confiança que tinha, pela sua pratica e pela sua observação. Pela manhã antes de iniciar sua atividade hospitalar, já ao fim de sua quinta decada da vida, ia diariamente aos courtis de tenis e fazia seu exercicio habitual.

Viveu como um homem moderno; profissionalmente atualisou o ensino e a pratica da cirurgia. Na sociedade francesa foi um espirito cintilante; por todos os seus meritos obteve a Legião de Honra, foi membro de muitas sociedades de cirurgia do seu Pais e Estrangeiros, não tendo podido presidir o ultimo Congresso Frances de Cirurgia para que havia sido eleito, pois já estava afastado de qualquer atividade, por causa das complicações e sequencias, que, durante longos mezes, se sucederam a graves lesões craneanas oriundas de grave acidente automobilistico.

E' um grande nome que passa á posteridade.

G. B.

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

Medicados pela illustre classe medica

Vitamina — Farinha alimentar por excellencia.
Néo-Vitamin — Tonico de extracto de frutas e vegetaes.
Insulina — Diabetes.
Synergon A. B. C. — Blenorrhagia e complicações em ambos os sexos.
Fermento tridigistivo — Perturbações digestivas.
Sôro Lipotonico (Mef) — Tonico do systema nervoso. Ambos os sexos.
Sôro Liposedativo (Mef) — Tonico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
Ovariomastina — Dysmenorrhea (comprimidos e amp.)
Glandula Pituaria — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
Lipocholepatina — Tuberculose (ampolas).
Cholepatina — Affecções do figado e vias biliares.
Gl. Thyreoide — Insufficiencia thyreoidiana.
Cholelactina — Desordens intestinaes.
Encephalina — Tonico nervino (compr. amp. e extracto).
Polyendocrinico — insufficiencias das glandulas associadas.
Hemosplenina — Paludismo. Anemias geral.
Pancreas — Insufficiencia pancreatica. Diabetes.
Renina — Diuretico por excellencia (compr. e amp.)
Suprarenal — Insufficiencia da gl. suprarenal.
Orchidan — Fraqueza sexual (compr., amp. e extr.)
Extracto hepatico — Insufficiencia hepatica.
Lipocarbisan (A. B. C.) — Syphilis e suas manifestações.
Bismarsen — Syphilis e suas manifestações.
Quinoparsen — Impaludismo.
Panlaxil — Prisão de ventre.
Biotoxil — Opotherapia associada nos estados toxi-infecciosos.
Iopepsan — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opotherapico digestivo glycerinado. Arterioesclerose, hipertensão arterial — arterites especificas — linphatismo e obesidade.
Thyroluteina — Perturbações da menstruação.
Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.
Nutrosan — Biscoitos calcificantes — Caseinato de calcio e feculentos. Alimentação infantil além dos seis mezes. No decurso de gravidez e de amamentação. Acção alimentar. Fixação do calcio.
Vitamina — Injectavel. Extractos concentrados de vitaminas. A vitaminoses, escorbuto, rachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
Extracto Hepatico — Injectavel. Opotherapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorrhagicas etc.
Biocalcio — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infecções, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções osseas.
Ioformil — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardio-nephro-esclerose, toxi-infecções, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
Néohemosteno — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Poliopoterapia.

Direcção scientifica:

Dr. Mario Pinheiro (Director) -- Dr. Helion Povôa (Assistente)

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Bahia e Recife

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609