

QUARTA SECÇÃO

O kysto hydatico do cerebro na criança.

Por L. Morquio

(Professor cathedr. de Clinica Pediatria do Uruguay.)

O pediatro uruguayo, n'uma conferencia realisada na clinica do Prof. Sergent, em Paris, fez um completo estudo sobre o kysto hydatico do cerebro na criança, que lhe valeu os mais entusiasticos elogios do corpo medico francez.

O autor diz no seu trabalho: entre as localizões existe uma que, por sua gravidade e por suas modalidades pathologicas, merece uma menção especial: é o kysto hydatico do cerebro.

No espaço de 25 annos, desde 1902 até 1927, o autor, estudou 38 casos de kystos hydaticos do cerebro, em crianças de differentes idades. Desses 38 casos, 30 pertencem ao hospital e 8 á sua clinica particular.

Todas estas crianças tinham habitado ou habitavam na campanha do Uruguay, considerando isto um elemento etiologico de maior importancia.

O sexo masculino foi mais preferido: 22 meninos para 16 meninas, concluindo que o kysto hydatico é mais frequente nos meninos, porque estão mais expostos, que as meninas, ás contaminações.

Não se encontra o kysto hydatico na primeira infancia e é excepcional abaixo de 5 annos.

Dos 38 casos, 24 foram operados; 18 no hospital pelo dr. Pena, com 16 mortes e 2 curas; 6 na cidade, todos mortos.

Dos 14 restantes, 10 morreram por diversas causas: enfermidades intercorrentes, ou, mesmo por causa do kysto. Ignorou o autor a evolução de 4; accredita, porém que tenham terminado fatalmente. Resumindo: sobre 38 casos, 36 mortes e 2 curas post-operatorias.

O autor relata que a idade infantil e por circumstancias não explicadas sufficientemente e offerece um terreno de predilecção, que, conforme as estatisticas, será de 1 para 7, com relação ao adulto.

Lembra que sobre 31 casos observados por Herrera Vegas e Cramwell, 27 pertencem a crianças.

Attribue-se a predilecção pela criança a uma susceptibilidade propria da idade,

dependendo de uma actividade particular da circulação encephalica e das condições favoraveis das circulações hepatica e pulmonar, para dar passo ao *scolese*, o que favorecia a penetração nos centros nervosos dos elementos parasitarios e dos agentes infecciosos.

Diz o autor: Em nosso meio, na presença de um caso suspeito de tumor cerebral, pensamos immediatamente no kysto hydatico, sobretudo se se trata de uma criança que procede da campanha.

O autor, com grande documentação scientifica e experiencia profissional relata em multiplas considerações os casos clinicos estudados sob os mais variados aspectos, no que concerne á symptomatologia (cephalea, vomitos, convulsões, parestias, paralyisias, contracturas, alterações do equilibrio, phenomenos oculares, alterações da sensibilidade, alterações mentaes, alterações craneanas, manifestações confusas e associadas).

Depois do autor relatar com os minimos detalhes esta rica symptomatologia do kysto hydatico cerebral, affirmando não existir nenhum pathognomico, e, sem um syndrome de tumor cerebral com expressões clinicas muito variadas.

Para base do diagnostico, entra o autor, em considerações sobre a procedencia do doente, sobre o syndrome do tumor cerebral, alterações da motilidade, phenomenos oculares, amollecimento craneano, reacções de laboratorio, exame radiologico e finalmente no diagnostico diferencial entra em considerações sobre a epilepsia, enxaqueca, encephalites, tumor cerebral, relação do estado anatomico com as manifestações funcçionaes e assim conclue:

O kysto hydatico do cerebro é uma enfermidade particularmente grave, porque sua cura expontanea é muito difficil, senão impossivel e porque sua evolução se faz de tal forma que, quando se chega ao diagnostico é quasi sempre muito tarde. Não tomamos em consideração alguns casos de regressão, que tem sido assignalados, e porque são muito discutidos. Devido a isto é que as estatisticas indicam uma mortalidade total ou quasi total, com intervenção cirurgica ou sem ella.

A punção racheana, que, as vezes, se emprega com um fim de diagnostico ou para determinar uma descompressão — não se deve fazer, senão com grande precauções, porque pode ser perigosa, como em todos os casos de tumor cerebral. Um dos nossos enfermos do hospital, falleceu pouco depois de uma punção intra-racheana.

O unico tratamento actual do kysto hydatico cerebral é a intervenção cirurgica. Não nos cabe descrever sua technica, nem fallar das particularidades operatorias, nem post-operatorias. Basta saber que, graças á operação, alguns doentes se curaram. Sobre 18 casos operados, o dr. Pena obteve 2 curas, mantidas cinco annos depois, no momento de ser apresentados a nossa Sociedade de Pediatria.

Este resultado, bastante pobre, porém estimulante de accôrdo com as circumstancias que conhecemos, permite esperar que uma intervenção praticada mais cedo ou em melhores condições, possa dar resultados favoraveis.

É por isto que devemos esforçar-nos por descobrir o kysto hydatico do cerebro desde suas primeiras manifestações, tratando de fazer o diagnostico o mais precocemente possivel, auxiliado por todos os meios de que dispomos, reconhecendo as difficuldades que existem para isso, não só por condições etiologicas particulares, senão tambem, e sobretudo, por circumstancias proprias á natureza da enfermidade.

F. Ygartua.

Vaccinação com o B. C. G.

na „Cura“ da casa da criança (Montevideo)
por *Julio A. Bauzá (director)* e *Julio E. Moreau (chefe do Laboratorio de Dispensario Calmette)*

Archivos Argentinos de Pediatria, anno 1, n.º 1, pag. 5, Abril de 1930.

Os A. A., em Maio de 1927, iniciaram na Cura da casa da criança de Montevideo, a vacinação antituberculosa por via oval, conforme o methodo de Calmette, em crianças menores de 7 dias. Desde essa epoca até 1.º de Março de 1930, a vacinação pelo bacillo biliado B. C. G. foi applicada em 272 crianças, sendo que 197 foram seguidas durante mais de um anno.

Os A. A. fazem longas considerações sobre a resistencia dos vaccinados e dos não vaccinados, estudam o B. C. G. pela via

subcutanea, a sua efficencia, minocuidade, etc. e concluem:

Que applicaram a premunição por via oval, conforme o methodo de Calmette, durante um periodo de 3 annos, em 272 crianças, menores de 7 dias, pertencentes á Cura da casa da creança de Montevideo, sendo que 197, foram de perto ccompanhados durante mais de um anno.

Nenhuma acção desfavoravel, que pudesse ser motivada pela acção do B. C. G., pode ser demonstrada em nenhum caso.

A mortalidade por causas geraes neste grupo de crianças não foi influenciada pela vacinação, sendo quasi identica á observação em um grupo quasi igual de crianças pertencentes aos 2 annos anteriores e não vaccinados.

Do estudo que os A. A. realisaram concluíram que a cuti-reacção, sobre os 60 casos em que foi estudada resultou positiva em 20 %. Applicando a intradermo-reacção nos não vaccinantes ao Pirquet obtiveram 56,2 % de casos positivos. Em total, sobre 60 casos, obtiveram 39 reacções positivas entre o primeiro e segundo anno de idade, o que representa 65 %.

A circumstancia de observar-se uma elevada proporção de intradermoreacções positivas, ao caldo na mesma diluição que com a tuberculina, poderia tirar valor ás estatisticas que dão uma proporção extraordinariamente elevada de intradermoreacções positivas.

Julgam que a vacinação por via oval é inoffensiva, porém, não sufficientemente fiel, não possuindo um meio seguro que lhes permita reconhecer até que ponto ella é efficaz.

A revaccinação das creanças maiores de 1 anno, e a vacinação das crianças maiores de 10 dias depois de comprovar a ausencia de infecção tuberculosa, deve praticar-se por via subcutanea e com dosis não maiores de $\frac{1}{50}$ mgs. equivalentes a 800.000 bacillos aproximadamente.

A juízo dos A. A. nada se oppõe a que as crianças que vivem n'um ambiente tuberculoso, ou n'um meio familiar de hygiene deficiente e se lhes applique a vacinação por intermedio do B. C. G. sem deixar de aconselhar as medidas higienicas correntes de prophylaxia antituberculosa, pois, com os meios actuaes de investigação não é possivel assegurar si a criança vacciada, obtem immunidadade em todos os casos, nem o tempo que durará o grão de immunidadade que possa ter adquirido.

F. Ygartua.

Zona e varicella.*Pelo Dr. Mario Olinto.*

Archivos de Pediatria de Rio de Janeiro, anno II, fasciulo 18, pag. 556, Março de 1930.

O autor lembre um caso de varicella n'um menino de 6 annos de idade, cuja mãe 15 dias antes teve uma erupção herpetiforme, muito dolorosa, com localisação no trajecto de um nervo da região sacro-lombar. A semelhança da erupção fez com que a mãe do pequeno chamasse aquelle clinico julgando a senhora que se tratasse de zona.

O autor recorda, não ser esta confusão predicado dos leigos porque ella existe tambem entre os medicos e os pesquisadores.

O autor em interessantes considerações sobre o zona e a varicella em resumo diz:

Achard distingue o herpes banal, que surge commumente em algumas doenças infecciosas, do herpes zoster como sendo affecções differentes. Lembra as dôres nevralgicas que precedem, geralmente a erupção cútanea, constituída de vesiculas agrupadas em forma de cachos, contendo um liquido claro ou turvo e que se torna mais tarde purulento ou hemorrhagico. Lembra, tambem, que na criança as dôres são leves ou mesmo podem não existir no quadro clinico.

O autor cita que Grüter ha quasi dois decenios chamou a attenção para o possivel parantesco do virus da vaccina com o do herpes zoster. Pelos estudos de Head e Campbell (1900) ficou demonstrado tratar-se de uma doença autonoma, infecciosa, cyclica e contagiosa, apparecendo em pequenas epidemias ou isoladamente.

O contagio se dá geralmente pelo contacto directo ou por intermedio de roupas contaminadas.

O virus parece ser da classe dos filtraveis e invade o organismo por via venosa. Inoculado no systema nervoso central produz encephalite.

Elle tem as mesmas propriedades do virus da raiva que com o da poliomyelete anterior aguda e o da encephalite lethargica formam, pelas affinidades a que obedecem entre si, as chamadas ectodermoses neurotropicas (Remlinger e Bailly).

O autor faz considerações sobre a varicella. O agente causador é desconhecido, mas provavelmente pertence, tambem á classe dos filtraveis. Faz commentarios sobre a inoculação do conteudo das vesiculas.

Cita a opinião de Lesage: a varicella é a mais contagiosa das doenças exanthe-maticas; até pelo ar se pode adquiril-a.

Faz considerações sobre o zona e a varicella, dizendo: Já vemos que ambas as doenças são produzidas por germens, provavelmente filtraveis, que o periodo de incubação é identico em ambas; que o aspecto das vesiculas é semelhante, differindo apenas a maneira de distribuição. Ambas conferem immuidade permanente e o que é mais interessante já se tem observado varicella transmittir zona e zona ser a causa de muitos casos de varicella.

Janos von Bokay, em 1888, foi quem chamou a attenção para o simultaneo apparecimento de casos de herpes zoster e varicella.

Ha 10 annos para cá a opinião de Bokay, tem preocupado os investigadores e uma centena de trabalhos tem surgido quer apoiando o professor hungaro, são os unicistas; quer fazendo-lhe serias contestações, são os dualistas. Entre os primeiros sobresahem pelo valor dos trabalhos Magda, Feer, Evoa, Backmeister, Lampe, A. Netter etc.

Continúa o autor: vejamos agora o que dizem os dualistas. Dita a opinião de Cozzoleno, relatando um caso de uma criança de 8 annos de idade, com herpes zoster na região sacro-lombar. Puncionadas estas vesiculas foram vaccinados por escarificações 4 crianças. A inoculação permaneceu negativa; entretanto 16 e 18 dias depois do apparecimento do herpes na primeira criança, surgem respectivamente duas crianças com varicellas.

Kundratitz affirma ter conseguido immuidade contra a varicella inoculando em pessoas que não a haviam tido o conteúdo das vesiculas do zona. O autor cita outras opiniões a este respeito e tira as seguintes conclusões:

1.º) — Ainda é cedo para affirmar categoricamente a mesma identidade dos germens da varicella e do herpes zoster.

2.º) — O isolamento do mesmo e a sua caracterisação seria o melhor meio de pôr termo á questão.

3.º) — Parece que o responsavel pelas duas entidades morbidas pertence á classe dos virus filtraveis o que vem, no estudo actual da sciencia, difficultar o seu estudo.

4.º) — Os casos observados de transmissão de varicella em zona e vice versa, e a identidade do periodo de incubação fallam a favor do unicismo imaginado por von Bokay.

F. Ygartua.

A pleurisia purulenta na primeira infancia.

Por Mamerto Acuña

(cathedratico de clinica pediatrica de Buenos Ayres)
e M. T. Vallino.

Archivos Argentinos de Pediatria, anno 1, n.º 1, pag.
47, Abril de 1930.

Os autores apresentam um trabalho muito bem documentado. Reuniram 20 observações clinicas, devidas a complicações de broncho-pneumonias e pneumonias. O germe mais frequente foi o pneumococco, seguido em frequencia do estreptococco, o estaphylococco e associações microbianas.

Para fazer o diagnostico os autores empregaram os raios X, punção pleural e o exame clinico.

O prognostico é grave, pois as estatisticas deram até 80 % de mortalidade no primeiro anno de vida. Para a extracção do pus realisaram processos cirurgicos e medicos.

Dos 20 casos estudados curaram 13, havendo 7,35 % de mortalidade. Puncções simples e vaccinothrapia, mortalidade 66 por cento; puncções evacuadoras ou injecções modificadoras (azul de methyleno optoquinina) tratadas, 3; curadas 3. Puncções, injecções intrapleuraes, sôro, optoquinina, reseccão costal, tratados 5, curados 5. Pleurotomia com reseccão costal immediata sem preparação previa, 9 casos; curados 4; fallecidos 5. Pleurotomia com reseccão costal precoce e immediata, dá uma elevada porcentagem de mortalidade, superior aos processos medicos. A puncção evacuadora com injecções intrapleuraes de optoquinina, dá resultados mais satisfactorios; e a pleurotomia com reseccão costal, previa preparação da criança com injecções intrapleuraes de substancias modificadoras é muito superior em seus resultados á operação precoce do empiema. Logo a pleurotomia deferida, previa preparação da criança deram os melhores resultados.

Dizem os autores: A nossa conducta, em face de um caso de pleuresia purulenta, será, pois, conforme relatam no seu trabalho, tratar de curar por meios medicos, dando preferencia ás puncções evacuadoras, seguidas de dosagens com solução de optoquinina a $\frac{50}{100}$, esperando, emquanto o estado geral, deduzido do exame clinico, nos revele melhoras; em caso contrario ou quando o pus se reproduz rapidamente,

faremos praticar a abertura da pleura; esta pleurotomia deferida, previa preparação do paciente, nos tem dado os melhores resultados, pelo que nos julgamos autorisados a recomendar este methodo na pleurisia purulenta da criança pequena.

F. Ygartua.

Sobre a necrose central experimental dos lobulos hepaticos.

Por Fischler u. Hjaerre.

Zb. für Chir., 29 de Junho de 1929, pag. 1648.

Esta necrose central apparece principalmente em consequencia de narcose chloroformica ou de outras intoxicações, como pela tetrachloratana, sulfato de hydrazina, etc. bem como depois de fistulas de Eck. A chamada hemoglobinuria puerperal que se encontra em vaccas uma a tres semanas depois do parto tem excluida naturalmente qualquer causa exogena, ficando só a possibilidade de que a lesão seja produzida no figado pela acção damnificadora de albuminas provenientes da desintregração proteica ao nivel do utero.

Os AA. experimentaram em coelhos e verificaram que nos animaes alimentados tendo o figado rico em glycogenio, nada sobrevinha, ao passo que quando o figado era pobre, seja em animaes esfomeados, seja quando tratados previamente pela phloridzina ou insulina, com facilidade encontrava-se a necrose. Esta apparece immediatamente quando os animaes são submettidos previamente a injecções paraenteraes de albumina de ovo. As mais fortes necroses são encontradas nos animaes que receberam estas injecções e foram submettidos á fome ou á intoxicação pela phloridzina.

Como conclusão de suas pesquisas acham os A. A. que a morte tardia depois do uso de chloroformio é produzida por uma serie de circunstancias que concorrem para o apparecimento de uma necrose lobular do figado, entre ellas representando importante papel a innundação albuminosa do figado e sua deficiencia em hydratos de carbono. A necrose se faz por autolyse á custa de fermentos proprios do figado. Como conclusão therapeutica aconselha o uso de sôro glycosado.

Guerra Blessmann.

Incertezas de cholecystographias.*Por W. Wordmann.*

Zb. für Chir., 29. Juni 1929, pag. 1660.

O A. refere-se a seis casos nos quaes faz duas vezes injeções de tetraiodo só conseguindo em uma vez em um caso vêr uma sombra vesicular normal. O apparecimento de uma sombra normal para este auctor depende de seis factores: 1) sufficiente concentração do meio de contraste no sangue; 2) da capacidade do figado para excretar o meio de contraste; 3) permeabilidade do choledoco e do cystico; 4) a capacidade da vesicula de se encher e de se esvasiar; 5) a capacidade da vesicula de concentrar o corante; 6) um funcionamento irreprehensivel do esphincter na extremidade do choledoco.

*Guerra Blessmann.***Uretra — Calculos ureteraes.**

Estudos sobre o ureter, tratamento conservador dos calculos ureteraes.

Pelo dr. Lurz.

(Univ. - Kl. Heidelberg, prof. Enderlen). — D. Z. für Chir. 211, B. 1/3, H. Agosto 1928.

Com anesthesia lombar, paravertebral e esplanchnica não é alterada a actividade do ureter. A psycaina quando injectada na luz do U. tambem não altera a sua actividade. A papaverina é activa: mais em applicações locaes, menos per os ou em injeções hypodermicas. 2,5 cc. de uma solução de papaverina a 4 % no ureter provoca nitida atonia ureteral. O catheterismo de demora não produz resultados apreciaveis quanto aos calculos (Hirth).

Em dous annos, usando a papaverina em injeção intraureteral conseguiu o A. a sahida expontanea de 70 á 74 % dos calculos.

*Guerra Blessmann.***Duodenite e ulcera duodenal.***Por William L. A. Welbrock.*

Da clinica de Mayo, Ann. of Surg. Abril 1930, pag. 538.

Alguns casos que são diagnosticados de ulcera duodenal mostram na operação uma area de espessamento localizado da parede duodenal ao em vez de verdadeira ulcera. Esta area espessada é designada por duodenite que é descripta sob varias formas:

duodenite simples, duodenite com eroção ou ulceração, duodenite chronica e duodenite ulcerada curada. Nas condições mais agudas encontram-se lymphocytos, polynucleares, plasma-zellen e poucos eosinophilos com congestão dos capillares na mocusa. Em condições chronicas mais adiantadas, esta reacção inflammatoria manifesta-se com hyperplasia distincta das glandulas de Brunner, com infiltração lymphocytaria diffusa e em nucleos. A tunica muscular propria tambem contem algum tecido fibroso. Os vasos sanguineos são esclerosados, a esclerose augmentando com a chronicidade da condição. Alterações semelhantes occorrem no desenvolvimento de uma ulcera, suggerindo uma relação definida entre a duodenite e a ulcera duodenal.

*Guerra Blessmann.***Obstrucção bronchica e complicações pulmonares postoperatorias.***Pol. N. Coryllos.*

A ideia capital deste longo estudo (do *prof. de clin. cirurgica de Corneel, New York*), é que, em vista da estagnação das secreções bronchicas, ou exsudatos, na arvore bronchica, logo após uma intervenção cirurgica, pôde sobrevir uma oclusão bronchica e levar á atelectasia.

O tamanho da parte bronchica obstruida determinará a distribuição anatomica da doença: multilobar, lobar ou lobular.

O autor commenta as tres theorias desses affecções:

- 1) theoria diaphragmatica e muscular;
- 2) theoria bronchoconstrictora;
- 3) theoria do reflexo vasomotor.

Examina as semelhanças *clinicas, pathologicas e etiologicas* entre a

bronchite,
atelectasia,
pneumonia.

A possibilidade duma infecção secundaria da *atelectasia*, como o autor lembra, de *Elwyn*, „não resolve a questão; afasta-a. A questão é — *como acontece o collapsio do pulmão?*“

O autor parte d'ahi para orientar suas pesquisas e concluir que a *obstrucção é o inicio da pneumonia lobar ou lobular*, e talvez dos abcessos. E' pois o mucus estagnado que traz a infecção, porque a

defeza natural decahe, em razão das alterações da evaporação, expectorações, actividade do epithelio ciliar, e da mesma acção bactericida do mucus recente normal.

Dessa theoria vem a seguinte *technica*:

Immediatamente depois da operação, e qualquer que fosse a anesthesia empregada, o paciente respira uma mixtura contendo approximadamente 5 a 10 por cento do di-oxido de carbono e oxygenio.

Logo após ás primeiras inalações, a respiração augmenta em profundidade.

Bastam 4 a 5 minutos, cada 3 horas.

O autor indica a bronchoscopia, quando, havendo atelectasia, não ha siquer a reacção pela tosse, e a expectoração é nulla. Acha que isso pode ser um salva-vidas: life saving procedure.

Martim Gomes.

Osteopathias no hyperparathyroidismo.

Edward L. Compère.

De Surgery, Gynecology and Obstetrics. Maio 1930.

Descreve o autor um caso de osteomalacia, no qual faz o diagnostico de tumor da parathyroide, e hyperparathyroidismo. Confirma-se o diagnostico pela operação. Uma segunda parathyroide foi incisada e achada normal.

Discute mais onze casos semelhantes a esse, da litteratura recente.

A melhora symptomatica foi verificada em seu caso, em consequencia da remoção do adenoma parathyroidiano.

Nos casos referidos após, a extirpação dos tumores dos glandulas parathyroides não deram uma cura completa.

Entretanto, a melhora symptomatica, a evidencia chimica do augmento na calcemia; e a prova, aos raios X, da densidade ossea augmentada, em poucos casos, durante um periodo post-operatorio bastante longo, são resultados que, segundo o autor, permittem indicar a intervenção em casos semelhantes, mórmente dado o facto do risco operatorio ser diminuto.

Martim Gomes.

Diverticulites do colon.

Fred. Rankin e Philip Brown

(Rochester, The Mayo Clinice).

Concluem os autores que a diverticulite apparece em 17 por cento das diverticuloses,

e é quasi sempre chronica, e entre-cortada de reincidencias de aggravações.

A etiologia é obscura. Mas é provavel que as causas principaes sejam:

1) a constipação, 2) obesidade, 3) atonia.

Nos 227 casos da Clinica Mayo, houve 4 casos transformados em malignos.

O symptoma dominante é a *dôr*, em geral situada na porção esquerda do abdomen, e em baixo. Quasi sempre se lhe associa a constipação. A hemorragia não é commum na diverticulite. Tambem não o é na diverticulose: sua presença levanta a suspeita de malignidade.

Como tratamento medico: expectação armada, repouso, lavagens sedativas (chlorureto de sodio etc.), oleos mineraes.

As complicações consistiram no *abcesso*, na *fistula*, e na *perfuração*. Requerem a cirurgia. Mas a mortalidade é alta quando se faz a reseccão em presença de inflamação diffusa. E', por isso, preferivel a operação em dois tempos, nessa eventualidade:

1.º) drenagem,

2.º) reseccão e anastomose.

Muitas vezes a drenagem prolongada pela colostomia deu uma remissão tal (recession), nos symptomas, que a cura foi assegurada sem nova intervenção.

Martim Gomes.

A theoria e a pratica do tratamento intra-uterino com o pó de carvão em gynecologia e obstetrica.

Pelo dr. H. Nahmmacher,

Mainz. Allemanha.

O autor empregou lapis de pó de carvão, de 3 a 5 centímetros de comprimento, 5 millímetros de grossura, fabricados por E. Merck, de Darmstadt. Muito friaveis, estes lapis se quebram antes de dar qualquer traumatismo.

Por meio de numerosos experiencias, ficou provado que o pó granulado de carvão, introduzido num meio contendo venenos, antes da acção toxica sobre os tecidos, evita a propagação do mal. Ha um *effeito prophylactico*, que evita muita affecção severa, e mesmo a morte.

H. N. emprega o carvão em

1.º) — casos de aborto infectado, antes ou depois de esvasiado o utero segundo a condição da paciente;

2.º) — em casos de metrite puerperal, não antes do 7.º dia de puerperio;

3.º) — como prophylactico, nas resecções cezarianas, depois da ruptura das membranas.

A technica exige uma asepsia rigorosa, e absoluta ausencia de traumatismos, durante a collocação dos tres lapis necessarios para a encher o utero.

Verifica-se uma queda da temperatura, no dia seguinte, e desaparece o cheiro dos liquidos uterinos.

O autor estuda a acção therapeutica da injeccão intravenosa de pó de carvão fino, na tuberculose.

Martim Gomes.

Complicações pulmonares e obstrucção bronchial

Pelo P. N. Coryllos

Surg. Gyn. and Obst. Maio de 1930.

Coryllos, num longo e magistral trabalho estuda as diversas theorias etio-pathogenicas das complicações pulmonares post-operatorias. Commenta as causas da atelectasia pulmonar nas suas hypotheses neuro-reflexas; a theoria diaphragmatica e muscular, a theoria vaso-constructora e, finalmente, a theoria vaso-motora, para chegar á conclusão que a unica causa determinante da molestia reside na obstrucção bronchial. Estuda, dentre os factores etiologicos principaes das diversas pneumonites, a aspiração de conteudos scepticos da bocca, congestão hypostatica, resfriados, pequenas embolias e retenção da secreção mucosa dos bronchios.

Coryllos considera esta atelectasia em suas diferentes formas (multilobal, labol ou lobular) devido á bronchite pre- ou post-operatoria, sendo não sómente um prenuncio da pneumonia (p. ex.) ou bronchopneumonia, mas sim como uma parte inicial e integral deste syndrama pulmonar. A gravidade depende do tempo da duração da obstrucção pulmonar e da especie e violencia dos microorganismos presentes (aerobios ou anaerobios) e d'ahi as diversas formas clinicas, benignas ou graves.

Estudando o tratamento, concluiu que a prophylaxia das complicações pulmonares post-operatorias deve visar, prevendo a formação do exudato mucoso e a diminuição da ventilação dos pulmões, especialmente dos lobulos inferiores.

Chega a este desideratum diminuindo a virulencia do pneumococco grupo 4 pela

asepsia e anti-sepsia previa da bocca, pharynge, dentes etc.; transferir uma operação na presença de simples resfriados. Chama a atenção para um outro agente therapeutico de grande valor, a inalação da mistura gaz carbonico e oxygeno ou ar que age principalmente pela hyperventilação dos pulmões, augmentando as excursions respiratorias e, secundariamente, diminue o ionio hydrogenio dos exudados (inhibindo a cultura do pneumococco); portanto a inalação desta mistura produz uma menor virulencia do germen e facilita a liquifacção e expulsão do exudato. Já se deixa ver que os meios curativos secundarios tambem deverão ser empregados, taes como posição do doente, atropina, tosse expulsiva (deitando o doente diversas vezes sobre o lado são), etc.

O auctor entra a seguir nos detalhes technicos da inalação da mistura gaz carbonico-oxygenio; usa simples balão de borracha; a mistura contem mais ou menos 5 ou 10 de gaz carb. e oxygenio; recorre á mascara ou sonda nasal; cada vez 3 a 5 minutos, cada 2 ou 3 horas, ao mesmo tempo, mudar-se-á a posição do doente, qualquer que tenha sido a gravidade do acto operatorio. Recorre egualmente, quando necessario á aspiração bronchoscopica do exudato.

Ricardo A. Weber

Reflexões sobre os tratamentos actuaes da tuberculose pulmonar.

Pelo dr. C. Lamaison (de Bayonne)

Journal de Médecine de Bordeaux, no. 31, de 30 de Novembro de 1929.

Mais se considera o estado actual da phtisiologia e mais se é tocado pela extensão sempre crescente do seu dominio, pelo numero dos tuberculosos. O numero será maior que outrora? E' provavel. A guerra foi um factor de diffusão da molestia e, sobretudo, agora examinam-se completamente os doentes e precocemente, ajustando-se á auscultação, a exploração radiologica e o laboratorio. Mais procuram-se os tuberculosos e mais se os encontra. Os resultados são comparaveis aos dos syphili-graphos. Dois factos novos: de um lado, os doentes se prestam mais facilmente aos exames medicos e d'outro lado, os medicos estão mais bem armados e mais treinados para esses exames. Quaes são os tratamentos actuaes para os tuberculosos? A velha noção

da *mudança de ar* continua a dar fé e com ella as curas de planície, de media e de grande altitude e a cura sanatorial. Isso constitue um poliatrío. Urbain Guinard procurou o que se deu com os doentes que passaram pelo sanatório de Bligny entre 1903 e 1913. Resultou que 63 % tinham morrido nos 5 annos que seguiram á sua admissão e 75 % no fim de 10 annos. Ora, isso é o que acontece aos tuberculosos que não realizam essas condições?

Os medicamentos falliram. O ultimo nascido, o sal de ouro, será logo abandonado. Numa menina com lesões discretas, bom estado geral, sem febre em que o pneumothorax foi contra-indicado, fez-se uma phrenicetomia e a conselho dum collega especialisado, fizeram-se injeções de sal de ouro (alochrysin). Desencadea-se um diarrhéa tenaz, impossivel de se combater. A doente morreu 4 mezes depois. Das vacinas e serum a lista é longa mas o balanço é breve. Ausencia de resultados tangiveis de tão pouco e com indicações tão restrictas que o medico termina por ignora-los. O autor, cita as palavras de dr. Trocmé, de La Rochelle; que convencido de bons resultados do pneumothorax, aconselha a fazer precocemente o diagnostico clinico e radiologico de tuberculose pulmonar. O autor pensa que é preciso sobretudo pôr em evidencia a tuberculose pulmonar no inicio — a tuberculose incipiente de Rieux. E' preciso pensar sempre nos falsos tuberculosos (insufficiencia naso-pharyngéa). O exame clinico e auscultações repetidos devem ser acompanhados de radiographia — que não mostram tudo — e analyse de catarrho em serie. As analyses podem ser negativas e entretanto ha presumpção de tuberculose. E' a tuberculose sem bacillos apparente, a dos virus filtraveis.

O tratamento será a collapsotherapie porque ella domina, de hoje em diante, a questão de tratamento da tuberculose pulmonar. O primeiro processo a empregar deve ser o pneumothorax de Forlanini. O pneumothorax póde dar muito. Os casos felizes ficam muito ignorados. Juiga-se o methodo pelos insuccessos, que são numerosos. O autor é adversario de pneumo bilateral. E' um exercicio de trapezio therapeutico.

Ao lado do pneumothorax se colloca o oleothorax therapeutico cuja prioridade cabe a Bernois. Tres são os indicações: 1.) derrames purulentos da pleura, secundarios ao pneumothorax, 2.) as perfurações

pleuro pulmonares e o pneumothorax espontaneo aberto: resultados insufficientes; 3.) a symphise precoce: é a melhor indicação. O oleo thorax é um methodo que pode ser um precioso complemento da collapsotherapie.

Quando o pneumothorax artificial fôr impossivel ou abandonado e que seja necessario agir ainda sobre o pulmão no sentido de collapso é preciso pensar na phrenicetomia. E' uma bella operaçãosinha, racional e judiciosa, sem perigo verdadeiro. E' preciso, ao menos theoreticamente que as lesões sejam lateraes. A séde das lesões (base ou apice) não tem importancia. E' preciso praticar não só a secção do nervo, mas a resecção a mais extensa. Indicação: lesões ulcerosas graves, inactivas.

Na ordem de collapso pulmonar, a thoracoplastia é evidentemente ultima ratio. As suas indicações resultam das impossibilidades ou das insufficiencias do pneumothorax artificial e da phrenicetomia. Mas é uma operação grave, dolorosa, cruel. Exige 1) uma integridade absoluta do outro pulmão, 2) uma notavel resistencia geral, 3) circumstancias exteriores favoraveis de meio e duração.

Conclusões geraes.

1.) A tuberculose pulmonar é uma doença muito espalhada, muito grave. E' a menos curavel das doenças, ao inverso do que dizia Gaucher.

2.) A cura de ar é um palliativo, geralmente perigoso, no sentido de que ella póde fazer perder um tempo precioso.

3.) O tratamento deve ser a collapsotherapie precoce, isto é, no momento em que as lesões são unilateraes.

4.) E' preciso sempre começar pelo pneumothorax, pois o collapso completo do pulmão continúa a forma ideal da therapeutica.

Leonido Soares Machado.

Embolia pulmonar.

Pelo S. Seneque.

Journal de Chirurgie. T. XXXV n.º. 4, Avril 1930

O A. refere, em analyse, os resultados de cinco casos de embolia pulmonar operados a Trendlenburg e Meyer, sendo tres de Nyström e dois de Crawford (Acta Chirurgica Scandinavia) - T. LXIV - Fasc. 1 - 2 pag. 110-121 e 172-183.

No primeiro caso de Nyström, a paciente, de 48 annos, apresentando a em-

bolia após a operação de hemorróidas, viveu trinta horas da operação executada por via transpleural; no segundo, mulher de 45 annos, occorrendo a embolia após a cholecystectomy e operada pela technica de Mayer - pericardotomia, reclinando o fundo de sacco pleural esquerdo - sobreviveu cinco horas; o terceiro, homem de 35 annos, com embolia no quinto dia de appendicectomy, operado tambem por via extrapleural, curou. Neste caso o A. empregou um aspirador especialmente construido para conseguir a retirada completa dos coagulos. Nos dois ultimos casos foi injectada adrenalina na aorta. Quanto á interrupção sanguinea foi de 60" no primeiro, 65" no segundo e 104" no doente que foi salvo.

Os casos de Crawford foram operados com successo integral. O primeiro se refere a uma paciente de 54 annos que apresentou a embolia 48 horas após uma pyelographia (apresentando, todavia em seu passado pathologico uma trombophlebite do membro inferior E.); operação por via extrapleural permittindo retirar do ramo direito e esquerdo coagulos de 13 centimetros de comprimento; injeção de 1,5 cc. de adrenalina a 1%, na aorta e ventriculo direito; estado de inconsciencia durante 6 horas; cura.

O segundo caso é de uma paciente de 52 annos submettida a uma hysterectomia sub-total por fibroma. Doze dias após se produz a embolia, sendo operada de immediato, sem anesthesia, estando a paciente fria e sem pulso. A operação permite retirar coagulos na extensão de 18 cm.; injeção de 3 cc. de solução de adrenalina na aorta e coração direito. O ventriculo direito recomeça a bater normalmente e a paciente recobra a consciencia, sendo necessarios 35 cc. de ether para anesthesia geral, afim de ultimar a intervenção. Em ambos os casos o exame radioscopico ulterior revelou ausencia de lesão cardiaca, vascular ou pulmonar salvo infiltração da base pulmonar direita, no primeiro caso.

Em face, pois, de tão suggestivos resultados não será temeridade afirmar que a cirurgia hódierna, em casos de tamanha gravidade, permite lograr a salvação de vidas que se extinguem, através de apurada technica magistral.

Paula Esteves.

As provas da compatibilidade sanguinea na transfusão de sangue.

E. e F. Dorom.

Assistentes da Universidade de Gand (Belgica). Trabalho da clinica cirurgica de Gand (Prof. F. de Beule). Journal de chirurgie T. XXXV
Nº. 4, Avril 1930.

Os A. se propoem a chamar a attenção do pratico sobre as precauções exigiveis, quanto á escolha de um doador apropriado.

Após referencias ás pesquisas de Lansteiner, Sturli, von Decastello, Jansky e Moss, entram na apreciação das provas biologica e hematologica. A primeira, em opinião unanime, é insufficiente perse, como elemento que permita a pratica da transfusão. E' de valor relativo a escolha de um parente proximo do doente, pois já aconteceu, mais de uma vez, serem examinados 4 a 5 membros de uma familia, sem encontrar doador aceitavel.

E' facto demonstrado hoje que os accidentes da transfusão não são por vezes immediatos, podendo surgir 30 minutos após a pratica da mesma.

Apreciando a prova hematologica affirmam-no os A. que a prova directa constitue o methodo de escolha, bastando que o soro do receptor não agglutine os globulos vermelhos do doador, para que se permita a transfusão. Ha duas technicas aconselháveis pela rapidez de obtenção do soro e pelos resultados fornecidos. A de Weil: colher sangue do doente em um provete contendo um cc. de soluto de citrato de sodio a 5%; ao cabo de 10 minuto a sedimentação globular permite obter algumas gotas de soro para o exame; a de Numberger „das tres gotas“: misturar uma gota de soluto de citrato de sodio a 10% a uma gota de sangue total do receptor e do doador. Em caso de agglutinação a transfusão poderá ser perigosa.

A prova hematalogica indirecta de Beth-Vincent é baseada sobre a determinação dos grupos sanguineos, sendo bastante ter á disposição sôros testemunhos dos grupos II e III.

Ha, no emtanto, duas causas de erro que convem salientar: *modificação* importante de suas propriedades agglutinantes (Weil e Lamy) e o *desapparecimento* do poder agglutinante dos sôros testemunhos. Poder-se-ia ainda preferir a difficuldade de leitura da prova, no que tange á differenciação de uma pseudo agglutinação de uma verdadeira agglutinação.

Como elemento de elucidação e comprovação os A. se referem a Forsman, que relatou um caso de morte por incompatibilidade sanguínea, após a transfusão. Neste caso, a prova de Beth-Vincent catalogara doador e receptor no grupo IV, e a verificação *post-mortem* com outras amostras mostrou que o doador pertence ao grupo II.

A observação dos A. é muito interessante. Tratava-se de uma doente que devia se submeter a uma operação sobre as vias digestivas e na qual foi feita uma transfusão preoperatoria. A prova indirecta (Beth-Vincent) classificou o doador (marido da doente) e o receptor no grupo IV. É feita a transfusão com a seringa de Bécard. Decorrida meia hora, já no leito a doente, surgem phenomenos graves de incompatibilidade, só melhorando, a paciente de sorte a ser considerada fóra de perigo pelo dia seguinte.

Estudados, então, experimentalmente os sôros testemunhos empregados, no proprio laboratorio que os fornecera (Bruneau), chegou-se á conclusão que taes sôros testemunhos tinham perdido o seu valor, o que foi plenamente comprovado, em face de resultados disparatados, á luz fornecidos pela prova directa.

Como conclusão de grande valor na pratica corrente: desde que não seja possível o emprego de sôros testemunhos (II e III) rigorosamente frescos, a prova indirecta poderá ser sempre substituída pela directa. Desta sorte, evitar-se-ão surpresas desagradáveis que poderão empenhar o grande valor therapeutico da transfusão de sangue.

Paula Esteves.

A. proposito de um caso de é pendymite serosa.

G. Tisserand e A. Gallois - D. Bezançon.

Lyon Chirurgicale, T. XXVII n.º 2, Mars, Avril 1930.

É de todo interessante resumir a observação apresentada pelos A. não só por se tratar de affecção bastante rara, como principalmente pelo resultado colhido com a thrapeutica operatoria.

A 20 de Outubro de 1928 é chamado o Dr. Juilliard (de Rioz) para attender a uma criança de seis annos de idade, com perturbações meningeas; vomitos, constipação rebelde, cephaléa intensa, esboço

de Kernig, rigidez da nuca, D - 38º. Insti-tue-se therapeutica symptomatica e decide-se o Dr. Juilliard a praticar no dia seguinte pela manhã, a puncção lombar; mas com surpresa os accidentes meningeos se amainnaram consideravelmente, permittindo pensar em origem verminosa e prescrever santonina e calomelanos. A exonerção intestinal não elimina parasitos. Nos dias seguintes a cura se intégra. Ao cabo porém de 10 dias, ha reiteração da syndrome meningeia, a que se aliam signaes cerebellosos: asynergia, marcha ebria (zig-zag). A puncção lombar fornece 15 cc. de liquido claro, em jacto. Uma segunda puncção, não obstante a precedente, regista ao manometro de Claude, tensão de 35; liquido francamente albuminoso (2,5 gr.), sem elemento cellular.

Ao dia seguinte, sem prodromos, cegueira absoluta, que não é modificada por nova puncção.

Internado na clinica Clermont, é operada por Tisserand que pratica a trepanação descrompressiva na região temporo-parietal esquerda. A criança recobra a visão ao cabo de 3 dias e deixa a clinica, a 17 de Novembro, completamente restabelecida. A cura se mantem 16 mezes após. No caso, o diagnostico se impoz e o resultado da interveção o confirmou.

É uma fórmula reduzida de inflammação meningo-ependymaria, de tão longuinquo caracter infeccioso que se alvitra antes um mecanismo angioneurotico, através de origem antes toxica que propriamente microbiana. Como elementos de diagnostico tornam-se apreciaveis: a) phenomenos geraes da syndrome meningeia; b) hypertensão manometrica á puncção lombar; c) estase papillar; d) aspecto normal do liquido sempre amicrobiano; hyperalbuminose, por vezes lymphocytose. A estase papillar consoante a opinião de Terrien só se differencia da produzida pelos tumores cerebraes por caracteres secundarios - „edema sobre tudo juxta-papillar, avançando para cima e para baixo ao longo dos vasos, sobre toda a retina peripapillar até a macula“.

Na differenciação diagnostica ha que pensar na reacção meningeia de origem parasitaria, parecendo aos A. que a administração de antihelminticos bastará para eliminar esse diagnostico. O evolver por surtos successivos, a ausencia habitual de febre, os caracteres do liquido permittirão afastar o diagnostico de meningite tuberculosa ou especifica. A' possibilidade de

abcesso torpido do cerebro bastará a ausencia de traumatismo, supurações pulmonares, otíticas, etc., a par das reacções differentes do liquido. Filigrana diagnostica se estabelece porém com o glioma de marcha rapida maximé na sua variedade de „glioma amaurotico“, appellando-se para a marcha regularmente progressiva do glioma, em contraste com os surtos successivos da ependymite. Em face porém, de signaes cerebellosos, como no caso citado, o diagnostico differencial com um glioma do cerebello ou ponto cerebellar é quasi impraticavel.

A fallencia da therapeutica medica e os resultados por vezes brilhantes do acto cirurgico, si bem que puramente symptomatico, estabelecem a indicação primacial da trepanação descompressiva, considerada até de urgencia, quanto á amblyopia por estase.

Paula Esteves.

Surgery, Gynecology and obstetrics.

A redistribuição da respiração após a paralysis do diaphragma.

Jerome R. Head.

(Do „Surg. Research Laboratory“, Univ. of Illinois).

O exame de varios casos mostra que a paralysis do hemidiaphragma é sobretudo compensada por um augmento da respiração costal do lado homolateral e assim por uma maior expansão, transversa e antero-posterior, do pulmão homolateral.

As observações mencionadas no trabalho mostram que „esta redistribuição pode ser alterada por varios factores pathologicos; isto offerceria uma explicação do „resultado variavel“ que se segue á operação da *phrenico-exerese*, no tratamento da tuberculose pulmonar.

Tambem suggere, por isso, novas indicações e contra-indicações á operação, e á redistribuição da respiração. Essas indicações são assim resumidas:

1) — A operação deve convir mais á cura das lesões da base pulmonar.

2) — Quando usada em casos de lesão dos apices, deve-se esperar o melhor resultado, desde que a fibrosis do pulmão previne o augmento na excursão costal. Fóra disso, é de esperar máu resultado.

3) — Havendo adherências entre o diaphragma e a parede thoraxica ou derrame abaixando a abobada, a operação dará um

grande augmento na respiração do pulmão homolateral, e nesses casos pode-se anticipar os peores resultados.

4) — Na tuberculose unilateral, processos accessorios devem-se empregar para auxiliar a limitação dos movimentos respiratorios, quando a operação é empregada.

Martim Gomes.

(Do mesmo n.º da Surg., Gynecology and obstetrics.)

Hepathite subordinavel á cholecystite chronica.

Harry Köster, M. A. Goldzieher, W. S. Collens
(Crown Heights Hospital).

Muitos cholecystectomizados continuam soffrendo. Os symptomas residuaes não se explicariam por um estado neurotico, senectude, nem lesões cardiovasculares. Ha-de haver outras causas. Examinaram-se 27 casos. Só em 2 destes casos não havia signaes histologicos de lesão hepatica, e inflammação da vesicula. Um, desses dois, mostrava clara infiltração lipoide da submucosa (strawberry gall blader), mas nada havia de inflammação. O outro foi operado sob o diagnostico de cholecystite, mas a vesicula estava histologicamente san, e o doente apresentou uma ulcera peptica do pylorio.

Em resumo: ha lesões hepaticas que acompanham a cholecystite; estas lesões são de hepatite chronica; estas predominam no tecido periportal.

Ha varias razões que fazem pensar que a hepatite é secundaria, e a cholecystite a sua causa: é difficil aceitar a drenagem lymphatica, como quer Graham, sahindo do figado para o cholecysto. Ao contrario, a absorpção dagua, na vesicula (Rous e McMaster), confere a infecção biliar a possibilidade da precedencia morbida. Além a distribuição anatomica das lesões, e dos lymphaticos.

Martim Gomes.

(Do mesmo n.º da Surg., Gynecology and obstetrics.)

A anemia „physiologica“ da gravidez.

P. Brooke Bland, L. Goldstein, and A. First
(Jefferson Medical College Hospital). Philadelphia.

Além da anemia *physiologica*, descoberta em 1836, por Nasse, eventualmente podem sobrevir, no estado gravidico, dois