

# Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO CIENTIFICO  
DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"  
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE  
SÃO PAULO

Diretor: CARLOS DA SILVA LACAZ  
Redator-Chefe: ATILIO Z. FLOSI  
Redator: DOMINGOS QUIRINO FERREIRA NETO

---

---

VOLUME XXIV

NOVEMBRO DE 1940

NUM. 83

---

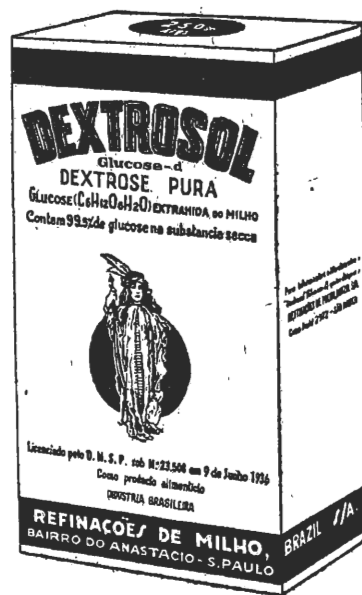
---

## SUMÁRIO

Solenemente recebido na Academia Nacional de Medicina o Snr. Dr. Adhemar de Barros .....	7
1.º Congresso dos estudantes de medicina de S. Paulo ..	16
Oscar Freire, como entomologista — Prof. S. B. Pessoa	22
Um caso de Megacolon curado pela amputação perineal intraesfincteriana do reto — Alipio Corrêa Neto ..	29
Os erros mais comuns na terapeutica dos cardiacos — Luiz V. Décourt .....	40
Localizações especiais dos processos supurativos na pele e no tecido linfatico — Ary Siqueira .....	65
Procidência do Reto — Ddo. Lauro Americano Sant'Anna	80

# DEXTROSOL

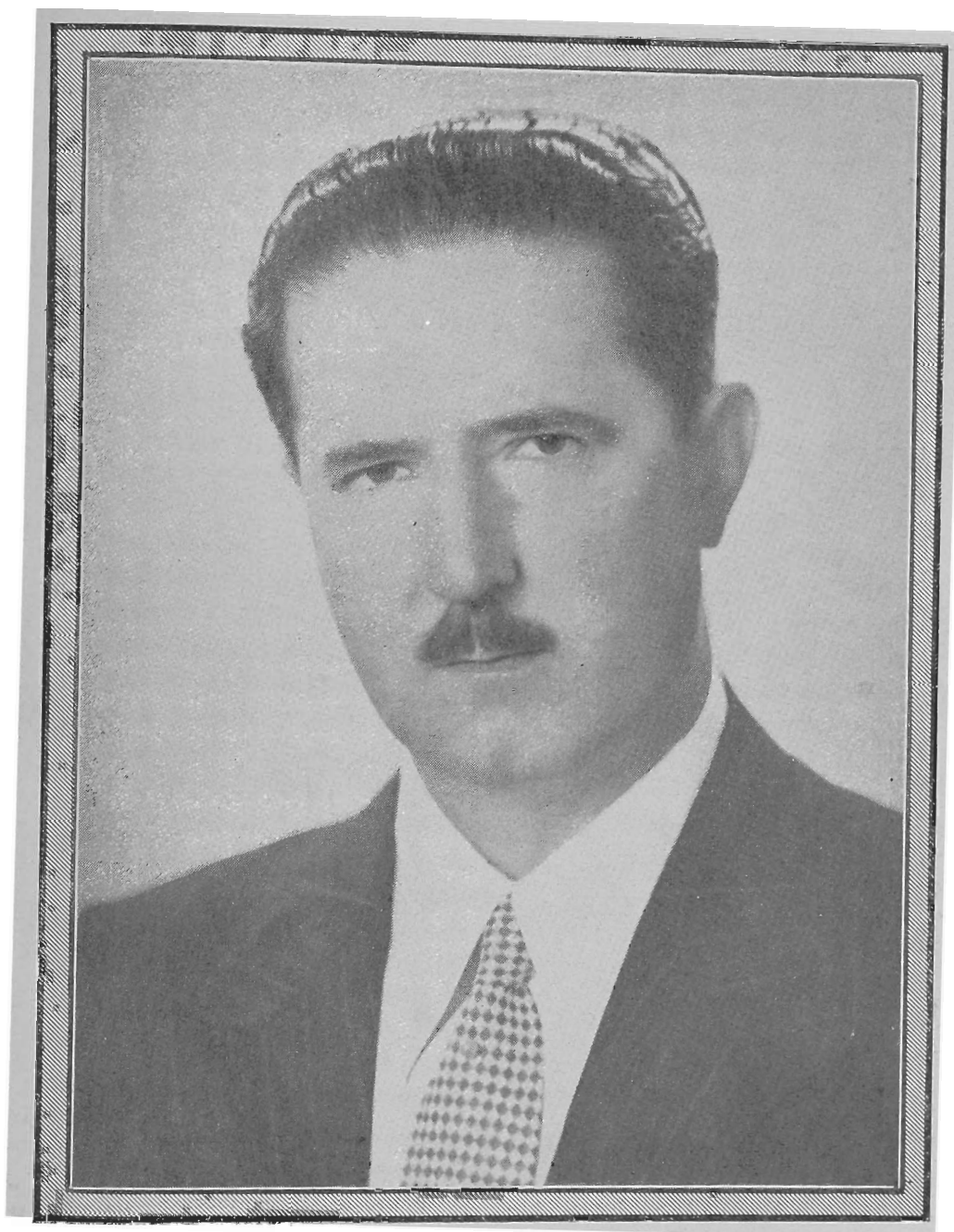
(GLUCOSE—d)



"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,  
ELIMINANDO EDEMAS, AUMENTANDO O VOLUME  
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURESE"

E. MEYER — Usos Terapeuticos das Injeções Endovenosas  
de Soluções de Glucose) Zentralb. f. klin., Med. —  
102.343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1926.

# HOMENAGEM



DR. ADHEMAR PEREIRA DE BARROS  
Dignissimo Interventor Federal em São Paulo



## SOLENEMENTE RECEBIDO NA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA O SR. DR. ADHEMAR DE BARROS

Revestiu-se de excepcional brilho a sessão solene com que a Academia Nacional de Medicina recepcionou, a 7 de novembro, seu novo membro honorário, dr. Adhemar de Barros, numa significativa retribuição ao muito que tem realizado o ilustre Interventor paulista no setor médico-social do seu Estado.

A Sessão foi presidida pelo Sr. Ministro Gustavo Capanema, titular da Educação, que tinha à sua direita o prof. Aloísio de Castro, e à esquerda, o prof. Pernambuco Filho.

Em rápido improviso o prof. Aloísio de Castro apresentou à casa o novo membro, pondo-lhe no peito a medalha simbólica daquela entidade científica.

Há 17 anos, — disse o ilustre homem de ciência — o médico Adhemar de Barros era laureado com o prêmio “Saboya”.

Em 1939 era recebido no caráter de membro “honoris causa” da Sociedade de Biologia do Rio de Janeiro.

E, agora, era possuído da mais viva satisfação que entregava ao médico e estadista a medalha característica do maior centro científico brasileiro.

Sob salvas de palmas dos presentes foram abafadas as últimas palavras do prof. Aloísio de Castro.

Em seguida assomou à tribuna o prof. Estelita Lins, figura de real destaque nos círculos da medicina brasileira e encarregado de saudar, em nome da casa, o novo membro honorário.

Suas claras e bem timbradas palavras foram as seguintes:

“Se acaso me fôsse dada a possibilidade de estudar as características nobres e elevadas da excelsa personalidade do dr. Adhemar de Barros, mal me podia desobrigar de tarefa tão árdua tais as dificuldades em separar no intrincado enrêdo de suas peregrinas qualidades o que mais a realçar, se a pujança espiritual e voluntariosa de bem servir a causa pública como administrador e governante, ou a beleza moral e filantrópica dispensada no afã de dotar a coletividade de meios e recursos tão seguros e precisos na defesa contra o mal e as doenças.

Êstes dois aspectos associam-se perfeitamente no propósito cristalino do verdadeiro condutor de homens forrado de um estôfo altamente humano de esparzir o bem, função que lhe é peculiar como médico já afeito a sentir a dor do próximo e reconhecer-lhe as necessidades.

Ao clínico importa primeiramente cuidar do indivíduo isolado, curar-lhe as chagas algumas vêzes, suavizar-lhe os sofrimentos quasi sempre, mas sempre e sempre reconfortar-lhe o espírito com o bálsamo suave da palavra e da animação. Ao administrador, o médico das massas, mais árduo é o mistér; encara a doença coletiva e pandêmica, a derrocada da vitalidade no conjunto de seres de cuja saúde depende a segurança e grandeza do Estado.

Na prevenção e na defesa está a magnitude de sua obra, na profilaxia portanto reside a sua maior preocupação dotando a sociedade de institutos que lhe garantam a higidez e robustecimento difundindo a mancheias escolas e hospitais, ginásios e dispensários onde se iluminem as inteligências e fortaleçam os ânimos e onde a saúde se abroquele nos bons princípios da higiene e da moral.

Se muitos outros beneméritos serviços têm prestado à gente paulista o sr. dr. Adhemar de Barros, nenhum sobreleva a sua obra gigantesca no terreno da Medicina Social.

Organizações várias em todos os setores da saúde pública, departamentos de higiene e profilaxia, campanhas de combate a tôdas as endemias que flagelam os nossos irmãos, sem caráter regional nem circunscrito, hospitais-escolas e cursos de aperfeiçoamentos para médicos especialistas e outros tantos centros de saúde e dispensários constituem o esboço das realizações sanitárias do Interventor dr. Adhemar de Barros.

E propositadamente furtando-me a emoção que em todos nós desponta, no orgulho de universitário não me referí ainda ao maior dos monumentos de seu Govêrno, o Hospital de Clínicas, que se ergue na capital de São Paulo como raro testemunho de sua fortaleza de vontade e potente clarividência de seu espírito de escol.

Eu de mim confesso, sr. presidente, com a autoridade que me outorga um passado de independência, sem bajulações nem lisonjas, que ao receber o encargo de dar as boas vindas ao nobre acadêmico honorário, não contive em mim o antegôzo desta obra iluminada e festiva em que havia de reafirmar ao nosso ilustre companheiro, secundando o verbo eloquente de vossência, nossa admiração como médicos e nosso transbordamento como patriotas, na legítima exaltação da nossa brasilidade.

Como pretender dissociar o médico do Interventor, do Interventor que é médico, êle que fôra assíduo aluno no Curso de Clínica propedêutica Urológica da Cruz Vermelha, laureado pela Faculdade, estudioso frequentador dos hospitais da Europa, clínico e cientista com vários trabalhos publicados no país e no estrangeiro e, finalmente, membro destacado das sociedades de Urologia de Berlim e do Rio de Janeiro.

Êle que, como Interventor de São Paulo tem prestado alevantados serviços à causa médico-social; que como sociólogo demonstra a sua alta capacidade de biologista e filósofo para quem a vida se resume em ser útil pela grandeza do belo, que é o ideal das almas boas e apáñagio dos privilegiados!

Sr. Adhemar de Barros.

Tende a vossa cátedra, preclaro amigo: ela vos pertence como ao sol pertence a luz, como a pureza à inocência; nós vos recebemos transbordantes de contentamento e de orgulho pelo que tendes feito em nome da medicina, pela medicina e para a medicina, o que vale dizer pela saúde da nossa gente e grandeza de nossa Pátria.

Abençoados os que servem com denodo sua pátria porque êles servem também a humanidade.

Sêde bem-vindo!"

Cessados os aplausos que coroaram a bela saudação feita ao recepiendo pelo prof. Estelita Lins, toma a palavra, sob entusiásticas e vibrantes palmas, o sr. dr. Adhemar de Barros, para proferir o seu discurso de agradecimento.

Possuído de viva e indisfarçável emoção, assim iniciou o ilustre Interventor paulista a sua brilhante oração:

"Confesso-vos a minha emoção profunda de homem e de médico, ao ser admitido como membro honorário desta casa, aonde só se chega depois de uma vida inteira consagrada ao cultivo da ciência e à prática do bem.

O desvio momentâneo que sofri na carreira, por motivo da missão que me incumbiu, em São Paulo, o sr. Presidente Getulio Vargas, não

quebrou, no entanto, os laços que me prendem à medicina. Muito pelo contrário, aprendi como homem de governo, a considerar mais de perto a responsabilidade que pesa na hora presente sobre os médicos — responsabilidade que decorre do importante papel que incumbe aos médicos do Brasil.

### VALOR DA TERRA E DO HOMEM

Prosseguindo, s. excia. aditou:

“A arte de governar é, hoje, muito mais complexa do que o foi no passado. Governar não é mais simplesmente administrar.

De acôrdo com a fórmula inaugurada entre nós pelo Presidente Getúlio Vargas, governar é valorizar a terra, valorizando o homem.

O serviço público deixou de ser um simples funcionamento exemplar da máquina administrativa, para ser, como é, na hora histórica que vivemos, a disciplina das forças produtoras de riqueza, conseguida por meio do bem estar, proporcionado ao homem que é o maior capital do regime implantado a 10 de novembro de 1937.

A velha fórmula, segundo a qual a felicidade de um povo depende dos regimes políticos, está hoje virtualmente substituída por outra: a felicidade de uma nação está na razão direta dos homens que a compõe.

### PROBLEMA ESSENCIALMENTE MÉDICO

“O problema do governo é, assim, um problema essencialmente médico.

Não direi novidade falando a uma assembléia de doutos, como essa, que hoje me acolhe, fidalgamente, em seu seio, dizendo que a medicina posta a serviço da administração reintegrou o homem na alegria de viver.

Os governantes agem como médicos, quando põem abaixo “cortiços”, “favelas” e “mocambos” e dão ao operário casa própria; quando entram nas oficinas, nas fábricas, nas casas comerciais e exigem para todos que trabalham nelas condições de salubridade e conforto; quando fixam as horas do trabalho em proporção à resistência física do trabalhador; quando impõe a fundação de restaurantes populares, quando prescreve três meses de licença obrigatória para a gestante; quando espalham nas cidades industriais, campos de recreação e de esportes para as crianças proletárias; quando fundam colônias de férias; quando decretam o salário mínimo.

### RESTAURAÇÃO DE CENTROS DE SAÚDE

“À frente do governo de São Paulo, seguindo o nobilitante exemplo que nos dá o da República, as minhas atenções se voltaram, desde logo, para o homem. E fiz o que sabeis. Fiz aquilo que a vossa generosidade se lembrou de premiar em mim. Restaurei os centros de saúde e disseminei-os por tôda a parte. Aumentei o número de leitos dos hospitais em funcionamento e construí novos hospitais. Dei assistência aos psicopatas, retirando-os das cadeias públicas, onde, em número considerável jaziam ao lado de malfeitores.

A lepra, a tuberculose, o câncer, o “fogo selvagem”, a leishmaniose, a malária, têm me encontrado sempre pela frente, onde quer que se manifestem.

Hospitais, sanatórios, casas maternais, asilos, enfim, tudo quanto a ciência médica inventou para dar combate à epidemia e endemia, tudo venho dando ao homem de São Paulo para fazê-lo digno homem do Brasil.

A enumeração que, ora vos faço das realizações que tenho tido a ventura de presidir em São Paulo, não se inspira na imodéstia, não tem por fim enaltecer-me aos vossos olhos. Sirvo-me dela para justificar a mim mesmo a honra do lugar que me destes na vossa intimidade, no vosso apreço. Quero ser o primeiro a não me iludir com a elegância do vosso gesto, por mais espontâneo.

Esta casa representa na ciência médica do país, ponto culminante e os meus méritos, como profissional, estariam muito longe de merecê-la, se não fôsse apenas a minha devoção filial às vossas tradições já seculares.

### MÉDICOS PARA O BRASIL

“Foi precisamente o saber que aos médicos brasileiros cabe, nesta hora papel de extraordinário relêvo na história da evolução política do país, que um dos primeiros atos da minha administração consistiu em dotar a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, de um hospital de Clínicas.

Estou convencido de que antes de formar doutores, as escolas de Medicina têm por obrigação formar médicos.

A medicina é uma ciência experimental que se estuda menos nos livros que nos hospitais, à cabeceira dos doentes. Precisamos fazer com que não sejam sinão uma imagem literária para uso dos romancistas as aflições do jovem doutor, às voltas com o primeiro doente. O diploma, em se tratando de médicos, não pode ser uma presunção de saber: tem que ser uma certeza. Na nossa profissão mais que em qualquer outra vale o saber só de experiências feitas, como queria o épico.

### HOSPITAL DE CLÍNICAS

Continuando a sua admirável oração, o ilustre clínico e estadista entrou a apreciar o “Hospital de Clínicas”:

“O “Hospital de Clínicas”, segundo o plano a que obedeceu, completara as lições dos mestres.

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, apesar de muito moça, é um grande centro de estudos do qual se pode legitimamente desvanecer o ensino médico do Brasil. Presto-lhe, aqui, em hora das mais solenes da minha vida profissional, a homenagem da minha admiração mais sincera. A erudição, todavia, não pode prescindir da prática. Queixavam-se os próprios mestres da inexistência de um hospital-escola, onde os alunos pudessem, sob a sua orientação, à luz do seu exemplo e dos seus conselhos, ir se adextrando na difícil arte de conhecer as doenças diretamente, através das devastações que produzem no nosso corpo.

As palavras de louvor que recebi em São Paulo e os confortáveis aplausos que me mandou a ciência médica do Rio, pagaram-me do esforço que tenho pôsto na execução integral do meu projeto.

Ao assumir o governo de S. Paulo, encontrei a nossa Faculdade instalada em amplo e majestoso prédio. Em seus bem equipados laboratórios se ministra com eficiência o ensino das disciplinas básicas, ao mesmo passo que professores e assistentes se dedicam às investigações e pesquisa, enriquecendo, com valiosos trabalhos, a produção médica nacional.

Em impressionante contraste o ensino clínico continuava, ainda, como ao tempo da fundação da Faculdade, a ser ministrado em localização imprópria e inadequada, nas enfermarias super-lotadas da Santa Casa. Resentia-se, portanto, o nosso ensino médico, de grave lacuna, falha de há muito reconhecida e que, por isso mesmo, suscitara dos governos que



me precederam, medidas que se traduziram, infelizmente, apenas em estudos e projetos.

Ante o imperativo da situação julguei de meu dever completar o ensino médico em São Paulo, colocando em iguais condições de eficiência a laboratórios de clínicas, objetivando a maior elevação cultural.

### ORGANIZAÇÃO DO HOSPITAL

“Cobre o nosso hospital uma área de 4.300 ms.<sup>2</sup>, em 10 pavimentos, com mais de 40.000 metros de construção. Em duplo “H” geminado nele serão instaladas 17 clínicas, sendo nove de medicina e oito de cirurgia. Cada clínica constará de seções masculina e feminina, independente, possuindo laboratórios, arquivo, sala de projeção e de reunião dos docentes, dos professores e dos assistentes.

Possue cada clínica a sua policlínica, para serviços externos, o que representa a oportunidade de seleção para casas de ensino.

Pequenas enfermarias de emergência se destinam à anatomia patológica, fisio-patológica, microbiologia e sorologia, de moléstias da nutrição, ampliando assim, as possibilidades de investigação nos departamentos básicos.

Esta última e proveitosa relação entre a clínica e o laboratório, é efetivada pela vizinhança dos edifícios do Centro Médico, que já é, atualmente, constituído pelo prédio dos laboratórios da Faculdade, Hospital das Clínicas, Instituto de Higiene, Instituto de Medicina Legal e Instituto Bacteriológico, estando em estudo o Instituto do Câncer.

Funcionará no Hospital das Clínicas o serviço de Pronto Socorro, ao qual se destinam cem dos 1.100 leitos do hospital.

A localização do Pronto Socorro no hospital das clínicas obedece a uma tríplice justificativa: 1.º) manter a sua finalidade e prestar os socorros de urgência, transferindo para os serviços hospitalares os casos que requerem prolongada internação; 2.º) internação direta para as clínicas especializadas, quando assim o indicar; 3.º) ministrar o ensino da medicina e cirurgia de urgência.

### RESUMO DAS OBRAS

Para melhor elucidar o que disse passo a expor o último relatório que recebi sobre o prosequimento das obras do Hospital das Clínicas, e que se referem até o dia de ontem, 6: trabalhos preparatórios de terra-planagem, 149:216\$250; fundações especiais com estátuas de concreto, 726:524\$650; estrutura de concreto armado, 3.941:184\$900; alvenaria, revestimentos internos e externos, 2.522:165\$080; encanamentos água, esgotos e gás, 540:516\$920; instalações elétricas, 1.106:386\$200; coberturas com telhas “Eternit”, inclusive madeiramento para o telhado, 169:896\$600; caixilhos metálicos, esquadrias de madeira e persianas de enrolar, 504:420\$600; fôrro de estuque, impermeabilizações, comissão contratual e diversos trabalhos, 789:579\$700; central térmica (parque), 397:873\$000; nêutro clarificadores de água e parte dos elevadores, 485:850\$000; aparelhos sanitários e vidraçarias, 518:345\$800; pastilhas de porcelana (argilex) para pavimentação, 540:860\$200; pessoal técnico, escritório e material, 502:180\$100. Soma, 13.000:000\$000. Deduz-se pelo quadro acima, que até a presente data foram gastos na construção do Hospital das Clínicas, 13.000:000\$000 (treze mil contos de réis), havendo, portanto, um saldo orçamentário de 5.495:246\$000 (cinco mil, quatrocentos e noventa e cinco contos, duzentos e quarenta e seis mil réis) para a conclusão das obras visto o orçamento ser de 18.495:246\$000.

Releva notar que os trabalhos têm sido conduzidos com a maior economia possível, apesar da grande majoração dos preços de materiais nos

últimos meses, majoração essa que tem atingido até 30% sobre os preços anteriores, conforme o mesmo relatório assinado pelos engenheiros fiscais e construtores.

### AUXÍLIO A FACULDADE DE MEDICINA

Tenho dotado a Faculdade de Medicina dos meios necessários para que possa multiplicar as suas atividades no campo imenso da investigação e da pesquisa.

Verbas especiais lhe têm sido destinadas para aperfeiçoamento de sua aparelhagem didática e científica, ampliando a sua biblioteca, já estando em pleno funcionamento oficinas próprias de tipografia e encadernação.

Com a finalidade de incrementar o estudo e a solução de tantos problemas médicos e biológicos que mal conhecemos ou que ainda mal interpretamos, criei, na Faculdade, uma secção de patologia experimental.

Existe, hodiernamente, uma ligação íntima entre a fisiologia normal e a patológica, cujas investigações se completam no estudo da patologia.

Compreende-se, portanto, que se tornem necessários ao estudo experimental dos problemas médicos, conjuntos de meio especializados de técnica e respectiva aparelhagem. Para essa finalidade já conta o Departamento de Patologia Experimental com as secções e laboratórios de química biológica, cirurgia experimental e vivifecção e gráfica, endocrinologia experimental, bacteriologia e inologia, ibiotério. Permite esta organização encarar sobre múltiplas faces o mesmo problema científico investigando-o em seus diversos aspectos, para uma elucidação a mais completa possível.

### PROBLEMAS MÉDICOS SOCIAIS

Dentre os problemas médicos sociais que encarei e estou resolvendo: remuneração do Departamento de Saúde, Centros de Saúde, luta contra a tuberculose, estudo de leishmaniose (direção do prof. Samuel Sampaio), fogo selvagem (Instituto para tratamento e estudos), câncer (Departamento do Combate ao Câncer), assistência aos psicopatas, (insanos das cadeias — Juqueri), estação experimental e de estudos da malária — Guarujá; assistência natal e pré-natal; Departamento de Educação Física; estações hidro-climáticas — Campos do Jordão.

### A PALAVRA PRESIDENCIAL

“A nossa profissão, senhores, tão malsinada pelos poetas satíricos, a ponto de figurarem até nas antologias escolares os epigramas contra nós dirigidos, aqui e no estrangeiro, recebeu há poucas semanas, na Faculdade de Medicina da Baía, a consagração das palavras prestigiosas do sr. Presidente da República.

Estais lembrados de que ao receber o título de doutor “honoris causa”, conferido a s. excia. por uma escola que é um dos maiores orgulhos nossos, disse o eminente Chefe da Nação que o Brasil precisa de médicos. A terra é vasta e o clima, por vêzes, inclemente.

As florestas e os rios, escondem, não raro, sob a sedução de sua paisagem, enfermidades traiçoeiras e terríveis. Se os médicos não acudirem com sua ciência aos homens, acudir-lhes-ão os charlatães com suas benzeduras. O médico exerce, por isso mesmo, a dupla função de médico e de educador: liberta o homem dos sertões da doença e do charlatanismo.

Cura-lhes a carne e o espírito.

E' médico e evangelista.

## O MÉDICO E O PROFESSOR

Este sério problema de uma distribuição mais equitativa e racional dos médicos pelo território da República já me havia preocupado a mim mesmo. Folguei, no entanto, ouvir da bôca de tão ilustre estadista a confirmação de seu modo de pensar.

Quando Bilac, no famoso discurso aos moços de São Paulo, declamou que o Brasil sentia a falta da carta do ABC e do banho, o imortal poeta firmou de maneira definitiva e lapidar o valor social do médico, ao lado do valor social do mestre escola.

Na oração inesquecível o banho foi apenas um eufenismo. Banho é sinônimo de higiene. Higiene e eugenia são filhas da medicina.

O Brasil, já naquele tempo sofria da falta de médicos. Já naquele tempo era o nosso país um vasto hospital, de que nos falava o saudoso professor Miguel Pereira, mas um vasto hospital, cujos doentes vivessem sob o regime das águas milagreas, das rezas e dos conjuros...”

S. excia. terminou com um apêlo vibrante:

## RENÚNCIA ÀS COMODIDADES

“Gostaria que me ouvissem, hoje, todos os estudantes, todos os médicos do Brasil.

Tão alta é a tribuna de onde lhes falo que só ela basta para suprir as minhas deficiências pessoais para o conselho que ousou ministrar-lhes.

A nossa profissão é um sacerdócio. Tem por isso do sacerdócio a mais bela e a mais santa das virtudes: a renúncia.

Aconselho aos jovens colegas a renunciar às comodidades pessoais em benefício de um Brasil maior, de um Brasil povoado e saneado. De um Brasil que possa proporcionar aos seus filhos, ao mesmo tempo a sedução da paisagem, a tranquilidade da fartura e a alegria da saúde.

A Academia Nacional de Medicina recebe-me, hoje, qual tenho sido sempre: um médico que acredita na medicina.

E’ o título com que me apresento ao receber o valioso diploma que me conferistes. E’ o título, em suma, que possúo e que não me faz corar diante das excepcionais homenagens que hoje me dispensais”.

## HOMENAGEADO O DR. RUBIÃO MEIRA

Ao encerrar-se a sessão, o prof. Aloísio de Castro salientou o fato de se encontrar no recinto uma das maiores sumidades da ciência brasileira, o dr. Rubião Meira.

O reitor da Universidade de São Paulo, agradecendo as palavras do eminente clínico, pronunciou de improviso, o seguinte discurso:

## DISCURSO DO DR. RUBIÃO MEIRA

“A manifestação de apreço que acabais de fazer escolher para membro honorário desta douta Academia, tribunal mais elevado de nossa classe, onde as paixões se aplacam e predomina o espírito de justiça, ao dr. Adhemar de Barros, não pode deixar de levantar no coração dos paulistas uma exuberância de sentimentos afetivos e os protestos mais eloquentes de gratidão, por verificar que a um grande médico e maior administrador foi galardoada tão honrosa distinção.

A Academia não olhou tão somente o profissional, cuja trajetória é cheia de conquistas no terreno médico mas também o homem de governo que tem pôsto ao serviço público a sagacidade de seu engenho e devotamento de sua inteligência, as energias vivas de sua mocidade e o amor entranhado às coisas de sua terra.

O médico recebe o confôrto moral do apreço de seus pares e o homem público os aplausos à sua atividade e à sua capacidade administrativa. Não se pode separar as duas personalidades. E' uma só. O dr. Adhemar de Barros demonstra o valor da educação científica em um pôsto altamente colocado na governança do Brasil.

Como médico não procurou unicamente tratar o indivíduo, argamassou o fruto de suas observações nos doentes para aplicá-la no destino de seu Estado. Teve a visão clara e perfeita das necessidades administrativas, a compreensão exata de sua atuação procurando solucionar os problemas vitais que interessam o engrandecimento de seu povo. Deu provas de que o melhor administrador ainda é o que traz sôbre os ombros o arminho-doutoral, vestindo a sua personalidade dos conhecimentos indispensáveis ao desenvolvimento do Estado.

Nesses dois anos e pouco de administração, a sua obra impressiona. Acabastes de ouvir de seus lábios donde brota a sinceridade, uma parcela do que fez e organizou. E' superior às fôrças humanas e êle o fez com energia, com coragem, com dedicação, serenamente, colocando os interesses públicos acima de suas aspirações pessoais. O que instituiu é indestrutível. Tem que passar à posteridade e ficar marcando o seu nome na gratidão do povo.

Não venho elogiar sua atuação governamental e nem êle precisa elogios, mas como reitor da Universidade de São Paulo, dar o meu depoimento público e solene da majestade de seu govêrno e do valor de sua figura inconfundível de estadista brasileiro.

A apreciação dos fatos que apontou, a concatenação das organizações que estabeleceu, a normalidade dos serviços que instituiu bastam para falar mais eloquentemente que as palavras por mais douradas que sejam, por mais formosas que se apresentem. Fatos se não discutem: impõem-se e dominam. Pairam acima das paixões, sobrelevam a todos os interesses, vencem os eternos envenenadores do merecimento alheio, consagram o indivíduo, fixam na história o valor e a grandeza moral da personalidade.

Eu tinha que dizer à Academia Nacional de Medicina essas palavras como preito de verdade, como manifestação de justiça rendendo homenagem de gratidão em nome da Universidade de São Paulo ao gesto nobilitante desta associação que acaba de colocar o homenageado dentro dos florões de sua magnificente instituição, cujos ditames impõem respeito e merecem veneração.

Sr. Presidente. E' com emoção que me dirijo a vós. Volto os olhos ao passado a mais de quarenta anos e ainda sinto vibrar os entusiasmos que agitaram minha mocidade quando percorria as salas da Santa Casa e ouvia com unção as palavras de vosso pai e meu amado mestre Francisco de Castro. Até hoje, passado tanto tempo, não se desvaneceram de meu espírito aquelas impressões que se verbo quasi divino, suas orações deslumbrantes, seus ensinamentos profundos imprimiram em minha mentalidade. Devo a Francisco de Castro a minha formação médica e guardo ainda nas pregas de minhas circunvoluções cerebrais as suas lições. Às vêzes, nas caladas horas de repouso, meu espírito retorna aos dias da juventude e é para aquele nume tutelar de minha vida que minha alma se volta cheia de gratidão, cheia de reconhecimento. Vivo ainda envolto pelo prestígio daquele verbo evangelizador que orientou minha carreira profissional. Não faço poesia. Vós, sr. professor Aloísio de Castro, que recebestes essa herança imorredoura e a conservastes com brilho inextinguível, sabeis da sinceridade de minha palavra. Da cátedra constantemente

transmito aos alunos os ensinamentos que trouxe da academia, os ensinamentos de Francisco de Castro. E faço-lhes ver que a base que aprendi nos estudos médicos está sempre de pé, é imortal. Teorias sucedem-se, doutrinas novas aparecem, mas os princípios sobre que a medicina se levantou são sempre os mesmos, não podem ser destruídos, afrontam o tempo, vencem as épocas e são imorredouros. Dele bebí com religião êsses princípios e seu nome me vem aos lábios sempre com as manifestações de minha veneração. Vós continuastes a sua existência. A fatalidade que o imobilizou na serenidade da morte não impediu que sua vida desaparecesse. Vós fostes seu sucessor, na grandeza do espírito e na majestade da sua profissão. E vosso nome tem o rebrilho do mestre. E vossas lições aplacam a saudade e deixam a sensação de que ainda é vosso pai que está de pé a conduzir a gente nova com o fulgor de sua cultura e a beleza de sua palavra. Não vos posso dizer mais. Em vós revive o mestre e sinto minha alma impregnada daquele fervor entusiástico que dominou minha mocidade.

Estou caminhando para o ocaso da vida. Recordo a juventude e olho para o poente onde o sol já vai a descambar. Mas conservo vivas as impressões dos verdes anos e com coragem caminho para o fim. Mas o pôr do sol é sempre belo quando o dia foi bem feliz. E, não se apaga súbitamente, é lento, entra às vêzes pelas primeiras horas da noite, não quer desaparecer, traz fulgores de luz e encenações de beleza. Encanta e comove e a pouco e pouco vai se diluindo na intensidade brumosa, envolto pelas nuvens do doce cair da tarde.

As nuvens na vida são as brumas da saudade, e essas águas no meu coração cheias de tanta formosura moral que conheci e de tanta afeição que acariciei que o sol vai a cair lentamente com tristeza mas deixando o consôlo de haver iluminado a terra fazendo-se trabalhar, trabalhar sempre com grande amor pela medicina com maior amor pelo Brasil".

Vibrante salva de palmas coroou a oração do ilustre cientista.

(Transcrito do "Correio Paulistano" de 8-11-940).

## 1.º CONGRESSO DOS ESTUDANTES DE MEDICINA DE SÃO PAULO

Duração: 30 de setembro a 5 de outubro de 1940

**PRESIDENTE: DDO. CARLOS DA SILVA LACAZ**

Presidente do Departamento Científico do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz

Sob o patrocínio do Departamento Científico do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz realizou-se com grande brilhantismo, de 30 de setembro a 5 de outubro de 1940, o 1.º Congresso dos Estudantes de Medicina de São Paulo, certamente este que despertou no ambiente médico e estudantino o maior interesse. Trabalhos de real valor foram apresentados durante as várias sessões do Congresso, orientadas por diversos professores que prestaram ao conclave todo o seu apoio.

A diretoria do Departamento Científico do CAOC, sob a presidência de Carlos da Silva Lacaz recebeu de vários professores e colegas da Faculdade de Medicina, congratulações pelo êxito com que se realizou este Congresso, pela primeira vez estabelecido em São Paulo.

O programa completo do Congresso foi o seguinte:

*Dia 30 de setembro:* às 21 horas, no salão de festas da Policlínica do Estado, com a presença do Sr. Representante do Exmo. Sr. Dr. Ademar de Barros, Interventor Federal no Estado, do Prof. Rubião Meira, Magnífico Reitor da Universidade, Prof. Ludgero da Cunha Motta, Digníssimo Diretor da Faculdade de Medicina, Dr. Domingos G. Faria, Secretário da Faculdade de Medicina, numerosos professores, assistentes e acadêmicos, foi aberta a sessão inaugural do 1.º Congresso dos Estudantes de Medicina pelo Prof. Rubião Meira, que pronunciou longo discurso exaltando mais esta realização dos moços acadêmicos de medicina. Em seguida, o Ddo. Carlos da Silva Lacaz, presidente do Departamento Científico do CAOC fez uso da palavra, agradecendo aos professores o apoio prestado aquela iniciativa do Departamento e aos colegas de medicina pelo número considerável de trabalhos que iam ser apresentados e discutidos. Após tecer comentários sobre a responsabilidade do estudante de medicina, o Ddo. Carlos da Silva Lacaz dirigiu uma calorosa saudação a todos os Congressistas. O Prof. Rubião Meira encerrou a sessão inaugural do Congresso agradecendo ao Departamento Científico a distinção que



Ihe havia conferido para inaugurar de maneira tão auspiciosa o 1.º Congresso dos Estudantes de Medicina de São Paulo.

*Dia 1.º de outubro:* Às 20 horas, no prédio da Associação Paulista de Medicina, sob a presidência do Dd. Carlos da Silva Lacaz, realizou-se a 1.ª sessão ordinária do Congresso, sob a orientação dos Professores Renato Locchi, Franklin de Moura Campos, Antonio Paula Santos, Milton Estanislau do Amaral e Arnaldo Amado Ferreira.

Foram apresentados os seguintes trabalhos: Armando de Oliveira — Terminação à direita do ductus thoracicus; Ary do Carmo Russo — Sobre o arco vascular de Treitz e a anastomose juxta duodenal entre as duas arterias mesentéricas; Manoel Mendes — Pesquisas de anatomia étnica sobre as “papillæ circumvallatæ” (Nota previa); Milton Siqueira — Um caso de veia cava superior esquerda unica; Renato Trivella — Anotações sobre o musculo manioso; Trieste Smanio — Observações sobre a arcada palmar superficial em negros brasileiros; Luiz Ayres — Hemohistioblasto; Gildo Del Negro — Sobre um achado raro, de fagocitose de eritrocitos e pigmento malarico no sangue circulante em um caso de terçan maligna; Luiz Junqueira e Fausto Figueira de Melo — Contribuição ao estudo da avitaminose B1 experimental; Otavio Arminio Germek — Determinação do pH pelo eletrodo de vidro; David Serson e José Martins de Barros — Excitação vagal em sapos; Roberto Franco do Amaral — Cloremia e reserva alcalina; Carlos da Silva Lacaz — Otomicoses aspergilaes e Valor etno antropologico dos grupos sanguíneos.

*Dia 2 de outubro:* às 15 horas, no Anfiteatro de Anatomia da Faculdade de Medicina de São Paulo, sob a presidência do Ddo. Carlos da Silva Lacaz, realizou-se a 2.ª sessão ordinária orientada pelos Prof. Cantidio de Moura Campos e Drs. Borges Vieira, Floriano de Almeida e Ayrosa Galvão.

Foram apresentados os seguintes trabalhos: Carlos da Silva Lacaz e Paulo G. Bressan — Molestia de Nicolas-Favre em suas diferentes modalidades clínicas; Carlos da Silva Lacaz — O quadro hematologico na molestia de Nicolas-Favre; Ephraim de Campos — Generalidades sobre as afecções mucosas pela Neisseria sicca; Carlos da Silva Lacaz — Histoplasmosse humana e Algumas considerações diagnosticas sobre o sapinho vaginal; Waldemar Sacramento — Considerações sobre alguns metodos de enriquecimento de ovos de helmintos e cistos de protozoarios nas fezes, com especial referencia ao metodo de Faust; Waldemar C. Ferreira e C. Pereira — Significação das formas ameboides no gênero Trichomonas Donné 1837; Romeu Cuocolo e C. Pereira — Sobre a Temnocephala brevicornia Monticelli 1889; Dacio de Almeida Christovão — Do valor do metodo de “swalb”NIH no diagnostico da enterobiose e da incidencia desta em crianças de São Paulo; Atilio Zelante Flosi — Ensaio bio social so-

bre a infância; Ruy Escorel Ferreira Santos — Conduta na prenhez tubaria rota; Daisy Nascimento — Conceito moderno sobre o fenomeno da aglutinação; Domingos Lerario e José Plato — Blastomicose e sua terapêutica; Hassib Ashcar — Desenvolvimento da imunidade estafilocócica em individuos normais e vacinação pela anatoxina estafilocócica. Curva de imunidade (Nota previa).

*Dia 3 de outubro:* às 15 horas, no Anfiteatro de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, sob a presidencia do Acad. Atilio Zelante Flosi realizou-se a 3.<sup>a</sup> sessão ordinaria orientada pelos Drs. José Ramos Junior e Ulhôa Cintra. Foram apresentados os seguintes trabalhos: Helio Lourenço de Oliveira, Raphael Gianella e Firmino Campos — Frequencia dos sintomas gastro intestinais (analise de 500 observações); Helio Lourenço de Oliveira, Merrame Adura e Matheus Romeiro Neto — Reatibilidade da pressão arterial à excitação pelo frio (Cold pressor test); Plinio Reys Junior e Antonio C. Franco — Sobre um caso de saturnismo; Armando Sampaio Rezende — Considerações sobre um caso de hipopituitarismo; Atilio Zelante Flosi — Contribuição ao estudo do exoftalmo no hipertireoidismo; Michel Jamra, José Fernandes Pontes e Alberto Carvalho da Silva — Sobre o conceito do cardiaco negro; Rogerio Maroni — Considerações em torno das bronquiectasias; Fuad Chammas e Manoel Ramos Tavares — Considerações sobre um caso de sindromo de Banti; Paulo Dias da Silveira — Orientação pratica no exame funcional do figado, Diagnostico de uma poliserosite e Estudo clinico das relações entre o figado e o metabolismo da agua; Fuad Chammas e Manoel Ramos Tavares — Considerações sobre um caso de anemia perniciosa.

*Dia 4 de outubro:* às 15 horas, no Anfiteatro de Anatomia da Faculdade de Medicina, sob a presidencia do Ddo. Carlos da Silva Lacaz, realizou-se a 4.<sup>a</sup> sessão ordinaria orientada pelo Prof. Alipio Correia Neto e Drs. Euriclides de Jesus Zerbini e Edgard Pinto de Souza. Foram apresentados os seguintes trabalhos: José Gonzaga de Carvalho, Hene Mansur Sadeck e Paulo G. Arruda — Varicocele. Seu tratamento atual e Considerações sobre 200 casos de ulceras gastro duodenais; Lauro Americano Sant'Ana — Procidencia do reto; Roldão Consoni — Cancer duodenal; Italo Martirani e José Ferreira de Pontes — Considerações em torno do tratamento das feridas pelo metodo de Friederich; Paulo Hoelz — Tratamento atual do antraz; Roberto Taliberti — Osteomielite do sacro; Paulo Giovanni Bressan — Associação da sulfanilamida aos anestésicos e sulfanilamida por via arterial; Lauro Americano Sant'Ana e David Fermann — Tromboflebite post operatoria; Domingos Quirino Ferreira Neto — Diverticulo do duodemo com ulcera; Italo Martirani e Murilo Paca de Azevedo — Considerações sobre um caso de sarcomatose peritoneal; Luiz Losso — Estudo estatístico sobre ulceras gastro duodenais; José A. de Arruda Botelho — Tecnica da transfusão de sangue conservado.



*Dia 5 de outubro:* às 20 horas, na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, realizou-se a sessão de encerramento do Congresso sob a presidência do Ddo. Carlos da Silva Lacaz, orientada pelos Professores Adherbal Tolosa, Godoy Moreira e Drs. Fernando Oliveira Bastos, Souza Aranha e Toledo Piza. Foram apresentados os seguintes trabalhos: Carlos da Silva Lacaz — O sinal de Kitagawa na 4.<sup>a</sup> moléstia venerea; Abduhader Adura — O problema etiologico das hidronefroses; Mario Francisco Napolitano — Tratamento conservador das hidronefroses; Italo Martirani — Considerações em torno do refluxo uretéro piélico; Aristides Giorgi — Tumores renais; José Alfio Piason e Orlando Murari — Um caso de seminoma em testículo ectópico; Fuad Chammas — Sobre 4 casos de pitiatismo do ponto de vista terapêutico; Antonio Lefèvre — Sobre um caso de hemihipertrofia da lingua; Oscar Rocha Von Pfuhl e Fuad Al-Assal — Considerações sobre um caso de meningite aguda luética; Maria Elisa Bierrenbach Khoury — Nevrites traumáticas puerperais; João Alfredo Caetano da Silva Junior — Síndrome hipertensivo intracraniano (Dificuldades para o diagnóstico etiologico); Edmundo Covelli e Enio Barbato — Considerações sobre um caso de hemiparesia dolorosa; Nelson da Silva Oliveira — Tratamento das fraturas laterais do colo do fêmur; Marino Lazzareschi — Artrite hemofílica supurada do joelho; Marino Lazzareschi e Walter Bomfim Pontes — Considerações sobre um caso cujo diagnóstico oscila entre sífilis, escorbuto e raquitismo; Carlos da Silva Lacaz — Micoses com lesões ósseas; Flavio Pires de Campos — Rotura da uretra durante o coito; Oswaldo Melloni — Refluxo uretéro vesical nas uretrografias.

Após a apresentação dos trabalhos o Ddo. Carlos da Silva Lacaz discursou em nome do Departamento Científico do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz congratulando-se com os congressistas pelo êxito completo do 1.<sup>o</sup> Congresso dos Estudantes de Medicina de São Paulo.

## OSCAR FREIRE, COMO ENTOMOLOGISTA

(Discurso pronunciado pelo Prof. S. B. Pessôa  
na Soc. de Med. Legal e Criminologia de São  
Paulo em 15-XI-40)

Meus senhores!

Meu primeiro dever é vos dar, em nome de FREDERICO LANE e no meu próprio, nossos mais sinceros agradecimentos pela assinalada honra que nos confere a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo laureando nosso dêspretencioso trabalho com o prêmio OSCAR FREIRE de 1940.

Ao Dr. MILTON AMARAL que se fez interprete da vossa Companhia saudando-nos em vosso nome com palavras carinhosas e amigas — nossa gratidão.

Si é certo e verdadeiro tudo o que disse com referênciã a FREDERICO LANE, podeis desde logo avaliar, nas palavras com que a mim se refere, a velha amizade que nos une desde os bancos acadêmicos e o leva a esquecer meus muitos defeitos e exaltar miúdas qualidades, que só êle pode perceber.

Na sua personalidade vemos estampadas as virtudes que animam vossa Sociedade: servir a ciência pelo nobre interesse de servir o Brasil.

Tal foi também a vida do excelso patrono do prêmio que hoje acabais de nos outorgar: na sua existência, curta em anos, porém longa em trabalhos e vissicitudes, cultivou com amor e dedicação a ciência, realizando sua privilegiada inteligênciã as mais belas conquistas no domínio científico e seu nobre coração os mais profundos exemplos de amor à nossa terra.

Realizou seu alto ideal ao servir a ciência indígena cumprindo rigorosamente o compromisso assumido ao instalar a Cadeira de Medicina Legal na nossa Faculdade:

“dando um ensino que não se limitou a reprodução servil da ciência estrangeira;

transmitindo aos seus discipulos o desejo veemente e o justo orgulho de obter seus conhecimentos na base firme da propria experiênciã;

batalhando para que tivéssemos uma ciência verdadeiramente feita por nosso esforço, pelo nosso trabalho”.

Eis o que realizou êste grande cientista e notável médico.

Uma das facêtas mais interessantes da polimorfa inteligência de OSCAR FREIRE foi seu pendor para os estudos de zoologia e, mais especialmente, para os de entomologia. Ao estudar a ecologia e sistemática dos insetos, procurava, sem duvida, aplicar tais pesquisas ao ramo dos conhecimentos ao qual dedicava suas mais constantes atividades — a Medicina Legal. Nem porisso deixou, entretanto, de legar à entomologia pura as mais diversas e interessantes contribuições para a sistemática, biologia, ecologia e distribuição geográfica das espécies.

Graças ao seu nobre discípulo e meu prezado amigo PROF. FLAMÍNIO FÁVERO, continuador, na nossa Faculdade, da escola científica de OSCAR FREIRE, conseguí ler as numerosas contribuições legadas por êle à ciência, neste particular. Dignas de análise por um melhor especialista do que aquele que hoje vos fala, deixam elas entretanto entrever, mesmo aos mais desajuizados, o carinho com que OSCAR FREIRE procedia as suas observações, e a minúcia com que variava as condições experimentais afim de verificar com exatidão as hipóteses formuladas por seu espírito. Nunca se deixou vencer pelos obstáculos ou pelas dificuldades; tinha fé na ciência, poder na tenacidade e força na paciência; nunca se desencorajava na solução de um problema, pois sabia que nada pode contra a vontade. Pois não foi êle, ainda moço, quem disse em um de seus primeiros discursos “Ao trabalho”, deve ser o lema de todo homem?

Sua contribuição à entomologia acha-se dispersa em várias revistas e folhetos; penso seria bastante útil e vantajoso o reunirem-se estas suas numerosas contribuições sôbre os artrópodos cadavéricos em um único volume, de grande proveito não só para os médicos legistas como também para os entomologistas brasileiros.

Não se fiava somente na observação, porém escrupuloso investigador, verificava com experiências várias e repetidas aquilo que lhe apresentava a natureza. Assim ao refutar a teoria admitida pela maioria dos autores clássicos da época, de que as larvas da *Musca domestica* são necrófagas, diz OSCAR FREIRE que suas observações de quasi oito anos depõem contra a frequência, porém pela raridade da postura da *Musca domestica* nos cadáveres humanos ou de animais outros em putrefação. “A-pesar de ser ela uma das moscas mais assíduas nos cadáveres, nunca conseguiu surpreender-lhes a postura no corpo em decomposição pútrida, o que entretanto conseguiu com a maioria, quasi totalidade das moscas de igual frequência”. Esta observação, a-pesar de ser de quasi oito anos, ainda não o satisfaz. Agora experimenta, expondo em locais em que era abundante a *Musca domestica*, cadáveres de diversos animais (cobaias, cães, gatos, etc.) em decomposição, nunca obtendo larvas de *Musca domestica*. Si, porém, depositava, no mesmo local estrume de cavalo ou de boi, o resultado positivo não se fazia esperar: “24 horas depois pululavam de larvas”.

Em outra interessante nota, estudando a fauna cadavérica da Baía, descreve de maneira minuciosa a biologia tão interessante da *Synthesiomysia brasiliensis*, mosca que nos parece rara em S. Paulo, porém abundante e constante nos cadáveres naquele Estado, conforme suas observações.

“Observei, diz OSCAR FREIRE, um curioso hábito na formação do pupário. As larvas revestem-se de uma substância gelatinosa, que secretam em abundância e envolvem-se nos pêlos, cabelos, terra, areia, serragem, nos detritos enfim que encontram próximo do cadáver e aí se transformam em pupas, havendo em cada grupo muitas dezenas de pupas”.

Estudou OSCAR FREIRE pormenorizadamente a *Cochliomyia macellaria*, por ser, como diz, dos dípteros necrófilos o mais abundante.

E' interessante o fato de ter êle assinalado já em 1914 uma espécie de *Cochliomyia* diferente da *C. macellaria*; não havendo terminado o estudo desta espécie, da qual porém possuía larva, pupa e imago, denomina-a provisoriamente de *Compsomyia* (= *Cochliomyia*) *Lutzi* n. sp.. Diz êste autor textualmente: “ao lado da *C. macellaria* Fabr., que produz entre nós a miíase cavitária, existe uma outra espécie, até agora só encontrada em cadáveres — a *Cochliomyia Lutzi* n. sp.”.

Assim FREIRE já houvera notado em 1914, o que 20 anos depois constituiu importante descoberta de CUSHING e PATTON, sôbre a existência real de duas espécies confundidas sob um único nome: *C. macellaria* que nos parece ser idêntica a *lutzi* de OSCAR FREIRE, só atacando cadáveres e a *Cochliomyia hominivorax*, de Coquerel 1858, considerada durante muitos anos sinónima de *macellaria*, e que produz as miíases do homem e dos animais e que tão grandes prejuízos traz à economia humana.

Não me posso furtar de referir, ainda que de passagem a um outro interessantíssimo trabalho do ilustre professor baiano, sôbre formigas necrófagas brasileiras, onde além de estudar os hábitos de várias espécies, assinala, pela primeira vez a necrofilia da *Componutis abdominalis* v. *atriceps*. Estuda também, com abundância de detalhes a *Solenopsis geminata* (Fabr.), denominada pelo povo de formiga de fogo ou lavapés. Curiosa é a crença dos habitantes de Aveiro (Estado do Pará), relativa à origem dessa praga, e que foi recolhida pelo naturalista BATES: “Acreditava aquela gente simplória que a formiga de fogo, desconhecida no Tapajoz antes da *Cabanada*, revolta em 1832 iniciada em Pernambuco e depois espalhada pelo Norte surgiu do sangue dos rebeldes trucidados”. ROQUETTE PINTO crê que se pode dar àquela crendice popular uma origem direta. “Porque todos os sertanejos sabem que a formiga de fogo aparece como por encanto no corpo de qualquer animal que se deixar morto no campo. Mata-se uma cobra, p. exp., e algumas horas depois lá está o enxame de himenópteros limpando os ossos do ofídio

com uma rapidez que faz inveja aos preparadores de zoologia, os quais não se envergonham, aliás, de pedir muitas vezes às formigas a prestação dêste serviço... Não admira, pois, que sôbre os corpos dos cabanos as solenopsis houvessem aparecido em legiões, favorecendo dest'arte, o surto da lenda referida”.

No trabalho citado publica OSCAR FREIRE um pequeno catálogo das principais espécies de formigas brasileiras necrófilas.

“Consoante o calculo de GOELDI o Brasil concorre aproximadamente com a quarta parte das quasi 500.000 espécies de formigas existentes no globo. Tal seu número, hoje, como dantes que delata o testemunho de MARCGRAF, os portuguezes já a intitulavam, nos tempos da colonia, de “Rainhas do Brasil”. (Formicae hic sunt tanto numero ut a Lusitanis “Rey do Brasil” appelantur). Termina OSCAR FREIRE com um voto, ainda hoje, ao que sabemos não cumprido — “Possas esta nota despertar nos competentes o desejo de organização de prestimoso catálogo das formigas necrófagas brasileiras”.

Como todo bom entomologista que se preza, não deixou OSCAR FREIRE de se aventurar nas quizílias de nomenclatura; e publica na Gazeta Medica da Baía, um bem lançado artigo sôbre uma questão de nomenclatura, em que discute a prioridade do nome *Compsomyia* sôbre *Chrysomyia* para a mosca *Macellaria*; hoje não subsiste nem um nem outro mas sim o de *Cochliomyia*. As citações que faz no original da velha literatura entomológica, de difícil consulta mesmo nas melhores bibliotecas especializadas de nosso país, mostram quão rica era a sua bibliografia zoológica. Não deixa também de defender a importância da sistemática, o que muito deve encantar ainda hoje os nossos sistematistas, que difficilmente deixam certos animais permanecerem com o mesmo nome, por mais de alguns poucos meses... “Não se tenha esta questão de nomes por desprezível bizantismo científico, diz o mestre. Sem uma nomenclatura bem assentada e escrupulosamente cumprida e respeitada, não haverá meio de entenderem-se os entomologistas”.

Deixou ainda FREIRE numerosas observações sôbre grande número de espécies que seria longo aqui assinalar.

Um apanhado geral de toda fauna cadavérica brasileira é desenvolvido na sua monumental conferência, realizada em 1921 no Centro Acadêmico Oswaldo Cruz. Nela não se sabe o que mais admirar — a perícia do escritor ou a competência do entomologista.

Não me furto ao prazer de dar um exemplo de um e de outro — Ao falar das abelhas: “Conheceis bem as abelhas que só nos trazem a idéia das flores que constituem o seu alimento predileto. Já um poeta querendo exaltar o perfume de uma boca gentil, rubra, como uma corola, contou que, por engano as abelhas nela vinham pousar desejosas e inquietas. Com que cara ficaria o poeta, e em que furor não ficaria a amada, si soubessem que as abelhas também vão aos cadaveres, que não é raro encontrarem-se em certo número.

nas fases em que é mais intenso o odor putrefativo, em que é mais forte o delíquio pútrido”.

Nêste outro trecho, pensamos ser um FABRE que escreve, tal a perfeição e a vida com que é relatada a observação: “Também é preciso distinguir na população da fauna cadavérica um outro grupo que tem iludido muito observador, a classe dos, perdoae a expressão antropomorfa, insetos bandidos, insetos ladrões, os predatórios. Vão ter ao corpo, não para entrar no festim necrófago, nem levados de interesse pela prole que aí deverá viver, mas em busca de caça para apanhar outros insetos, larvas ou adultos, são caçadores que fazem do cadaver a sua séva habitual. E’ por vezes um gosto ver as manhas e astúcias com que, vigilantes e empreendedores surpreendem e atacam as larvas inertes e indefeas ou os adultos ageis e avisados”.

Meus senhores — estou certo não ser necessário pedir-vos me perdoeis a extensão destas páginas; bem sei da benevolência do vosso juízo — sendo sempre para nós um prazer repassar êstes admiráveis trechos da obra de entomologia forense de OSCAR FREIRE. Foi porisso que abusei de vossa condescendência por me saber “a priori” desculpado.

Pensei nada melhor vos poderia dizer no momento que vos agradeço a láurea que nos dais do nome tutelar de OSCAR FREIRE, do que vos recordar uma pequena parte de sua vasta produção intelectual.

Merecem a forma perene do livro estas joias finissimas de seu talento, dispersas em artigos, revistas e discursos que nos fazem sempre amar seu espirito e reverenciar sua memória.

## UM CASO DE MEGACOLON CURADO PELA AMPUTAÇÃO PERINEAL INTRAESFINCTE- RIANA DO RETO

ALIPIO CORREIA NETO

Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da Universidade  
de São Paulo

O megacolon, mormente o megacolon adquirido, é afecção comum entre nós. No meu serviço da Santa Casa, temos anualmente cerca de 10 casos, perfazendo no total, desde que assumimos a regência da 1.<sup>a</sup> cadeira de Clínica Cirúrgica, em fins de 1935, cerca de 40 casos. Material relativamente abundante para o qual temos uma atenção especial, e nossas idéias vão evoluindo a medida que vamos colhendo resultados da terapêutica cirúrgica que, ha 7 anos, propuzemos para cura deste mal.

Nosso intuito neste artigo é relatar um caso muito rebelde a toda especie de tratamento, curando-se, no entanto, por meio de uma operação inteiramente nova. A operação é nova, mas a sua aplicação está amparada nos modernos conhecimentos sobre a patogenia do megacolon, para cujo esclarecimento muito tem contribuido os estudos feitos em a nossa Faculdade.

Segundo o conceito que admitimos como verdadeiro, o megacolon é consequência da acálasis dos esfínteres lisos encontrados no intestino grosso. A acálasis é uma disfunção pela qual os esfínteres não se abrem em harmonia com as contrações peristálticas do intestino, provocando estase e todas as suas consequências, isto é, a dilatação, provocada pelo excesso de conteúdo, e a hipertrofia da camada muscular, devida ao esforço peristáltico contra o obstáculo oferecido pelo esfínter fechado. A concepção de acálasis é do princípio do século e pertence a HURST. (1914). Demonstrou o próprio HURST, em colaboração com RAKE, que a perturbação esfínteriana em apreço está vinculada a uma lesão do aparelho nervoso autônomo do intestino, os plexos nervosos de AUERBACH e de MEISSNER. Para o colon esta verificação, isto é, a lesão dos plexos simpáticos, coube a CAMERON; entre nós foram confirmadas estas pesquisas por AMORIM e CORREIA NETO, VASCONCELOS e BOTELHO, ETZEL, FERREIRA, etc. Nós estamos capacitados da veracidade desta doutrina, tão convencidos estamos, baseados nessas verificações, foi que propuzemos um novo tratamento do megacolon, que consiste na inutilização, pela resecção, do esfínter responsável. E tivemos o prazer de ver confirmada

praticamente a nossa esperança de ministrar a esses doentes uma terapêutica cirúrgica eficiente.

Si o megacolon é conseqüente a uma acálasis esfínteriana, ele pode naturalmente ter localizações diversas, e isto é um fato constatado facilmente nas nossas numerosas observações. O corolário terapêutico será então a resecção do esfínter, ou dos esfínteres que provocam o megacolon. Estes esfínteres estão catalogados num trabalho de ALOJ e são em numero de sete, como se vê no esquema da fig. 1. Acontece, no entanto, que nem todos autores concordam em que assim seja. HURST supõe que só haja um esfínter, que é o interno do anus, ao qual responsabilisa por todos os casos de megacolon. A patologia mostra que isto é um erro, pois ha casos de megacolon direito, do ascendente, conservando o calibre normal todo, o intestino à esquerda do angulo hepático, como já observamos. Na figura esquemática que ilustra o seu livro, VASCONCELLOS e BOTELHO, acrescentam aos esfínteres assinalados por ALOJ mais um, ao nível da desembocadura do ileo. BORCESCO e CORNEANO assinalam 3 esfínteres a mais no colon transverso e um no ceco. Estas citações tem por objetivo mostrar que os autores não são concordes na localização destas formações anatômicas. Possivelmente algumas escaparam a argúcia dos pesquisadores. Distò estamos convencidos. Ao nivel do reto, por exemplo, abaixo do esfínter pelvi-retal, deve haver formações que explicam o insucesso das esfínteretomias pelvi-retais combinadas com a resecção do esfínter interno do anus. Isto mais de uma vez temos verificado; mesmo depois da concenciosa resecção ampla do esfínter pelvi-retal permanece um megasigma, fato tambem constatado por FERREIRA.

Na observação que transcrevemos, que deve ser lida com atenção, verificou-se este fato, isto é, depois da cuidadosa resecção do esfínter pelvi-retal, praticada duas vezes em duas sessões cirúrgicas diferentes, persistiu o mega-sigmã; o estudo atento das radiografias permitiu-nos observar que o ponto do obstáculo, depois da resecção do referido esfínter, não era o mesmo, estava bem mais caudal em relação ao esfínter pelvi-retal. Concluímos tratar-se de formação esfínteriana em pleno reto, que ainda não fora assinalada pelos anatomistas, causadora, no nosso caso, do obstáculo, portanto, a razão da recidiva do megacolon. Devido à sua proximidade do anus, resolvemos amputar o reto logo acima do ponto estreitado, porque parecemos o meio mais eficiente de eliminar tal esfínter, que já causara ao doente o inconveniente de 6 operações anteriores. O doente aceitou o nosso alvitre e tivemos o prazer de vê-lo curado, conforme se deduz da observação:



B. O., 26 anos, branco, brasileiro, solteiro (3-4-1937).

*Queixa*: Constipação e tumor abdominal ha 2 anos.

*Molestia atual*: Desde a infância sofre de constipação, passava 4 a 5 dias sem evacuar, alternando com periodos de evacuações diárias. Por causa disso, até aos 10 anos de idade, fazia uso frequente de lavagens e purgativos. Desta época em diante melhorou progressivamente até que, durante um periodo de 14 anos, passou a evacuar espontaneamente todos os dias. Algumas vezes as evacuações eram diarreicas, mas o comum era serem pastosas. De dois anos para cá passou a sofrer novamente de prisão de ventre por 2 a 3 dias intercalados de periodos de evacuações normais durante 10 dias mais ou menos, progressivamente, no entanto, os dias de constipação foram aumentando e diminuindo o intervalo em que evacuava bem. Assim sendo, de 1 ano e meio a esta parte passou a usar novamente lavagens e purgativos, afim de exonerar o intestino. No último ano, mesmo com purgativo ou lavagens, percebe que não esvasia o intestino inteiramente, alguma parte fica sempre retida. Nesses dois anos, sente dores abdominais, sob forma de cólicas, que melhoram com a evacuação. Últimamente, não usando purgativos, passa até um mez sem evacuar. Ao dar entrada no Serviço não evacuava ha 20 dias. Sente uma bola muito grande e muito dura, que ocupa quasi todo o ventre, sendo mais perceptivel ao tacto no hipogastrio. Emagreceu sensivelmente. Tem apetite, come bem mas a digestão é difficil, sente-se ansiado. Enfraqueceu muito. Sente palpitações e cansa-se facilmente quando anda.

Nega passado sifilítico. Fuma 3 a 4 cigarros ao dia. Não bebe.

*Exame físico*: A inspecção geral, nada apresenta digno de nota. Pele seca; emagrecido, panículo adiposo escasso; mucosas pouco coradas. 48 quilos de peso. Pulso 62 batimentos. Pressão arterial 120 — 80.

Exame dos pulmões, nada revela a assinalar.

Coração, nada digno de nota ao exame propedêutico.

*Abdomen*: Abaulado e assimétrico, assimetria provocada por uma elevação que invade o hipogastrio, fossa iliaca esquerda e hipocondrio do mesmo lado.

À palpação nota-se um tumor enorme, duro, bem delimitado que, para baixo, penetra na bacia e, para cima, se perde sob o rebordo costal. Embora de consistencia dura o tumor deixa-se deprimir pela pressão dos dedos. O sintoma do descolamento mucoso é muito nítido (Klebesyntom).

*Exames de laboratorio*: Raiós X: "Megasigma com fecaloma provavelmente por acalasis do esfincter pelvi-retal". (Dr. Cassio Villaça) (Fig. 2).

*Wassermann*: negativo. Taxa de hemoglobina: 80%. Urina: negativo.

*Eletrocardiograma*: Desvio do eixo para a esquerda (Dr. Pazzaneze).  
Metabolismo básico: — 3%.

*Diagnóstico*: megasigma com fecaloma.

*Tratamento*: Com auxilio de purgativos e lavagens conseguiu-se esvasiar o fecaloma e foi indicada a operação.

1.<sup>a</sup> OPERAÇÃO: 20-4-1937: Operador — Dr. Etzel, anestesia peridural alta (novocaina a 2%, 50 c.c.). Laparotomia umbélico-pubiana. Foi feita a esfincterectomia pelvi-retal segundo a tecnica de Corrêa Netto: "Resecção de uma fita muscular de 2 cms. de largura por 10 de comprido". Peritonização.

*Posoperatorio* sem accidentes, mas o doente não evacua espontaneamente. 20 dias depois reconstituiu-se o fecaloma, como mostra a radiografia, fig. 3. Em face deste resultado, supoz-se que a acalasis era tambem do esfincter interno do anus.

2.<sup>a</sup> OPERAÇÃO: 19-6-1937: Dr. Zerbini. Anestesia geral (balsoformio). Foi feita a esfincterectomia do esfincter interno do anus, segundo a tecnica de Corrêa Netto.

Depois desta operação persistiu a prisão de ventre requerendo tratamento por meio de lavagens e purgativos o que não impediu a formação de novo fe-

caloma, que foi extraído por manobras manuais a 30-6-37, dez dias depois da segunda operação. A 13-7-37 houve mister de novo esvasiamento do fecaloma que se reproduzira. Depois desta manobra apareceram dores no baixo ventre, febre, leucocitose; formação de um abcesso na fossa isquio-retal que foi aberto pelo perineo. O paciente permaneceu em tratamento, na enfermaria, manifestando ainda rebelde constipação, sendo necessário uso de purgativos e lavagens 2 a 3 vezes por semana.

19-10-37 — Nova radiografia demonstrou a presença do megacolon, com fecaloma, nada tendo melhorado com as intervenções anteriores.

Em face destes resultados negativos foi feita uma nova tentativa de terapêutica cirúrgica do megacolon, qual seja a exeresse do plexo mesentérico inferior e o plexo hipogastrico superior do simpático lombo-sacro.

3.<sup>a</sup> OPERAÇÃO: 20-10-1937: Operador: Alipio Correia Neto: Raquipercaïnização. Incisão mediana infra-umbelical. Nota-se grande desenvolvimento do colon sigmoide. Verifica-se no reto-sigmoide a cicatriz deixada pela operação anterior. Rebate-se o sigmoide para a direita. Incisa-se o peritoneo posterior ao nível da bifurcação da aorta abdominal. Encontra-se o nervo pelvico (n. presacro) sob forma de plexo, disseca-se para cima, na frente da aorta até encontrar-se o plexo mesentérico inferior; disseca-se este plexo em volta da arteria mesenteria inferior. Resecam-se o plexo hipogástrico superior e o plexo mesentérico inferior em parte (Operação de Learmonth). Antes de fechar a cavidade faz-se expressão do fecaloma que é retirado por um auxiliar por via natural.

*Posoperatório:* No mesmo dia o doente evacuou 3 vezes, durante a noite, espontaneamente; continuou a evacuar durante os 4 dias seguintes. Após o 6.<sup>o</sup> dia instalou-se novamente a prisão de ventre, sendo necessário o uso de purgativos e lavagens. No entanto, neste período, não se formou novamente o fecaloma. O doente teve alta a 3-11-37, vinte dias depois desta operação, recomendando-se voltasse depois de um mês. A fig. 4 mostra a peça operatoria — os nervos simpáticos acima citados.

\* \* \*

Voltou ao Serviço em 4-12-1937. Relata que passou melhor depois da última operação, engordou um pouco, pode trabalhar, mas não evacuou espontaneamente durante o mês que esteve fora, só evacuou duas vezes com auxílio de purgativo de sulfato de sódio. O exame físico do abdômen, nessa ocasião, revelou: Presença de cicatriz infraumbelical. Assimetria por tumor que faz saliência no hemi-abdomen esquerdo. A palpação revela um tumor, como anteriormente, que se identifica como um grande fecaloma.

A radiografia revela: megasigma de grandes proporções com fecaloma. Outros exames sem importancia.

O doente permaneceu na enfermaria sem evacuar. A 20-12-37 foi feito o esvasiamento manual do fecaloma. Apesar das lavagens intestinais diárias, foi mister fazer-se novo esvasiamento 10 dias depois.

Em face do estado de constipação apresentado pelo doente e pelo estudo das radiografias que mostram estreitamente ao nível da parte superior do reto (fig. 5), resolvemos praticar, de novo, a esfincterectomia pelvi-retal, imaginando que, da primeira vez, não tivesse ela sido leyada até baixo, restando portanto ainda uma porção do esfincter pelvi-retal não resecado.

4.<sup>a</sup> OPERAÇÃO — 13-1-1938 — Dr. Alipio Corrêa Netto — Raquipercaïnização. Incisão mediana infra-umbelical. Reseca-se novamente o esfincter pelvi-retal passando a incisão ao lado da antiga cicatriz, levando-se a resecção bem baixo, depois de aberto o fundo de saco peritoneal de Douglas, bem atraz da bexiga. A operação foi difícil por causa das adherencias numerosas entre a camada muscular e mucosa, consequentes a primeira intervenção.

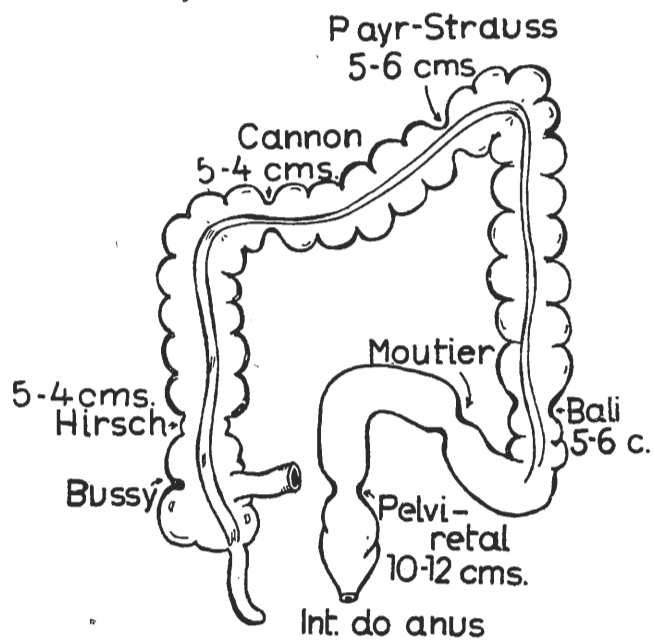


FIG. 1  
 Diversos esfrictoses do colou com as suas respectivas dimensões (Aloj.).



FIG. 2  
 Meegasigma com fecaloma (Dr. Cassio Vilaça). Enorme dilatação do colon pélvico.

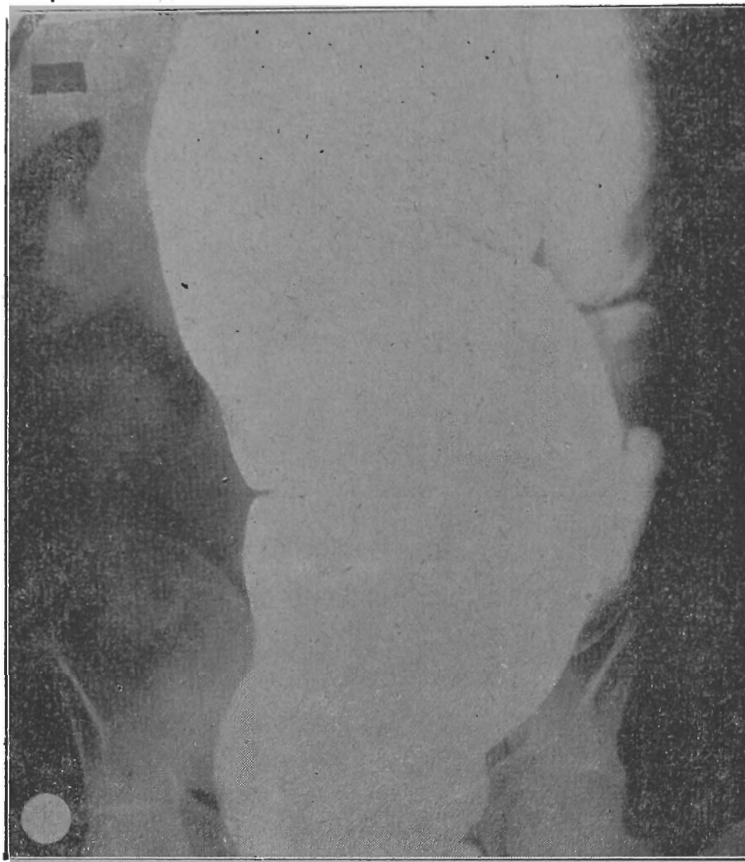


FIG. 3

Vê-se ainda as enormes proporções do reegasigma, que não melhorou nada depois da esfinterectomia pelvi retal

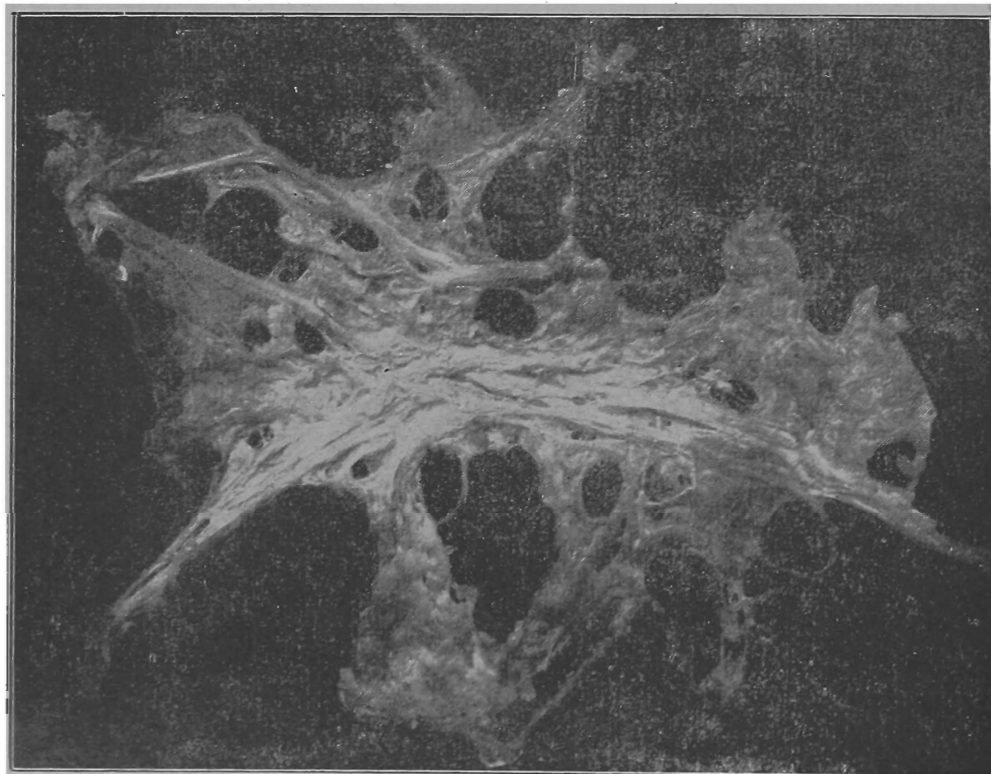


FIG. 4

Fotografia da peça operatoria onde se vê plexo hipogástrico superior (n. pœ-sacro), na parte superior da figura, e o plexo mesentérico inferior.



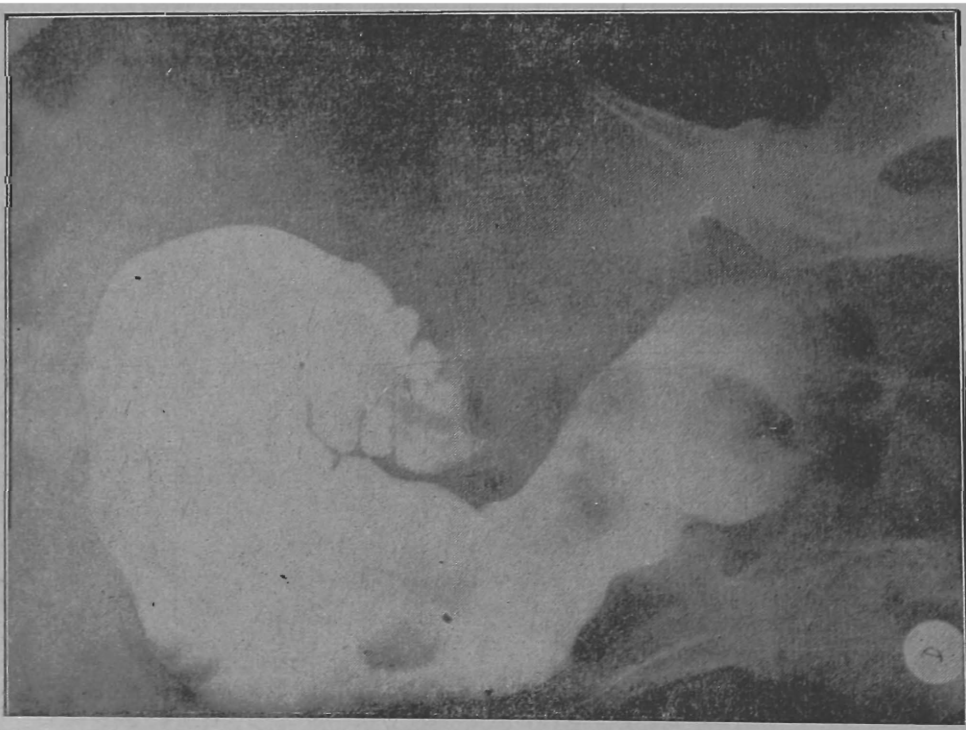
FIG. 5

Mostra enorme megasigma como o das radiografias anteriores. O doente portanto não se curou depois de uma esfinctroectomia pelvi-retal (20-4-937), a esfinctroectomia interna do anus (19-6-937) e a simpaticectomia pelvico-abdominal (20-6-937)



FIG. 6

Esta radiografia mostra que o ponto do obstáculo está próximo do anus, comparando com as figs. 1, 3 e 5.



**FIG. 7**  
Radiografia feita um ano depois da amputação do reto. O doente evacua diariamente, o sigmoide está muito diminuído de tamanho, embora ainda dilatado. (19-8-939)



**FIG. 8**  
O colon sigmoide esvasia-se inteiramente logo após a ministração do enema opaco. (19-8-1939).

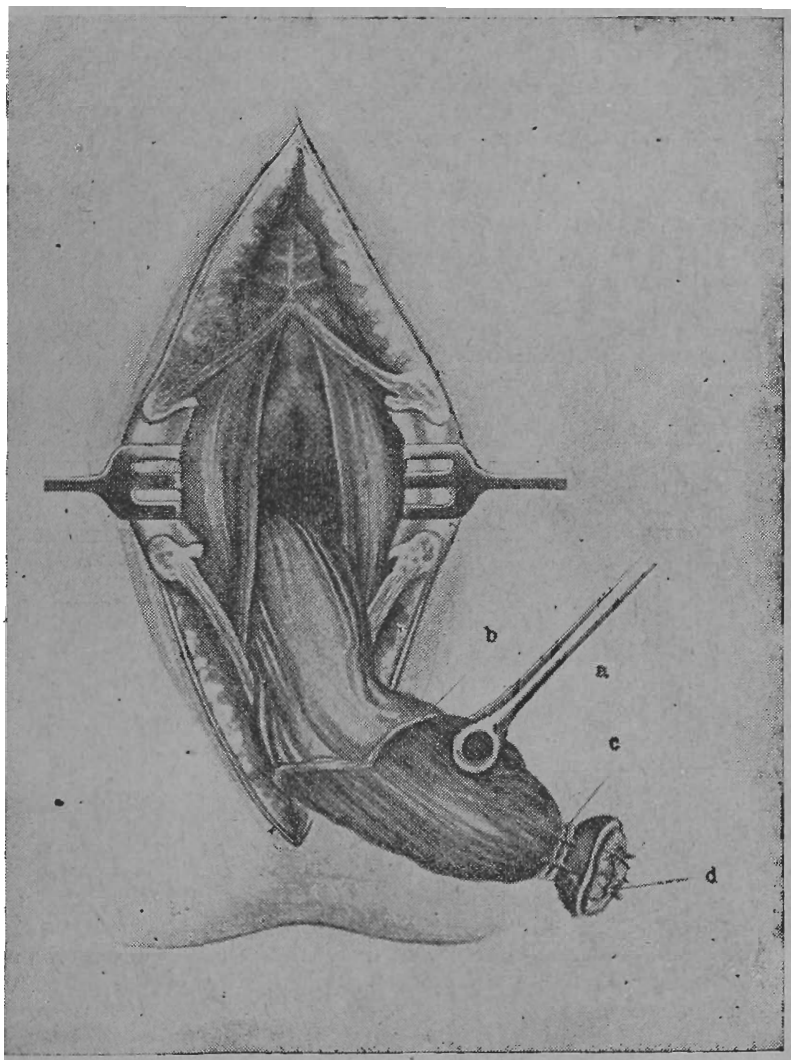


FIG. 9

Amputação intra-esfincteriana do reto, segundo Ball (Bickham.)



A 19-1-38 evacuou espontaneamente; este fato repetiu-se nos dias consecutivos. A 5-2-1938 o paciente teve alta em boas condições, evacuando diariamente 2 a 3 vezes, mas ainda com o colon dilatado, segundo a verificação radiologica.

\* \* \*

Em 4-5-1938, 4 meses depois da última operação, isto é, a ressecção do esfíncter pelvi-retal feita pela 2.<sup>a</sup> vez, voltou o paciente novamente ao serviço. Queixa-se ainda de prisão de ventre. Ha um mez não evacua. A palpação do abdomen mostra grande tumor fecal que vaé da pequena bacia ao hipocôndrio esquerdo. A radiografia mostra novamente dilatação do colon sigmoide, de proporções gigantescas.

Si nós compararmos esta radiografia (fig. 6) com as anteriores, mormente, com aquelas que precederam a ressecção do esfíncter pelvi-retal (1, 3 e 5) veremos que o ponto estreitado, o esfíncter em acalasis está cada vez mais baixo, mais proximo do canal anal.

Em vista do insucesso impertinente destas numerosas operações, como o estado do doente o permitia, resolvemos fazer a amputação da parte do reto abaixo da dilatação.

6.<sup>a</sup> OPERAÇÃO: 21-6-1938 — Consistiu esta operação em abaixamento intra-esfíncteriano do reto conforme a tecnica de Ball, representadas na fig. 9.

O posoperatorio não foi muito simples, houve supuração com formação de fistula para-anal que se curou depois de 20 dias.

Notou-se, desde o início, que o anus permaneceu perfeitamente continente. As evacuações eram irregulares, tornando-se necessario o uso de lavagens e, às vezes, purgativos. Chegou a formar novo fecaloma que foi evacuado por via anal.

Curada perfeitamente a supuração do perineo, o doente passou a evacuar com auxilio de lavagens e também às vezes, espontaneamente.

A 30-12-1938, cerca de 6 mezes depois da operação para amputação intra-esfíncteriana do reto, o paciente, enfiado do tedio da enfermaria, solicitou alta em bom estado, mas ainda sofrendo de sua rebelde prisão de ventre. Sentia-se mais forte, bem disposto e tinha vontade de trabalhar.

Voltou novamente ao Serviço a 3-8-1939. Sentia-se muito bem, evacua diariamente desde a saída do serviço, não usou mais purgativos nem lavagens, engordou e está trabalhando diariamente.

Na sua ficha de "follow up" está registrado:

"6-8-1939: Está passando muito bem. Evacua diariamente. Engordou, exerce seu mister de trabalhador rural com eficiencia. Esfíncter anal perfeitamente continente. A radiografia mostrou grande diminuição do colon pélvico, que ainda está aumentado. Esvaziamento completo da lavagem opaca".

O doente está curado.

## RESUMÓ

Doente portador de megasigma.

1.<sup>a</sup> OPERAÇÃO — 20-4-1937 — Foi feita a ressecção do esfíncter pelvi-retal. Persistiu a dilatação e a prisão de ventre.

2.<sup>a</sup> OPERAÇÃO — 13-5-1937 — Ressecção do esfíncter interno do anus, metade esquerda. Não houve melhora.

3.<sup>a</sup> OPERAÇÃO — 19-6-1937 — Ressecção do esfíncter interno do anus na metade direita. Sem resultados.

4.<sup>a</sup> OPERAÇÃO — 20-10-1937 — Ressecção do plexo sagrado superior e do plexo mesenterico inferior segundo a tecnica de Learmonth. Melhora passageira de algumas semanas.

5.<sup>a</sup> OPERAÇÃO — 13-1-1938 — Nova ressecção do esfíncter pelvi-retal, para se certificar de que a primeira não foram bem feita. Sem resultado ainda.



6.<sup>a</sup> OPERAÇÃO — 11-6-1938 — Amputação do reto por via perineal com conservação do esfíncter interno segundo tecnica semelhante a de Ball.

Alta a 30-12-1938.

Volta ao serviço a 6-8-1939 completamente curado, evacuações diárias e normais, regressão da dilatação do colon. A cura persiste até hoje.

### COMENTARIOS

Tratando-se de afecção benigna, era natural procurassemos conservar o esfíncter externo, o que conseguimos perfeitamente bem usando tecnica semelhante a de BALL, segundo está relatada no tratado de BICKHAM, (fig. 9).

Poderíamos então própor a presença de um novo esfíncter no reto, o qual deve ser tomado em consideração nos casos recidivados. Não tivemos ainda oportunidade de repetir esta operação, mas cremos que este caso é suficientemente elucidativo, uma vez que a doença resistiu a todos os tratamentos conhecidos. E o doente foi de uma notavel paciencia para se submeter a terapeutica tão importuna, qual seja a de operações consecutivas em curto espaço de tempo.

### BIBLIOGRAFIA

- ALOJ, L. — Ricerche morfologiche sulla struttura del colon umano in rapporto alla presenza di sfinteri anatomici. — Atti della Soc. Ital. di Anat. ano 42 (1931).
- AMORIM, M. F. e CORREIA NETO, A. — Histopatologia e patogenia do megaesofago e megareto — An. Fac. Med. de São Paulo — 8:101-127; 1932.
- BALL — in Bickham.
- BORCESCO, A. C. e CORNEANO, M. — Les colosphincteres e les colospasm. — Masson & Cie., 1936.
- CORREIA NETO, A. — Tratamento cirurgico do megacolon pela resecção dos chamados esfíncteres do intestino grosso. — Rev. de Cir. de São Paulo — 1:249-295; Dez. 1934.
- CORREIA NETO, A. — Um caso de megacolon direito curado pela secção do esfíncter de Cannon. — Folia Clinica e Biol. — 7:49-57; 1935.
- CORREIA NETO, A. — Etiopatogenia do megacolon.
- CORREIA NETO, A. — Relaciones patogenicas y concomitancia de megaesofago e megacolon. — Rev. de Cir. de Buenos Aires — 13:721; 1934.
- CORREIA NETO, A. e ETZEL, E. — Le megaesophage e le megacolon devant la theorie de l'achalasia. — Rev. Sud-Americaine de Med. e Cir. 5:395-421; 1934.
- ETZEL, E. — Megaesophagus and its Neurology — Guy's Hospital Reports — 87:158-174; Abril 1937.
- BICKHAM, W. E. — Operative Surgery. — Vol. V. W. B. Saunders & Cie. 1928.
- CAMERON, T. A. M. — Arch. of Disease of Child. — 3:210; 1928.
- FERREIRA, B. — Megacolon — 1937 (Belo-Horizonte).
- HURST, A. F. — Anal Achalasia and Megacolon. — Guy's Hospital Report — Vol. 4 n.º 3 — 1934.
- HURST, A. F. e RAKE, G. H. — Achalasia of the cardia. — Quart. Med. Journ. 23:491-509; 1930.
- VASCONCELOS, E. e BOTELHO, G. — Cirurgia do Megaesofago. — Comp. Editora Nacional, 1937.

## OS ERROS MAIS COMUNS NA TERAPÊUTICA DOS CARDÍACOS (\*)

LUIZ V. DÉCOURT

Docente-livre de Clínica Médica da Universidade de S. Paulo

Meus senhores

E' extremamente difícil traçar em rápidas linhas as bases gerais da terapêutica cardiológica. Dada porém a sua grande importância, não podemos terminar este curso sem algumas palavras sobre ela. Como não teremos ocasião de analisar o que se *deve fazer*, será melhor e de maior conveniência, um estudo sobre o que *não deve ser feito*. Nesta palestra, portanto, vou chamar a atenção dos senhores, para os erros que, com maior frequência, são cometidos, no tratamento dos cardíacos.

Para comodidade de estudo, poderemos agrupá-los em vários capítulos de acordo com a sua natureza. Teremos assim:

- 1) Erros no *diagnóstico* da insuficiência circulatória,
- 2) Erros na *medicação* empregada,
- 3) Erros nas *doses* administradas,
- 4) Erros nas *vias de introdução* utilizadas,
- 5) Erros nas *associações medicamentosas* aconselhadas,
- 6) Erros nos *regimes* indicados,
- 7) Erros por *preconceitos* exagerados na terapêutica e
- 8) Erros no tratamento de alguns *estados especiais*.

Como o tempo é limitado, vamos percorrer rapidamente toda esta série de capítulos, procurando acentuar os erros mais graves e os mais comuns. E' óbvio que, em numerosas situações, vários deles aparecem ao mesmo tempo, agravando-se mutuamente.

1) **Erros no diagnóstico da insuficiência circulatória:** Este capítulo será rapidamente analisado, pois os senhores, já tiveram ensejo de ver, nas aulas anteriores; quais os erros que podem ser cometidos quando se desconhece a forma da insuficiência circulatória. Vimos, de fato, nas palestras passadas, que podemos reconhecer hoje, pelo menos dois tipos distintos de insuficiência: a "cardíaca" e a

(\*) Aula de encerramento do curso sobre "Problemas de Patologia Circulatória", realizada em Julho de 1940, a convite do Departamento Científico do C. A. "Osvaldo Cruz".

“periférica”. Os fenômenos básicos diferenciais residem na quantidade do sangue circulante, havendo na primeira um aumento e na segunda uma diminuição daquela taxa, donde, respectivamente, os nomes de insuficiências “plus” e “minus” dados por Wollheim. Aquela, é a insuficiência *cardíaca*, comumente encontrada nas enfermarias de Clínica Médica e denominada “congestiva” pelos americanos, dados os fenômenos de estase. Esta, abrange os quadros geralmente designados como *síncope* ou *colapso*, nas infecções, nas queimaduras, nas operações, intoxicações, etc.

Ora, é o desconhecimento desta questão, que faz com que se cometa um dos mais comuns e mais graves erros na terapêutica dos cardíacos. Encontramos, com frequência, o uso de medicamentos que aumentam o volume de sangue circulante, para compensar uma insuficiência congestiva ou então uma terapêutica “cardíaca” dirigida contra uma falha “periférica”. Para se evitarem esses erros, é necessário que se gravem bem esses tipos diversos. Na insuficiência periférica, a culpa não cabe ao coração, mas sim à rede artériovenosa, por alterações nervosas ou diretas, como já tivemos ocasião de discutir na palestra sobre o colapso. Nesse caso, não são indicadas as terapêuticas “cardíacas” (digital e similares) mas sim os analépticos cárdio-respiratórios, os vaso-constritores, as introduções de soluções no organismo, etc. Na verdadeira insuficiência *cardíaca*, usaremos a digital e os digitaloides. E’, portanto, um erro muito grave o uso de medicamentos, como a cânfora e seus derivados, o cardiazol, etc., com a esperança de se remover uma insuficiência cardíaca congestiva. E’ verdade, que alguns autores, na Alemanha, têm recomendado o uso de digital associada aos tônicos periféricos, porém as vantagens parecem ser pequenas, desde que, somente aquela droga remove admiravelmente as assistolias, quando administrada corretamente. Infelizmente, na prática, vamos encontrar grande número de erros, originados pelo uso isolado (ou associado a doses insuficientes de digital) dos medicamentos periféricos nas lesões cardíacas. Lamento não poder analisar, com os senhores, todos os casos em que se encontram tais inconveniências terapêuticas. São numerosíssimos. Desejo citar, como ilustração, apenas um caso que tive ocasião de atender na semana passada. Tratava-se da mãe de um médico, senhora já idosa, hipertensa, apresentando um edema agudo do pulmão. O filho administrou-lhe óleo canforado, em doses muito elevadas, “para manter o coração”.

Destas considerações ressaltam as seguintes conclusões: nas insuficiências cardíacas “plus”, verdadeiramente “cardíacas”, deveremos nos limitar ao emprego correto da digital e digitaloides. São os medicamentos heroicos para essa forma de insuficiência. Nunca empregá-los na forma “minus”, pois diminuem o volume sistólico do coração, não lesado, agravando ainda mais o quadro. Não há pois razão para o uso da digital nas formas do colapso.

Nas infecções é necessário muito cuidado no diagnóstico dessas formas de insuficiência circulatória. Tem-se verificado que, na maioria dos casos, o "colapso cardíaco", que produz a morte, não é a consequência direta de uma falha cardíaca, mas sim o resultado de uma alteração grave do aparelho periférico; o coração sofrerá apenas secundariamente; mais tarde, dada a insuficiência da oferta venosa. Nesses casos, o uso da digital não encontra justificativa e a droga não pode combater o quadro ameaçador. Os trabalhos dos norte-americanos sobre o uso da digital na pneumonia corroboram, inteiramente, essas noções. Mesmo nos pacientes idosos, mas com o miocárdio são, não há benefício algum com essa terapêutica. A escolha dos senhores deve se fixar de preferência sobre os tônicos periféricos.

Um alto problema terapêutico é o do *enfarte do miocárdio*, pois aí, como já estudámos em aulas anteriores, a insuficiência circulatória sóe ser mixta, cardíaca e periférica. Aí, mais do que nunca, deve o médico raciocinar bastante antes de instituir a terapêutica. Nas primeiras horas ou dias, há uma queda acentuada da pressão arterial sendo a falha predominantemente *periférica*. Só mais tarde, poderão aparecer os sintomas de uma hipossistolia. Ora, inicialmente, caberiam, portanto, os tônicos periféricos. Porém, a hipotonia não deixa de ser um mecanismo benéfico, evitando a rotura do miocárdio, de modo que não há necessidade de se fazer, intempestivamente, uma terapêutica demasiadamente enérgica. Como na maioria dos casos, não podemos avaliar (por desconhecimento dos valores préssicos anteriores), a intensidade da queda da pressão arterial, só deveremos lançar mão dos tônicos periféricos, quando esta estiver muito baixa, digamos, com menos de 10 a 11 cms. de Hg. A digital nessa fase é contraindicada.

Em todos os casos, torna-se necessária, portanto, uma análise do caso em questão, para se conseguir evitar esses erros, os mais generalizados, na terapêutica dos cardíacos.

2) **Erros na medicação empregada:** Encaremos rapidamente algumas drogas.

a) *Digital* — É condição essencial para uma terapêutica eficaz que a preparação utilizada seja ativa, com eficácia constante. Em varias partes do mundo utilizam-se as preparações de pó e tinturas de folhas, padronizadas biologicamente em unidades gato. Porém é necessário que esses produtos sejam *frescos*. Entre nós, tal qualidade é mrito difícil de ser obtida, de modo que o melhor será abstermo-nos de tal uso.

b) *Insulina e glicose*: Tem sido muito debatido o valor das associações de insulina e glicose na terapêutica cardíaca. O seu uso tem encontrado numerosos defensores e ardorosos contraditores. Atualmente, com os conhecimentos que possuímos, podemos contraindicar a medicação. Os motivos são vários. Primeiramente a insulina determina uma retenção de agua no organismo. Ora, numa

insuficiência cardíaca, nosso fito é promover a eliminação de água, já que o doente ou apresenta um edema ou tem uma tendência à sua formação. Por esse lado, haveria, inicialmente, uma contra-indicação. Porém, discutamos mais a fundo essa terapêutica. Haverá, de fato, como se pretende, maior fixação de glicose, melhorando a nutrição do miocárdio? Sabemos, atualmente, que o metabolismo cardíaco é bem mais complexo do que as antigas experiências de perfusão poderiam fazer acreditar. A sua adaptabilidade a varias substâncias alimentares que fornecem energia é fato aceito. Como não poderemos discutir tais problemas, neste momento, suponhamos que, de fato, a influência da glicose seja muito benéfica sobre o miocárdio. Não importa a discussão do mecanismo, mas admitamos como real a sua ação. Logicamente, o valor da associação medicamentosa estaria no maior fornecimento da substância energética ao músculo cardíaco, pela ação da insulina. Ora, trabalhos já antigos, realizados em 1927, por VISSCHER e MÜLLER vieram demonstrar, de maneira explícita, que não há provas de que a insulina estimule de qualquer modo o metabolismo oxidativo do coração isolado. Logo depois, outros trabalhos completaram essas noções. Assim os de PLATTNER, realizados com uma preparação cardiopulmonar, mostraram que, aparentemente, a insulina não aumenta o ritmo do consumo de açúcar pelo miocárdio.

Outros autores encontraram, com grande administração de insulina, apenas um ligeiro aumento na oxidação do açúcar, mesmo nas hiperglicemias. Muito interessantes foram as pesquisas de GEIGER e HAMBURGER, em 1938. Esses autores usaram nas suas experiências o coração perfundido pela glicose, tendo verificado que, por maior fosse a taxa de glicose no líquido perfundido e por mais longa a perfusão, não havia um aumento do consumo de glicose pela víscera. Do mesmo modo, a *introdução de insulina em nada modificava o processo.*

Portanto a associação de insulina e glicose não parece ter vantagens (apenas desvantagens) sobre o uso isolado do açúcar. Aqueles autores, realizaram ainda experiências notáveis, com soluções de sucrose, isto é, um açúcar *não utilizavel* pelo miocárdio. Verificaram assim que esse produto tinha a mesma ação que a glicose (açúcar utilizável). Poder-se-ia concluir, então, desse trabalho, que o benefício exercido pelo monossacarídeo sobre o músculo cardíaco seria dependente, não de uma melhora de seu metabolismo, mas sim de uma ação osmótica, aumentando o "tonus" do miocárdio. Este fato é de observação antiga, tendo vários autores descrito a melhora da tonicidade uterina com o emprego de soluções hipertônicas.

Em resumo, não existe prova alguma experimental de que a administração de insulina e glicose, melhora a reserva energética da fibra cardíaca. Os achados clínicos, por sua vez, não permitem uma base de apreciação segura pois, em muitos casos, se junta ao mesmo tempo a digital e, em outros, não é levado em consideração o papel do repouso. O uso dessa associação medicamentosa não é portanto aconselhavel.

c) *Preparados musculares*: Outras preparações que devem ser encaradas com reserva são as constituídas pelos chamados “extratos musculares”. Se eles, em algumas experiências, têm provado um leve aumento na circulação coronária (muito breve), em outras falham lamentavelmente. Na prática, sua ação é desprezível. A experiência de quasi todos os cardiologistas, documenta esse fato. Eu previno, particularmente, os senhores, contra os “resultados garantidos” descritos principalmente na “terapêutica específica” (!) da artério-esclerose, mediante preparações desse gênero.

d) Terminando este capítulo, desejo apenas condenar mais uma droga, cujo uso, felizmente, vai sendo menor. É a *esparteina*. Sua ação “cardiotônica” é bastante hipotética, nada de util se obtendo na prática. Do mesmo modo não se consegue clinicamente, em geral, evidência de sua ação *estimulante*, ou *regularisadora*, ou *antitóxica*.

3) **Erros nas doses administradas**: Este capítulo é de extrema importância, pois, como os senhores verão, varias falhas da terapêutica têm sua origem no uso insuficiente da medicação.

a) Estudemos primeiramente a *digital*. Esta é sempre uma arma admirável, quando usada convenientemente. Vamos analisar, de início, quais as doses que deverão ser empregadas. Nos primórdios da digitaloterapia, quando Withering começou os seus trabalhos, a quantidade empregada era bastante grande, sendo considerada ótima quando apareciam os sinais de intoxicação. Pouco a pouco, dada a possibilidade de numerosos acidentes, foram elas sendo reduzidas. O próprio WITHERING recomendou, posteriormente, que não se chegasse até às náuseas e, vários clínicos, mormente os franceses, tornaram-se adeptos das doses moderadas. As escolas européias, parecem preferir as doses pequenas, de modo a se escapar de uma ação nociva. Em oposição, outros (mormente os norte-americanos) preferem as doses maciças, chegando-se mesmo, em casos de necessidade, a uma intoxicação pelo medicamento. Os trabalhos mais notáveis são os de EGGLESTON, que, em experiências em gatos, pode introduzir a padronização biológica. Ele recomenda doses elevadas, com o fito de obter a “terapêutica completa” ou os “pequenos efeitos tóxicos”. Aconselha 0,146 unidades gato por libra de peso (459 grs. e pouco), ou sejam 22 unidades gato para um homem de 150 libras (mais ou menos 68 kilos).

Aconselho, aos senhores, sem reserva, o uso das grandes doses. Com algumas precauções, os acidentes são raros e os efeitos magníficos. Poderíamos usar a própria dosagem sugerida por EGGLESTON a LEMOS TORRES, baseada no peso teórico do paciente: 1 grama da solução de digitalina Nativelle (L gotas ou seja 1 miligrama da digitoxina) por vinte kilos de peso teórico. Essa quantidade deve ser dada dentro de 24 horas, sendo, em geral, administrados inicialmente os 2/3 do total e o resto 6 horas após, de uma só vez ou, fracionadamente, com intervalos de 6 horas, também, entre cada ingestão.

A prática demonstra cabalmente que com esse método remove-se a maior parte das assistolias. Apesar disso, acredito que não se possa escolher um tipo “padrão” para todos os casos de insuficiência cardíaca. Não é conveniente o uso de esquemas rígidos para a terapêutica. O melhor será uma terapêutica baseada naquela administração maciça, mas orientada diversamente, de acordo com a capacidade reacional particular do miocárdio e a sensibilidade individual. O critério *clínico* é, de fato, sempre o melhor. Estou com LUTEN, quando diz que a “dose total” de EGGLESTON deve ser considerada, antes como a dose *máxima* dentro da zona manejável, que como a quantidade a ser administrada; como a mais alta dosagem, do que como a dosagem ótima. Poderemos, de início, num assistólico, dar, por exp., um miligrama da digitalina de uma só vez. A quantidade seguinte será variável. Não há necessidade de se temer a intoxicação, porquanto se ela aparecer não sóe ser de monta. De acordo com a melhora e a tolerância apresentadas pelo paciente já nos poderemos orientar quanto ao resto da digital a ser administrada. Ela será portanto regulada de acordo com cada caso em particular. Em alguns doentes necessitaremos mesmo de doses tão elevadas quanto as de Eggleston para uma cura clínica total, mas em outros, com doses menores obteremos efeitos idênticos. Esta precaução, deverá, principalmente, ser tomada, em relação aos cardíacos dos ambulatórios ou àqueles, nos quais, não se poderá fazer um “controle” perfeito nos dias seguintes.

E' necessario que os senhores gravem, porém, que os malefícios das grandes doses são em geral menores que os das pequenas. Só com aquelas removeremos totalmente as assistolias.

Dada a dose inicial, que “compensou” o doente, isto é, a chamada “dose de ataque”, passamos a outro grande problema: o das “doses de manutenção” a serem administradas continuamente para que não retorne a hipossistolia. São frequentes os casos de cardíacos que recaem em uma descompensação por doses insuficientes de digital aconselhadas pelo médico. E' necessário que seja empregada uma taxa efetivamente util, para prevenir a piora. Aquí também, cada médico prefere uma técnica especial. O importante é atingir-se, realmente, a *saturação eficiente*. Poderemos, por exemplo, dar a droga diariamente ou então calcular uma taxa semanal e administrá-la, fracionadamente, em dias alternados. Quando a doença o permite, prefiro dar a dose de manutenção semanal, repartida em tres dias seguidos, fazendo-se um repouso nos quatro dias seguintes. Desse modo dá-se tempo à eliminação da droga e poupa-se, na medida do possível, a tolerância do doente, conseguindo-se evitar as nauseas etc., que tanto podem dificultar o uso continuado do medicamento. Desde que se dê a dose suficiente, o doente passa perfeitamente durante todo o tempo. Naturalmente, existem casos em que ha maior conveniência em uma administração diária, mas nós não poderemos esquematizá-los. Cada doente é um problema diverso. Só um estudo cuida-

doso do paciente, poderá resolver todos esses problemas. Cada cardíaco deve ser atentamente observado, durante, o tempo necessário, afim de se verificar qual a dose ótima requerida. Esta, porém, *deverá ser sempre administrada.*

b) *Estrofantinas*: As doses destes medicamentos, ao contrário das da digital, devem ser inicialmente pequenas, principalmente quando a insuficiência cardíaca é acompanhada ou produzida por graves alterações do miocárdio.

Deveremos iniciar um tratamento, em média, com a administração de 0,25 de miligrama, elevando-a depois, se necessário a 0,50 por dose. Frequentemente os resultados são mais animadores, calculando-se a dose diária requerida e fazendo-se a aplicação fracionadamente, repetindo as injeções duas a três vezes ao dia. A ação do medicamento é muito rápida, de modo que podem surgir acidentes se a dose inicial for muito elevada. Por outra, a sua célere eliminação permite e exige mesmo a repetição necessária, se se desejam bons resultados.

c) Desejo dizer ainda algumas palavras sobre um novo produto que tem sido utilizado na terapêutica dos cardíacos. Quero me referir ao *Nerium Oleander*, a nossa vulgar “espírradeira”. No mercado encontramos a *Folinerina*, glicósido pura do vegetal, em comprimidos, contendo 0,1 de miligrama da substância ativa. As doses recomendadas inicialmente eram as de 0,6 mgrs. (6 comprimidos), ao dia. Verificou-se, entretanto, que essa quantidade é amiúde insuficiente, devendo-se usar, pelo menos 8, mas, em geral, de 10 a 12 comprimidos diários, para um resultado satisfatório. Eu pude observar esse fato em numerosos casos. O Dr. REINALDO CHIAVERINI, em sua brilhante tese de doutoramento, estudando minuciosamente 50 casos, documentou perfeitamente essa noção. Quasi não há a temer fenômenos de intoxicação, porquanto a tolerância é bem acentuada.

d) Para terminar este capítulo, desejo frisar algumas noções sobre os *diuréticos mercuriais*. Como sabemos, eles constituem um auxílio precioso na terapêutica dos cardíacos.

Existem várias opiniões desfavoráveis ao uso desses medicamentos, como rotina, dada a sua nocividade ao parênquima renal. Do estudo de alguns casos chegou-se à conclusão de que o emprego muito frequente dos mercuriais pode facilitar a aparecimento de alterações renais; nos cardíacos assim tratados a insuficiência renal seria muito mais frequente que nos outros. Com a mesma base de observações, argüem outros, porém, que tal não se dá. Ainda não podemos opinar com certeza. De qualquer modo, aconselho aos senhores, o uso moderado desses compostos. É preferível, na maioria dos casos, deixar um intervalo de 2 a 3 dias entre as injeções, a não ser em casos especiais onde se torne muito necessária sua administração diária (cirroses, etc.).

Outro capítulo muito importante que passaremos a estudar é o dos:



4) **Erros nas vias de introdução utilizadas para os medicamentos:** Logicamente, a escolha da via pela qual se administrará um remédio, deve depender das condições de tolerância, absorção e conservação da droga. Vejamos como poderemos empregar as principais medicações cardio-circulatórias.

a) *Digital*: Sabemos hoje que a digital não sofre a ação dos fermentos digestivos gastro-intestinais. Administrada oralmente não há, portanto, o risco de uma destruição. Por outra, a sua absorção se faz segura e lentamente no intestino. Tem sido descrita uma susceptibilidade pessoal, às vezes, bem grande, na absorção e fixação de droga, mas de um modo geral, estas se fazem perfeitamente. Daí concluímos que a via oral é muito indicada no emprego da digitalina.

Poderá ainda ser usada por via parenteral? As vias subcutânea e muscular não devem ser utilizadas, porquanto a droga desperta intensos fenômenos de irritação local e, por outra, a sua absorção deixa, às vezes, muito a desejar. Não se poderá garantir qual a dose utilizada. Recentemente, alguns autores propuzeram, de novo, a via subcutânea, mediante o emprego de preparados digitálicos associados a substâncias anestésicas. Mesmo assim, essa via, não parece aconselhável, porquanto, embora um dos inconvenientes tenha sido temporariamente afastado (a dôr), permanecerá ainda a incerteza quanto à taxa de substância absorvida.

A via intravenosa, pode ser aconselhada, embora deva ser utilizada com prudência. Além desta, pode ser ainda empregada a via retal, que dá resultados satisfatórios, pois sabemos que a droga é bem absorvida no intestino grosso.

Dessas tres vias (ora, endovenosa e retal) qual a preferida? Sabemos hoje que quando se introduz certa quantidade de digital no organismo só uma pequena parte é fixada pelo coração. Assim, em experiências em animais, verificou-se que o coração fixa apenas cerca de 12 % da dose mínima mortal (WEESE). Todos os outros órgãos fixam-na também, com exceção dos pulmões. Nessa fixação é necessário que se leve em conta o *tempo de introdução*. Sabe-se que o coração fixará tanto mais a droga, quanto mais lenta for a penetração dela. A fixação depende portanto do ritmo de entrada da substância no sangue. Isto porque esse fenômeno se relaciona com o tempo que o sangue ficará em contato com as paredes cardíacas, sendo tanto mais acentuado quanto mais longo, mais íntimo ou mais amplo for este contato. Quando usamos a via intravenosa deveremos então ter prudência. Seria conveniente diluir a droga, por exemplo em sôro glicosado, e fazer a injeção bem lentamente. A via oral, fornecendo a droga com um ritmo lento, apresenta grandes vantagens.

Os trabalhos de VAN LIERE e SLEETH, demonstraram ainda, recentemente, uma particularidade interessante, a respeito da influência da digital sobre o esvaziamento do estômago. A tintura de digital, em doses de 5 cc., encurta de mais ou menos 18 %, o tempo de evacuação gástrica. A droga poderá portanto, sem inconvenientes, ser

administrada antes ou logo após as refeições. A via oral reúne, portanto, grande número de vantagens, não havendo senão alguns inconvenientes, que na prática não parecem de monta. Um deles, é o dos fígados congestionados dos cardíacos com estase. Sabemos que esse órgão é capaz de reter grandes doses do medicamento, mesmo quando são. Naturalmente, o órgão aumentado, com sua rede sanguínea alargada, vai reter parte da digital absorvida no intestino, antes que ela venha ter ao coração. Nesses casos as vias intravenosa e retal seriam preferíveis. Por esta última, a circulação poderá se fazer pela hemorroidária média, tributária da hipogástrica, que se lança, por sua vez, na cava inferior, sendo portanto excluído o fígado do circuito. Verifica-se, na prática, porém, *que os resultados são sempre apreciáveis, mesmo em presença dos grandes fígados.* Todos os clínicos e os senhores, com toda a certeza, nas enfermarias, já tiveram ocasião de observar que a digital age admiravelmente fazendo regredir ou desaparecer a assistolia, nos indivíduos com grande estase hepática. Aliás, os trabalhos de KIESE, GUMMEL e GARAN demonstraram que nessas situações a isquemia hepática pode diminuir a absorção da glândula.

Podemos concluir portanto que a via oral deve ser a preferida para a administração da digital.

b) *Estrofantinas*: É muito generalizado o uso dos estrofânticos por via oral. As pesquisas de HATCHER demonstraram, porém, que esses produtos são decompostos pelos sucos alcalinos do intestino. A estrofantina G, introduzida no intestino delgado de um animal, em quantidade dez vezes maior que a dose mínima mortal, é apenas tóxica, mas não mata. Os preparados de G-estrofantus amorfo e de uabaina parecem ser algo mais resistentes à ação dos sucos intestinais, porém, não tanto que sua administração possa ser aconselhável por via oral. Deveremos, então, concluir que essa via não deve ser utilizada quando se lança mão da terapêutica estrofântica. Não poderemos garantir qual a taxa absorvida e qual a destruída. Aconselho, portanto, aos senhores *que se abstenham dela, porquanto os resultados podem ser lamentáveis.* Tive ocasião de tratar de uma senhora, apresentando uma fibrilação auricular, que permaneceu dois anos no leito, quasi sem se levantar, tomando a conselho médico apenas dois grânulos de um preparado de estrofanto por via oral! Com um tratamento digitálico, consegui, logo, uma ótima compensação, que se mantém, ainda, mediante a mesma terapêutica, há quasi 3 anos.

Os discípulos de VAQUEZ, têm recomendado o uso da uabaina por via oral, mas só conseguem alguns resultados com doses extremamente mais elevadas que às comumente indicadas. Dada a instabilidade do produto no meio intestinal, compreende-se perfeitamente a relatividade dos sucessos.

Quais serão portanto as vias aconselhadas para administração da estrofantina?

Tanto a via sub-cutânea como a intramuscular oferecem os mesmos inconvenientes que os estudados na digital. DECASTELLO pro-

poz também o uso intramuscular da estrofantina, associada à novocaina, para se evitar a dor. Tal processo, embora aconselhado por JAGIC, não é isento de críticas, dada a variabilidade da absorção. A via de escolha deve ser a intravenosa. Para os estrofânticos, parece que o tempo de introdução tem importância muito menor que para a digital. A via retal é discutida. Alguns autores a aconselham, pois que as últimas porções do reto escapando a ação dos sucos alcalinos, evitam o inconveniente da destruição do produto. Outros, como JAGIC, não dão valor algum a essa via. A minha experiência é nula nesse ponto.

c) *Diuréticos mercuriais*: A via de escolha deve sempre ser a endovenosa. Quando esta não for possível, por quaisquer condições, deveremos nos utilizar da retal, (supositórios).

As vias sub-cutânea e intramuscular não parecem aconselhadas, dada a possibilidade de acidentes locais por irritação e a variabilidade da absorção. Recentemente, entretanto, apareceram vários trabalhos, procurando afastar esses inconvenientes. Assim DE GRAFF, LEHMANN e YASUMA verificaram que os diuréticos mercuriais, quando injetados juntamente com produtos derivados da teofilina, não apresentam aqueles inconvenientes, de modo tão acentuado. Parece haver uma ação "protetora" da teofilina, com melhora da absorção e da diurese. O mecanismo do processo é desconhecido, talvez se podendo pensar em uma combinação química com o mercúrio dos diuréticos. Estes trabalhos, estão ainda em início, mas suas observações parecem incontestáveis.

d) *Tônicos periféricos*: É necessário que analisemos estes medicamentos dada a grande extensão do seu uso. Existem alguns que não devem ser administrados por via oral, tal sendo o caso da *adrenalina*, pela desprezível ação terapêutica. Ela deverá ser introduzida por via sub-cutânea ou intramuscular. A via endovenosa não é boa. Poderá entretanto ser administrada desse modo, quando diluída em soro fisiológico (1 miligrama para 1 litro de soro). A *efedrina* difere da adrenalina por algumas modificações na fórmula: ausência do grupo alcoólico-fenólico OH e introdução de um grupo metílico na cadeia lateral. A perda do grupo fenólico acarreta uma diminuição na destruição dessa substância, por oxidação, assim como maior absorção no tubo gastro-intestinal. Portanto se a destruição é menor e a absorção maior, conclue-se que a via oral é ótima. A efedrina constitui, de fato, o tipo ideal do tônico periférico para ser administrado por via oral. A via intramuscular não é muito aconselhável, dada a possibilidade de efeitos nocivos sobre o miocárdio, quando em doses elevadas.

O *simpatol*, quando por via oral, não apresenta uma ação segura, sobre a *pressão arterial*. Outros efeitos poderão ser observados. Portanto o costume de se empregar tal medicação, por essa via, como preventivo do colapso, não é recomendável. Deverá ser utilizado, de

preferência, pelas vias subcutânea e intramuscular. O *veritol*, pode ser usado por via oral, embora sua eficácia seja variável. O efeito é, às vezes, medíocre. Deveremos preferir o emprego subcutâneo ou intramuscular e, nos casos de necessidade, o endovenoso. O *cardiazol* e a *coramina* podem ser dados por via oral, com maior garantia de efeitos seguros. São também eficazes pelas vias subcutânea e intramuscular. A coramina, em casos urgentes, poderá ser administrada na veia. Outro medicamento útil, quando utilizado pela boca é a *pervitina*.

5) **Erros nas associações medicamentosas aconselhadas:** Encontramos na terapêutica cardiológica, medicamentos que só devem ser associados com grande prudência, porquanto podem provocar graves acidentes e mesmo a morte do paciente.

a) Vejamos primeiramente a associação de *digital e estrofantina*. É uma reunião exigida, com frequência, na prática e que requer conhecimentos seguros sobre a farmacologia dos componentes. Vejamos quando e de que modo poderemos usá-la. Sabemos que a digital tem uma ação lenta. Ela, quando administrada por via oral, concentra-se pouco a pouco, no sangue, sendo sua absorção bem acentuada dentro de 2 horas e possivelmente completa em 6 horas. Os efeitos terapêuticos, é de observação corrente, não aparecem logo após administração. Não existe um prazo certo para que surjam, mas a experiência clínica tem demonstrado que, em média sôem se revelar somente duas a tres horas depois. O efeito *máximo*, também varia de caso para caso. Pode-se considerar como sendo provável o seu aparecimento entre 6 e 12 horas depois da introdução, embora algumas vezes, só muito mais tarde (além de 20 horas). Quando introduzida por via endovenosa os efeitos são mais rápidos, tendo sido mesmo descritos casos de acidentes graves, imediatamente após o uso de doses elevadas, mas, em geral a ação *completa* só aparece, também, horas depois (uma e meia a tres e meia, segundo PARDEE). A eliminação se faz, também, lentamente. Não conhecemos, com certeza o tempo de permanência, mas sabemos que ela pode persistir no organismo durante semanas. Admite-se hoje que a eliminação não é a mesma em todos os casos, de um modo rígido, mas sim proporcional à quantidade presente no organismo. A persistência dos efeitos parece ser maior com a digitoxina, justamente o preparado mais comumente utilizado entre nós (Solução de Digitalina Nativelle). A droga permanece, portanto, muito tempo no organismo em concentração mais ou menos elevada.

Já as estrofantinas são de ação muito mais rápida, atingindo o nível máximo alguns *minutos* após a introdução, na veia. A sua fixação sobre o miocárdio é também muito menos demorada, de modo que ela se elimina rapidamente (mais ou menos 6 horas após, já desapareceu em grande parte).

Considerando-se essas diferenças farmacológicas, pode-se admitir, para a prática, a existência de dois princípios: 1) *Nunca administrar a estrofantina, logo após a digital.* Poderemos provocar uma somação de efeitos, com graves acidentes, e, não raramente, a morte do cardíaco. A literatura médica registra vários casos dessa natureza. Assim, se a digital não agiu satisfatoriamente, os senhores não se apressem em administrar a estrofantina. É sempre necessário um intervalo de tempo suficiente para a eliminação da droga. Quando possível, é conveniente um intervalo de 2 a 3 dias, ou, em casos de necessidade de, pelo menos, 24 horas. Há ocasiões, porém, em que a indicação é de extremada urgência, não havendo, de modo algum, a possibilidade de se obter aquele intervalo; nesses casos o tratamento estrofântico deverá ser iniciado, com grande prudência, dando-se 0,1 ou no máximo 0,2 mgrs. Quando o doente apresenta sinais de intoxicação digitálica a administração do estrofanto nunca deverá ser tentada, pois os riscos são enormes. 2) *Poder-se-á empregar a digital após o uso do estrofanto.* De fato, neste caso, não só a eliminação do primeiro produto empregado vai se processando rapidamente, como ainda a concentração do outro (digital) se realiza com vagar, de modo que não há o perigo de acúmulo. Como já vimos, 6 horas após a administração, já quasi todo o estrofanto foi eliminado e, justamente após esse intervalo, é que começaria o efeito máximo da digital.

Estas duas regras deverão estar sempre presentes no espírito dos senhores.

b) Uma associação que também não parece recomendada é a da *efedrina com a digital.* JOHNSON e GILBERT acreditam que o uso do cloridrato de efedrina é perigoso nos indivíduos digitalizados; suas experiências, em cães, demonstraram que a dose mínima mortal de efedrina pode ser muito menor, administrando-se previamente a digital. Pelo que me recordo, apenas vi essas drogas empregadas juntamente, uma vez, quando ainda estudante, em um caso de pneumonia, atendido por um médico do interior. Não houve acidente algum.

e) Outro tipo de associação que desejo estudar é a do *cálcio com a digital.* Há alguns anos, BOWER e MENGLER, na América do Norte, chamaram a atenção para o perigo que representa a administração de cálcio em pacientes digitalizados, relatando a morte de dois indivíduos nessas condições. Ora, sabemos que o cálcio representa um dos maiores abusos terapêuticos, sendo utilizado em um número bastante grande de afecções. Não são raras, portanto, as situações em que os médicos lançam mão de ambos os medicamentos. Vamos analisar os inconvenientes dessa associação. Os trabalhos modernos são bastante contraditórios. GOLD e EDWARDS verificaram em cães, uma ação sinérgica do cálcio e da uabaina. LÖNG acredita que a digital sensibiliza o miocárdio aos ions cálcio. Vários outros trabalhos, porém, não comprovam esses dados, assim os de NAHUM e HOFF em coelhos. As pesquisas mais recentes, parecem indicar que existe a pos-

*sibilidade* de acidentes graves e que tem grande papel, a *maior ou menor rapidez* com que o calcio é introduzido no organismo. WALTERS e BOWLER já tinham verificado, em 1924, o fato admitido, de que o calcio introduzido no organismo é rapidamente eliminado, não havendo tendência ao seu acúmulo. Porém, em duas ocasiões, após injeções rápidas, a calcemia do sangue cardíaco, retirado logo após a morte do animal era duas vezes maior que a nas veias jugulares. Eles deduziram, então, que a rapidez com a qual o calcio é injetado pode influir na concentração sanguínea, podendo-se observar um súbito aumento dela. HAHN, no Congresso Alemão de Farmacologia, em 1938, acentuou, também, que a dose letal da estrofantina é menor quando a taxa de calcio se eleva no sangue, ressaltando ainda o grande valor do aumento súbito dela. Os trabalhos mais interessantes parecem ser os recentes, de Mc GUIGAN e HIGGINS, demonstrando realmente a importância do ritmo da introdução do calcio na nocividade da associação medicamentosa. Verificaram eles que, num cão de 8 quilos, tendo recebido 50 % da dose mínima mortal de digital, fazendo-se uma injeção intravenosa de 25 cc, de uma solução de gluconato de calcio a 10 %, de modo *rápido*, a morte sobrevinha imediatamente. Entretanto, um cão idêntico, digitalizado do mesmo modo, mas recebendo a injeção *vagarosamente*, não apresentava fenômeno algum. O problema, entretanto, é muito complexo, pois, ainda recentemente, SMITH, WINKLER e HÖFF verificaram que as alterações eletrocardiográficas provocadas pela administração intravenosa do calcio, em cães digitalizados, eram, de fato proporcionais à concentração do metal no sangue, mas a morte, sobrevindo por fibrilação ventricular ou por parada súbita do coração, aparecia também nos animais *não digitalizados!* Eles concluem, então, pela ausência de fenômenos aditivos.

Para a prática, porém, poderemos concluir que, em indivíduos digitalizados, a introdução do calcio na corrente sanguínea deverá ser realizada bem vagarosamente.

d) Finalmente, como última questão, desejo analisar o emprego dos *diuréticos mercuriais nos indivíduos em anasarca, digitalizados há longo tempo*. Sabemos que a digital retirada do sangue vai provavelmente entrar em combinação com os tecidos. Ora, os trabalhos de SCHNITKER e LEVINE em 1937, demonstraram que, nos fluidos dos doentes digitalizados (edemas, derramas pleurais, ascite) encontra-se retida uma quantidade apreciável do medicamento. Pela administração dos diuréticos mercuriais, sendo os edemas e derrames eliminados, pode-se dar uma reabsorção da droga. Portanto, às vezes, na prática torna-se necessária certa prudência, nesses casos, convindo talvez esperar os resultados da diurese antes de se tentar, por exemplo, uma digitalização maciça.

6) **Erros nos regimes aconselhados:** Naturalmente não teremos tempo para estudar a alimentação dos cardíacos. Neste ca-

pítulo, eu desejo apenas prevenir os senhores contra alguns exageros que se cometem nos regimes aconselhados aos hipertensos. Os clínicos antigos, baseados nas lições de HUCHARD (1899), aboliam completamente a carne e o peixe na hipertensão essencial, sob a alegação de que havia uma autointoxicação intestinal, provocando a hipertensão. Ora, tais excessos não encontram nenhuma base físiopatológica. Os trabalhos dos norte-americanos demonstraram que não existe evidência de que uma excessiva ingestão proteica produza uma hipertensão e que, mesmo os hipertensos alimentados largo tempo com refeições ricas em albuminoides, não apresentavam elevação das cifras pressócas. Além disso, nos regimes aprotéicos aconselhava-se frequentemente o uso dos ovos e do leite, enquanto a carne era suprimida! Por outra, nós conhecemos, atualmente, a necessidade de uma taxa de proteínas, de modo que torna-se necessário um grande cuidado no estabelecimento dos regimes.

Naturalmente, nas hipertônias nefrógenas, mormente com retenção de escórias azotadas, convirá uma restrição severa, porém, mesmo nas fases crônicas das glomérulo nefrites, é aconselhável, pelo menos, a ingestão de um mínimo necessário (0,70 a 0,90 por quilo de peso e por dia), fornecendo-se logicamente uma taxa satisfatória de calorías.

Na hipertonia essencial o regime poderá, sem inconvenientes, ser muito mais generoso com as proteínas.

**7) Erros por preconceitos exagerados na terapêutica:** Existem, na terapêutica dos cardíacos, certos preconceitos que devem ser afastados, embora alguns deles pareçam se apoiar em dados fisiopatológicos.

a) São numerosos os médicos que têm grande receio do uso da *morfina* em cardíacos ou em cardio-renais. Ora, se é fato que essa droga pode, quando em doses elevadas, deprimir a respiração, favorecendo o aparecimento de uma atelectasia ou uma broncopneumonia, ou mesmo nos arterioscleróticos ocasionar crises de CHEYNE-STOKES, não é menos verdade que ela, em numerosas situações, quando usada com acerto, é um dos mais heroicos medicamentos que possuímos. Tal é o caso das trombozes coronarianas, da asma cardíaca, do edema agudo de pulmão, etc. A existência de certa alteração renal exigirá apenas grande prudência no seu uso, mas em absoluto, contraindica o seu emprego.

b) Uma questão muito debatida foi a da *digital na insuficiência aórtica*. Existem, infelizmente, ainda médicos que repudiam a dedaleira naquelas lesões valvulares. Ainda há questão de uns dois anos, durante algumas palestras que fiz, na Faculdade de um estado vizinho, encontrei numerosos estudantes que pareciam aceitar esse fato.

A idéia vem de muito longe. CORRIGAN, em 1832, já acreditava que a digital, alongando o período diastólico, viria a ser nociva, nos casos de incompetência das sigmóides, favorecendo desse modo a re-



gurgitação. Ora, a prática tem demonstrado que essa objeção teórica deve ser desprezada diante do sucesso dos casos clínicos. A digital será empregada sempre, em qualquer hipossístolia de origem valvular aórtica, embora seja exato, que, por distúrbios hemodinâmicos, ou por alterações miocárdicas, às vezes, não se consegue uma compensação tão rapidamente como em outras situações.

c) Do mesmo modo, tem sido condenado o uso da *digital nos bloqueios aurículo-ventriculares* completos ou não. Sabendo-se que o medicamento provoca um retardo na condução aurículo-ventricular, dever-se-ia julgar que, de fato, ela fosse nociva naquelas alterações. Entretanto, quando numa arritmia dessas surgirem sinais de insuficiência cardíaca, isto é, quando aparecerem indicações ao uso da digital, ela deverá ser utilizada, como em quaisquer das hipossístolias. Naturalmente, nos bloqueios incompletos haveria sempre a possibilidade de se produzirem crises de Adams-Stokes, pelo retardo na condução. Verifica-se, porém, que, com a melhora produzida pela medicação, os ataques costumam mesmo diminuir.

Terminando a nossa palestra, vamos focalisar, por alguns momentos, os

8) **Erros no tratamento de certos estados especiais:** Existem algumas situações, mais ou menos complexas, que estão relacionadas com problemas de importância. Certas delas merecem ser lembradas.

a) Estudemos, primeiramente, a questão da *digital nas afeções coronarianas*. É conhecida a tendência que apresentam os doentes, com oclusão das coronárias, para a produção de extrassístoles ou de taquicardias, ou mesmo de fibrilação ventricular. Por outra, conhecemos, também, a possibilidade da digital ocasionar esses mesmos quadros, donde o afastamento da droga, naquelas situações. Porém, às vezes, parece indicado o seu uso. Como deveremos nos comportar? Háverá ou não desvantagens pelo seu uso? Este problema tem sido bastante estudado nestes anos.

Não há dúvida que a digital não deve ser usada nas primeiras fases da oclusão coronariana. Não há indicação alguma para esse medicamento. Não só ele não poderá remediar o irremediável, como irá acentuar o colapso periférico. Deve ser lembrado ainda que BELLET, JOHNSTON e SCHECTER verificaram, em cães, uma menor tolerância à digital nos primeiros dias do enfarte, isto é, durante o processo de necrose.

Porém, mais tarde, se surgirem fenômenos de assistolia, convirá ou não, o uso da digital? Alguns médicos, não a usam, por quanto acredita-se que ela ocasione um estreitamento das coronárias. Ainda recentemente, tive oportunidade de atender a um caso destes: um homem de 64 anos, tendo tido um enfarte há cerca de dois meses, agora com nítidos sinais de insuficiência cardíaca, e tomando apenas um preparado a base de extratos musculares (!), para se “evi-



tar a constrição coronariana”. Ora, embora os trabalhos modernos sejam ainda algo confusos, não resta dúvida, de que não existe uma evidência desse comportamento, de modo a contraindicar o uso da digitalina, nas situações realmente indicadas. Senão, vejamos.

Em 1938, GOLD e seus colaboradores, utilizando-se da digital, em pacientes com enfartes do miocárdio, notaram um certo aumento da dôr em 15% e uma diminuição dela em 30% dos casos. Experimentalmente, ESSEX e seus companheiros, puderam recentemente estudar os efeitos da dedaleira sobre a circulação coronariana, em 13 cães. Em 11 deles, a circulação permaneceu inalterada, havendo, um aumento em um e uma diminuição, em outro. Alguns autores, descreveram casos de angina de peito, provocados pelo medicamento. Outros, porém, negam, terminantemente, tal fato. Os trabalhos não permitem ainda uma conclusão segura, mas a clínica sugere como mais acertada a conclusão de CUSHNY, de que, nas doses moderadas, usadas na terapêutica, não há prova alguma de que a digital afete as coronárias.

Isto basta para que se possam tirar, na prática, algumas conclusões de valor. Nas fases agudas da oclusão, a digital não tem indicação alguma e não deve ser empregada. Se, mais tarde, durante a evolução do processo, surgirem sinais de hipossistolia, a droga poderá ser usada. Nas crises de *angor pectoris*, também, não há razão alguma para o seu uso. Quando às crises, se juntarem estados de insuficiência cardíaca, a droga deve ser empregada, embora com cuidado, sendo suspenso o seu uso sómente se os acessos, de fato, se intensificarem ou se multiplicarem. É preciso notar que, muitas vezes, melhorando o estado cardíaco vamos também favorecer a circulação coronariana, donde os incontestáveis benefícios da medicação.

Muitos autores, baseados nos conselhos de EDENS, preferem a estrofantinoterapia, nas alterações da circulação coronariana; porém, na ausência de sinais de assistolia é sempre discutível o seu valor, devendo-se lembrar que, nas alterações orgânicas daquelas artérias, corre-se o risco de uma embolia, de uma rotura, etc, na fase aguda do processo. Mais tarde ela poderá ser usada assim como a digitaloterapia.

b) Um erro comumente observado é o de se esperar algum benefício da terapêutica pelos digitaloides nas *moléstias agudas do miocardio*, nas denominadas “miocardites” agudas (embora nem sempre haja verdadeiramente um processo inflamatório).

Tal é o caso da difteria, onde encontramos uma impregnação tóxica do miocárdio, pelo veneno bacteriano. Muitos autores têm acreditado que, nesses casos, a digital só pode ser nociva aumentando a intoxicação de um músculo já alterado. Mesmo que isso não se verifique, não resta dúvida que nada se poderá esperar dessa terapêutica, na fase aguda do processo, onde não existem sinais de uma

insuficiência cardíaca. Do mesmo modo, não cabe o uso da digital na fase aguda do reumatismo, embora se possam encontrar taquicardias, certas arritmias e mesmo uma fibrilação auricular. Diante desses casos estamos ainda desarmados, não se possuindo um tratamento satisfatório. O melhor, é sempre a terapêutica específica, da moléstia em questão. A digital só será indicada mais tarde, quando surgirem fenômenos de insuficiência cardíaca, o que é raro na difteria, mas comum no reumatismo.

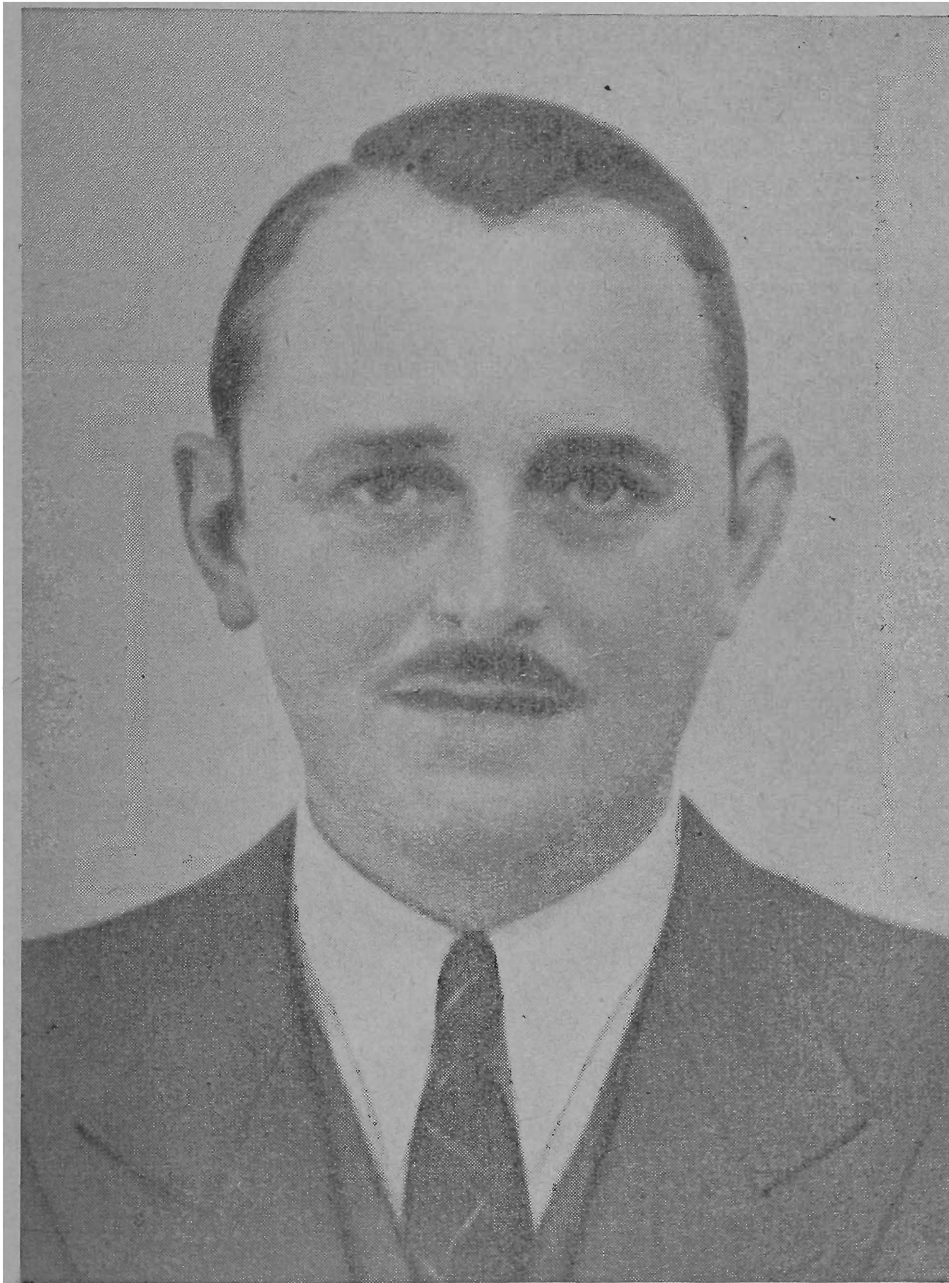
c) Não quero terminar esta aula, sem estudar uma questão de grande importância prática: a da *digitalização preoperatória*.

Vários cirurgiões usam essa terapêutica, mesmo nas pessoas normais e, principalmente, nos indivíduos idosos, que vão se sujeitar a intervenções de certa monta. Essa medida teria por fim impedir o aparecimento das crises de taquicardia pós-operatórias e principalmente do choque. Ora, nós já estudamos nas palestras passadas, que a digital é inútil ou mesmo nociva na terapêutica do choque, de modo que nada se deve esperar de seu valor profilático. Só haveria lógica nessa medida, se, mesmo os indivíduos normais, corressem o risco de uma insuficiência cardíaca, pelo ato operatório. Tal possibilidade, entretanto, não pode ser admitida. Não parece haver razão alguma, portanto, para tal atitude, embora FLAUM e JAGIC, recomendem-na, na creança de uma elevação da resistência do coração normal, o que ainda não está provado.

Naturalmente, o problema é muito outro, nos casos de indivíduos com alterações cardíacas. Aquí, de fato, o risco operatório depende, em grande parte, do estado do coração e, como não resta dúvida que a intervenção pode desencadear a insuficiência, a digital encontra sua grande indicação. Nos indivíduos com lesão cardíaca, mas compensados, também a droga pode ser usada como profilática, porquanto os trabalhos modernos tem demonstrado o seu valor nessas situações.

Meus senhores.

Acabámos de ver, em resumo, quais os pontos mais falhos da terapêutica dos cardíacos. Espero que gravem bem os perigos e os inconvenientes que eles podem representar, para uma orientação mais lógica e segura na clínica cardiológica. Só desse modo os resultados serão satisfatórios e os insucessos desculpáveis.



THEODOR WEBER

## THEODOR WEBER

Em circunstâncias particularmente drâmáticas faleceu a 8 de novembro p.p. no Rio de Janeiro o sr. Theodor Weber, membro da S/A Institutos Terapêuticos Reunidos "Labofarma", conhecida organização industrial farmacêutica nacional.

Theodor Weber já ha muitos anos adotára o Brasil como sua segunda pátria, aquí se dedicando desde logo à formação de uma indústria farmacêutica sôbre moldes rigorosamente científicos. Homem de grande visão e dotado de uma energia inquebrantável, tornou-se largamente conhecido e benquisto pelos médicos e estudantes de medicina de todo o país, por ele percorrido de sul a norte nas suas inúmeras viagens de negócios. Como fruto esplêndido de sua atividade incessante, logrou ele finalmente ver coroados os seus esforços com a criação da S/A Institutos Terapêuticos Reunidos "Labofarma".

Regressando da capital do país, aonde fôra a negócios, colheu-o a fatalidade na flor dos anos, quando ainda tanto dêle se esperava.

A Theodor Weber, seu grande incentivador e amigo, a "Revista de Medicina" e os estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo prestam a sua última e comovida homenagem.

1.<sup>a</sup> CADEIRA DE CLINICA CIRURGICA DA ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
— PROF. ALIPIO CORREIA NETO

## LOCALIZAÇÕES ESPECIAIS DOS PROCESSOS SUPURATIVOS NA PELE E NO TECIDO LINFÁTICO (\*)

ARY SIQUEIRA

1.<sup>o</sup> assistente

Proseguindo no estudo das molestias infecciosas em geral, estudaremos na aula de hoje, os processos supurativos da pele.

### a) FURUNCULO

É uma inflamação supurativa do aparelho pilo-sebáceo e do derma que o rodeia, produzida pela colonização no folículo piloso do estafilococo e terminando pela necrose e eliminação em massa dos tecidos afetados.

*Etiologia:* — Os germens que aparecem como fatores determinantes da imensa maioria dos furunculos, são os estafilococos, produtores nos meios de cultura, de um pigmento amarelo. Si bem que nos deparamos por vezes com estafilococos não produtores de pigmentos, parece que, na realidade, trata-se somente de variedades adaptivas de um mesmo germen. O estafilococo está, como sabemos, abundantemente espalhado pela natureza e é muito provável que a espécie implicada num determinado processo varie segundo o meio em que habite. Esse germen não é capaz de atravessar o revestimento cutâneo, mas é capaz de vencer a barreira muito mais fragil que lhe opõe o epitelio das glandulas sebáceas que afloram no ostio do folículo piloso. Nestas condições, é suficiente um atrito para que esses germens que vivem saprofiticamente sobre a pele, passem para dentro dos folículos. Por isso os furunculos se apresentam, sobretudo nas zonas da pele mais expostas a atritos, como é a nuca ou a maceração do suor, como é o caso das dobras cutâneas. Os pequenos traumatismos como picadas infectadas e picadas de insectos, podem produzir furunculos em qualquer ponto da superfi-

---

(\*) Aula taquigrafada pelos alunos.

cie da pele, porem, mais frequentemente surgem nas zonas em que a pele é relativamente fina e mais rica em glandulas sebaceas e sudoriparas, como é o caso da axila das regiões pudendas, nariz e a nuca. E' interessante o fato que a preferencia dos furunculos pela nuca é, por assim dizer, um privilegio exclusivo do homem. A raridade dos furunculos na nuca da mulher, não se explica suficientemente pela distribuição especial dos pelos dessa região no sexo feminino. Tem-se observado que as mulheres masculinizadas apresentam com frequencia furunculos da nuca, como um verdadeiro caracter sexual de masculinidade.

Todas as enfermidades gerais debilitantes parecem favorecer o aparecimento de furunculos. É quasi constante na convalescença de infecções graves, especialmente de febres tifoides, o aparecimento de furunculos. Com igual frequencia aparecem associados os furunculos aos transtornos do metabolismo hidrocarbonado, tanto assim que, muitas vezes, uma erupção de furunculos leva sempre a suspeita de diabetes que, muitas vezes não se diagnostica pela glicosuria, porem por uma glicemia ou por alterações na curva de eliminação dessa substancia, parecendo mesmo que a presença de assucar nos tecidos exalte a virulencia dos estafilococos.

Um furunculo quasi nunca é isolado; a regra é que venha acompanhado de numerosos outros, dando lugar áquele quadro denominado *furunculose*. Sabemos que a infecção pelo estafilococo não dá imunidade, mas sim, *predispõe*, ou melhor, o que acontece é que aquelas zonas da pele que apresentaram furunculos uma vez, permanecem em estado de microbismo latente. Seja como for, a furunculose sugere sempre a existencia de transtornos nutritivos, muitas vezes passageiros, mas que devem ser investigados cuidadosamente.

*Anatomia patologica:* A foliculite se desenvolve preferencialmente no tecido conjuntivo das glandulas, o qual se continua sem limite de separação com o derma e tecido celular sub-cutaneo. Este tecido se condensa em torno do folículo e por debaixo dele, formando como que colunas, chamadas *colunas adiposas de Collins-Warrens*, cuja base localiza-se em pleno tecido hipodermico. Conforme a profundidade que alcança a infecção ao longo dessas colunas, produzirse-á uma *foliculite simples*, uma *dermite* ou um verdadeiro *flegmão superficial*.

Em qualquer um desses casos, as toxinas proteolíticas estafilococicas produzem uma necrose circunscrita desse tecido, convertendo-o numa massa amarelada, de aspeto manteigoso. A reação inflamatória que se processa em torno desse tecido necrosado, dá lugar a delimitação dessa massa necrotica, com sua eliminação para o exterior, por uma solução de continuidade da pele. Dizemos então que o furunculo eliminou o carnegão.

*Sintomatologia:* A sintomatologia oriunda de uma furunculose é bem conhecida de todos, dispensando a sua detalhada descrição. O desenvolvimento do furunculo traduz-se por uma sensação de pi-

cada no ponto da pele onde se desenvolve, seguida quasi que imediatamente de calor e dor intensa. A area dessa lesão apresenta todos os caracteres de uma inflamação aguda, elevando-se quasi em seguida sob a forma de uma pequena vesicula. No vertice dessa elevação surge, ao fim de 2 a 3 dias, um pontinho amarelado, que rompendo-se, dá saída a uma pequena quantidade de puz. Essa abertura alarga-se gradativamente até que, através dela, se elimina o carnegão. Desse momento em diante, os fenomenos inflamatorios cedem bruscamente, subexistindo no lugar do furunculo uma cratera ulcerosa que se enche de tecido de granulação, fechando-se rapidamente, permanecendo por fim, uma pequena cicatriz.

*Complicações:* O furunculo é por si mesmo, uma afecção benigna e somente por multiplas recidivas é que vem a ter um significado maior. Está provado que o furunculo é menos local do que parece, pois a maioria dos furunculos é acompanhada de infartamentos dos ganglios linfaticos regionais, o que demonstra uma extensão do processo ao longo dos linfaticos. Em certas ocasiões, estas adenites terminam por supurações. Algumas infecções supurativas mais graves, como a ostei-mielite, é muitas vezes consequencia ao aparecimento de furunculos. Neste caso serviram de porta de entrada dos germens para o sangue, que os transportou ao foco osseo.

A infecção sanguinea faz-se em alguns furunculos de uma maneira massiva, e é aqui que eles tem uma gravidade especial. É o que succede com os furunculos da face, especialmente do labio superior, que se desenvolvem em um tecido de malhas densas onde se inserem os musculos da expressão e, portanto, em contato com veias muito superficiais. Daí a facilidade com que essas veias são infectadas pelo conteudo dos furunculos, e como tem comunicação direta com os seios do craneo, ha uma infecção dos mesmos, determinando accidentes mortais na maioria dos casos.

*Tratamento:* Tratar um furunculo é relativamente cousa sem importancia; impedir suas recidivas é que é importante. Nestas palavras se concreta a atitude que deve tomar o cirurgião perante esta pequena afecção tão espalhada entre os homens. Efetivamente, para a maioria dos furunculos, não se torna necessaria uma intervenção operatoria. A sua abertura com o bisturi ou com o termo-cauterio, só é justificada quando parecem profundos, por que nestes casos tardam muito para abrir-se espontaneamente. Nos casos correntes, o unico meio de que se deve lançar mão é aquele de precipitar essa evolução, macerando a pele por meio da aplicação de emolientes ligeiramente antisepticos. As cataplasmas embebidas em soluções aquosas de timol são o que ha de melhor, pois diminuem sensivelmente a dor. Quando aquele ponto amarelado surge no apice da vesicula furunculose, é conveniente abri-lo com o galvano-cauterio e extrair o carnegão com uma pinça. A partir deste momento aplicam-se sobre a ulcera furunculosa substancias que permitam que se mantenha a ventilação da pele.

Os tratamentos abortivos, como as injeções de fenol no folículo, toque com tintura de iodo, refrigeração do foco furunculoso com neve carbonica, e irradiações de lampadas de quartzo, são sumamente dolorosas e, na maioria das vezes não fornecem melhores resultados que a cataplasma emoliente.

Os furunculos da face não devem ser de forma alguma incomodados. O melhor tratamento é a aplicação local de cataplasmas de timol. É conveniente também informar o paciente do perigo que corre coçando o foco furunculoso, assim como falando ou fazendo gestos. O tratamento geral é também indicado nestas circunstancias, mas uma vez declarada a infecção dos seios cranianos, toda a terapeutica é inutil.

Evitar a recidiva dos furunculos é, como dissemos, a questão mais delicada da terapeutica. Indicam-se para estes casos:

1.º — A vacinoterapia, feita com injeção subcutanea de vacinas de stock ou autovacinas, preparadas com culturas de germens do proprio enfermo. Si bem que em alguns casos esta terapeutica surte resultados, na maioria dos casos o seu efeito é completamente nulo. As autovacinas parecem, em geral, mais eficazes, principalmente nas furunculoses, que condicionam mesmo um estado de imunidade que dura um certo tempo. O emprego da vacinoterapia como tratamento curativo de furunculos graves é inutil e bastante perigosa, pois que a chamada fase negativa da vacinação pode coincidir com a exaltação do processo furunculoso e agravar as suas manifestações.

2.º — A vacinoterapia local, feita mediante aplicações sobre a região afetada, de compressas embebidas em caldos microbianos preparados de diversos modos, dá resultados muito mais inconstantes que o das vacinas gerais. Segundo Besredka, esses liquidos contem um antivírus produzido pelo estafilococo, que exerceria sobre ele, uma ação paralizante.

3.º — O tratamento geral ou local pelo Bacteriofago de D'Herelle, fornece resultados pouco convincentes.

4.º — A autohemoterapia não fornece também resultados satisfatorios.

5.º — A quimioterapia por meio de substancias com ação letal sobre o estafilococo, apenas encontra aplicação na furunculose vulgar, não parecendo capaz de evitar as recidivas.

6.º — A cura dos transtornos do metabolismo se impõe em algumas furunculoses e é um dos meios mais eficazes para o seu tratamento.

7.º — A radioterapia tem sido empregada ultimamente na terapeutica da furunculose, particularmente, naquela da face, com resultados bastante satisfatorios. As aplicações de radio tem influido poderosamente para apressar a cura dessa afecção, por sua ação sobre os estafilococos e por aumentar as resistencias organicas. Além disso, as aplicações de radio agem beneficadamente sobre a dor, não



imediatamente, mesmo porque no inicio das applicações ha um recrudescimento da dor, mas posteriormente.

Finalmente para concluir este capitulo, sou de opinião de que quasi sempre a cura do processo furunculoso se processa pelo aumento da resistencia organica e, quando o organismo não reage, é completamente desnecessaria uma intervenção que somente viria agravar as já precarias condições do individuo. Particularmente, nos casos de furunculos da face, este preceito deve ser seguido a risca, porque, enquanto não se delimitar a infecção, ela tende a progredir e nestes casos, a intervenção só serviria para piorar o quadro clinico da molestia.

### b) ANTRAX

O antrax é uma afecção muito semelhante ao furunculo, nada mais representando do que uma aglomeração de furunculos profundos com necrose extensa do tecido celular que os separa. E' conveniente notar que na literatura alemã, reserva-se esta denominação para a infecção determinada pelo bacillus anthracis. O antrax compreendido no seu justo significado tem o mesmo agente etiologico que o furunculo, somente que revela um comprometimento mais ou menos grave do estado geral, surgindo particularmente nos diabeticos ou nos portadores de molestias renais.

*Causas:* As causas determinantes do antrax, são as mesmas do furunculo, sendo que aqui colaboram muito mais ativamente, os fatores gerais. Efetivamente, o antrax é uma *molestia da idade madura* e o seu aparecimento, revela sempre a presença de profundos transtornos constitucionais. Na maioria dos casos, como dissemos, trata-se de *diabetes* ou dos chamados estados *pré-diabeticos*.

*Sintomas:* As primeiras manifestações subjetivas do antrax, não diferem daquelas do furunculo, porém a dor é sempre muito mais intensa e o estado geral se altera, já precocemente. A região afetada, que soe ser a *nuca* ou a *espadua*, apresenta uma extensa tumefacção violacea, muito dura e infiltrada, querendo isto significar que, em toda a extensão dessa zona não podemos separar a pele dos planos profundos. Não tardam a surgir no centro dessa zona, numerosas vesiculas que se ulceram, deixando entrever um fundo amarelado-acinzentado, formado por um carnegão que não se limita e nem se desprende. Toda a zona infiltrada torna-se cheia de crateras ulceradas, comparadas a um vespeiro.

A infiltração se estende perifericamente, impedindo que as porções mortificadas se desprendam e se eliminem. Desde esse momento, o antrax começa a supurar abundantemente, as vesiculas ulceradas confluem entre si formando uma extensa ulcera que dá lugar a grandes perdas de substancia. A inchação diminue então, as dores tambem e o fundo da ulcera cobre-se de um tecido de granulação que procura compensar essa perda de substancia.

A intensidade desse quadro local do antrax, varia muito de um caso a outro. Entre um antrax formado por 4 ou 5 furunculos reunidos, até os antraxes difusos nos quais o processo se estende enormemente, acarretando uma verdadeira gangrena de extensas zonas da pele, ha todas as transições possíveis.

O estado geral tambem varia muito; nos individuos não portadores de taras organicas, a fébre é muito alta, sem acontecer nada de grave. Os diabeticos, inversamente, soem apresentar crises de acidose, gravissimas, com toda a sintomatologia decorrente da mudança do pH sanguineo: sonolencia, delirio; dispneia, anuria, etc. A morte sobrevem com maior frequencia, mais por causa do coma do que mesmo pela intensidade dos fenomenos locais.

*Diagnosticó:* Via de regra se impõe o diagnosticó, pois é possível a confusão com a pustula maligna; processo que durante muito tempo foi confundido com o antrax. A escara negra do carbunculo, rodeada de pequenas vesiculas e sua localização quasi exclusiva na bochecha, são sinais patognomicos dessa afecção. Tambem é facil confundir o antrax com os flegmões difusos subcutaneos, sendo que ha nestes, uma participação tardia da pele, que nunca vem apresentar a infiltração caracteristica do antrax. Praticamente, o que deve ser levado em consideração no antrax, é a apreciação do estado geral do individuo.

*Tratamento:* a) A abertura ampla do foco até desbordar extensamente os limites da infiltração, é o tratamento mais aceito atualmente. Geralmente se pratica uma incisão crucial que atinge os planos aponevroticos, extirpando-se os tecidos esfacelados ou então, cauterizando-os com o termocauterio ou com o bisturi electrico, tampinando-se em seguida a brecha. No caso do processo continuar a progredir, deve-se ampliar a incisão. Riedel aconselha que se faça o mais precocemente possível, uma extirpação total do foco, a semelhança dum tumor maligno, sem nos preocuparmos com o tamanho da brecha resultante.

b) Muitos autores, entretanto, acham preferivel o tratamento conservador, considerando que o traumatismo operatorio, agrava a situação local e constitue a porta de entrada para uma infecção generalizada. Alguns deles contentam-se com a vacinoterapia ou com a bacteriofagoterapia, associadas ou não á autohemoterapia; outros empregam o tratamento hiperemizante de Bier, aplicando ventosas sobre o foco; outros ainda valem-se da ionização com o ion zinco e, alguns, recomendam a Roentgenterapia.

### c) ERISIPELA

E' uma dermite produzida por uma raça especial de *estreptococos hemolíticos* que foram descritos pela primeira vez por Fehleisen, que acreditava tratar-se de um germem especial.

*Etiologia:* A natureza estreptococica da erisipela não é atualmente posta em duvida. Tanto é verdade isto, que no decurso de uma supuração crônica, tipicamente estreptococica, (feridas infectadas, fistulas comunicantes com focos profundos de infecção), apresenta-se bruscamente uma verdadeira difusão da infecção á pele vizinha, em maior ou menor extensão. Dizemos então, que a ferida se erisipelou, e não resta duvida que a dermite é uma afecção secundaria a infecção primitiva piogena.

Em certas ocasiões também se produz a erisipela por uma contaminação direta com um material infectado. Este fato era tão frequente antigamente, que de vez em quando, se observavam nos serviços hospitalares, verdadeiras epidemias de erisipela, tanto assim que se considerava essa molestia como uma infecção geral de natureza miasmatica. Semmelweiss dedicou toda a sua vida á convencer os médicos de sua epoca, que esse miasma era levado por suas proprias mãos. Não se podia crer então, que a erisipela das feridas, assim como as infecções puerperais, eram quasi sempre o resultado de um contagio direto entre um enfermo e outro. A asepsia fez desaparecer essas erisipelas em serie, das salas hospitalares.

Outrora, era-se propenso a acreditar que a erisipela nada mais era do que uma localização particular do estreptococo, não sendo considerada em absoluto como uma infecção especial. Efetivamente, nenhuma diferença existe, á primeira vista, entre os estreptococos procedentes de um foco de erisipela e aqueles que são isolados dos flegmões, das flebitis e outras supurações.

Não obstante, nestes ultimos annos, voltou-se á idea da especificidade do germen da erisipela. Os autores que creem nisto, fundamentam este seu modo de pensar, não em caracteres morfologicos nem em seu comportamento nos meios de cultura, mas na especificidade antigenica do *Streptococcus erisipelatis*. Efetivamente, o germen, á que se dá esse nome, revela sua personalidade, dando lugar a anticorpos especificos que o distinguem perfeitamente dos demais estreptococos não procedentes de focos de erisipela.

Esses trabalhos demonstraram, em troca, a relação existente entre a erisipela e a escarlatina. Dick conseguiu isolar de algumas raças de *Streptococcus hemolitucus*, uma toxina que injetada no homem produz uma erupção escarlátinosa típica. O mesmo resultado se obtém quando, a toxina procede do *Streptococcus erysipelatis*, bem caracterizado. Entretanto, enquanto que a reação produzida pelos *Streptococcus* procedente da escarlatina confere uma imunidade de longa duração, a toxina do *Streptococcus erysipelatis* somente confere uma imunidade passageira.

Assim se explica porque a escarlatina surge somente uma vez na vida do individuo, enquanto que a erisipela não confere em absoluto, imunidade; mas ao contrario, um 1.º surto é seguido de numerosas recidivas. Este fato é frequente não somente nas dermatites erisipelatosas que partem de uma ferida infectante, como também nas

erisipelas que se apresentam espontaneamente. Admite-se que nesse segundo caso, a porta de entrada do Streptococcus tenha sido uma erosão insignificante, uma placa de eczema ou uma pustula de acne.

O aparecimento de recidivas em todos estes casos obedece aparentemente as mais estranhas influencias. Nas mulheres soem coincidir com os periodos menstruais, descrevendo-se mesmo uma erisipela catamenial benigna. Outras vezes é a ação do frio; outras ainda a influencia de certos alimentos, etc. Este conjunto de fatos sugere a ideia que na produção dessa infecção, desempenham importante papel, os processos alergicos. Devemos supor, que a zona da pele afectada encontra-se num estado especial de resistencia que pode desaparecer periodicamente, ou pela influencia de fatores internos, para dar lugar a um novo conflito local com as toxinas bacterianas. Segue-se um novo periodo de resistencia e, assim sucessivamente.

Um fato clinico deve ser acrescentado a esse respeito: é a influencia benefica que as crises erisipelatosas exercem sobre o decurso das infecções cronicas.

*Sintomas:* As erisipelas que interessam especialmente os cirurgiões são as que se produzem como complicação das feridas operatorias ou accidentais e aquelas de antigas supurações comunicantes com a pele. Em tais casos, a erisipela inicia-se regularmente por *calafrios violentos*, aos quais segue-se uma forte *elevação da temperatura*, acompanhada quasi sempre de cefaleia, raquialgia, vomitos, prostração e todas as sensações subjetivas de uma grave enfermidade geral. O pulso é particularmente acelerado. Quando o paciente apresenta-se conciente, não deixa de notar a sensação de ardor e repuxamento; apresentam-se os portadores da erisipela, com o estado geral bastante afectado para que essas sensações se exteriorizem. Efetivamente, somente ao fim de 24 a 48 horas, surge em torno da ferida a manifestação caracteristica da infecção: a *placa erisipelatosa*. Esta se apresenta como uma mancha de bordas irregulares, de cor vermelho viva na periferia e mais palida no centro. A pele, é brilhante e tensa em toda a extensão dessa mancha, parecendo um pouco elevada sobre o tecido circunvizinho, percebendo-se por vezes, pelo tacto, a linha de demarcação entre a zona inflamada e a sã.

A placa erisipelatosa estende-se rapidamente, o que não está de acordo com a gravidade da infecção. No rosto, a propagação é simetrica para ambos os lados, em forma de mariposa. Muitas vezes a progressão se efetua por ilhotas isoladas, separadas por intervalo de pele sã, dando lugar á erisipela *serpinginosa*. Não raro a superficie da placa apresenta pequenas flictenas, dando a *erisipela flictenular*, ou extravazações sanguineas, caracterizando a *erisipela ecmozica*. Nos individuos idosos e nos diabeticos apresentam-se formas de erisipelas gangrenosas, muito graves, durante as quais se esfacelam grandes zonas de pele.

Nos casos correntes, a progressão da placa detem-se em 4 a 6 dias. Os fenomenos gerais cessam então, tão bruscamente como sur-

giram e o paciente volta á normalidade. A placa empalidece e recobre-se de uma descamação purpúrea.

*Prognóstico:* A erisipela ataca preferencialmente as crianças e os velhos. A erisipela é particularmente grave quando assesta no umbigo dos recém-nascidos. A mesma cousa se observa na erisipela dos indivíduos idosos, diabeticos, renais, etc. Nos jovens sem taras a erisipela é sempre benigna.

*Tratamento:* Nas erisipelas simples associadas a feridas supurativas, é evidente que se deve seguir um tratamento conservador. O *repouso no leito*, a dieta aquosa e a aplicação de compressas húmidas ligeiramente antisepticas é tudo o que se tem a fazer. Os compostos coloidais de prata, como o *Protargol* e o *Colargol*, são os mais indicados porque, são antisepticos não causticos e parecem ter uma certa ação eletiva sobre os *Streptococcus*. Também é muito usada a pomada de *Ictiol*. No que diz respeito ás pulverizações de sublimado é outros antisepticos fortes, empregados outrora, pincelações de colódio em torno da placa com o fito de deter sua progressão, e as injeções de antisepticos com o mesmo objetivo, devem ser evitadas.

O tratamento geral, deve dirigir-se sobretudo para as *taras* de que é portador o paciente. Afora estes casos é conveniente recomendar nos casos graves, o emprego da soroterapia. Até ha bem pouco tempo, os soros empregados eram polivalentes, mas com o emprego de soros monovalentes, tem-se obtido, melhores resultados. A imunização ativa, mediante vacinas com o objetivo de evitar as recidivas, tem fracassado sempre.

Internamente a sulfanilamida domina hoje pela sua especificidade contra o estreptococo.

O tratamento local pode também ser feito com o emprego da sulfanilamida e com soro antierisipelatoso de resultados pouco convincentes.

## HIDROSADENITES

A hidrosadenite é um processo inflamatório que atinge as glândulas sudoríparas, principalmente aquelas da axila. Este comprometimento das glândulas se traduz pela formação de verdadeiros abcessos nessa região. Este processo diferencia-se do furunculo porque não ha aqui processos de necrose.

Na maioria dos casos trata-se de uma afecção muito rebelde ao tratamento, sendo na maioria das vezes, a consequencia da falta de higiene pessoal.

O tratamento da hidrosadenite deve consistir na abertura e drenagem das glândulas sudoríparas comprometidas, intervenção essa que deve ser realizada o mais precocemente possível. Este processo tem grande tendencia a recidivas, daí de bom alvitre o tratamento geral

dessa estafilodermia, ser feito por autovacinas, que tem dado bons resultados.

## INFEÇÕES PIOGENAS DO SISTEMA LINFÁTICO

(Linfangites e linfadenites)

*Generalidades:* A participação nas infecções piogenas dos vasos e ganglios linfáticos, correspondentes ás regiões infectadas, é muito frequente. Compreende-se que assim deva ser, si tivermos em mente que os linfáticos constituem o sistema de drenagem dos espaços do tecido conjuntivo onde circula a linfa tissular. Supõe-se atualmente que os linfocitos estejam encarregados especialmente da ação química, quer dizer, da destruição das proteínas extranhas, e os elementos do reticulo-endotelio, da limpeza mecânica, isto é, da fagocitose.

Toda infecção local repercute pois, necessariamente, sobre esses órgãos linfoides, pelo menos estimulando-os á proliferação. Clinicamente traduz-se essa repercussão pelo infartamento ganglionar quer dizer, pela tumefacção dos ganglios linfáticos regionais que aparecem em quasi todas as inflamações e desaparecem quando estas cedem. Porem, si a linfa recolhida do foco, é muito infectante, produz-se nos ganglios uma inflamação, linfadenite, que evolue por conta propria e pode terminar por uma supuração. O reprezamento da linfa nos vasos, pode determinar por sua vez, a linfangite troncular ou inflamação de suas paredes e do tecido conjuntivo que os rodeia.

De qualquer modo, a infecção tem muito maior tendencia a atacar os ganglios que são uma escala natural da mesma, do que os vasos linfáticos, órgãos de passagem. Por isso, a adenite existe muitas vezes sem linfangite visível. Contrariamente, não se concebe uma linfangite sem adenite dos ganglios correspondentes.

### LINFANGITE

*Etiologias* As unicas inflamações agudas dos vasos linfáticos que tem personalidade clinica são aquelas que se apresentam como consequencia de infecções diretas. Trata-se geralmente, de feridas infectadas dos tegumentos ou de infecções inflamatorias agudas da pele: o furunculo, por exemplo. Mas raramente, a linfangite tem ponto de partida num foco de supuração articular ou osseo. É excepcional, finalmente, que a linfangite se produza por via hematogenica.

*Sintomas:* Distinguem-se classicamente, duas variedades de linfangites:

1.º — A linfangite reticular ou das redes de origem dos linfáticos;

## 2.º — A linfangite troncular ou dos troncos linfaticos.

Esta distinção é puramente artificial, porque a inflamação das redes linfaticas não se exterioriza por nenhum sintoma que a distingue das inflamações do derma e do tecido celular sub-cutaneo. Somente quando aparecem inflamados os troncos linfaticos, podemos dizer que tais inflamações complicaram-se com uma linfangite.

As linfangites que se tomam como tipos para a descrição são aquelas dos membros, consecutivas ás infecções dos dedos. A pele circunvizinha do ponto infectado apresenta-se arroxeadada, tumefeita e dolorosa. A mancha branca produzida pela pressão do dedo, desaparece rapidamente. Os limites destas zonas de inflamação superficial, são mal demarcados e o arroxearamento atenua-se para a periferia. Em um dado momento, surgem na porção terminal desse halo inflamatorio, numerosas linhas roxas, muito delgadas, sinuosas, mais ou menos paralelas, que se destacam sobre uma faixa de pele rosada. Gradativamente, vemos essas linhas avançar em direção ao ganglio correspondente, tornando-se menos numerosas e mais grossas, á medida que dele se aproximam. Deste modo, a faixa de pele rosada da periferia se converte pouco a pouco, num verdadeiro desenho de vasos linfaticos subcutaneos.

Passando suavemente o dedo, pode perceber-se um ligeiro relevo, produzido por esses vasos inflamados. Mais raramente, percebe-se um verdadeiro cordão endureado.

*Evolução e terminação:* dependem do decurso da infecção causal e da intensidade das lesões que se produziram nos troncos linfaticos. Quando estas não passam de uma hiperemia com exudação, as manifestações da linfangite cedem rapidamente emquanto melhora a situação do foco originario.

Si as lesões são mais profundas, produz-se uma coagulação da linfa no interior dos vasos, inflamando-se o tecido celular que o rodeia. Nestes casos a linfangite subsiste e pode terminar da seguinte maneira: 1.º) pela passagem ao estado cronico, quando a obstrução do tronco linfatico e a infiltração do tecido conjuntivo que o rodeia evolue para uma fibrose; permanece então como reliquat da inflamação um cordão linfatico endureado; 2.º) por supuração, que se traduz pelo aparecimento de uma serie de abcessos em fileira ao longo do tronco afetado; 3.º) por gangrena. Esta é inteiramente excepcional.

*Diagnosticó:* quando uma ferida rodeia-se de um halo inflamatorio, é difficil saber si se trata de uma dermite ou de uma linfangite. Praticamente este diagnosticó tem pouca importancia, sendo mais importante perceber-se a tempo que a infecção local primitiva tende a ultrapassar seus limites. Si as medidas tomadas surtem resultado, é provavel que tudo volte ao normal, si se trata de uma linfangite. No caso de uma dermite, a enfermidade continuará a evoluir. A distinção entre a linfangite troncular e a flebite é tambem facil; nesta o cordão é muito mais grosso e duro e, a cor da pele não se altera. Diz-se de modo geral que a flebite é palpavel e a linfangite é visivel.

*Tratamento:* a linfangite não exige outro tratamento senão aquele de repouso e calor humido. O melhor tratamento é feito pela aplicação de compressas.

### ADENITES AGUDAS, LINFADENITES

*Etiologia:* a inflamação aguda dos ganglios linfaticos é, como sabemos, um processo muito geral que acompanha não somente as infecções locais, como também, algumas enfermidades infecciosas generalizadas. Como exemplo temos as adenites da peste bubonica e aquelas que se apresentam na febre tifoide, escarlatina etc.

As adenites que podemos chamar cirurgicas nunca têm origem por via linfatica. Na maioria dos casos a adenite é consequente a infecções localizadas no territorio que é tributario do ganglio afetado. Algumas vezes a infecção não toma os ganglios regionais, mas vai se instalar em ganglios mais afastados. Assim, a adenite inguinal vem muitas vezes como consequencia de infecções no pé sem que sejam afetados os ganglios popliteus intermediarios. Este fato, frequentemente na clinica, talvez possa explicar-se pela existencia de anastomoses que permitem a linfa, contornar o territorio dos ganglios da região.

Em todos os casos, a localização da adenite permite adivinhar a porta de entrada da infecção. É frequente por exemplo, que uma adenite inguino-crural apareça espontaneamente. O paciente nega sofrimento e, qualquer tipo de infecção no membro inferior. Porem, examinando-se o membro, é frequente encontrarmos uma lesão no calcanhar ou um arranhão na planta do pé.

Os germens capazes de produzir adenites agudas são multiplos. As adenites inguinais venereas que seguem ao cancro mole contem o estreptobacilo de Ducrey; nos ganglios mesentericos é frequente encontrarmos bacilos coli e com maior frequencia, bacilos de Koch.

*Anatomia patologica:* a inflamação dos ganglios se reduz num primeiro periodo a hiperemia ativa com edema muito intenso dos mesmos. O orgão aumenta de volume, torna-se duro e tumefeito; pelo exame microscopico notamos a presença de uma proliferação dos folliculos e uma forte diapedese, fazendo com que haja mistura dos elementos linfoides com os leucocitos polimorfo-nucleares neutrofilos.

Si a infecção não passa deste ponto, os fenomenos inflamatorios regridem e tudo volta ao normal. No caso contrario, produz-se uma supuração no interior do ganglio. Esta se caracteriza pelo aparecimento de pequenos focos que fundindo-se, transformam o ganglio numa verdadeira bolsa de puz. Entretanto, antes de chegar a esta fase, pode haver a supuração do tecido celular que rodeia o ganglio, produzindo-se um adeno-flegmão ou abscesso do tecido celular periganglionar.



As infecções menos intensas não chegam a produzir peri-adenites e se reduzem á formação de pequenos abcessos no interior do ganglio. Ás vezes este processo termina por fibrose e o órgão se converte numa massa quasi homogenea de tecido cicatricial. Este fato é frequente nas adenites lueticas.

*Sintomas:* o aspecto dos ganglios simplesmente infartados é por demais conhecido. A região onde os ganglios se localizam não muda de cor a não ser que exista uma linfangite ou que sobrevenha a supuração.

*Tratamento:* no primeiro periodo deve reduzir-se á applicação de hemolientes.

O tratamento geral pode ensaiar-se sem inconveniente, enquanto a adenite não apresenta os caracterés de uma supuração. Neste caso, deve-se abrir o foco o mais rapidamente possivel, sem esperar que a supuração seja patente.



# BRUNO ZARATIN

16.º TABELIÃO DE NOTAS

Comunica aos seus amigos ter instalado o seu Cartorio á rua Marconi, 100 — telefones 4-2880 e 4-2881 — onde aguarda o prazer de sua visita, colocando ao seu dispôr os serviços que lhe estão aféctos

## PROCIDENCIA DO RETO

### Seu tratamento cirurgico

DDO. LAURO AMERICANO SANT'ANNA

O tratamento cirurgico da procidencia é feito por um grande numero de tecnicas, não baseadas na sua patogenia. Por isso apresentamos uma série de 3 casos, tratados pela tecnica de Corrêa Netto, alicerçada na patogenia proposta pelo idealizador da mesma.

\* \* \*

Antes de mais nada precisamos entender o que vem a ser PROCIDENCIA DO RETO, pois nos compendios de patologia cirurgica é confundida com PROLAPSO DO RETO.

✧ Procidencia do reto é a invaginação de todas as camadas da parede retal, fazendo ou não saliencia através o orificio anal.

✧ Prolapso do reto é um escorregamento da mucosa retal fazendo ou não saliencia através o orificio anal.

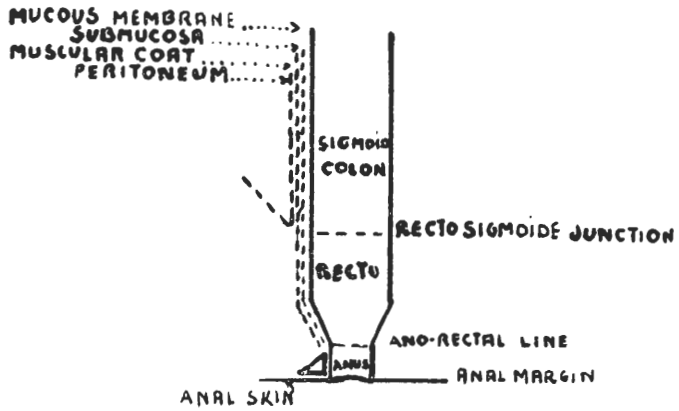
A diferença entre uma entidade e outra é ser a primeira formada por toda a parede retal ao passo que a segunda é só a mucosa.

Para esclarecer o que acabamos de dizer, são muito elucidativos os esquemas de BACON que damos abaixo.

Segundo êste autor existem três tipos de procidencia e três outros de prolapso.

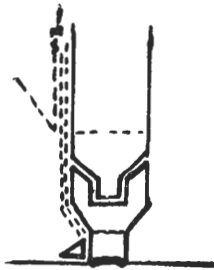
No primeiro tipo de procidencia há uma invaginação do reto, sem que a extremidade da parte telescopada transponha o orificio anal. Esta forma é denominada procidencia interna.

No segundo tipo há uma saída da extremidade, aflorando o orificio anal. Neste caso é possível introduzir-se o dedo indicador no orificio situado na extremidade e com o polegar correr o seu rebordo, que é duro, sentindo-se todas as camadas das duas paredes superpostas. Além disso, pode-se correr com o dedo um sulco circular que se forma na base da protusão, entre a parede anal e a procidencia. Quando a procidencia atinge uns 7 ou 10 cms. já não há possibilidade de se formar o sulco circular porque houve eversão de toda parede ano-retal. É chamada procidencia externa; retal na primeira hipotese e ano-retal na segunda.

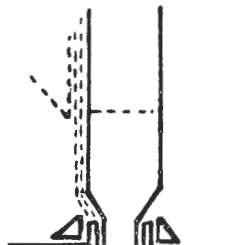


### NORMAL RECTUM

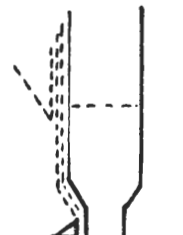
FIG 202



INTERNAL



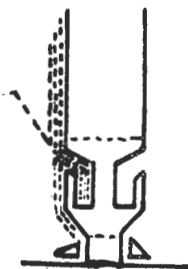
EXTERNAL



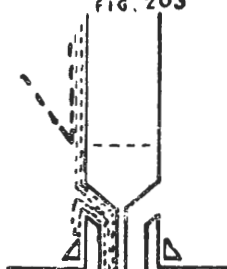
ANO-RECTAL

### PROLAPSE

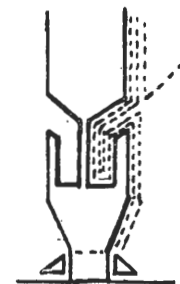
FIG. 203



INTERNAL



EXTERNAL



SIGMOIDAL

### PROCIDENTIA

FIG. 204

ESQUEMA DE BACON

No terceiro tipo há uma invaginação ao nível do sigmoide, é a procidencia sigmoideal.

No prolapso há também uma forma interna, outra externa e a ano-retal, sendo esta caracterizada pela eversão da mucosa anal.

### OCORRENCIA

A procidencia é mais frequente no adulto, ao passo que o prolapso na criança; a explicação deste fato é nos dada pela etiopatogenia.

### ETIOPATOGENIA

O prolapso é apanagio das crianças de menos de quatro anos. As causas coadjuvantes para a sua produção são mais de ordem anatomica, tais como o sacro chato e o reto retilineo. A causa determinante é o esforço executado no ato de evacuar, de tossir, etc. que acarreta o deslisamento da mucosa que se encontra fixada a muscular por um tecido celular frouxo consequente a um processo inflamatório.

Várias teorias foram aventadas para explicar a etiopatogenia da procidencia. Entre elas, passaremos a enumerar as que mais adeptos tiveram.

a) *Teoria do esforço* — Os esforços repetidos na defecação, como se observa na constipação intestinal cronica ou nos individuos com retite; os esforços na micção, etc. seriam causas determinantes da procidencia.

b) A teoria precedente não seria suficiente, segundo VERNEUIL e JEANNEL, para explicar o fato. Estes autores atribuem a uma insuficiencia dos meios de suspensão do reto um papel importante. A retire seria responsavel por essa degeneração dos meios de sustentação do reto.

c) ZUCKERKANDL e LUDLOF emitiram de outro lado, a teoria da hernia perineal primitiva. A pressão intestinal exercida ao nível do cavo seroso de DOUGLAS, cujo fundo corresponde ao esfincter de WELATON, acarretaria nesse ponto um recalçamento da parede retal. A valvula superior do reto que se encontra ao nível do esfincter de WELATON formaria a cabeça da invaginação. GERAL, MARCHAND, LENERMONT foram os defensores dessa teoria na França.

Mais tarde MOSCHOWITZ modificou a concepção de ZUCKERKANOL e emitiu a hipotese de ser a procidencia provocada por uma hernia por escorregamento: seria a procidencia uma hernia perineal transanal.

A concepção de MOSCHOWITZ é falha em dois pontos:

1.º — A cabeça da procidencia apresenta à inspecção um orificio, ao passo que pela sua explicação nós devemos encontrar um vertice de cone.

2.º — Si a procidencia fosse provocada por uma hernia por es-corregamento o vertice do cone estaria por fóra do orificio anal. A teoria de MOSCHOWITZ, como se vê, não corresponde a realidade.

d) *Acalasia do esfincter pelvi-retal* — Esta teoria foi aventada entre nós por CORRÊA NETO.

Este autor acredita que a patogenia da procidencia do reto seja a mesma que a do megaesofago, megacolo, megaduodeno etc.; e explica a procidencia pela teoria da acalasia: seria no caso a acalasia do esfincter pelvi-retal. Para corroborar a sua hipotese, serviu-se êste autor da seguinte tecnica. Colocou êle agrafes no orificio da extremidade da protusão e a seguir procedeu à redução da procidencia com manobras manuais. Radiografando, então, o reto constatou que os agrafes se encontravam ao nivel do esfincter pelvi-retal. Diz o autor que é sempre a êsse nivel que se encontra o agrafe, o que explica não ser a procidencia nunca maior que 10 cms. comprimento maximo do reto.

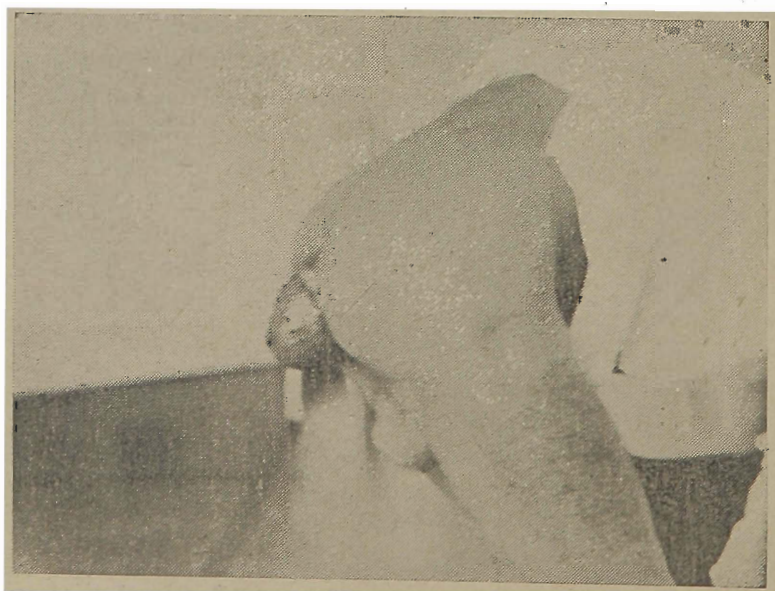
Baseado nestas verificações CORRÊA NETO admite que se processa antes uma acalasia do esfincter pelvi-retal com hipertrofia secundaria da parede do sigma. O esfincter pelvi-retal não se abre pelas contrações intestinais, mas é empurrado, dentro do reto e ocasiona assim a invaginação.

Assim como admitimos as ideias de ETZEL para a explicação da etiologia do megaesofago, trazemo-las para a procidencia, como sendo uma avitaminose B<sub>1</sub>, acarretando uma lesão dos plexos nervosos de Auerbach e Meissner.

### SINTOMATOLOGIA

Em geral a historia é de muito tempo, narrando o paciente que no inicio forma-se uma protusão na hora de evacuar, reduzindo-se espontaneamente, e mais tarde a tumoração aparece com mais frequencia e só se reduz manualmente. Há periodos em que o tumor não se exterioriza, surgindo depois por qualquer razão, demonstrando assim ser um processo ciclico. Precocemente produz-se uma secreção mucosa clara devido a exteriorização frequente e não demora a mucosa tornar-se avermelhada em consecuencia da irritação constante, podendo mesmo sangrar abundantemente. Póde-se instalar então, uma retite e haver ulceração da mucosa. A dôr é percebida como uma sensação de peso que se agrava pelo uso de purgativos e que se irradia para os membros inferiores. Flatulencia raramente aparece; às vezes há polaquiuiria. A constipação é observada geralmente em todos os doentes. Nos casos em que há inflamações ou ulcerações póde-se observar diarréa com evacuação acompanhada de sangue e pús.

No caso de procidencia interna os sintomas são mais obscuros. Sendo a procidencia sigmoidal há obstipação rebelde que não melhora pelos purgativos; a dôr irradia-se para o perineo, região lombar e coxa.



## DIAGNOSTICO

O diagnostico é feito pela inspecção e palpação.

*Inspecção*: — A procidencia externa tem a forma de um cone truncado com um orificio na extremidade e sulcos circulares irregulares.

*Palpação*: — Colocando-se o indicador no orificio da protusão sente-se com o polegar as espessuras das paredes superpostas e os sulcos circulares. Determina-se o sulco circular continuo da base que fica entre a parede normal do reto e a procidencia. Quando há prolapso anal, não se percebe mais o sulco. No caso de procidencia interna é melhor recorrer a retoscopia.

## Quadro de Bacon

Para o diagnostico diferencial entre o prolapso e a procidencia do reto.

	<i>Prolapso</i>	<i>Procidencia</i>
1) Idade:	Frequente nas crianças	Usualmente nos adultos e em idade avançada
2) Início:	Menos gradual	Gradual
3) Partes interessadas:	Só a mucosa	Todas as camadas da parede.
4) Características:	Sulcos longitudinais que se irradiam do centro do anus. — Forma esferica.	Estriação circular, colocada irregularmente. Maior diametro e comprimento. Condição mais cronica. Forma oval (cone truncado).

## TRATAMENTO

A cura da procidencia só se faz cirurgicamente.

Os processos são em grande numero e CRUVEILHIER em 1849 dizia: — “Acredito que seja difícil imaginar um processo que não tenha sido tentado”.

LENERMONT em 1903 revendo os metodos operatorios para a procidencia, classificou-os em processos de exerece e processos conservadores.

VANVERS e MONOT agrupam-nos em 3 tipos:

- 1.º) os que ressecam a porção procidente;
- 2.º) os que ressecam a mucosa;
- 3.º) os que reduzem a procidencia e pretendem cura-la.

Dentre eles o que logrou melhores resultados foi o tipo 3, e que tem por fim ou reconstituir o assoalho pelvico ou suspender o reto.

A reconstituição do assoalho pelvico consiste em estreitar o anus ou o esfíncter como faz THERSCH no seu metodo de cerclage. Os resultados dessa tecnica são máos, podendo surgir posteriormente uma estenose.

Fóra esse processo, certos autores praticam as miorráfias. Reto perineorrafia anterior (SCHWARTZ), posterior (TUFFIER).

A suspensão do reto consiste nas pexias, seja fixando o reto nas paredes da bacia (retopexia), seja suturando o colo pelvico às paredes abdominais (colopexia).

MOSCHOWITZ baseado na sua concepção patogénica da procidencia ideou a tecnica que tem por fim evitar a queda do reto reforçando o perineo. Como já vimos anteriormente, MOSCHOWITZ explica a procidencia por uma fraqueza da faixa transversalis e uma excessiva pressão das alças do delgado sobre a parede anterior do reto. Daí ele reduz a hernia e reforça o perineo por uma serie de pontos no cavo de DOUGLAS, interessando a faixa transversalis e o peritonio. Depois faz a pexia suturando o reto ou o sigma à mesma faixa.

CORRÊA NETTO elicerçado na sua teoria executa primariamente a ressecção do esfíncter pelvi-retal e secundariamente, caso houver sinais de hernia perineal, trata-a segundo a tecnica de MOSCHOWITZ.

Diz CORRÊA NETTO que essa deveria ser a orientação para a cura da procidencia, eliminando primariamente a causa, acalasia do esfíncter pelvi-retal, e secundariamente uma sua complicação, a hernia perineal.

## I — OBSERVAÇÃO

O. L. H. — 36 anos, branco, viuvo, operario, hespanhol. Entradas: 27-1-1940 — Saída: 28-2-1940.

*Queixa e duração:* Saída do reto há 6 anos.

*H. P. M. A.:* Ha cerca de 6 anos esteve internado numa enfermaria de clinica da Santa Casa e nessa ocasião tomou um vermifugo. Quando foi evacuar notou que saia pelo orificio anal uma pequena massa avermelhada do tamanho aproximado de um ovo de pomba, a qual não sangrava, mas apenas dava uma sensação de ardor. O paciente conseguiu facilmente reduzir a referida formação para dentro do anus, a custa de manobras manuais. A partir dessa ocasião, notou o paciente que cada vez que tomava um purgante, depois de evacuar, saia a referida formação, sempre com os mesmos caracteres. Refere que só haviã a saída quando tomava purgativos salinos, não acontecendo o mesmo si o purgante era oleoso.

Passou cerca de 5 anos nesse estado, não havendo qualquer modificação. De 1 ano a esta parte começou a notar que a massa que saia pelo orificio anal já era um pouco maior que antigamente. Consultou um farmaceutico que lhe disse ser hemorroidas e lhe receitou umas pomadas. Não surtiu efeito tal terapeutica.

Ha 2 dias, indo evacuar, fez um grande esforço, não o conseguindo. Sentiu a saída pelo orificio anal de uma massa carnosa, do tamanho de um coco da baia, e vermelha, não sendo possível reduzi-la com manobras manuais. Foi



socorrido pela Assistencia que o removeu para a Santa Casa, onde o medico de plantão procedeu a redução da massa tumoral.

Internou-se na 3.<sup>a</sup> Cirurgia de Homens para ser operado.

Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos, Antecedentes pessoais; Antecedentes familiares e Exame fisico geral: Nada de interesse.

*Exame local:* Pela inspecção constata-se a ausencia de hemorroidas externas. O orificio anal, a simples inspecção se apresenta entreaberto e deixa-se dilatar facilmente com manobras digitais, não se percebendo quasi resistencia esfincteriana. Pela dilatação digital pode-se inspecionar uma bôa parte da mucosa retal que se apresenta congesta.

Pelo toque percebe-se a pouca resistencia do orificio anal não se tendo a impressão habitual da constricção esfincteriana.

Fazendo o toque no momento em que o doente se esforça como si fosse para evacuar, os dedos experimentam uma sensação identica a dada pela propulsão de saco herniario, quando se introduz o dedo no orificio superficial do canal inguinal (Este fato é de observação de Corrêa Netto).

A prostata se apresenta dura ao toque e com ligeiro aumento de volume do lobo direito, que é doloroso.

Mandando-se o paciente contrair a musculatura do abdomen como si fosse evacuar, vê-se sair pelo orificio anal, a mucosa retal que reveste a formação globosa, do tamanho aproximado de um côco da Baia, que surge "ex abrupto". A mucosa mostra-se de côr vermelha, pregueada circularmente e com laivos de catarro de côr amarelada. A saída da tumoração não provoca dôr e reduz-se facilmente por meio de manobras manuais.

Fazendo-se o toque com a procidencia bem exteriorizada, verifica-se que a altura do fundo de saco formado pela mucosa em procidencia com a parede do reto mede respetivamente 3 cm. na porção superior e inferior e 2 cm. lateralmente.

*Exames de laboratorio e subsidiarios:*

*Fezes:* negativo para parasitas intestinais.

*Urina:* albumina, glicose e acetona ausentes. Sedimento raras celulas epiteliaes, leucocitos isolados.

*Reação de Wassermann:* negativa.

*Radiografia:* amputula retal e porção distal da alça sigmoide mostram-se muito dilatadas e com mucosa alterada.

*Diagnostico clinico:* Procidencia do reto.

*Tratamento:* Cirurgico — Operação 19-2-1940. Operador: Prof. Alipio Corrêa Netto. Assistentes: Drs. Jorge dos Santos e Waldyr da Silva Prado. Anestesia: Raquidiana com percaína.

*Diagnostico cirurgico:* Procidencia do reto.

*Processo operatorio:* Ressecção do esfincter pelvi-retal.

*Evolução:* Não se processou mais a saída do tumor durante a sua estadia no serviço.

Alta curado em 28-2-1940.

*Follow up:* Voltou ao serviço em 28-5-940, dizendo passar bem.

## II — OBSERVAÇÃO

B. A. — 46 anos, branco, casado, sapateiro, brasileiro. Entrada: 25-7-940 — Saída: 19-8-940.

*Queixa e duração:* tumor do anus, há 20 anos.

*H. P. M. A.:* Ha 20 anos atrás começou a notar o aparecimento gradativo de um tumor na borda do anus, que aparecia nos esforços que o paciente realizava ao defecar. Esse tumor no inicio tinha o tamanho de uma noz, era indolor, facilmente redutivel e de côr avermelhada. Aparecia aos esforços, como já dissemos, da defecação, ora de um, ora de outro dos rebordos do orificio anal. As manobras de redução o paciente sempre conseguia que o tu-

mor desaparecesse. Passou assim, sem outras perturbações, evacuando regularmente, sendo as fezes sanguinolentas, sangrando o tumor, mas não em abundância, até que cerca de 3 meses atrás, quasi que todas as semanas era obrigado a não frequentar o trabalho, porque o tumor resistia às manobras de redução, o que impedia o paciente de andar. Passado um dia o tumor tornava-se reductível para se repetir o mesmo fenomeno daí a 8 dias. Dessa época para cá começou a sofrer de prisão de ventre. De um mês para cá o quadro se agravou, e o tumor não mais se reduzia pelas antigas manobras manuais, tornando-se assim o tumor um grande incomodo para o paciente. Porisso recorreu à Santa Casa.

*Antecedentes pessoais e habitos:* Blenorrágia, o mais de pouca importância.

*Antecedentes familiares:* Nada digno de nota.

*Interrogatorio sobre os diferentes aparelhos:* nada digno de nota, a não ser no aparelho digestivo em que o paciente se queixa de constipação intestinal.

*Exame fisico geral e especial:* nada digno de nota.

Pulso — 90. Pressão arterial: 145/100. Temperatura: 36°,8.

*Exame local:* à inspecção da região anal verifica-se varias pregas cutaneas em torno de todo rebordo do ânus, ligeiramente infiltradas, formando 2 pequenos mamilos em 3 e Uh.

Ao toque a tonicidade do esfíncter anal encontra-se diminuída; a prostata é pequena e de consistencia firme, superficie regular, indolor; não se percebem ulcerações nem tumor no reto.

Mandando-se o paciente fazer esforços como si fosse para evacuar verifica-se a saída pelo anus de um tumor que toma logo a forma cilindrica, ocupando toda a luz do anus. Tem o volume de uma tangerina e apresenta na sua parte central uma fenda vertical de uns 2 cm. que se comunica diretamente com a luz ano-retal. A superficie do tumor, tanto na parte interna como externa, é lisa, de coloração vermelho-vinhosa, brilhante, úmida, não havendo ulcerações ou secreções patológicas.

A raiz do tumor está situada a mais ou menos 1 cm. para dentro da borda externa do orificio anal, havendo um verdadeiro sulco entre a raiz do tumor e o orificio anal. Nesse sulco vê-se as criptas de Morgagni.

O tumor é mole e indolor, sangra com facilidade; é mais ou menos de pronta redução, sendo nesta manobra um pouco doloroso.

A retoscopia verifica-se apenas hiperemia da mucosa ano-retal, não se verificando ulcerações, secreções patológicas ou tumores.

*Exames de laboratorio e subsidiarios:*

*Fezes:* negativo para ovos de parasitas.

*Urina:* albumina: traços leves — glicose e acetona: negativo. Sedimento — leucocitos isolados e agrupados.

*Reação de Wassermann:* negativa.

T. S.: 1'30 — T. C. 12'.

*Diagnostico clinico:* Procidencia do Reto (2.º grau).

*Tratamento* — Cirurgico. Operação: 6-8-940. Operador: Prof. Alipio Correa Netto. Assistentes: Drs. C. Bellio e R. Alóe.

*Anestesia:* peridural com novocaina.

*Diagnostico cirurgico:* Procidencia do reto.

*Processo operatorio:* Ressecção do esfíncter pelviretal.

*Evolução* — não se processou mais a saída do tumor durante a sua estadia no serviço.

Alta curado em 19-8-1940.

## III — OBSERVAÇÃO

R. de F. — 50 anos, pardo, viuvo, trabalhador rural, brasileiro.

Entrada: 15-7-1940 — Saida: 25-8-1940.

*Queixa e duração:* Saida do reto no momento de evacuar desde a idade de 18 anos e hemorragia ha muito tempo, não informando desde quando.

*H. P. M. A.:* Desde a idade de 18 anos, quando vai evacuar, necessita fazer uma relativa força, afim de eliminar as fezes duras sob a forma de azeitonas. A medida que faz força a parede do reto sai pelo orificio anal, ficando uma grande parte (5 a 6 cm.) para fóra. Terminada a evacuação tudo voltava ao normal espontaneamente. Quando fazia qualquer esforço maior saia após a evacuação sangue rutilante. Isso se repetia cada dia no momento da evacuação. Com o passar do tempo o reto deixou de voltar a sua posição natural depois da evacuação, tendo então o paciente de auxiliar a sua redução com manobras manuais. Tinha periodos que era acometido de diarreia, havendo então grande eliminação de sangue após a defecação. Só fez tratamento no inicio de sua molestia. Atualmente continua com o mesmo tipo de fezes, evacuando diariamente. A tumoração atinge uns 10 cm. aumentando de volume quando se encontra inflamada, vermelha e com prurido. Ha ocasiões em que ha eliminação de um liquido amarelo espesso e de grande fetidês. Não acusa dôr durante a evacuação.

*Antecedentes pessoais:* sarampo, variola e gonorréa.

*Antecedentes familiares:* nada de importancia.

*Exame fisico:* nada digno de nota.

Pulso: 70 — Pressão arterial: 13/9. Temperatura 36.º,8.

## EXAME LOCAL E ESPECIAL

*Inspecção:* — O orificio anal se encontra fechado, não se notando qualquer anormalidade. Mandando-se o paciente fazer força como para evacuar, nota-se a saida pelo orificio anal, de um tumefação de forma de cone truncado, com a maior base ao nivel do orificio anal, e o apice truncado para fóra. Essa tumoração é recoberta pela mucosa do reto, que se apresenta vermelho-arroxeadada na sua base e vermelho mais vivo no apice. Ha um ligeiro pregueamento da mucosa.

*Palpação:* Verifica-se que a tumoração é de consistencia dura. Introduzindo-se o dedo indicador no orificio do apice verifica-se com o polegar que o cone é constituído por todas as camadas do reto. Na base do cone ha um sulco circular entre a parede do reto e a pele.

O tumor é redutivel por meio de manobras manuais.

*Toque retal:* não se sentem nodulos, paredes amolecidas e flacidas da ampola retal. Prostata endurecida, do tamanho de uma nóz grande, não se palpando o lobo medio.

*Ano e retoscopia:* Mucosa de coloração e aspecto normais. Ausencia de mamilos hemorroidarios ou massas tumorais.

*Exames de laboratorio e subsidiarios:*

*Fezes:* negativo para ovos de parasitas e amebas.

*Urina:* albumina, gliose e acetona: negativo. Sedimento: rarissimos leucocitos isolados.

T. S. 2', T. C. 11'.

*Diagnostico clinico:* Procidencia do Reto (2.º grau).

*Tratamento* — Cirurgico. Operação: 27-7-940. Operador: Prof. Alipio Corrêa Netto. Assistentes: Dr. Victor Romano e Ac. José F. Fortes. Anestesia: Peridural, com novocaina a 2%.

*Diagnostico cirurgico* — Procidencia do reto.

*Processo operatorio:* Ressecção do esfincter pelviretal,

*Evolução:* — Não se processou mais a saída do tumor durante a estadia no serviço.

Alta curado em 25-8-1940.

Todos os pacientes passam bem até o momento (4-10-940).

#### BIBLIOGRAFIA

ALIPIO CORREIA NETO — Procidencia do Reto — Annaes Paulistas de  
ALIPIO CORREIA NETO — Procidencia do Reto — Annaes Paulistas de Me-  
dicina e Cirurgia. Vol. XXXVII Fev. 1939 n.º 2.

BACON — Anus-rectum — sigmoidecolon.

P. DUVAL ET J. GATELLIER — Pathologie Chirurgicale — Tome IV pg. 928.

**F. MRAS, Viena. Experiências com a Endoiodina Wiener Med. Wschr, 1940, N.º 9, Pág. 170.**

O autor tratou com o preparado de iodo, ENDOIODINA, 118 doentes portadores de artério-esclerose, bronquite crônica, etc. Nunca se observaram sintomas secundários mais sérios, sendo mesmo muito raras as formas de leve hipersensibilidade ao produto. O tratamento com ENDOIODINA por via parentérica é sempre muito melhor tolerado do que os antigos métodos de administração de iodo por via oral. Nunca se observaram danos nas veias após a aplicação venosa do preparado; mesmo em 2 casos, em que as injeções foram feitas fóra da veia, não se observou nenhum dano no vaso. Certa sensação de calor por ocasião da injeção não provoca nenhuma queixa por parte do doente. Foram tratados 37 doentes com bronquite asmática; além da fluidificação da secreção, observou-se também evidente mitigação do espasmo brônquico. Em 15 casos se combinou o tratamento com ENDOIODINA à auto-hemoterapia. O resultado foi sempre bom, principalmente em 7 doentes que em determinada época do ano se tornavam incapazes para o trabalho; desde a cura com ENDOIODINA os pacientes não tiveram mais acessos e puderam dedicar-se ao trabalho.

Em 25 doentes com bronquite crônica e enfisema, a ENDOIODINA melhorou acentuadamente o estado geral, a ponto de não ser necessário recorrer a outros calmantes da tosse. Além da melhoria subjetiva, observaram-se também sinais objetivos de efeito favorável da ENDOIODINA, patenteado pelo desaparecimento dos estertores secos, em consequência da fluidificação da secreção brônquica. Em 10 indivíduos idosos com bronquite aguda, a aplicação de injeções de ENDOIODINA proporcionou cura rápida.

Em 25 doentes com artério esclerose, dentre os quais 17 com hipertonia e vertigens, dores de cabeça, perturbações visuais e insônia, o tratamento enérgico com ENDOIODINA (frequentemente combinado à auto-hemoterapia) proporcionou via de regra a remoção dos incômodos. Nos doentes hipertônicos, quando se manifestassem distúrbios estenocárdicos, o emprêgo conjunto de Lacarnol e ENDOIODINA proporciona resultados favoráveis. A ENDOIODINA proporcionou melhoria em 8 doentes com reumatismo articular crônico.

Tentou-se a ENDOIODINA nos catarros crônicos, frequentemente recidivantes, das cavidades acessórias do nariz (ao todo em 13 doentes), observando-se que em 11 doentes os incômodos desapareceram; em 2 doentes verificou-se mitigação dos mesmos. Toda a vez que os incômodos reapareciam, a aplicação de ENDOIODINA atuava de modo favorável, removendo-os.

**O. PORTWICH, KIEL, Emprêgo do Uliron nas infecções por bacilo coli, Zschr. Urol. 1940, f. 8, pág. 402.**

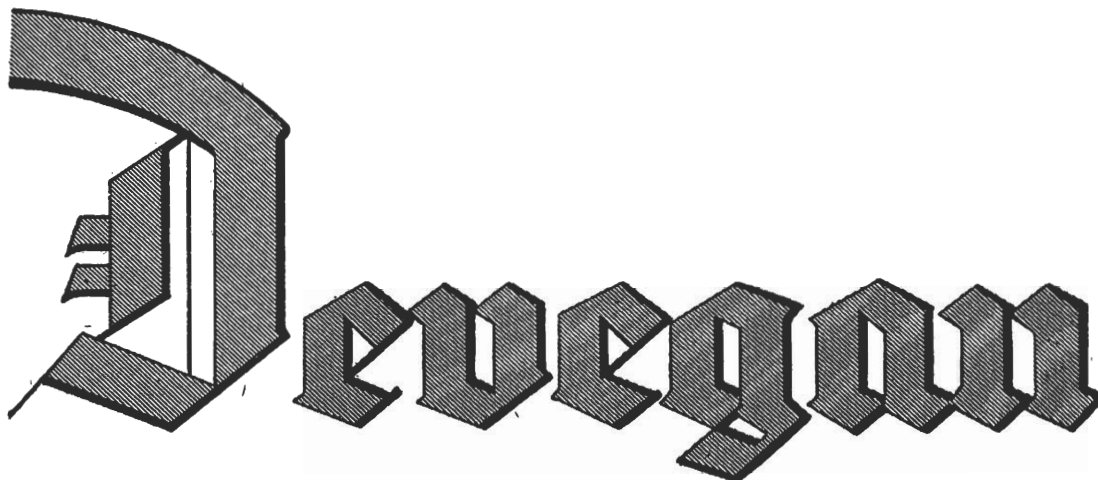
O autor tem empregado com frequência o Uliron nos casos de gonorréia, tendo ultimamente também recorrido ao Neo-Uliron; observou sintomas secundários sómente no início, uma vez sob a forma de eritema e em outra, fraqueza nas pernas, quando a dose empregada era muito exagerada. Na opinião do autor o Uliron também atua contra as infecções colibacilares, fato para o qual os autores americanos já tinham chamado a atenção. Nas cistitis agudas, hemorrágicas e muito dolorosas, em que é proibido o tratamento local, o Uliron proporciona melhoria ou mesmo cura dentro de poucos dias; seu efeito é muito melhor do que o

da hexametileno-tetramina e mesmo do Prontosil. Infecções urinárias "incuráveis" de vários anos, desapareceram após a administração do Uliron, como nos mostram os seguintes casos:

1) Homem de 52 anos, com cálculo renal desde 1914. Ablação de um rim em 1926; a-pesar disto a urina continuava turva (bac. coli). Nitrato de prata; curas em Wildungen, Amphotropina e Salvarsan não proporcionaram a cura. A dose de 3 gr. diárias, durante 3 dias, fez desaparecer todos os incômodos; a urina apresentou-se clara, o que não se verificava havia 21 anos. Nos exames feitos posteriormente a urina apresentou-se clara.

2) Homem de 72 anos; piúria crônica (bac. coli). Tratamento feito até o presente, sem resultado; Salvarsan, Hexametilenotetramina, ácido mandélico e Prontosil. Tratamento feito com Uliron, durante 2 dias, foi suficiente para clarear a urina.

Estes brilhantes resultados obtidos com o uso do Uliron fizeram com que o preparado fosse também experimentado nas afecções vesicais mais atormentadoras e rebeldes, como por exemplo, na úlcera vesical. Observou-se resultado particularmente favorável nesta afecção inespecífica — com frequência não se comprovam bactérias e nem mesmo bacilos tuberculosos. Quasi sempre são acometidas as mulheres. Em 5 de 6 mulheres a úlcera vesical se epitelizara após o tratamento com Uliron (1 vez com auxílio de métodos cirúrgicos: remoção do tecido doente). Por ex., numa mulher com 60 anos se comprovou estado quasi normal após o decurso de poucos dias. Em outra mulher com 30 anos, que sofria havia 3 anos de úlcera vesical, a 1.<sup>a</sup> série com Uliron removeu em poucos dias as dores e a vontade imperiosa de urinar; recaída após 6 semanas foi combatida por uma 2.<sup>a</sup> série com Uliron e auxiliada também por regime alcalinizante. Finalmente, numa camponesa com 68 anos, portadora de cistite ulcerosa, conseguiu-se o desaparecimento da urina purulenta e das demais perturbações pela administração de 72 comprimidos de Uliron, em doses fracionadas. Estes resultados favoráveis induziram o autor a aconselhar o emprêgo do Uliron na úlcera vesical.



Para o tratamento dos fluxos vaginais de qualquer natureza, inclusive os frequentes e persistentes corrimentos produzidos pelos tricomonas.

Permite um tratamento bio-etiológico pelo favorável reforçamento da fauna microbiana natural.

Embalagem original:

vidro de 30 comprimidos de 1 gr.



A Chimica »Bayer« Ltda.

## ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

**1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais.** Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

**2. Atribuição.** Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

**3. Direitos do autor.** No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente ([dtsibi@usp.br](mailto:dtsibi@usp.br)).