

## PELA SEARA SCIENTIFICA

### **AUTO-SÔRO E AUTO-HEMOTHERAPIA NOS CANCERES DIGESTIVOS. — Moutier, Lamy e Racht. Soc. gastr. enterolog. — Paris. Julho 1923.**

Referem-se os AA. ás pesquisas com esse mesmo fim feitas por Vidal, Abrami e Brissaud em 1913 e Gaudier em 1921. Aquelles, obtiveram resultados precarios: este, notou cessação da dôr, regressão das adenopathias, diminuição do tumor e melhoras indiscutíveis do estado geral. Menos brilhantes são os resultados que Chaumin relatou na sua ultima publicação. (*Prog. Med.* Fev. 1922).

Todos esses autores serviram-se exclusivamente da auto-sôrotherapia. Os AA. porém, abandonaram-na em 1921 e, de então para cá, só teem usado a auto-hemo, que reputam de resultados superiores á auto-sôro e de technica muito mais simples. Com effeito, consiste apenas em retirar 5 a 10 c.c. de sangue de uma das veias superficiaes da prega do cotovello e injectal-o immediatamente na região glutea. Moutier e Racht mostraram a superveniencia do choque hemoclasico á injectção. Apenas se requer a immediata reinjecção do sangue retirado.

A documentação clinica consta de 17 casos dos quaes 6 foram tratados com a auto-sôro e 11 com a auto-hemotherapia.

O exito, em rigor, é superponivel nos dois methodos; parece contudo que o de auto-hemotherapia é bem mais completo e estavel.

Sobre o estado geral, os beneficios se fazem sentir após a segunda ou terceira injectção. Volta o appetite, augmentam as forças, melhora a anemia. Alguns doentes verdadeiramente moribundos chegaram a voltar ao seu trabalho.

Quanto ás melhoras locais, não são menos evidentes: diminuição do volume da massa blastomatosa, tendencia á cicatrização, consoante pôde ser observado nos canceres do recto. As hemorragias desapparecem aos poucos, e, o que é de grande monta para o doente, cessação da dôr e melhoras accentuadas ou mesmo desapparecimento da dysphagia.

As adenopathias regridem consideravelmente, o mesmo acontecendo com as adherencias, concorrendo tudo isto para o restabelecimento da função, da forma e da volta á posição normal dos órgãos eventualmente desviados.

Infelizmente as melhoras não são permanentes. Ha apenas uma parada de evolução, um verdadeiro estagio, após o qual ella retoma novamente a sua róta. E' de notar porém, que os beneficios hauridos perduram até poucos dias antes do desfecho fatal, que se dá via de regra, de maneira tanto ou quanto rapida.

Discutem os AA. a questão do diagnostico dos processos malignos, manifestando-se contrarios ao dogma hoje erroneo da incurabilidade de taes processos.

Concluem quanto á maneira de acção deste tratamento:

- 1.º) a injectção de auto-sangue (immediata) é no minimo tão effizaz quanto a de auto-sôro;
- 2.º) o effeito obtido parece independente da quantidade injectada;
- 3.º) o choque hemoclasico falta em metade dos casos.

Não se trata, pois, de melhoras advindas da superheterogeneidade dos sôros. Não acreditam os AA. numa leucoexcitação, que segundo Lewin

se opporia, por intermedio do acido nucleico, ao desenvolvimento dos canceres.

Se é indiscutivel a efficacia therapeutica, não indaguemos da maneira de acção, que é completamente obscura.

Terminam os A.A. aconselhando que se não usem doses de auto-sangue parcimoniosas. Usem-se 5 ou 10 cc. de 3 em 3 ou de 5 em 5 dias, prolongando esse tratamento por dezenas de injecções.

### TERMINAÇÃO DOS ANEURYSMAS DA PORÇÃO SUPRA-DIAPHRAGMATICA DA AORTA. — Saloz e Ed. Trommel.

Arch. des mal. du coeur. — Setembro de 1923.

Os casos estudados pelos A.A. permitem a conclusão de que um aneurysma, seja qual fôr a sua séde, pode evoluir latentemente. Esta latencia, que para Lebert é de  $\frac{1}{8}$ , attinge nas observações destes investigadores á proporção de 10 % dos casos. Ella não se applica porém indifferentemente a todos os aneurysmas; refere-se sobretudo ás ectasias da aorta ascendente ou descende e faz excepção á concavidade da crossa — ponto em que os AA. jamais viram desenvolver-se uma aneurysma que permanecesse silencioso durante toda a sua evolução. Por outro lado, a latencia é de regra nas primeiras phases de formação dos aneurysmas. A crença classica em uma terminação rapidamente mortal da ectasia repousa sobre a circumstancia de que o quadro symptomatico não se torna muitas vezes caracteristico senão quasi no ultimo periodo.

Nos estudos dos AA., os dois unicos symptomas de valor diagnostico indiscutivel — a dôr em um ponto fixo e a paralytia recurrencial esquerda — appareceram 2, 3, 4 annos antes da terminação em mais de 15 dos seus casos, e isto apesar da pobreza dos dados anamnesticos em varias das historias clinicas.

O modo de terminação é differente segundo a séde do aneurysma. Foi já demonstrada alhures a possibilidade de coagulos sanguineos obliterarem a bolsa aneurysmatica; os AA. porém não verificaram nunca um só caso de cura.

De um modo eschematico, pôde dizer-se que o fim habitual dos aneurysmas da aorta ascendente é a insufficiencia cardiaca; a asphyxia, o dos aneurysmas da crossa; a ruptura, nos aneurysmas da aorta descendente.

Vejamos a estatistica apresentada:

1.º) *Terminação por asystolia*: 20 vezes em dilatações da aorta ascendente, 4 em dilatações da crossa e 2 vezes na aorta descendente. Trata-se sempre de insufficiencia ventricular esquerda progressiva: 5 doentes morreram bruscamente (3 de edema pulmonar, 1 de homorrhagia cerebral, 1 de angina pectoris).

2.º) *Terminação por asphyxia*: 8 observações de aneurysma da crossa, 1 da aorta descendente. A compressão tracheal é as mais das vezes notada; em 3 casos ella se acompanhava de uma ulceração da mucosa.

3.º) *Terminação por uma ruptura*: é a terminação tida geralmente como a mais habitual. Em 69 casos, os AA. a encontraram em 23, seja uma porcentagem proxima á de Pohr, para quem 24 % sómente das ectasias aorticas se terminam desta maneira, ao passo que 76 succumbem ás consequencias da asystolia, da compressão dos órgãos vitaes ou ainda de doencas intercurrentes.

A perfuração se produziu 7 vezes na arvore pulmonar (3 aneurysmas da crossa e 4 da aorta descendente), 5 vezes no pericardio (3 aneurys-

mas da aorta descendente e 2 da crossa), 4 vezes na pleura e mediastino posterior (1 aneurysma da aorta ascendente, 3 da aorta descendente).

Quanto tempo sobrevivem os doentes á ruptura?

Elles podem morrer immediatamente como podem durar um tempo espantosamente longo; tudo depende de uma infinidade de circumstancias especiaes, seja da localisação aneurysmatica, seja do proprio individuo. Os A.A. citam varios casos interesantissimos de outros investigadores; relativamente aos seus, eis o *prazo maximo* observado:

Ruptura na arvore pulmonar — 17 mezes; no tubo gastro-intestinal — 23 dias; na pleura — 48 horas; no tecido cellullar do mediastino — 22 horas; no parenchyma pulmonar — 4 dias.

4.º) *Terminação por complicações intercurrentes*: foi observada em 7 casos de aneurysma da aorta ascendente e em 4 casos da crossa. As affecções broncho-pulmonares motivaram quasi todas estas terminações.

“Em conclusão: seja por insufficiencia cardiaca, por asphyxia, por uma ruptura ou por uma affecção intercurrente, a terminação dos aneurysmas da porção supra-diaphragmatica da aorta não é geralmente tão brutal quanto se pensa correntemente.

Se subscrevemos a affirmação de Lesage que pensa serem as affecções cardiacas as grandes causas imediatas da morte, acreditamos tambem, com Martinet, que a morte subita não parece apresentar, no aneurysma, a frequencia que lhe attribue o publico e mesmo os medicos”.

#### A PRESSÃO ARTERIAL NA ESCARLATINA. — Dr. Raymundo Doria II Policlínico.

Faz notar R. Doria a discordancia reinante entre diversos autores no que diz respeito ás variações da pressão arterial no periodo eruptivo e durante a convalescença da escarlatina; epochas da molestia em que assignalam uns hypertensão e outros hypotensão arterial, sendo, todavia, os autores, mais ou menos concórdes em descrever um abaixamento da pressão arterial, uma hypotensão, no periodo de defervescencia da molestia.

Mediu o autor a pressão arterial de 67 doentes — creanças e adultos de ambos os sexos — usando o methodo auscultatorio de Korotkow, que fornece resultados quasi identicos aos obtidos com o oscillometro de Pachon, e aconselha, na medição da pressão, o emprego de braçadeiras de Reklingsausen, de 12 cts. de largura para adultos e de 8 cts. para creanças, as quaes evitam os inconvenientes: dôr e ecchimose no local da applicação (braço), que se verificam mais ou menos frequentemente com as braçadeiras estreitas, as quaes fornecem ainda resultados differentes.

Verificou Doria que geralmente havia uma *hypotensão arterial*, nos doentes por elle examinados, não ultrapassando a pressão maxima (mx.) o seu valor normal.

As *maximas* mais elevadas foram obtidas de doentes no periodo de enanthema e em 21 casos durante a convalescença, em alguns dos quaes por occasião de uma complicação da molestia.

A curva da pressão *minima* mostra, nos graphicos, um estreito parallelismo com a da pressão maxima.

Em 31 dos casos examinados notou Doria que a P. D. manteve-se nos limites normaes; em 24, durante todo o decurso da molestia, houve

hypertensão diastolica mais ou menos accentuada; em 10 casos, hypertensão diastolica inicial baixa e em 2 casos a P. D., normal no inicio, baixou durante a convalescença (escarlatina, complicada com endocardite e com diphtheria).

Com taes dados conclúe o A. que, na escarlatina, as mais das vezes ha uma mais ou menos accentuada hypertensão diastolica e que a P. D. tende a crescer do periodo eruptivo para a convalescença, a P. D. diminue novamente, as curvas de mx. e mn. approximam-se, coincidindo este facto, geralmente, com o apparecimento de uma complicação (endocardite e diphtheria nos dois casos assignalados).

A par desta hypertensão diastolica acha-se o A. autorisado a concluir, da analyse dos casos observados, que a escarlatina determina, como quasi todas as molestias infecciosas agudas, uma *hypotensão arterial*.

A hypotensão arterial é mais ou menos precoce, podendo iniciar-se nos periodos pré-eruptivo, eruptivo e descamativo; prolonga-se geralmente por uma semana e a sua intensidade varia com a gravidade do caso.

A hypotensão, evidentemente, está em relação com a vaso-dilatação geral e com a debilidade do ventriculo esquerdo; nos casos em que é muito accentuada não parece se relacionar com lesões organicas graves das capsulas supra-renaes, como querem alguns, podendo, mesmo, dar lugar a uma hypertensão, caso sobrevenha uma nephrite.

A quasi constante *hypertensão diastolica*, que se verifica conjunctamente com a hypotensão arterial fala mais em favor de uma neropregia cardiaca que vascular como causa da hypotensão.

Se, na convalescença, se verifica, mesmo por breve periodo, uma diminuição da P. D., deve-se temer uma crise de insufficiencia cardiaca.

A elevação da mx. não tem valor prognostico, apparecendo, geralmente, nas complicações dolorosas; mas, se conjunctamente se verificar albuminuria, dever-se-á temer uma nephrite.

A quéda brusca da pressão, acompanhada de diminuição da P. D. fala em favor de uma complicação para o lado do coração, devendo-se ter em conta que as injeccões de sôro de convalescentes, sôro anti-streptococcico, a doença do sôro e as injeccões de vaccina abaixam a pressão arterial.

A hypotensão não deve ser attribuida á diéta, nem tão pouco ao repouso, pois que apparece precocemente em individuos alimentados regularmente e persiste, muitas vezes, depois que os doentes se levantam.

Verificou mais o A. da observação de 16 doentes de 5 a 18 annos de idade, que no *sarampo*, embora menos intensa e de menor duração, verifica-se tambem uma *hypotensão arterial* com *hypertensão diastolica*.

#### UM CASO DE KYSTOS ADHERENTES AO APICE PULMONAR ESQUERDO, FAZENDO HERNIA NA REGIÃO SUB-HYOIDE'A OBSERVADOS EM UMA MENINA DE TRES ANNOS, COM TETANIA. — Baccichetti. — Il Policlinico. — Outubro de 1923.

Antes de passar á descripção do caso, lembra o A. as causas pathogenicas das hernias pulmonares, e bem assim da sua divisão. Debieme, que muito estudou o assumpto, propõe a seguinte divisão:

- 1) Hernias traumaticas (enfraquecimento da parede thoracica);
- 2) Hernias consecutivas: as que apparecem em um ponto da parede, precedentemente tornado menos resistente;
- 3) Hernias expontaneas: as que se processam sem violencia e sem lesão precedente;

4) **Hernias congenitas:** as que se formam durante a vida intra-uterina.

Lembra tambem o A. que ellas, nas mais das vezes, teem séde na parede anterior do thorax, na visinhança do manubrio esternal.

Caso clinico: Trata-se de uma menina de 3 annos, que está doente desde o apojamento.

Repentinamente apresentava fortes contracturas, que duravam apenas alguns segundos. Affirma a mãe da doentinha, ser a rigidez tão completa que fazia com que a menina perdesse totalmente os movimentos, ficando "de um só pedaço". Decorridos 14 mezes do primeiro ataque notaram os paes que nos accessos se formava uma pequena elevação na região media do pescoço, e que desapparecia com elles. A seguir, esse entumecimento augmentou progressivamente até attingir as dimensões de uma laranja, como no momento da observação.

Nunca teve febre. Apresenta ulcerações gangrenosas no dedo indicador. Pesa 7 kls. 750.

Musculatura hypertrophica. Ganglios cervicaes, axillares e inguinaes. Fontanella aberta. Conjunctivas injectadas e ligeira exophthalmia. Pequenas elevações em forma de avellãs (emphysema) nas regiões supraclaviculares. Reflexos cutaneos abolidos. Babinski negativo. Reflexos rotuleanos prejudicados. Signal de Chvosteck presente.

Para provocar os accessos bastam 2 ou 3 respirações forçadas: immediatamente apparecem as saliencias da base do pescoço, a cabeça cahe para traz e o opistotono se manifesta.

Se, pela pressão, imperdirmos a formação dos entumecimentos cervicaes, não sobrevivem o accesso e a criança chora.

O exame radiologico apenas revelou pequena opacidade do apice pulmonar esquerdo.

Após uma estadia de 11 dias no hospital, durante os quaes a doentia emmagrecera 500 grs. veio a fallecer em consequencia de um accesso mais demorado.

A necropsia demonstrou a existencia de grandes bolhas occupando o apice pulmonar esquerdo. Abertas e esvasiadas verificou-se que, ao contrario da parede superior lisa e luzidia, a inferior era espessa, rugosa e crivada de pequenos orificios, que se communicavam com o tecido pulmonar subjacente, emphysematoso.

Capsulas supra-renaes e ovarios grandes, sem comtudo apresentarem lesões macroscopicas.

Thyreoides normaes. Parathyreoides, apenas visiveis as superiores, que teem o tamanho de uma cabeça de alfinete.

Microscopicamente são encontradas as inferiores formadas por células vesiculares claras.

O A. conclue explicando o quadro observado da seguinte maneira: trata-se de um caso grave de tetania, no qual appareceu por primeiro o emphysema dos apices e depois formações cysticas á custa dos folhetos pleuraes que, elevando o tecido da cupula pleural, vinha formar hernia na região sub-hyoidéa.

**NOVO METHODO PARA DIFFERENÇAR O BACILLO DA TUBERCULOSE DOS COGUMELOS ACIDO-ALCOOL-RESISTENTES DO GENERO "NOCARDIA" — Dr. Fasolino. — Studium. — Outubro de 1923.**

- a) Colorir pela fuchsina de Ziehl, a quente, durante dois minutos;
- b) Lavar;

c) Descoramento mercê de uma solução a 1 por 4 de ácido lactico em alcool a 90°;

d) Lavar abundantemente;

e) Colorir pelo espaço de dois minutos com uma solução aquosa de vesunina a 1 % ou ácido pierico, sol. sat.

Presta-se este methodo nos casos de diagnostico differencial entre as nocardias e B. de Koch. Estes, reteem a fuchsina ao passo que aquellas se descoram completamente.

O A. cita outros 16 methodos todos visando o mesmo fim: differenciação do B. de Kock de outros bacillos ou cogumelos ácido-alcool-resistentes.

### HEBEPHRENIA E ARSENOBENZOL — Mauricio Page.

Rev. Medic. — 22-8-1923

Todos estão de accôrdo — diz o autor — que a demencia precoce é uma forma especial da confusão mental toxigenital ou o resultado de uma confusão mental aguda que por defeito de tratamento passou á chronicidade. Todos acreditam tambem que os dementes precoces são geralmente doentes incuraveis.

Insurge-se o A. contra essa crença, relatando cinco casos nos quaes o tratamento pelo novarsenobenzol deu resultados positivos. Lembra o A. que muitas vezes a demencia precoce cura-se espontaneamente, facto este que em nada vem tolher o valor de suas observações.

E' interessante notar que, em dois casos, as reacções do sôro e do liquido foram todas negativas, e não havia na familia nada que fizesse suppôr a lues.

O autor empregou o novarsenobenzol em injeções sub-cutaneas e intra-venosas, semanalmente e em doses progressivamente crescentes, de tal forma que ao cabo da 10.<sup>a</sup> injeção tomara o doente 7gr.,50 de arsenico.

Não tendo em alguns desses uma acção especifica, acredita o A. que o 914 tenha uma acção modificadora da encephalite diffusa responsavel pela hebephrenia.

### DA ESCOLHA ENTRE O TRATAMENTO MEDICO E O CIRURGICO DA ULCERA DO ESTOMAGO OU DO DUODENO. (Acta chirurgica scandinavia, Julho de 1922). RESULTADO DO TRATAMENTO MEDICO DA ULCERA GASTRICA E DUODENAL. (Acta medica scandinavia, Abril de 1923).

O A. faz um excellente estudo do assumpto baseando-se em mais de 200 casos. O relatorio é completo e mesmo notavel sob qua'quer ponto de vista. Com justiça se pôde dizer que o A. quando não tenha resolvido muitos pontos do difficil capitulo das gastropathias, pelo menos analysou as idéas correntes a respeito e chamou a attenção para o lado pratico de taes problemas.

Seus pontos de vista podem ser assim synthetizados:

1.º — *Póde o perigo do desenvolvimento de um cancer sobre a ulcera do estomago justificar uma therapeutica cirurgica, curativa da ulcera, preventiva do epithelioma?*

Não é possivel avaliar-se a frequencia do carcinoma ex-ulcere (ulcera-cancer, da escola franceza) por uma revista da literatura internacional

sobre o assumpto; sua existencia mesmo não está definitivamente provada. Ha um facto certo, em todo caso: as estatisticas dão uma porcentagem variando de 8 a 80 para a frequencia da evolução cancerosa da ulcera. Mas o A. não partilha da opinião que admite uma tendencia da ulcera gastrica ou duodenal á cancerisação. Elle não conseguiu observar um só caso destes em 221 doentes.

A doença (e o A. se filia incontestavelmente á escola lyonesa de Tripiet, Duplant e Sanerot) descripta sob a denominação de *carcinoma ex-ulcere* não é senão um cancer primitivo pseudo-ulceroso. O apparecimento dos symptomas se faz quasi sempre após o 30.º anno e revestem logo a feição clinica de uma ulcera grave, as mais das vezes absolutamente rebelde ao tratamento medico. Depois de um periodo variavel de 1 a 5 annos sobrevem a morte.

Mas em casos como este, o diagnostico clinico differencial com a ulcera simples é tão possivel, que a resecção cirurgica é por isso justificada.

2.º — *Os perigos da hemorrhagia justificam a intervenção cirurgica?*

Em rigor, ha unanimidade de opinião sobre a orientação medica do tratamento da hemorrhagia.

Ha porém discordancia sobre o perigo das hemorrhagias mortaes no curso da evolução ulcerosa. Não existe elemento seguro de operação a este respeito nas estatisticas clinicas e anatomo-pathologicas. Geralmente encontra-se uma differença singular da anamnese das ulceras clinicamente certas e da historia anterior dos doentes mortos de hemorrhagia ulcerosa. Dois terços destes têm uma historia curta, imprecisa, e por isto mesmo naturalmente escaparam a toda orientação cirurgica da therapeutica eventual. Por outro lado verifica-se frequentemente que estas ulcerações, origem de hemorrhagias lethaes, são lesões recentes da mucosa.

Todavia as ulcerações agudas, quando nos moços, apresentam um perigo de hemorrhagia mortal muito menos consideravel do que nos velhos.

Assim, o estudo clinico dos verdadeiros ulcerosos demonstrou que elles estão pouco expostos á morte por hemorrhagia, e que o perigo desta, por isto mesmo, não deve ser tido como um motivo sufficientemente forte para indicar uma intervenção cirurgica no tratamento da ulcera.

3.º — *Os riscos da perfuração em peritoneo livre devem determinar o tratamento cirurgico?*

As observações mostram que os riscos de perfuração são infinitamente pequenos em relação ao numero de casos de ulcera verdadeira, classica. Nada pois mais logico do que desprezal-os, quasi ignoral-os quando se trate de apreciar os motivos determinantes de uma intervenção cirurgica.

E' evidente que a perfuração livre da ulcera deve ser tratada cirurgicamente; qual porém a percentagem das probabilidades de seu apparecimento na ulcera "clanicamente certa?"

Talvez estas conclusões sejam contrarias á nossa experiencia clinica no que se refere á frequencia das perfurações de ulceras. Mas, como para a hemorrhagia, verifica-se que as ulceras perfuradas tiveram em geral uma anamnese curta, um syndromo clinicamente incerto e escaparam por isto mesmo á intervenção cirurgica. Tratava-se, em summa.

de uma ulceração de marcha aguda, cuja evolução terebrante não se encontra limitada por uma perigastrite com adherencias protectoras.

4.º — *A intervenção cirurgica deve ser decidida, não pelo temor de um incidente agudo, raro e não previsivel, mas pela apreciação da chronicidade das lesões e do damno que delle resulta para a vida do doente.* Quer dizer: quando se deve aconselhar um doente duas questões serão resolvidas: — *quaes as probabilidades e recahidas?* que significa para o doente uma *recahida?*

Eis a pergunta do A.: 'Permittirá o nosso tratamento o exercicio de uma vida quasi normal, ou bem, será o individuo mais ou menos invalido?

Claro é que as directrizes variam segundo a profissão e situação material do doente.

F. & F.

ASSIGNEM A "REVISTA DE MEDICINA"

BRASIL (12 numeros)	18\$000
ESTRANGEIRO	36\$000
NUMERO AVULSO	1\$500

Attesto que tenho empregado em minha clinica o VIDAN com excellentes resultados.

DR. RUBIÃO MEIRA