

“Creados pelo decreto estadual n.º 779 de 8 de outubro de 1918, o dispensario Anti-syphilitico de Curityba e tambem a fiscalização hygienica do meretricio naquella Capital, o Dispensario só começou a funcionar depois de fevereiro de 1919 e o serviço systematico de exame e tratamento das meretrizes em 1.º de julho, tendo sido adoptadas de 1.º de outubro em diante as cadernetas etc.”

A questão da prioridade não pode portanto offerecer duvidas. Anterior ao Dispensario de S. Paulo só devia existir o do Rio de Janeiro, conforme nos diz o prof. Eduardo Rabello, na sua conferencia perante o Primeiro Congresso Medico Paulista: “No Rio de Janeiro, graças ao gesto do Dr. Getulio dos Santos, foi votada na Municipalidade um lei creando um dispensario prophylactico na Santa Casa”

Esse dispensario, porém, nunca funcionou.

F. C. P

P. S. — Opportunamente voltaremos a tratar deste assumpto, mostrando o que é hoje no Brasil a campanha contra a syphilis. Aproveitaremos então as informações completas que a respeito nos enviou gentilmente o dr. Oscar Silva Araujo, chefe interino da Inspectoria de prophylaxia da lepra e doenças venereas (D. N. S. P.,

PELA SEARA SCIENTIFICA...

AS DEPRESSÕES SUPRA-CLAVICULARES NO DIAGNOSTICO PRECOCE DA TUBERCULOSE PULMONAR

Bray e Duerschner publicaram em “The Journal of the American Medical Association” (9 de Junho de 1923) um interessante artigo subordinado a este titulo. Os autores illustraram o seu trabalho com estatisticas e suggestivas considerações para accentuar, em commentario, que os primeiros observadores consideravam as depressões supra-claviculares como um constante signal na tuberculose pulmonar. Naquelle tempo, o diagnostico era retardado até que a lesão pulmonar fosse adeantada e o paciente emagrecesse. As depressões eram inteiramente attribuidas ao processo pulmonar sub-jacente, sendo que o papel maior em sua producção era provavelmente desempenhado pelo levantamento das espaldas devido tanto á fraqueza quanto ao emagrecimento. Esta opinião é baseada no facto de que as depressões apparecem invariavelmente com o emagrecimento, independentemente de outra causa. “Anatomistas e até costureiras sabem perfeitamente

desta relação". Mas, por outro lado, em bem nutridos pacientes soffrendo, embora de adeantada tuberculose pulmonar, as depressões podem estar ausentes.

Quando as depressões têm sua origem em molestia do pulmão, ellas são devidas á perda de volume do pulmão associada á retracção local da parede thoracica. A retracção local da parede thoracica, em gráo sufficiente para produzir depressões, apparece na maioria dos casos com extenso processo pulmonar e accentuada perda de volume do pulmão. Hoje, a presença ou ausencia das depressões depende, para cada individuo, da participação e da extensão de factores que podem compensar estas depressões.

No inicio da molestia, a perda do volume pulmonar é pequena, e é geralmente compensada por emphysema ou hypertrophia da parte do pulmão contigua ao fóco; e não ha nenhuma retracção local da parede thoracica nem mudança da delicada conformação supra-clavicular.

Portanto, no campo puramente pathologico não se podia esperar se encontrasse, no inicio da molestia, mudança objectiva das depressões supra-claviculares.

Ainda que a modificação destas depressões tenham sido encara las como um dos signaes classicos a reter-se na tuberculose incipiente, o presente estudo suggere que o seu valor a tal respeito é muito discutivel.

Condensando nas conclusões os resultados a que chegaram, escrevem os autores:

- 1 — Ha uma relação definida entre nutrição e presença ou ausencia das depressões supra-claviculares.
- 2 — Estas depressões soffrem influencia de tamanho, fórma e posição da clavícula.
- 3 — Ha notavel semelhança na incidencia, distribuição e profundidade das depressões supra-claviculares no individuo são e no individuo com tuberculose em inicio.
- 4 — Não ha ainda methodo que possa descobrir differença entre as depressões nessas duas classes de individuos.
- 5 — Não se pôde provar ser praticavel o estabelecimento de uma correlação entre as depressões supra-claviculares e a séde e a extensão de incipiente processo pulmonar.
- 6 — Embora as depressões occorram no inicio da tuberculose pulmonar, ellas provavelmente não são devidas a esta causa.
- 7 — Exceptuando-se talvez raros casos, as depressões supra-cla-

viculares são de contestavel valor no diagnostico precoce da tuberculose pulmonar.

DO DIAGNOSTICO PRECOCE DA APPENDICITE AGUDA

Rove descreveu recentemente em artigo na "Presse Médicale" (5 de Maio de 1923) a "syndrome epigastrica", encontrada nos casos de appendicite aguda e cujo valor pratico reside no facto de se evidenciar nas seis primeiras horas do ataque e preceder os classicos signaes da fossa iliaca direita. Esta syndrome é passageira; permite avaliar-se a gravidade do caso e por si mesma acarreta a indicação formal de uma intervenção operatoria urgente.

Queixa-se o paciente, diz Rove, de forte dôr epigastrica, vomita com frequencia e, embora se conserve no leito em decubito dorsal, não ha flexão das coxas sobre o abdomen. Ao exame percebe-se uma sensibilidade accusada e nitidamente localisada na região epigastrica. Ha defeza muscular no segmento superior do grande recto esquerdo, e uma hyperesthesia cutanea nos mesmos limites. A esse tempo, na maioria dos casos, não se percebe rigidez, hypersensibilidade ou hyperesthesia cutanea na fossa iliaca direita.

Como é produzida a syndrome? O autor julga, em caracter provisorio, que ella póde ser interpretada como dependente de uma irritação dos nervos do grande epiploon, motivada, seja pelo deslocamento desse orgão para o appendice, seja pela extrema toxidez dos productos por elle reabsorvidos. Derivando-se o grande epiploon do mesogastrium primitivo, e portanto na vizinhança da grande curvatura do estomago, é razoavel admittir-se que, identicamente ás lesões da grande curvatura, as irritações soffridas pelo grande epiploon se traduzam por phenomenos sensitivos e motores na região epigastrica.

O A. basêa sua interpretação no facto de encontrar, nas operações praticadas ao inicio da syndrome, o grande epiploon em desvio para o lado do appendice, do qual fica mais ou menos afastado conforme o tempo decorrido desde o apparecimento dos signaes epigastricos. Este deslocamento do grande epiploon tende a applical-o de encontro ao appendice, que mostra então um fóco de gangrena ou, logo depois, uma perfuração.

Baseado nos trabalhos de Enriquez, Guttman e Rouvière, sobre vagotonia appendicular, ao A. é licito suppôr, afinal, que a syndrome epigastrica manifesta um reflexo de excitação superaguda do pneumogastrico.

A "syndrome epigastrica" de Rove traz-nos á lembrança o "novo ponto" doloroso na appendicite aguda, descripta por Antonio Pedro, na "Folha Medica", n.º 4 de 1920.

Este "novo ponto", que nunca se observa espontaneamente, está situado no meio de uma linha que vai do umbigo á oitava costella esquerda, coincidindo com a borda externa do musculo grande recto.

A pesquisa deste signal apresenta vantagens nos diagnosticos de appendicite chronica, em que a sua verificação é bem mais facil do que na especulosidade da syndrome abdominal dos casos agudos.

Dada a sua situação, clara tambem se torna a sua vantagem não permittindo duvidas com os diagnosticos de inflammação de orgãos vizinhos ao appendice, taes como os annexos na mulher.

Comparativamente aos pontos de Mac Burney, Lanz e Morris, o "novo ponto" é excellente porque a sua pesquisa não é perturbada pela contracção de defeza dos musculos abdominaes.

O A. observou 123 casos, concluindo por affirmar que o "novo ponto" desaparece rapidamente com a appendicectomia, contrariamente ao de Mac Burney, que póde persistir até 45 dias após a intervenção operatoria.

Quanto á etiologia, o Dr. Antonio Pedro julga que o "novo ponto" está em dependencia com a 10.^a raiz dorsal.

EFFEITO DOS MERCURIAES SOBRE A REACÇÃO DE WASSERMANN

No "Journal of Laboratory and Clinical Medicine", de St. Louis (n.º 8, Abril de 1923) A. Strickler assigna o seguinte artigo: Influence of intravenous administration of Mercury benzoate on Wassermann reaction of apparently normal persons.

O autor contesta a referida influencia, citando casos. Trinta e sete injeccões foram applicadas em um paciente e a Wassermann foi negativa; por outro lado, em um doente com a reacção fortemente positiva antes de que fosse instituido o tratamento, vinte injeccões mercuriaes não modificaram o resultado da reacção. Um paciente soffrendo de psoriasis teve Wassermann fortemente positivo após a 4.^a injeccão mercurial e a reacção persistiu após 18 injeccões do medicamento.

Strickler lança as bases da sua affirmativa:

Aúmitte-se geralmente que os arsenicaes têm affinidade para o figado. Por outro lado, muito provavelmente é de natureza lipoide a substancia que provoca a positividade da reacção de Wassermann. Talvez os arsenicaes em sua acção sobre as cellulas hepaticas podem alterar suas funcções causando uma modificação nos lipoides ou determinando o derrame em massa da substancia lipoide na torrente sanguinea de forma a que o soro, examinado num certo momento, produz uma prova positiva de fixação do complemento.

Com os saes de mercurio, porém, o caso tem de ser diverso. Está estabelecido definitivamente que os mercuriaes têm uma grande affinidade para a estrutura do rim. Os mercuriaes não exercem influencia profunda sobre a estrutura do figado.

Dahi resulta que a administração dos mercuriaes não pode influir de maneira positiva na reacção de Wassermann de pessoas normaes. (J. A. M. A. 9-6-23.)

DIAGNOSTICO E TRATAMENTO DA ANGINA DO PEITO

C. Albutt, em "The Lancet" (5 de Maio de 1923, pg. 883) assevera que, na grande maioria dos casos (90 o|o), a angina do peito é devida a affecção da aorta thoracica e especialmente de sua tunica externa em que se encontram os sensiveis end-orgãos que regulam a pressão sanguinea. A morte na angina do peito é ordinariamente motivada por inibição do vago, isto é, pelo shock da dôr. As arterias coronarias e o myocardio nada têm que ver com a dôr da angina mas com a sua mortalidade. Nos individuos moços em que o myocardio se encontra integro, o coração usualmente sobrevive á inibição, de modo que nelles, tantas vezes como nos casos de aorta syphilitica, por exemplo, a angina pôde ser uma terrivel, senão fatal, molestia. A angina verdadeira é rara nas mulheres; em compensação, nestas é frequente a pseudo-angina (muito mais frequente do que nos homens) que parece ser uma perturbação no dominio do plexo brachial, intercosto-humeral, Wrisberg e nervos phrenicos.

Além disso o doente de angina é geralmente, se bem que nem sempre, pallido ou "palliascent"; os pseudo-anginosos são vermelhos de rosto.

Estes pacientes são na sua maior parte jovens que ainda não attingiram a meia-idade, e os ataques podem ser determinados por abortecimentos, menstruação ou outros transtornos. O pulso do pseudo-anginoso, contrariamente ao observado na verdadeira angina, é accelerado e muitas vezes arhythmico. O coração pôde ser sentido como que querendo saltar fóra do peito. Não ha palpitação na angina verdadeira. No intervallo dos ataques, o medico poderá enganar-se não descobrindo nenhum signal de molestia, ou degeneração ou qualquer outro que lhe suggira uma affecção cardio-arterial.

Si forem encontrados taes signaes o diagnostico mesmo assim deve ser prudente. Mais difficil ainda é distinguir-se simulações de angina ou seus ligeiros grãos (angina mitis) ou manifestações excéntricas de uma angina verdadeira.

O principio de Albutt na cura da angina é tratar o caso como se fosse de aneurysma — por absoluto repouso proporcional á gravidade

e rebeldia do caso, com a necessaria modificação da dieta conforme requere a cura do vaso affectado. (J. A. M. A.).

O CHLORETO DE CALCIO NO TRATAMENTO DOS DERRAMES INFLAMMATORIOS

No n.º de 10 de Abril p.p. de "La Prensa Medica Argentina", A. Navarro publica os magnificos resultados que colheu com o emprego do chloreto de calcio no tratamento de 5 casos de pleuriz sero-fibrinoso. Ha neste methodo a dupla vantagem da cura e da auto-immunisação do paciente, com a reabsorpção do derrame, evitando assim reincidencias e impedindo a activação de focos bacilliferos occultos.

Krummenacher, em "Annales de Médecine" (Março de 1923, pag. 104) (v. J. A. M. A. 9-6-23) confirma tambem as idéas de Blum sobre a notavel acção do chloreto de calcio no tratamento das affecções inflammatorias das serosas. Provoca-se com o medicamento a reabsorpção do derrame e abaixa-se promptamente a temperatura, ao mesmo tempo que se promove a diurese. Nos casos agudos de pleuriz, as condições do doente são restauradas muitas vezes em 24 hs. Nos 10 casos detallhados que publica o A., o medicamento foi administrado em altas doses: 15 grs. do chloreto de calcio pró-die, repetidas no segundo dia si a febre persistir, ou reduzidas de metade se a febre abaixar-se. O tratamento não póde ser prolongado por mais de 5 ou 6 dias: provoca depressão do estado geral, com o desequilibrio do metabolismo mineral. Deve-se administrar ao doente duas boas colheres de sopa de uma solução concentrada do chloreto de calcio (30 grs. em 100 de agua) junto com café e bebendo o doente uma chicara de café logo após.

O effeito não parece ser mais accentuado quando seja endo-venosa a via de administração, salvo nos casos de grande derrame. Por esta via a dose não deve ser superior a 2,0 ou 2,5 grs. em uma solução 1e 5 por cento.

Em um caso, a injecção endo-venosa de 3,0 grs. produziu acção curativa prompta; em outro caso, porém, de broncho-pneumonia, desenvolveu-se dois dias após uma thrombose na veia brachial.

Deve-se manter o doente em regimen deschloretado durante o tratamento pelo calcio e mesmo dois ou tres dias depois.

F.
