

# Revista de Medicina

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO SCIENTIFICO  
DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"  
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO

Director do Departamento: Ddo. José Ramos Jr.  
Director da Revista: Ddo. Licínio H. Dutra  
Redactores: Acad. Jorge dos Santos e Orlando de Campos

VOLUME XVIII

SETEMBRO DE 1936

VOL. 18

## Summario:

	pgs.
CRÔNICA . . . . .	3
DA MEMORIA E SEUS DISTURBIOS — <i>Prof. A. C. Pacheco e Silva.</i> . . . . .	5
DISTURBIOS HEMODINAMICOS NOS VICIOS VALVULARES DO CORAÇÃO — <i>Dr. Jairo Ramos.</i> . . . . .	15
ASTHENIA NEURO-CIRCULATORIA — <i>Mario Victor Lotufo e J. Ramos Junior.</i> . . . . .	23
CANCER DO ESOPHAGO (falsa imagem radiographica de fistula tracheo-esophageana) — <i>Licínio Hoepner Dutra.</i> . . . . .	32
SOBRE UM CASO DE TUMOR DO MEDIASTINO — <i>Bernardino Tranchesi e Felipe Fanganielo.</i> . . . . .	49
CORAÇÃO E OBESIDADE — <i>Bernardino Tranchesi e Ignacio Loyola Alves Corrêa.</i> . . . . .	66

**INSTITUTO DE MEDICINA EXPERIMENTAL PARA  
O ESTUDO DO CANCER DA UNIVERSIDADE  
DE BUENOS AYRES — *Licínio Hoepfner Dutra* 78**

**NOTICIARIO: a) Sessões do Departamento Científico  
realizadas no primeiro semestre de 1936 . . . 87**

**b) O Departamento Científico na Caravana Mé-  
dica Paulista á Argentina . . . . . 91**

**c) "A Chimica Bayer" . . . . . 93**

---

## Chronica

Ha nove annos passados as primeiras paginas desta Revista acolhiam uma chronica sobre o desenvolvimento scientifico de São Paulo que já se próeminava entre os mais adiantados do paiz. Intensificava-se naquella época os planos constructivos da nova Faculdade de Medicina e as actividades se multiplicavam em todos os sentidos, arrebatadas pelo animo combativo do paulista que desejava vêr a sua terra espalhando as luzes da sciencia pelo continente Sul Americano, qual a constellação do Cruzeiro que distingue o céu da America.

Muito se fez em todos os sectores das sciencias que se desenvolveram e se multiplicaram a olhos vistos. Talvez, bem mais do que se previra. Foram creados os Institutos Biologico e de Pesquisas Technologicas, o modelar serviço de Prophylaxia da Lepra e a Escola de Hygiene e de Saúde Publica installada no Instituto de Hygiene, remodelados os Institutos do Butantan, o Agronomico de Campinas e o Astronomico e Geographico e a Assistencia Geral a Psychopathas e reformadas as demais instituições, inclusivé o Serviço Sanitario do Estado que tantos beneficios tem produzido.

Mas, o que foi mais notavel, por abranger todos os ramos da cultura intellectual, foi a criação da *Universidade de São Paulo* que congrega a expressão maxima da intelligencia viva da terra paulista. Entre a dezena dos Institutos de Sciencias e as sete Faculdades que a compõe salienta-se brilhantemente, pela organização perfeita e os fructos do seu labor intenso, a nossa Faculdade de Medicina que vem trilhando pelo caminho da gloria, norteada pelo facho luminoso do espirito sonhador de Arnaldo Vieira de Carvalho!

Fizeram-se grandes cousas. Mas, ainda não é tudo. Aspira-se, como aspirava-se ha nove annos passados, pelo complemento indispensavel que virá lapidar o diamante dos ensinamentos da nossa escola médica — o *Hospital de Clinicas*.

São Paulo é pobre em hospitaes. As entidades associativas de caridade se multiplicam em esforços, para reparar na medida dos seus limitados recursos, a falta de meios materiaes sufficientes afim de minorar os padecimentos dos que soffrem e, á sua frente está a Santa Casa de Misericordia que tudo faz dentro das suas pósses. Mas, isso não é nada diante do que é necessario.

*São Paulo e a sua Faculdade Médica necessitam do Hospital de Clinicas.* E' preciso que o fogo acalentador das nossas iniciativas não amaine o entusiasmo daquelles que deram os seus primeiros passos para a concretização desse ideal..

Os trezentos estudantes irmanados pelo Centro Academico "Oswaldo Cruz", qual trezentos leginarios da fé, já desfraldaram o estandarte para esta nova conquista e a campanha vae se iniciar rumo á gloria. Ninguem recuará ante as difficuldades que surgirão: todos estarão á postos no momento decisivo. Mas, esta iniciativa importa no concurso do Estado e, estamos seguros de que os nossos Governos, (sobre tudo neste momento em que estão á frente da Directoria de Assistencia Hospitalar, do Serviço Sanitario e da Secretaria da Educação e Saúde Publica tres professores da nossa Escola), saberão comprehender a necessidade imperiosa de resolver esta palpitante realização e darão o indispensavel amparo á consecussão de mais um arrojo bandeirante.

*Licínio Hoepfner Dutra*

---

## Da memória e seus distúrbios

*Prof. A. C. Pacheco e Silva*

Catedrático de Clínica Psiquiátrica.

Que é memória? Janet, no seu livro sobre a evolução da memória e a noção do tempo, se estende em considerações sobre essa questão, reconhecendo a extrema dificuldade de se definir exatamente o que vem a ser a memória.

E' a lembrança dos fatos passados, é um mecanismo psíquico, de ordem biológica sem dúvida, extremamente complexo, que nos permite não só fixar uma nova impressão, como ainda conservá-la, reproduzi-la quando desejamos e, ainda mais, localizar no tempo o momento em que a mesma se verificou.

Não se póde empreender em nossos dias um estudo sobre a memória e seus distúrbios sem se deter longamente sobre os trabalhos fundamentais de Th. Ribot, a quem devemos uma das leis que regem o apagamento das faculdades mnésicas, dita lei de Ribot ou da regressão da memória, que foi, por assim dizer, o ponto de partida inicial para os estudos que posteriormente se fizeram sobre esse momentoso problema. Não se pense, entretanto, constituir o estudo da memória preocupação apenas dos autores modernos. Já na mais remota antiguidade — conta-nos Ramon y Cajal no seu livro "O mundo visto por um artério-esclerótico" ao se referir às atribulações de um ancião quando percebe o apagamento da memória, — constituíam as investigações sobre a memória preocupação constante dos filósofos gregos. Estes já a haviam divinizado, reconhecendo ser a memória a faculdade principal, sobre a mesma se assestando todas as demais, quer intelectuais como afetivas. Por isso a denominaram Mnémosina, isto é, a Mãe das Musas, da Mitologia Grega, Imagem simbólica que serve bem para demonstrar, como já se considerava, naquela época, a memória como a faculdade básica que serve de sustentáculo a todas as demais.

Vejamos, em rápida síntese, como se poderá empreender o estudo das diversas modalidades da memória e quais os principais elementos de que dispomos para estabelecer uma classificação, um fio condutor que nos permita não só ordenar, como ainda metodizar os diversos distúrbios mnésicos.

Para que um fato possa ser recordado, para que uma lembrança seja evocada, não basta que uma determinada impressão faça vibrar os nossos sentidos. É preciso, também, que a sensação percebida permaneça fixada, integrada, incrustada, na expressão de Ribot, dentro do nosso cérebro. Dai se depreende ser imprescindível a conservação da imagem fixada. Mas de nada adiantaria a imagem permanecer dormitando nos elementos nobres do sistema nervoso, sem que nos fosse possível dela nos utilizarmos quando tivéssemos necessidade ou quando por um esforço da nossa vontade quiséssemos trazê-la à tona da nossa consciência. Isso equivaleria a se dispôr de um vasto arquivo, sem índice, conservado em desordem, sem classificação. Num dado momento, quando nos vissemos obrigados a recorrer aos documentos nele conservados, embóra tivéssemos a certeza de alí se encontrar o que desejávamos, não nos seria possível descobrir, quando houvesse urgência, do que carecíamos. Ora, a memória é um arquivo cuja organização precisa ser perfeita, por-isso-que na elaboração do pensamento os dados de que carecemos devem surgir rapidamente à tona da consciência, sem o que haveria entrave no nosso raciocínio, na nossa imaginação e não nos seria possível realizar uma operação intelectual, por mais simples que fosse, sem constantes interrupções, para se proceder à busca da lembrança fixada e conservada. Dai decorre a terceira modalidade da memória, a de evocação ou de reprodução. Finalmente, seria suficiente dispormos da capacidade de fixação, conservação e reprodução? Evidentemente que não! Há um outro imperativo, sem o que a memória se estabeleceria de um modo ainda confuso. Impõe-se, ao demais, a localização da memória no tempo, há necessidade de se estabelecer uma ordem cronológica, de forma a nos permitir prontamente saber si determinado fato, agora evocado, se verificou antes, depois ou concomitantemente a outro com êle relacionado.

Sem isso se estabeleceria um baralhamento nas nossas faculdades mnésicas e não nos seria possível reconstituir a nossa vida pregressa, os dados intelectuais, as impressões

visuais ou auditivas, em uma palavra todo o nosso passado. Expostas, assim, ligeiramente, as diversas formas da memória, cujos distúrbios constituem os elementos básicos que nos permitem distinguir as diversas amnésias, vamos agora sintetizar o que se pode chamar a semiologia da memória.

No desenvolvimento dêste estudo recorreremos aos trabalhos de Ribot, Janet, Dugas, Dromard, Lugaro, Morselli, Kraepelin, sem contudo nos filiar-mos a esta ou àquela doutrina, buscando traçar uma diretriz com dados colhidos aqui e ali, de acôrdo com o que nos pareceu mais didático.

Ao se iniciar o estudo das desordens da memória, há a se considerarem as modificações que podem atuar sobre a mesma de um modo quantitativo. Assim, de uma forma geral, a memória num determinado caso pode se apresentar abolida (amnésia), diminuída (hipomnésia), aumentada (hipermnésia) e finalmente pervertida (dismnésia).

Todas as outras modificações que se verificam podem ser enquadradas dentro destas quatro divisões, segundo a opinião dos autores acima citados.

**HIPOMNÉSIA.** — Verifica-se a diminuição da memória abrangendo um vasto campo da vida psíquica ou um limitado círculo da mesma. Assim, pode a diminuição da memória ser geral ou parcial. Há doentes mentais ou mesmo pessoas normais que em virtude de condições especiais — cansaço, intoxicações, convalescenças de doenças infectuosas, etc. — revelam extraordinária dificuldade em reter números, côres, etc., ao passo que manifestam relativa integridade para reter fatos em que não há a intromissão de números ou de côres. Na epilepsia e na confusão mental são muito freqüentes as hipomnésias, tanto gerais como circunscritas a determinados fatos ou categoria de elementos. Os autores italianos, entre os quais Morselli, entendem que não há hipomnésias puras, pois que quando há diminuição da memória o indivíduo procura inconscientemente substituir as lacunas suprindo pela imaginação, deformando assim os acontecimentos. As perturbações por insuficiência (hipomnésia) se transformar-iam, dêsse modo, em distúrbios por perversão (dismnésia).

**AMNÉSIAS.** — São as amnésias as principais perturbações da memória e o seu estudo exige cuidado e atenção, em virtude de se estabelecerem numerosos diagnósticos diferenciais, prognósticos relacionados com doenças mentais, basea-

dos tão somente na forma pela qual se nos apresenta uma determinada amnésia.

Dromard entende fundamental a distinção a se fazer inicialmente: — Trata-se de uma amnésia funcional ou orgânica? O distúrbio observado prende-se a um simples desarranjo no mecanismo psíquico, na associação ideativa, ou há a impossibilidade orgânica de se reproduzir determinada sensação em virtude da destruição dos elementos nobres do sistema nervoso, das células que seriam, no dizer de Ribot, as placas sensíveis que guardam as impressões, ou ainda das fibras que permitem se estabeleça conexão entre as imagens retidas pelas células? Devemos reconhecer que, si em certos doentes nos é possível filiar a perturbação da memória a este ou àquele fator, estabelecer-se, por assim dizer, a sua patogenia, tal não ocorre em muitos casos.

Estabelecido tratar-se de uma perturbação orgânica, seria útil apurar-se si a impossibilidade decorre de uma insuficiência congênita, ligada a uma malformação do encéfalo ou si o transtorno mnésico se prende a um processo mórbido em evolução que tenha determinado a destruição do parênquima nervoso. No primeiro caso teríamos os oligofrênicos, que jamais tiveram armazenados elementos mnésicos, por vicio constitucional que impediu a assimilação de conhecimentos colhidos no mundo exterior. No segundo, estaríamos diante de um estado demencial, de um enfraquecimento psíquico condicionado por um processo destrutivo do tecido nervoso.

*As amnésias conforme o grau:* — De acôrdo com o grau da amnésia esta pode ser geral ou parcial. Diz-se que há amnésia geral quando o cancelamento da memória abrange todas as reminiscências, ao passo que há amnésia parcial quando os conhecimentos olvidados atingem apenas determinada série de recordações. Na psicastenia e nos estados confusionais é que se vão buscar exemplos destas duas formas de amnésia, porquê é nesses estados que êles se apresentam com maior freqüência.

*Duração:* — Conforme a sua duração, as amnésias se subdividem em passageiras, duradouras ou definitivas. Há amnésia passageira quando a perda dos elementos mnésicos se desvanece rapidamente. Tal é o caso de um epilético que, passada a crise convulsiva, se apresenta em estado crepuscular e é incapaz de se recordar da incidência da crise e das



circunstâncias que a cercaram. Entretanto, passado algum tempo, variável em cada indivíduo e num mesmo doente diversa conforme as crises, a lembrança dos acontecimentos se vai restabelecendo, por tal forma que ao fim de algumas horas, em regra, terá o indivíduo recuperado de novo todas as lembranças olvidadas. Casos há em que o restabelecimento das faculdades mnésicas não se opera rapidamente, mas sim mui lentamente, sendo necessários dias, semanas e até meses para que se restabeleça, gradual e morosamente, a memória. (Ex.: — estados confusionais).

Finalmente, registra-se ainda uma forma de amnésia, dita definitiva, em que uma vez perdida a faculdade mnésica não há mais possibilidade de retôrno da mesma. Tal se dá quando há uma lesão orgânica, uma destruição dos tecidos nervosos, com devastação celular, não havendo possibilidade de se reconstituirem as imagens, verdadeiros moldes que se não podem refazer, por-isso-que as células nervosas se não multiplicam e uma vez destruídas são substituídas pela *glia*, que constitue o elemento cicatricial. Isso ocorre na paralisia geral, na demência senil e vem demonstrar, como já afirmava Ribot e ainda afirma Bergson no seu livro "Matiere et Memoire", ser a memória uma função essencialmente orgânica.

Si na criança tudo se cinge a um ato elementar, mais tarde, à medida que os nossos conhecimentos se vão dilatando, o mecanismo mnésico se vai tornando extremamente complexo, dada a intervenção de um sem número de imagens e sensações novas, nem por isso deixa de ser um fenómeno biológico.

**Evolução:** — Conforme a evolução da amnésia, esta pode ser subdividida em súbita e insidiosa. Quando se verifica um traumatismo cerebral, ou um dos chamados ictus mnésicos, como é frequente nos grandes abalos morais, o paciente sofre uma perda brusca, subitânea das lembranças. Outras vezes o que se observa é um desaparecimento lento, progressivo das recordações. Costuma-se citar como exemplo de perda insidiosa da memória a que é notada nos paralíticos gerais.

Ainda uma terceira categoria é descrita neste grupo. São as amnésias periódicas, que sobrevêm intermitentemente. Em certos momentos o paciente evoca, sem acusar maior dificuldade, os acontecimentos passados, para logo depois não lograr reconstituí-los. Esta forma pode ser encontrada

nas toxicomanias, em que o indivíduo sob a ação do tóxico, estimulado, pode se lembrar dos fatos desenrolados no decurso da sua vida, relatando as menores minúcias, ao passo que, na fase de abstinência tudo se lhe afigura sem relêvo, obscuro, não lhe sendo possível, por maiores esforços que faça, lembrar-se das ocorrências passadas.

*Relação cronológica:* — A memória nos permite localizar os fatos no tempo. Assim, também as amnésias podem se relacionar conforme o esquecimento se limita aos fatos passados, aos recentes ou a ambos conjuntamente. A observação que permitiu o exáto conhecimento dêste fato é devida a Koempfen. Este médico, que servia junto a um regimento de cavalaria, observou certo dia um oficial que durante os exercícos sofrera uma quêda sôbre o crâneo, ficando ligeiramente atordoado. Não obstante, prosseguiu nos exercícos. Ao depois, embóra não manifestasse outros sintomas, não se recordava da quêda, assim como do que havia feito nos dias anteriores ao do acidente. Só passado algum tempo foi se refazendo a lembrança dos fatos ocorridos antes do tombo. Dessa observação, foi possível desdobrar-se, afirma Ribot, a amnésia em dois grupos. A retrógrada, que abrange os conhecimentos anteriores a um determinado acidente mnésico, e a anterógrada, que compreende os fatos ocorridos após o mesmo.

Há casos em que ambas as formas se apresentam conjuntamente; diz-se então que há uma amnésia retro-anterógrada.

A amnésia retrógrada seria, sobretudo, uma amnésia de evocação, ao passo que a anterógrada seria de fixação. No caso de haver o olvido de ambas as fases que antecederam e sucederam o fator determinante da amnésia, dar-se-á uma amnésia retro-anterógrada.

As alterações da memória podem também cingir-se a certas modalidades, determinados atributos da memória. O vulgo conhece os predicados de certas pessoas que fixam indelevelmente as impressões visuais, outras revelam maior facilidade em fixar as auditivas.

Assim também com relação às amnésias.

Muitas vezes a dificuldade de fixação, a de evocação, de sensações anteriormente percebidas concerne apenas às impressões visuais, auditivas, tatis, etc. Diz-se então que há amnésia visual, auditiva, etc., conforme a esfera atingida.

**HIPERMNÉSIAS** — Estudadas as amnésias, que constituem o capítulo mais importante da semiologia da memória, convém fazer agora breve relato das chamadas hipermnésias, em que há uma exaltação da memória, não só pela reviviscência dos fatos que pareciam esquecidos, como ainda pela superabundância de minúcias com que se apresentam as imagens facilmente evocadas, pois que as impressões surgem quasi que automaticamente à tona da consciência.

Nos febrís, à super-excitação provocada pela circulação cerebral mais rápida e mais intensa verifica-se êsse fenômeno. Diz-se que Walter Scott escreveu várias das suas obras quando sob a ação da febre, pois que sentia então a sua imaginação povoada de impressões recebidas anteriormente, mais que no estado normal não lhe era possível reviver. Nos afogados, nas intoxicações pelo ópio e pela haschich, no estado de excitação maniaca mitigada, também se pode observar êsse mesmo estado. Fato curioso tem se observado na fase pré-agônica, em que certas pessoas, inclusive psicopatas que durante os últimos anos da vida não haviam manifestado indício da menor elaboração mental, recordam-se de casos ocorridos durante a existência, com precisão e lucidez.

Alguns psiquiatras se têm dedicado ao estudo dos indivíduos em estado de transe *mediúnico*, chegando à conclusão de que o fato dessas pessoas repetirem frases em língua para elles estranha se explica por um fenômeno de hipermnésia. São pessoas que ouviram falar línguas estrangeiras na infância, sem fixar perfeitamente as palavras aprendidas. Destarte, no estado normal a evocação das mesmas não é possível, enquanto que, em circunstâncias especiais, uma irrigação cerebral mais intensa póde despertar imagens mnésicas latentes, de que o próprio individuo ignorava ter conhecimento. E' a chamada criptomnésia.

**DISMNÉSIAS.** — Nestas formas há uma perversão da memória. As recordações se apresentam deturpadas e a evocação das mesmas se faz erroneamente, senão na sua totalidade, pelo menos em parte.

No grupo das dismnésias figura a chamada Ecmnésia, na qual o paciente tem uma visão panorâmica súbita do passado. Isso se observa quando há desdobramento da personalidade. O paciente por vezes mostra-se lúcido, bem orientado no meio e tempo, mas, ao se referir a certos e determinados fatos que constituem o núcleo principal das suas preo-

cupações, julga encontrar-se em outra época, referindo-se a pessoas já falecidas, a localidades de onde há muito se afastou.

Fenômeno que por longo tempo preocupou os fisiologistas, psicólogos e psiquiatras foi a chamada alucinação do "já visto", "já percebido", "já ouvido", "já sentido". Trata-se de u'a modalidade da paramnésia, em que o doente, ao defrontar pela primeira vez com uma pessoa, ao descortinar um panorama jamais por êle apreciado, tem a convicção de estar diante de uma sensação já anteriormente percebida. P. Janet descreve curiosa observação de u'a moça estrangeira por êle tratada, que, sem nunca ter estado em Paris, ao penetrar pela primeira vez em seu consultório, pôs-se a examinar os quadros, os móveis, os objetos, perguntando desde quando haviam sido mudados os mesmos dos seus lugares, pois que da última vez que ali estivera a disposição dos móveis era outra. Entretanto, era absolutamente seguro ser aquela a primeira visita feita ao seu consultório.

Ribot cita vários casos idênticos. Falret já havia assinalado a freqüência das chamadas pelos autores francêses alucinações do "déjà vu" em doentes mentais de várias categorias, sobretudo nas psicoses alucinatórias crônicas. Quando essas impressões são muito numerosas e repetidas podem mesmo constituir um grupo de idéias delirantes denominado delírio palingnóstico — de palim — novo; gnóstico — conhecimento.

Outras vezes se nota exatamente o contrário, isto é, o paciente cada vez que se defronta com uma pessoa, com a qual ainda estivera na véspera, tem a certeza de não a ter visto antes. Tal se dá na presbiofrenia e na psicose de Korsakoff, quando há a perda da memória de fixação ou anterógrada, de forma que o doente se capacita de que realmente desconhece as pessoas e está pela primeira vez em lugar onde já de há muito se encontra.

#### LEI DA REGRESSÃO OU DA REVERSAO DA MEMÓRIA DE RIBOT

Ribot, no seu livro "Maladies de la Memoire", descreve como foi levado a fundamentar a lei que conserva o seu nome. Desde há muito, já na Grécia antiga havia sido assinalado o fáto de certos velhos olvidarem as imagens mais recentes, ao passo que se recordavam com grande abundân-

cia de minúcias de fatos passados na juventude e na sua infância. Contudo, a Ribot cabe o mérito de haver demonstrado operar-se, na velhice, o cancelamento das idéias, não de uma forma anárquica, ao acaso, mas sim obedecendo a uma determinada ordem. Pode a lei de Ribot ser sintetizada:

- 1) O novo desaparece antes do velho.
- 2) Há, na perda da memória, um recuo no passado, que se opera progressiva e uniformemente.
- 3) As noções mais complexas são olvidadas primeiramente.
- 4) A marcha da amnésia segue do instável para o estável, das noções abstratas para as concretas.

Os sentimentos afetivos são os últimos a desaparecerem.

A lei da regressão da memória de Ribot pode ser facilmente verificada quando se acompanha a evolução da demência senil, das psicoses de involução. É fato conhecido o dos velhos olvidarem tudo quanto está próximo e se recordarem das cenas ocorridas na infância.

Esse fato explica um dos principais característicos da psicologia dos velhos, que é a tendência a denegrir o presente e exaltar o passado, a se tornarem rotineiros, a detestarem o progresso e as novidades, inacessíveis à sua compreensão, em virtude da esclerose cerebral que já não lhes permite a assimilação de novos conhecimentos. O cérebro, como a argila seca, conserva o que se lhe imprimiu no período da plasticidade, mas já se não podem moldar outras formas. Daí o "Laudator temporis atque" a que nenhum velho escapa. Há neles a tendência a louvar o passado, a enaltecer os homens e as coisas do seu tempo, em que a vida lhes sorria, em que tudo era fácil, os homens honestos, outros os sentimentos da honra e do dever. Com o evoluir da demência senil apagam-se as lembranças colhidas na idade madura e na adolescência, persistindo apenas as imagens registradas na infância. Confirma-se então o brocardo popular que os extremos se tocam, a velhice e a infância apresentam analogias entre si. O velho torna-se então egoísta, só se preocupa com a sua pessoa, em virtude de renascerem não só as mesmas lembranças, mas também os mesmos sentimentos da infância, que o levam a convergir a sua preocupação tão somente para as necessidades materiais.

A lei de Ribot tem a sua contraprova no fato verificado em certos velhos que, por um tratamento desintoxicante, re-

cobram parte da sua memória, notando-se que os conhecimentos vão se restabelecendo, as lembranças vão surgindo seguindo a ordem inversa da que foi observada no seu desaparecimento. Por tal forma que os últimos conhecimentos a se refazerem são os mais próximos e os primeiros os mais remotos. Igual fenômeno se observa com relação às noções — as mais concretas são as que se recompõem em primeiro lugar, para só depois se operar a reconstituição das imagens abstratas. Esta contraprova pode ser feita também fora da demência senil, nas amnésias devidas aos traumatismos físicos ou psíquicos, como tão bem demonstrou P. Janet.

Como acabamos de ver, o estudo da memória oferece campo para interessantíssimos estudos de psicologia e de psicopatologia do mais alto valor, os quais foram aqui apenas esboçados para se ter uma pálida idéia das faculdades mnésicas, que constituem o mais maravilhoso dote do espírito humano e o fator básico do progresso em todas as direções.

---

## Distúrbios hemodinâmicos nos vícios valvulares do coração (\*)

*Jairo Ramos*

Livre docente de clínica médica, por concurso, da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo

Hill, estudando a fisiologia muscular, pôde demonstrar que todo músculo sujeito a um superesforço reage pelo alongamento de suas fibras afim de poder satisfazer a êste aumento de trabalho exigido.

Starling retomando os estudos de Hill sobre os músculos estriados, enunciou e documentou duas leis, as chamadas Leis do coração, e que indicam como o coração compensa os superesforços a que fica sujeito nas varias contingencias da vida.

A primeira lei mostra a maneira pela qual o coração reage a um aumento das resistencias perifericas. O coração reage aos superesforços dependentes de um acrescimo das resistencias perifericas por um aumento do enchimento diastolico e portanto do rendimento sistólico e por uma diminuição do numero de batimentos, ficando inalterado o volume minuto.

A segunda denominada "Lei dos rendimentos parciais", poderia ser enunciada da seguinte maneira: — A força propulsiva do coração depende do gráu do enchimento diastólico, ou melhor da distensão de suas fibras.

Estas 2 leis são facilmente demonstradas pela preparação cardio-pulmonar de Starling.

Na clínica, encontramos ocorrencias patologicas que demonstram á saciedade quão verdadeiras são estas duas leis.

---

(\*) Aula proferida no Curso de Clínica médica da cadeira do prof. Rubião Meira em 27-8-936.



No caso de um aumento súbito das resistências periféricas, (crise vascular geral, nefrite difusa aguda, etc.) o coração diminui a frequência, torna-se bradicárdico, para conseguir compensar a alteração vascular. O aumento da diástole favorece o enchimento ventricular superdistendendo esta cavidade durante a fase diastólica para assim conseguir vencer a resistência periférica aumentada.

Si o enchimento diastólico ventricular não se realiza de modo satisfatório diminui a força propulsiva ventricular. É o que verificamos nos batimentos prematuros onde a energia da sístole ventricular é tão diminuída, em certos casos, que não consegue vencer a resistência da aorta tornando a sístole ventricular ineficiente.

Estes fatos clínicos podem ser demonstrados pela experimentação com a conhecidíssima preparação cárdio-pulmonar e onde com dispositivos especiais pode-se aumentar ou diminuir a resistência periférica e alterar o enchimento diastólico ventricular e a seguir estudar a potência da força propulsiva.

Ainda para estudar o mecanismo regulador das alterações hemodinâmicas é necessário não esquecer que o músculo cardíaco está sujeito a lei do tudo ou nada de Bowditch. Por esta lei sabemos que o coração reage sempre pelo máximo de sua capacidade contractil.

Conhecidas estas noções básicas vejamos a maneira do coração se comportar frente a uma alteração que traga um aumento da resistência a jusante, como por exemplo um aumento de pressão na aorta.

Estabelecido o obstáculo á corrente, as primeiras sístoles ventriculares não conseguirão um rendimento sistólico útil, pois a potência de contração ventricular será insuficiente para vencer a resistência aórtica e o deflúvio sistólico será prejudicado, por encurtamento do período de deflúvio reduzido. Nestas condições restará um resíduo pós-sistólico. Estabelecendo-se a diástole cardíaca, o ventrículo se encherá demasiadamente visto adicionar-se ao rendimento auricular habitual ainda o resíduo sistólico que restou da contração anterior. Sobrevirá assim a superdistensão ventricular, que aumentará seguidamente em cada contração cardíaca até atingir um ótimo, a saber, quando o ventrículo tenha adquirido uma potência de contração suficiente a vencer o obstáculo aórtico e esvasiar-se completamente. Veremos assim a grande importância que tem para o mecanismo



regulador o residuo pós-sistólico que agirá como o excitante natural da energia contratil dos ventriculos.

Si o obstáculo permanece inalterado manter-se-á a superdistensão diastolica que acarretará "a fortiori" uma dilatação, chamada compensadora, ativa ou tonogênica que se mantendo produzirá a hipertrofia da musculatura ventricular.

Quando a alteração hemodinâmica é condicionada por uma maior oferta de sangue aos ventriculos, como no caso de exercicio muscular, sobrevirá tambem um aumento do enchimento diastólico, que no caso será necessario para uma maior suplencia de oxigenio aos tecidos. Esta superdistensão diastolica se manterá até que não mais seja preciso esta maior oferta de sangue. Ainda neste caso devemos contar com a dilatação seguida de hipertrofia compensadora uma vez a alteração hemodinâmica permaneça tempo mais ou menos longo.

Resumindo os fatos retroexpostos vemos que a musculatura cardíaca não difere da estriada comum no modo de reagir ao supertrabalho, isto é, estabelece-se primeiro a superdistensão, o alongamento das fibras, e só posteriormente é que se instala a hipertrofia.

Si, porém, para a musculatura estriada comum observa-se que a hipertrofia é verdadeiramente compensadora, não perdendo o músculo com o alongamento nenhuma de suas propriedades fundamentais, para o miocárdio tal fato não existe. A hipertrofia miocárdica não é compensadora pois o musculo desde então trabalhará mais próximo do máximo de esforço de que é capaz, não ha aumento proporcional da força de reserva, e deste modo quanto mais cresce a hipertrofia tanto mais próximo da fadiga trabalhará o miocárdio, visto estar sujeito a lei do tudo ou nada. Além do que os autores demonstraram que a circulação do miocárdio hipertrofiado é deficiente uma vez que as coronarias não aumentam em número e nem em diametro.

Conhecidas estas noções fundamentais de fisio-patologia do miocardio, poderemos abordar o assunto enunciado isto é, *distúrbios hemodinâmicos dos vicios valvulares*.

*Estenose aórtica:* — O obstáculo tanto poderá estar localizado no anel valvular como no tronco, pois o prejuizo hemodinamico será o mesmo.

Estabelecido o obstaculo a jusante dos ventrículos, so-

brevirá a estase, isto é, o residuo pós-sistólico, visto a força propulsiva ventricular não ser suficientemente forte para vencer a resistencia. Alterado o esvaziamento sistólico, instalado o residuo pós-sistólico, sobrevirá a superdistensão diastólica que será o excitante natural da musculatura ventricular para aumentar a potencia de sua contração até compensar o aumento da resistencia a jusante. Instala-se assim a dilatação e posteriormente a hipertrofia.

Si procurarmos estudar as fazes da revolução cardíaca, vamos observar um aumento evidente dos periodos de contração isométrica e de defluvio, o que condiciona o chamado "pulsus tardus" — diminuição na unidade de tempo do rendimento sistólico e alongamento do periodo de defluvio.

Para o acaso particular da estenose aortica poderíamos dizer que é a lesão valvular que traz a maior dilatação e hipertrofia.

*Insuficiênciã aortica:* — Por muito tempo dominou a noção de que a regurgitação de sangue da aorta para o ventriculo nas fases diastólicas era em quantidade ponderavel. As experimentações de Stewart e de Wiggers demonstraram no cão que há muito mais regurgitação de pressão do que propriamente de sangue, e isto graças a um principio de fisica. Si dois recipientes inelásticos e cheios de liquido com pressões diferentes, fôrem ligados um ao outro por um tubo dotado de um interruptor de corrente, quando se estabelece o livre transito atravez esta passagem, notaremos que haverá um equilibrio de pressão entre os dois recipientes, sem, entretanto, observamos passagem do liquido de um para outro.

É baseado em tal principio e nos resultados das experimentações que os dois autores citados admitem que há mais um refluxo de pressão que de sangue. Entretanto o simile não é perfeito visto a parede ventricular ser distensivel nas primeiras fazes da diastole. Deste modo teremos que admitir um pequeno refuxo de sangue para a cavidade ventricular.

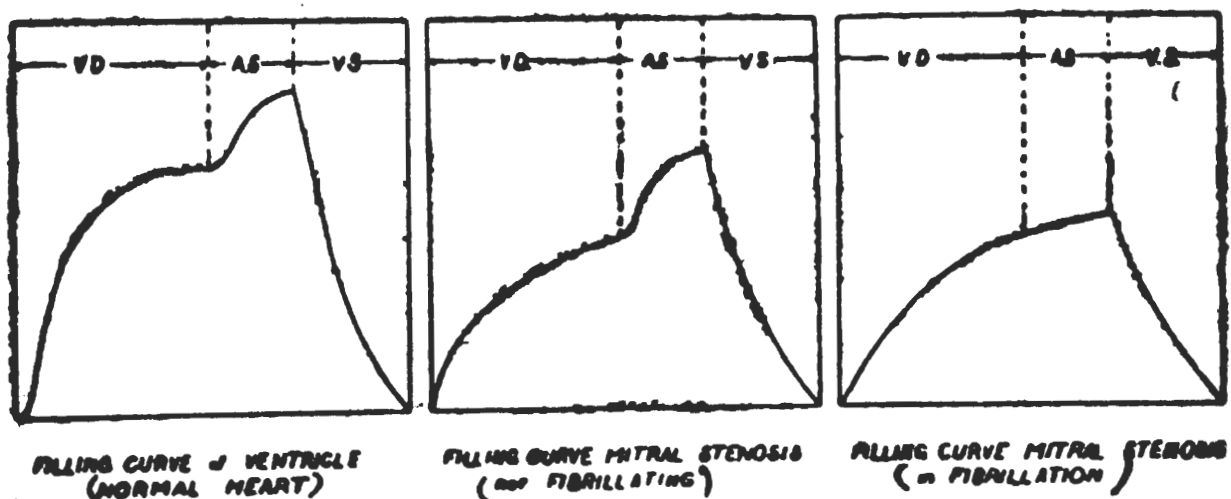
O refluxo de sangue que ocorre nas primeiras fazes da diástole e o refuxo de pressão que se realiza durante um periodo de tempo maior, condicionam um aumento da tonicidade ventricular condição indispensavel para a luta contra a sua distensão diastólica, fato prejudicial. Estabelece-se assim a dilatação tonogênica seguida de hipertrofia compensadora.

Compreendendo-se bem a perturbação hemodinâmica da insuficiência aortica torna-se claro porque encontramos com grande frequencia uma evidente diminuição da pressão minima, que é a expressão do refluxo de pressão da aorta para o interior da cavidade ventricular.

A insuficiencia valvular não pode ser muito intensa, pois a experimentação demonstrou que si a abertura do orificio atinge a 83% é incompativel com a vida.

O aumento de trabalho da musculatura ventricular é evidente mesmo em pequenas insuficiencias. Assim a experimentação demonstrou que a insuficiencia atingindo a 10% do orificio o trabalho ventricular fica acrescido de 2/5 a 3/5. Si a insuficiencia atinge a 20% o aumento de trabalho seria de 2 a 5 vezes.

*Estenose mitral:* — Na estenose mitral estabelecendo-se um obstáculo a livre passagem de sangue da auricula esquerda para o ventriculo, sobrevirá estase auricular que trará dilatação e hipertrofia. Como a musculatura auricular é muito pouco potente, a dilatação será muito maior que o grau de hipertrofia e a estase reinante na auricula cedo repercutirá nas veias e na arteria pulmonar, e por ultimo sobre o ventriculo direito.



(A. Kerkhof, Am. Heart J., vol. II, n. 2, pag. 206). V. D., diastole ventricular; A. S., sistole auricular; V. S., sistole ventricular.

Estabelece-se assim a pressão retrogada na pequena circulação com estase pulmonar mais ou menos evidente.

A dificuldade a livre passagem de sangue da auricula para o ventriculo poderá, quando intensa, alterar a frequencia do coração, tornando-o mais taquicardico, com o fim de

manter o mesmo volume minuto, visto que o rendimento sistólico pode diminuir.

O esquema de Kerkhof mostra a variação que sofre o enchimento ventricular quando se instala a estenose da mitral e por último quando sobreveem a fibrilação auricular.

Quanto maior o obstaculo, tanto mais importancia adquire a sistole auricular para a repleção diastolica dos ventriculos. Este super-esforço mais ou menos permanente dos aurículas explica a frecuencia do aparecimento da fibrilação auricular neste vicio oro-valvular. Estabelecendo-se a fibrilação auricular, o vicio hemodinâmico torna-se ainda mais grave, diminuindo ainda mais o rendimento sistólico, pois segundo verificação de varios autores o volume minuto pode cair de 20%. Isto explica a grande limitação para atividade muscular de individuos com estenose mitral mais fibrilação auricular.

Esta verificação é facil de ser realisada no homem. Presente a fibrilação auricular e uma vez desaparecidos todos os sinais de insuficiencia congestiva, determina-se o volume minuto. Posteriormente com o uso da quinidina restabelece-se o ritmo sinusal e determina-se novamente o volume minuto. Nestas circunstancias nota-se um aumento de 30% que é o contingente que a sistole auricular concorre para a repleção ventricular.

Aumentando a estase auricular e a dos vasos pulmonares sobrevirá uma superfunção para o V: D. que reagirá a este aumento de pressão por uma dilatação (Lei de Starling) e consequente hipertrofia uma vez o obstaculo seja permanente.

A pressão retrogada mantendo-se sobreveem uma dilatação da via de saída do V. D. e por último tambem a dilatação da via de entrada com insuficiencia do orificio tricuspide seguida de estase auricular e por ultimo estase venosa que é a expressão maxima da insuficiencia cardiaca congestiva ou da insuficiencia ventricular direita dos francezes.

*Insuficiencia mitral:* — Deixamos para uma aula proxima a discussão, sempre interessante, e cada vez mais complicada, do problema da insuficiencia mitral. Cuidaremos apenas de estudar a alteração hemodinâmica que sobrevirá para o coração uma vez se instale uma insuficiencia do orificio A—V esquerdo.

Os classicos admitiam que na insuficiencia mitral havia um aumento da pressão auricular devido a pressão retrograda condicionada pelo refluxo de sangue do ventriculo para a auricula.

Wiggers e Staub realizando experimentação no coração do cão nos quais produziãem extensas lesões valvulares e até mesmo extirpação completa da valvula não verificaram aumento da pressão intra-auricular pelo que negaram as conclusões dos classicos. Wiggers pode ainda documentar que a fase de contração isométrica ventricular não se alterava continuando a se processar no mesmo espaço de tempo. Entretanto no periodo de deflúvio passará menos sangue para a aorta estabelecendo-se uma queda do volume minuto devido a passagem do sangue para a auricula. Disto resultará um maior enchimento ventricular na fase diastólica com aumento da tensão diastólica e mais enchimento ventricular (Lei de Starling) para restaurar a descarga e equilibrar o volume minuto. No coração do cão, este equilibrio se processa em poucos batimentos. Assim para Wiggers a compensação se realiza a custa do aumento do V.E., sem qualquer interferencia na pequena circulação.

Edens não acha razoavel transportar para o homem as verificações realizadas no coração do cão, uma vez que o musculo é são e a experiencia se realiza em condições hemodinâmicas diferentes, isto é, com o torax aberto.

Edens ainda lança mão dos argumentos clinicos que demonstram o sofrimento precoce do V. D. nas alterações do V. E.

Para este autor a compensação na insuficiencia mitral se estabelecerá graças a uma alteração na duração dos periodos de contração isométrica e de deflúvio que devem ser muito rápidos para evitar a regurgitação para a auricula. Estabelecendo-se a insuficiencia mitral haveria refluxo de sangue do ventriculo para a auricula e disto resultará um aumento do enchimento diastólico ventricular. Graças a este aumento do enchimento inicial que causa a distensão das fibras miocardicas resultará uma maior capacidade do ventriculo para lançar o sangue na aorta partindo de uma pressão inicial baixa. Este aumento do enchimento permitirá uma contração mais potente e mais rapida diminuindo as fases de contração isométrica e principalmente a de

deflúvio com o fim de evitar, o mais possível, refluxo de sangue para a aurícula.

Admitindo tal mecanismo compensador haveria na insuficiência mitral uma dilatação e hipertrofia do ventrículo esquerdo, e enquanto esta cavidade fosse capaz de compensar a alteração hemodinâmica não se alteraria a circulação pulmonar e não haveria a influencia má da pressão retrograda sobre o ventrículo direito.

---

Serviço de Clínica Médica do Prof. Rubião Meira

## Asthenia neuro-circulatoria <sup>(1)</sup>

(Sobre uma observação clínica)

*Mario Victor Lotufo e J. Ramos Junior*  
Doutorandos.

Asthenia neuro-circulatoria é um conjunto de manifestações symptomaticas, decorrentes de desordens funcionaes, relativas essencialmente ao aparelho circulatorio, e que pode affectar tanto os individuos portadores de uma cardiopatia, como aquelles que apresentam integridade do órgão central da circulação.

Os estudos systematicos, referentes a este syndromo, datam da grande guerra, embora antes dessa data já se fizessem referencias a esse respeito; entretanto, somente com os estudos de emeritos cardiologistas modernos, como Lewis, White, Craig, Romberg e outros, é que foi realçada a importancia desses disturbios neuro-circulatorios. Tal importancia decorre do facto de serem algumas manifestações symptomaticas muito semelhantes áquellas da insuficiencia cardiaca em inicio, e dahi a necessidade de um diagnostico preciso para prognostico e therapeutica certos.

O estudo sobre esse assumpto é complexo, e sua complexidade não só se faz na apreciação desses symptomas, como nos differentes nomes pelos quaes é este syndromo conhecido. Assim "asthenia neuro-circulatoria", "coração irritavel", "neurose vaso-motora", "coração de soldado", "nevrose cardiaca", "syndromo de esforço", tambem conhecido por "effort syndrom", etc., são os differentes nomes, com que os AA. baptisam essas perturbações.

---

(1) Trabalho apresentado no Departamento Scientifico em 16-5-36.

A denominação de "asthenia neuro-circulatoria", parece ser a melhor, porque, é mais generica, não tendo inconveniente do "effort syndrom", "coração de soldado" e outras denominações que expressam uma circumstancia ou meio, nos quaes se produziu o syndromo. Além disso, como justificam bem White e Craig, é uma denominação, que abrange, não só os individuos são como também os cardiopathas portadores desses disturbios, ao contrario do conceito de alguns AA., que pelas suas denominações acham serem applicadas, sómente aos individuos não portadores de lesão cardiaca. Ainda, a denominação de "asthenia neuro circulatoria", encerra em si, a pathogenia provisoria desse syndromo, que é o disturbio neuro circulatorio, que acomete os individuos estigmatizados pelo seu systema neuro-vegetativo.

*Quadro clinico* — O apparecimento da "asthenia neuro-circulatoria", póde se processar de um modo insidioso ou abrupto, após uma doença infecciosa, benigna ou grave, ou esforços physicos, para os quaes os pacientes não estavam habituados.

Os symptomas primordiaes são os mesmos que apparecem após esforços exaggerados praticados por individuos normaes, porém, se differenciam porque de regra são mais *intensos e duradouros*, podendo na asthenia apparecer com individuo em completo repouso.

Os symptomas cardeaes apontados pelos AA. são: palpitação, desconforto respiratorio, representado por dispnéa, desconforto e dor precordiaes e fadiga. Outros symptomas menos frequentes são: facil exaustação, symptomas gastro-intestinaes, taes como: peso, azia, queimação, desanimo, estado vertiginoso, cephaléa, tremor, rubor, pallidez e outros de menor importancia.

A palpitação é representada pela sensação de batimentos intensos do coração, quasi sempre tachycardicos nessas eventualidades, apparecendo de regra nas emoções, esforços physicos, periodos digestivos, e em outras circumstancias, podendo todavia apparecer em repouso.

O desconforto respiratorio é representado pela dispnéa, mais frequentemente subjectiva do que objectiva. A necessidade do paciente respirar profundamente, de tempos a tempos, isto é, o chamado "suspiro", e a "sensação de alguma cousa pre-cordial", são excellentes symptomas, e para White, que os achou na percentagem de 80 %, são os melhores signaes confirmadores da "asthenia neuro-circulatoria".



O desconforto pre-cordial é compreendido como angustia, aflicção, "sensação de alguma coisa pre-cordial" ou dôr, com ou sem irradiação, sendo mesmo, ás vezes, embora raro, de difficil diagnostico differencial com a "angor pectoris".

A seguir daremos um quadro em que observamos a symptomatologia com as respectivas percentagens "White e Craig":

	Grupo 1 (50 casos) sem molestias org. do coração.		Grupo 2 (50 casos) com molestias org. do coração.	
	N.º casos	Percent.	N.º casos	Percent.
Afflic. ou dôr precord. ..	32	64	42	84
(c/ irrad. da dor) ..	16	32	17	34
Desconforto respº. ....	39	78	38	76
Palpitação .....	40	80	38	76
Facil fatigabilidade ....	34	68	39	78
Sympt. gastro-intest. ....	20	40	24	48
Debilidade .....	18	36	20	40
Syncope .....	10	20	9	18
Cephaléa .....	15	30	22	44
Tontura .....	16	32	21	42
Insomnia .....	9	18	21	42
Perspiração crescente ..	10	20	8	16
Tremor .....	9	18	4	8
Calor .....	5	10	5	10
Pallidez .....	7	14	1	2
Globos hystericos .....	4	8	7	14

Como vemos, a percentagem dos symptomas é mais ou menos a mesma para os individuos sem molestias do coração e para aquelles que apresentam lesões nesse orgão.

Do complexo symptomatico da asthenia neuro-circulatoria, nota-se que os quatro symptomas cardeaes dados pelos AA.: palpitação, desconforto respiratorio, representado por dispnéa, desconforto e dôr pre-cordiaes e fadiga, são muito semelhantes áquelles da insufficiencia cardiaca em inicio, tornando desse modo, o problema do diagnostico differencial, difficil.

De facto, nos casos limites, isto é, nos cardiacos com apreciavel dilatação do coração, não é possivel obter-se com distincção um quadro symptomatico, que se incrimine pertencer á asthenia neuro-circulatoria ou á insufficiencia cardiaca.

Porém, afóra esses casos, nos quaes mais vale o criterio, o bom senso de uma anamnese bem dirigida e intelligente, o diagnostico pôde ser mais ou menos facilitado se attentar-

mos á experiencia daquelles que já estudaram intensa e extensamente o assumpto.

Craig e White assim se expressam: "O limite entre o coração normal e o lesado é difficilmente definido, porém, pode-se dizer que a asthenia neuro-circulatoria, está presente quando os symptomas apparecem durante as actividades physicas communs e excitações da vida quotidiana, que antes não causavam symptomas..."

White, ainda dá muita importancia ao já citado "suspiro" e a "sensação de alguma cousa pre-cordial", sendo para elle, o primeiro a expressão quasi certa da asthenia, quer no coração isento de lesão organica, quer naquelle que possua uma alteração anatomo-pathologica, pois é a expressão de um disturbio nervoso.

Dos signaes encontrados no exame geral, temos aquellos proprios dos individuos que apresentam labilidade do seu systema vegetativo e vasal, como sejam: rubor, pallidez, tontura, extremidades humidas e frias, dermatographismo e outros.

Para o lado do exame especial do aparelho circulatorio, encontramos arhythmia respiratoria, tachycardia, sopros sistolicos funcçionaes, labilidade da pressão arterial, que attestam a influencia dos influxos nervosos na semiogenese desses signaes.

E' claro que se o individuo portador do syndromo fôr um cardiaco, sommar-se-ão a esses os signaes proprios das lesões desse orgão.

Devemos considerar a idade que varia de 20 a 40 annos. Craig e White, dos 100 casos apresentados, acharam asthenia em 69 mulheres e 31 homens. O typo morphologico predominante é o longilineo.

Como *factores causaes*, encontramos um, de grande importancia, a mudança de habitos de vida, como muito bem foi observado em soldados, na grande guerra, por Lewis; é a falta de adaptação do coração ao novo genero de vida. As infecções entram com grande percentagem, encontrando Lewis em 33 % dos casos. A syphilis e o rheumatismo, tão frequentes em causar lesões cardiacas, entram, no emtanto, com baixa percentagem, como causa etiologica da asthenia.

Outras vezes a causa fundamental é uma predisposição neuropathica e psycopathica. Alterações do aparelho gastrointestinal são incriminadas no apparecimento do syndromo, assim como excessos sexuaes. Consideram os autores, ainda,

as intoxicações determinadas pelo alcool, tabaco e café, como causas frequentes.

A pathogenese provisoria é a do disturbio nervoso, que acomete principalmente aquelles individuos estigmatisados vegetativamente.

Visto em resumo o quadro clinico da asthenia neuro-circulatoria, vamos relatar tambem, em resumo, o caso que tivemos occasião de observar na enfermaria do Prof. Rubião Meira, serviço a cargo do Dr. Jairo Ramos.

### OBSERVAÇÃO

J. P., 30 annos, solteiro, lavrador, brasileiro, procedente de Araquara. Entrada 5/3/936. Saida 14/3/36.

Queixa e duração: falta de ar aos esforços, cansaço, palpitação ha cinco mezes. Peso no epigastrio ha 2 mezes e meio.

H.P.M.A. Ha 5 meses atrás, começou a sentir falta de ar, cansaço, palpitação aos esforços, cousa que antes não lhe acontecia. Essa falta de ar, a principio, era pouco intensa, sendo apenas obrigado a pequenos repousos durante o trabalho. Por essa occasião, trabalhava cerca de 12 horas. Gradativamente os seus males se accentuaram, sendo obrigado a trabalhar cada vez menos, cerca de 6 horas. Assim permaneceu até 2 mezes e meio atrás, quando se ajuntou a essas perturbações, uma falta de ar, á noite, sendo obrigado a sentar-se no leito ou andar pelo aposento, para melhorar. Isso acontecia uma vez ou outra, conseguindo logo após conciliar o somno. Convenientemente interrogado, não tinha chiado no peito e nem sensação de opressão.

Nessa mesma occasião, iniciou-se um peso no epigastrio, que apparecia logo após as refeições, as quaes eram constituídas, sem variação, por arroz, feijão, farinha e carne. Esse peso era acompanhado de uma dôr vaga, localizada tambem no epigastrio, sem caracteres precisos e durando em media duas horas. Era acompanhada, ás vezes, de eructações. Não teve perturbações intestinaes.

Interrogado não referiu edemas, dizendo ter nicturia costumeira. Não teve tosse, nem escarro, nem dores thoracicas.

Em vista do que o doente contou, foi perguntado da natureza do seu officio, antes de se installarem os symptomas, referidos em sua historia. Informou que era pedreiro, trabalho esse que não o fatigava absolutamente (assentava tijolos, não os carregava e rebocava paredes). Deixou esse serviço, indo trabalhar na lavoura, capinava café, e carregava saccos de 60 kilos.

Para o lado do interrogatorio encontramos de positivo tratãr-se de um individuo emotivo, ser accometido frequentemente de tonturas, acompanhadas de suores frios e sensação de desanimo, que appareceram pela mesma occasião de sua principal queixa.

*Dos antecedentes familiares e hereditarios, nada digno de nota.*

*Dos antecedentes pessoas e habitos: tratava-se de um individuo trabalhador, fazendo nestes ultimos tempos serviços pesados. Ignorava molestias da infancia. Nega reumatismo, coréa ou outras mo-*

leptias infecciosas e febris. Com 19 annos blenorragia; não era ethylista, fumava 20 cigarros por dia. Café uso moderado.

No *exame physico geral* vimos tratar-se de um individuo pardo, longilíneo, de bom aspecto; pelle e annexos nada digno de nota. Extremidades frias e humidas. Mucosas visiveis coradas. Não havia signaes de lues; não havendo cyanose, edemas, nem circulação collateral. Posição no leito — indifferente.

No *exame especial*, para o lado do segmento cephalico, encontramos de positivo dentes com falhas, caries, raizes expostas e pyorrhéa alveolar. Pescoço sem turgencia venosa. Tyroide, palpavel não augmentada e indolor.

**THORAX:** *app. respiratorio* — nada digno de nota quanto á inspecção, palpação, percussão e ausculta.

*App. cardio-vascular.* Ao exame do coração notamos o ictus visivel no 5.º espaço, um dedo para dentro da linha mamillar. Palpavel no mesmo local, intenso, localizado, com limites de mobilidade normaes. Fremito systolico pouco intenso na ponta. Não havia pulsações, nem vibrações valvulares palpaveis, nem dôr na região pré-cordial. Bulhas bem audiveis em todos os focos, intensas, ouvindo-se um sopro systolico no foco mitral, não obscurecendo totalmente a primeira bulha, pouco intenso, sem irradiação. Arythmia respiratoria evidente.

*Arterias:* paredes depressiveis, molles. Pulso: 92 por minuto, regular em tempo e em amplitude. Pressão arterial: 12 x 7,5 (Tycos).

**ABDOMEN:** Notamos digno de nota: *figado* palpavel no rebordo costal, indolor, bordo liso, sendo percutivel no 5.º espaço, linha mamillar. *Baço:* não palpavel nem percutivel.

*Systema nervoso:* reflexos tendinosos e cutaneos presentes e normaes.

*Exames de laboratorio:*

Reacção de Wassermann: negativa.

Electrocardiogramma: normal.

*Teleradiographia:* Area cardiaca de contornos e dimensões normaes. Area cardiaca méde 92 cms. com augmento de 28 % em relação á idade e peso do paciente, augmento esse que está dentro dos limites normaes — (a) *Dr. R. Lima Filho.*

## EVOLUÇÃO

O tempo que o doente passou na enfermaria permaneceu em repouso, melhorando o seu cansaço, palpitações, sensação de desanimado, passando a sensação de peso no epigastrio após 3 dias de enfermaria, sem dieta especial, não tendo feito tratamento medicamentoso.



Fig. 1

Rythmo sinusal. Extrasistoles. P, Q, R, S, e T normaes em beats regulares. PR e ST, mas em derivações. Fluxo electrico extra-sistole de origem ventricular.

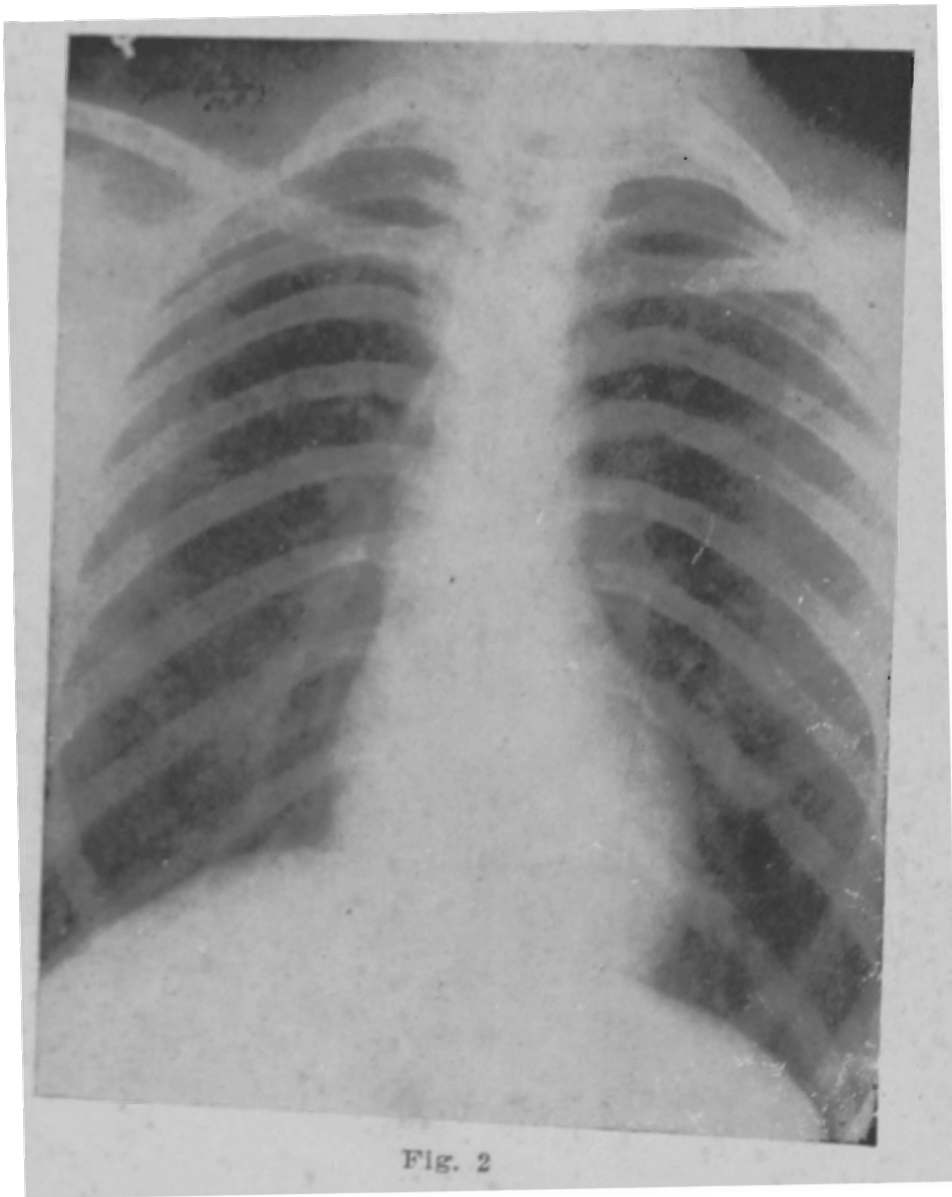


Fig. 2

## COMMENTARIOS

A symptomatologia apresentada pelo paciente, podia dirigir o raciocinio diagnostico para a incapacidade funccional do orgão central da circulação, um verdadeiro quadro de insuficiencia cardiaca.

Porém, o exame physico não revelou signaes, que pudessem incriminar o coração como insuficiente.

Assim, não havia signaes de estase pulmonar ou hepatica, que explicasse o peso no epigastro, nem cyanose e nem edema.

O exame especial do aparelho cardio-vascular não revelou tambem signaes que pudessem nos levar ao diagnostico de uma lesão organica do coração.

Não havia dilatação do coração, modificações dos caracteres phonicos das bulhas e no fóco mitral era audivel um sopro systolico funccional.

O electrocardiogramma demonstrou-se tambem normal e a teleradiographia do coração não demonstrou dilatação considerada como anormal.

Dada assim a negatividade do exame clinico, que eliminou a hypothese da symptomatologia do paciente, correr por conta de uma insuficiencia do coração, o diagnostico foi dirigido para a ASTHENIA NEURO-CIRCULATORIA, tanto mais quanto as suas perturbações appareceram com a mudança da profissão, que implicava na modificação da natureza de exercicio physico de menor para a de maior actividade.

Todo o complexo symptomatologico teve a sua explicação.

O desequilibrio do seu systema neuro-vegetativo explicava a dyspnéa de esforço, cansaço, palpitações, peso no epigastico, tonturas, estado vertiginoso e tambem os signaes achados no exame physico: arhythmia respiratoria, tachycardia, sopro systolico funccional, extremidade humidas e frias junto com outros signaes de menor importancia.

Assim sendo o diagnostico formulado foi de ASTHENIA NEURO-CIRCULATORIA, que teve como etiologia o esforço physico exaggerado para esse individuo (mudança de serviço).

A orientação therapeutica no caso foi, conhecido o factor etiologico, aconselhar o paciente a voltar á profissão antiga.

Serviço de Clínica Médica do Prof. Ovidio Pires de Campos

## Cancer do esophago

Falsa imagem radiographica de fistula tracheo-esophageana (1)

*Licínio Hoepfner Dutra*  
doutorando.

A comunicação que trazemos ao conhecimento dos presados collegas resulta da observação de um interessante caso de CANCER DO ESOPHAGO que tivemos o ensejo de estudar na 3.<sup>a</sup> M. H. da Santa Casa de Misericórdia, serviço do Prof. Ovidio Pires de Campos, em doente entregue aos cuidados profissionaes do seu assistente dr. Armando Valente Junior.

Dois foram os motivos que nos levaram a vir furtar alguns momento da sua preciosa atenção:

1.<sup>o</sup> — a relativa raridade da localização alta do processo neoplasico, quasi no terço superior do esophago e,

2.<sup>o</sup> — a possibilidade de um erro na interpretação do exame radiographico em semelhantes eventualidades.

Antes de expormos a nossa observação faremos ligeiras considerações sobre o cancer do esophago que julgamos de utilidade, á guisa de introito ao nosso trabalho.

Como é do conhecimento geral, a frequencia dos neoplasmas malignos tem augmentado muito nos ultimos annos, sobretudo entre nós. Pretendem alguns AA. explicar esta elevação rapida da sua frequencia dizendo que este augmento na realidade decorre de diagnosticos mais precisos, graças

---

(1) Trabalho apresentado ao Departamento Scientifico na sessão de 16-5-1936.



aos modernos meios de pesquisas e aos novos conhecimentos scientificos que a medicina hoje possúe e do crescimento do numero de sobreviventes.

Entretanto, não deixa de ser bastante significativo o extraordinario augmento da incidencia cancerosa, sobretudo verificada após a grande guerra.

Dados estatisticos da America do Norte, referentes a 1928, collocam o cancer em 4.º lugar entre as causas mortis, sendo que os primeiros lugares são occupados pelas molestias cardiacas, renaes e pneumonicas.

Filinger refere que na Dinamarca, em 1908, existiam para cada 100.000 habits. 43 cancerosos enquanto que em 1924, para a mesma população o numero subiu a 4.690.

Na Inglaterra, Leek verificou que em 1911, cerca de 6,5% da mortalidade trazia a rubrica de cancer, enquanto que em 1926, a percentagem attingiu quasi ao dobro, isto é, 12,5 %.

Este augmento é muito significativo e chama a attenção dos estudiosos do assumpto para esta verdadeira avalanche cancerosa que ameaça a humanidade.

Mesmo entre nós esta observação não tem passado despercebida. Em dados colhidos no Instituto de Hygiene de S. Paulo, verificámos que no nosso Estado a incidencia cancerosa tambem tem se elevado muito nos ultimos annos.

Assim, de 1900 a 1906 a incidencia foi de 26,2/100.000habts.;					
1905 " 1910 "	"	"	"	37,7	"
1910 " 1915 "	"	"	"	44,9	"
1920 " 1925 "	"	"	"	55,0	"
1925 " 1930 "	"	"	"	51,0	"

E, não é só em São Paulo. O augmento é generalizado a todo o Paiz, especialmente ao Sul. Jansen de Mello, ao discutir a these "Mortalidade do Cancer no Brasil" por ocasião do 1.º Congresso Brasileiro do Cancer, diz que *acredita existir um augmento real da sua incidencia no Paiz.*

Sobre o elevado numero de tumores cancerosos a localização mais commum é a do aparelho digestivo que, conforme demonstrou Antonio Prudente no 1.º Congresso Brasileiro do Cancer, no sexo masculino attinge a 50% de todos os canceres.

Nestes o CANCER DO ESOPHAGO attinge a quasi 10%. O dr. Ricardo Vaz Guimarães, em sua these inaugural, baseado em observações dos AA. classicos conclue ser de 9,45%

a percentagem média dos neoplasmas esophageanos. Este facto evidencia sobretudo o valor do seu estudo.

Visto assim, em suas linhas geraes, o valor que representa o estudo do **CANCER DO ESOPHAGO**, passemos agora directamente á leitura da nossa observação.

### O B S E R V A Ç Ã O

A. A. entrada — 15-1-36, fallecido em 24-1-36.  
 Profissão — lavrador. Edade — 45 annos. Estado civil — casado.  
 Nacional. — brasileiro. Domicilio — Bandeirantes (Est. Paraná).  
 Proced. — Bandeirantes.

**QUEIXA:** — Emmagrecimento e dysphagia pronunciada.

**HISTORIA DA MOLESTIA ACTUAL:** O paciente conta que a sua molestia data de 5 mezes. Iniciou-se com uma *ligetra difficuldade na deglutição de alimentos solidos e de consistencia secca*. Aos poucos esta sensação de "engasgo" foi augmentando até que em pouco tempo não mais podia ingerir nem os alimentos molles. Desde então a sua alimentação foi resumida a caldos, sopas e leite. Sómente conseguia alimentar-se de alimentos liquidos. O doente relata com certa clareza o evoluir da sua molestia e diz que tem a sensação de que *os alimentos não descem e ficam retidos ao nivel da "guéla"* (sic.). Quando se refere á "guéla" aponta a porção do pescoço situada entre o osso hyoide e a furcula esternal. Ao mesmo tempo a dysphagia foi se accentuando até que a alimentação tornou-se impossivel. *Emmagreceu muito*, perdeu as forças e foi se *desfinhando lentamente*. Tratou-se em Bandeirantes durante 2 mezes. Como não melhorasse procurou este hospital dando entrada a 15 de janeiro de 1936. Por ocasião do exame por nós procedido a 16 de janeiro, dia immediato ao da sua entrada no serviço, o paciente engulia muito mal um pouco de agua. As medicações por via oral que recebeu foram tomar com difficuldade. *Não teve vomitos nem regurgitações. Halito fétido*, ás vezes. *Nunca apresentou dores expontaneas de natureza ulguma*. Não tem a sensação da existencia de um processo tumoral ou inflammatorio. Respondendo ao nosso interrogatorio informa que tem a impressão de que a garganta está fechada á passagem dos alimentos, mas, não sente dor.

**ANTECEDENTES PESSOAES:** Além das molestias peculiares á infancia refere gripe epidemica de 1918 e surtos de dysenteria com caracteres de amebiana. Das molestias venereas cita blenorragia aos 19 annos. Tabagista moderado. Ha 12 annos abandonou o habito de beber um calice de pinga diariamente.

**ANTECEDENTES HEREDITARIOS:** Pais fallecidos em idade avançada de molestia ignorada pelo paciente. Tem 2 irmãos vivos e fortes e outros 9 fallecidos na infancia de doenças que ignora. Sua mãe teve um aborto expontaneo. E' casado e tem 10 filhos, vivos e fortes. Sua esposa é sadia e não tem passado digno de nota, salvo, 5 abortos expontaneos. Na familia não ha casos de TBC, nem de neoplasia.

**EXAME PHYSICO:** O exame do doente fica em parte prejudicado pelo estado de extrema magreza e cachexia que não permitem um exame completo. Trata-se de um individuo longilíneo, de cor preta, muito envelhecido, aparentando 55 annos de idade e muito acabado. A sua magreza é traduzida pela exposição dos ossos. Não foi possível tomar-se o peso e a altura pela impossibilidade de andar. Pelle flácida, pregueada, mórna e humida. Paniculo adiposo inteiramente desaparecido. Mucosas visiveis e conjunctivas anemiadas e ligeiramente ictericas. O facies cachetico apresenta um olhar inexpressivo e de angustia. As fossas supra-zygomáticas e os ossos malares se mostram bem pronunciados. Conserva-se no leito em decubito dorsal com os membros superiores cahidos para os lados e os inferiores em flexão. A memoria está conservada e o raciocinio perfeito. O systema ganglionar lymphatico apresenta os ganglios inguino-cruraes infarctados, duros, não dolorosos e do tamanho de azeitonas. Os demais ganglios não são palpaveis. *Não ha ganglio de TROISIER.* Temperatura normal, pulso filiforme e rythmico. Respiração rythmada com 20 movimentos por minuto.

**EXAME ESPECIAL:** A cabeça não apresenta nada de anormal.

**Pescoço:** Fino, longo, apresenta os muscuols esterno-cleido-mastoideos distendidos. Thyroide augmentada de volume e dolorosa á palpação. O doente se queixa de uma dôr forte, constrictiva e aguda que se propaga para baixo, por traz do externo, quando procedemos a palpação do esophago no local onde accusa a parada dos alimentos. A palpação do orgão foi feita na região cervical onde refere a parada dos alimentos. Ella foi executada colocando os dedos entre a fossa supra-esternal, na frente e a depressão retro-tracheal, atraz. As veias jugulares são salientes na pelle pregueada, mas, os vasos não apresentam pulsações. Não ha thrill nem o signal de Oliver-Cardarelli.

**Thorax:** Symetrico, typo cylindrico, mostrando visivel todo o gradil costal. Angulo de Louis bem saliente e o de Charpy agudo. Movimentos respiratorios amplos se enquadrando no typo thoraco-abdominal, com 20 movimentos por minuto. Espaços intercostaes e todos as demais fossas e depressões da caixa thoraxica são deprimidas. Não ha edemas das paredes, nem circulação colateral.

**App. respiratorio:** Nada digno de nota.

**App. cardio-vascular:** Choque da ponta pouco perceptivel e fraco ao nivel do 6.º intercosto, 2 dedos para dentro da linha mamillar. Area cardiaca diminuida traduz coração em pendulo. Além do abafamento generalizado nenhum outro signal apresenta á escuta. As arterias apresentam as paredes moles e depressiveis. Pulso fino, rythmico, com 70 pulsações por minuto. Pressão arterial (não pode ser determinada).

**Abdomen:** O abdomen se mostra inteiramente deprimido, medindo 52 cm. de circumferencia ao nivel da cicatriz umbellical. Pela inspecção, notam-se as fossas iliacas e o plano superficial muito deprimido. Os diversos segmentos intestinaes são palpaveis e a palpação determina dôr profunda, sem irradiação. O figado mostra o seu limite superior no 6.º intercosto ao nivel da linha mamillar e inferiormente não ultrapassa o rebordo costal. O baço não é palpavel nem percussivel.

*App. digestivo:* Bocca: — arcadas dentarias bem conformadas, apresentando dentes cariados, mal conservados, com raizes expostas. Pyorrhéa alveolo-dentaria. Língua chata e secca mostrando recoberta por espessa camada de saburra. Isthmo da garganta nada de anormal. Esophago descripto no exame do pescoço. O estomago apresenta tympanismo. Região epigástrica deprimida. Cecum e colons palpáveis como cordões roliços e endurecidos. Palpação dolorosa.

*App. genito-urinario:* Os pontos reno-ureteraes não são dolorosos a palpação. Micção normal.

*Systema neuro-muscular:* Musculatura diminuida. Reflexos integros.

EXAMES COMPLEMENTARES: R. Wassermann: + + +.

Radiographia (segue adiante).

## DIAGNOSTICO CLINICO

Para o diagnostico clinico faremos considerações em torno dos symptomas e signaes que mais frequentemente apparecem nos cancerosos do esophago, muitos dos quaes encontramos no caso em estudo. Concomitantemente ao diagnostico differencial resaltaremos o valor que realmente merecem cada um desses symptomas ou signaes nas differentes affecções esophageanas.

### 1. EMMAGRECIMENTO.

Constitue um symptoma verificado systematicamente nos neoplasmas em geral. O nosso paciente emmagreceu rapidamente á medida que a dysphagia se intensificava, chegando mesmo a um estado de extrema cachexia. A magreza e a miseria organica eram traduzidos pela exposição dos ossos, pelo aspecto esqueletico, facies inexpressivo e anemia consideravel.

Este facto que chama desde logo a attenção é mais notavel no cancer do esophago do que nos processos tumoraes de outras localizações. Aqui, além da acção expoliadora do tumor, somma-se o acto mechanico da impossibilidade da alimentação. Nos ultimos dias da sua molestia o doente viveu á custa de sóros e transfusões sanguineas.

### 2. IDADE.

O paciente, embora relativamente moço, estava na idade do apogeu do cancer. A mortalidade devida ao cancer nos

grupos etarios, segundo Rosenow attinge a 90% acima dos 40 annos e de 98% acima dos 30.

Foi verificado que em 1.797 casos de cancer occorridos em S. Paulo, num periodo de 2 annos (1931-1933), a mortalidade era de 95,5% acima dos 30 annos.

O doente objecto das nossas considerações corria os seus 45 annos de idade.

### 3. INFARCTAMENTO GANGLIONAR (gl. Troisier).

Os AA. classicos chamam a attenção no diagnostico de neoplasias malignas do tubo digestivo e dos orgãos medias-tinaes para um signal que reputam de importancia: — presença do *ganglio de Troisier*. O infarctamento ganglionar prevertebral, mediastinal e supra-clavicular (Troisier) fala a favor de cancer. Entretanto, a sua frequencia é pequena. Nas 21 observações de cancer esophageano existentes na 3.<sup>a</sup> M. H., *sómente num caso* fomos encontrar o ganglio de Troisier. Devemos lembrar ainda, como assignala Quervain, que não existe nenhuma relação entre o volume e a antiguidade do cancer e o infarctamento ganglionar. As autopsias teem revelado que ganglios do tamanho de um ovo pódem corresponder a cancer que não passam de 2 cms. de extensão e vice-versa.

O doente por nós observado não apresentava ganglio de Troisier e o laudo necroscopico evidencia a não existencia de infarctamento ganglionar metastatico, apezar da idade e tamanho do tumor.

### 4. VOMITOS E REGURGITAÇÕES

Em alguns doentes pódem apparecer vomitos ou regurgitações acompanhados ou não de cheiro fétido. As regurgitações pódem surgir immediatamente ou minutos depois da alimentação. Juntamente com os alimentos não digeridos costumam regurgitar coagulos negros e residuos tumoraes fungoides. Unindo todos esses elementos e formando um bolo ha muita saliva filamentosa e viscosa, constituindo o que Dieulafoy chama de *vomica de mucosidades*.

O nosso paciente relata com firmeza nunca ter tido vomitos nem regurgitações.

Este symptoma é mais proprio dos diverticulos do esophago, sobretudo nas fórmias epiphrenicas e epibronchicas

de propulsão. Esta regurgitação é uma consequencia da estenose que acompanha os diverticulos.

Em 21 observações de Cancer do esophago existentes no archivo na 3.<sup>a</sup> M. H. da Santa Casa, verificámos que sómente em 7 ha referencias á vomitos e regurgitações.

Da leitura da observação vimos que o nosso doente não apresentava regurgitação. Quando as regurgitações alimentares apparecem em neoplasmas do esophago deve-se pensar em uma localização do tumor na porção ephiphrenica, em phase adiantada.

O mesmo não acontecia em relação ao *halito fétido*. O mau cheiro que o doente apresentava provinha dos gazes putridos formados nas fermentações que se passam nos alimentos parados acima do ponto estenosado do esophago.

Devemos lembrar, entretanto, que esse halito fétido pode ser encontrado tambem nas demais affecções estenosantes do esophago, notavelmente nos diverticulos que offerecem maior campo ás fermentações.

## 5. DOR

O doente refere na sua historia nunca ter tido dôres exponianneas de natureza alguma. Ella sómente apparece quando se apalpa o tumor, o que foi facilmente obtido, graças a sua extrema magreza e a localização alta do processo neoplasico. Diz mais que essa dôr é constrictiva, forte e com irradiação para baixo, por traz do externo.

E' um dos caracteres dos tumores esophageanos. A dôr expontanea é um symptoma que raramente apparece. Forge diz que a dôr alta em  $\frac{3}{4}$  dos casos e, quando existe, corre por conta de peri-esophagite que se manifesta atraz do externo, irradiando-se para o pescoço e epigastro. Ella sómente é revelada pela palpação do orgão ao nivel da altura do tumor, quando possivel. Em alguns casos ella não corresponde á neoplasia e os doentes se queixam de dôres na região lombo-sacra, virilha e membros inferiores, á maneira de irradiação.

## 6. CONSTRICÇÃO E DYSPHAGIA.

A dysphagia, phenomeno decorrente do estreitamento da luz do esophago, constitue symptoma de rara importancia para o diagnostico das principaes affecções desse orgão.

Dentre ellas devemos citar:

1. Deformidade congenita;
2. Corpo extranho;
3. Compressões pôr {
 

tumores visinhos	{	mediastino
		larynge
		thyroide
aneurysma e dilatação da aorta		
adenopathia thacheo-bronchica		
mal de Pott		
4. Diverticulos
5. Estenoses cicatricicaes
6. Espasmos ou esophagismo
7. Neoplasias da parede.

1 A DEFORMIDADE CONGENITA é affecção muito rara, sem interesse pratico.

2. A presença de CORPO EXTRANHO é facilmente revelado pela anamnése do doente. Occorre frequentemente em crianças que engolem objectos, taes como botões, moedas, pedaços de ossos, etc. Tem sido verificado tambem nos epilepticos a possibilidade de engulir a dentadura por occasião dos ataques. Em todos estes casos a dysphagia apparece subitamente e a radiographia, o cateterismo ou a esophagoscopia esclarecem facilmente, não só a natureza do objecto como a sua localização. Nenhuma destas duas modalidades pathologicas poderão ser confundidas com neoplasma esophageano.

3. A dysphagia decorrente de PROCESSOS COMPRESSIVOS por órgãos visinhos podem em alguns casos levar a pensar na possibilidade de tratar-se de neoplasmas do esophago. Si bem que o esophago seja considerado como um dos órgãos que goza de grande mobilidade, elle raramente deixa de ser comprimido pelos processos pathologicos dos órgãos visinhos. São conhecidas as dysphagias, geralmente dolorosas, determinadas pelos tumores da thyroide, larynge e do mediastino, mal de Pott, os aneurysmas e dilatações da aorta e as adenopathias tracheo-bronchicas.

Devemos lembrar que em taes casos a dysphagia nunca é tão intensa como se verifica nas neoplasias intrinsecas do esophago e a sua evolução no cancer é incomparavelmente mais rapida.

4. Os doentes portadores de DIVERTICULOS DO ESOPHAGO tambem se queixam frequentemente de dyspha-



gia. Alguns AA. pretendem explicar este symptoma dizendo que parte dos alimentos ingeridos penetram no diverticulo, onde produzem reacção inflamatória, determinando espasmos que se traduzem por dor e dysphagia. Outros acham que os alimentos vão se accumulando aos poucos no diverticulo que uma vez cheio determina compressão no esophago e consequentemente a dysphagia.

As regurgitações frequentes, o halito fétido, a idade do paciente, a acção relativamente pouco maléfica verificados nos diverticulos, aliados aos exames complementares permitem um diagnostico relativamente facil entre diverticulo e cancer.

Devemos assignalar, todavia, a possibilidade deste erro de diagnostico. Não raro, doentes portadores de carcinoma tem sido levados á mesa operatoria com diagnostico de diverticulo.

5. AS ESTENOSES CICATRICIAES, lesão organizada, determina tambem dysphagias permanentes.

Decorrem ou de processos inflamatórios (esophagites agudas ou chronicas), ou de lesões produzidas por instrumentos cortantes ou perfurantes (facas, armas de fogo, etc.), ou, finalmente, a quasi totalidade, de lesões corrosivas produzidas por substancias causticas que foram ingeridas por engano ou por tentativa de suicidio. Estas estenoses cicatriciaes apresentam notavel mortalidade; acerca de 50% fallecem em virtude de um estreitamento progressivo, desnutrição, perfuração ou outras complicações.

Os dados anamnésticos são sufficientes para diagnosticar-as de Cancer do esophago.

6. Nos ESPASMOS DO ESOPHAGO ou ESOPHAGISMO a dysphagia constitue o symptoma primordial. Decorre de uma contractura reflexa produzida pelo X par craneano, em virtude de causas varias; lesões da parede esophageana, ulcera laryngéa, hyperacidez estomacal, tabes dorsal (crise esophageana), affecção do cardia ou molestias idiopathicas como o hysticismo.

A maioria dos AA. não mais admittem ser o esophagismo uma affecção cryptogenica. GUISEZ concluiu dos seus estudos sobre a DYSPHAGIA ESPASMODICA que esta depende de uma causa local, decorrente de alimentação deglutida rapida e insufficientemente mastigada. Esta irritação



constante poderá determinar até estenose organica, em seguida a inflamação chronica das paredes do esophago.

A *dysphagia* espasmodica apresenta um caracter differencial com a do cancer: enquanto que neste o symptoma começa aos poucos e progride cada vez mais, sem o menor signal de melhora, no esophagismo a *dysphagia* póde apparecer subita e intensamente e ser intermittente.

7. O MEGAESOPHAGO (mal do engasgo) é uma afecção caracterisada por uma estenose ao nivel do cardia, dilatação e hypertrophia do esophago que apresenta clinicamente signaes e symptomas que podemos encontrar no cancer esophageano. O seu quadro clinico é caracterisado pelos elementos seguintes: *dysphagia intermittente*, dôr retro external, regurgitação, constipação de ventre, ansiedade durante a alimentação, emmagrecimento, etc.

A *dysphagia* é consequencia da parada do bolo alimentar no nivel do cardia. Alguns doentes conseguem fazer o alimento chegar ao estomago bebendo um góle d'agua depois de haver engulido o bolo alimentar. A *dysphagia* nem sempre é permanente; ha doentes que passam periodos longos sem perturbação na degglutição.

Até ha pouco tempo duas principaes doutrinas procuravam explicar a sua pathogenese: *theoria* espasmodica do diaphragma e a *theoria* do espasmo nervoso do cardia. (alguns AA. ainda longe as admittem).

Modernamente, o megaesophago é considerado como decorrente de um disturbio no funcionamento do cardia que provém de uma desharmonia entre o peristaltismo do esophago e a abertura do esphincter cardiaco. O fechamento deste esphincter é regulado pela acção combinada dos nervos vago (dilatador) e do *systema sympathico* (constrictor). Esta funcção (abertura do cardia) é autonoma e regulada pelos plexos de Auerbach. A lesão destes plexos que ocorre no megaesophago (trabalhos recentes de Moacyr Amorim, Alipio Corrêa Netto e Eduardo Etzel), determina a persistencia sómente dos movimentos paristalticos que são de natureza myógena. Disto resulta a desharmonia entre o peristaltismo e a abertura do cardia.

A lesão do *systema nervoso* autonomo acarreta o que Moacyr Amorim e Alipio Corrêa Netto denominam de "*Bloqueio do Cardia*", isto é, o esophago se torna incapaz de coordenar a sua movimentação.

A anamnese, o exame clinico e as provas complementares não permitem confusão com o cancer. Neste ha um estreitamento organico que evolue lenta e progressivamente e os seus portadores não resistem mais que um anno. O megacosophago, apesar de ser martyrisante, nunca abandonar o doente e poder leval-o até o marasmo é molestia de longa duração.

8. Finalmente, a dysphagia constitue o symptoma dominante no CANCER DO ESOPHAGO e apparece cedo.

"A dificuldade de engulir um pedaço de pão ou de carne, constitue, segundo a expressão de GUISEZ, o *signal de alarma do cancer do esophago*". É o principal elemento para o diagnostico e aquelle que leva o doente ao médico. Nas 21 observações que tivemos a oportunidade de compul-sar no archivo da 3.<sup>a</sup> M.H. (serviço do Prof. Ovidio Pires de Campos) da Santa Casa de Misericordia, a DYSPHAGIA constituia a principal queixa dos doentes. Symptomas e signaes importantes taes como: regurgitações, sialorrhéa, dôr espontanea, ganglio de Troisier, etc., pôdem faltar, mas, nunca a dysphagia. A dysphagia cancerosa tem caracteres especiaes que são os revelados pelo nosso doente.

Como vimos na anamnese, o paciente objecto da nossa observação começou sentindo uma extranha sensação pela dificuldade com que os alimentos transitavam pelo esophago. Essa dysphagia foi se accentuando lentamente, de tal sorte, que em pouco tempo estava impedido de ingerir alimentos seccos. Com o progredir da molestia a sensação do engasgo se tornou tão evidente que sómente pequenas porções de liquidos conseguiam franquear a estenose esophageana que parecia estar localizada na região cervical.

Temos a impressão de que além do processo tumoral que difficultava a ingestão de alimentos havia ainda um certo gráu de espasmodicidade. Somos forçados a pensar assim porque, no inicio da nossa observação do doente notámos que este costumava tomar um góle e esperar alguns momentos para que elle começasse a franquear a constricção.

O paciente relatava que uma vez iniciada a descida do liquido o restante se fazia com maior facilidade. Acreditamos que a presença do liquido parado proximo á estenose tumoral exercia, por acto reflexo, o relaxamento de espasmo ahí existente.

Com a marcha da molestia a dysphagia se accentuou extraordinariamente. Nos seus ultimos dias a estenose eso-

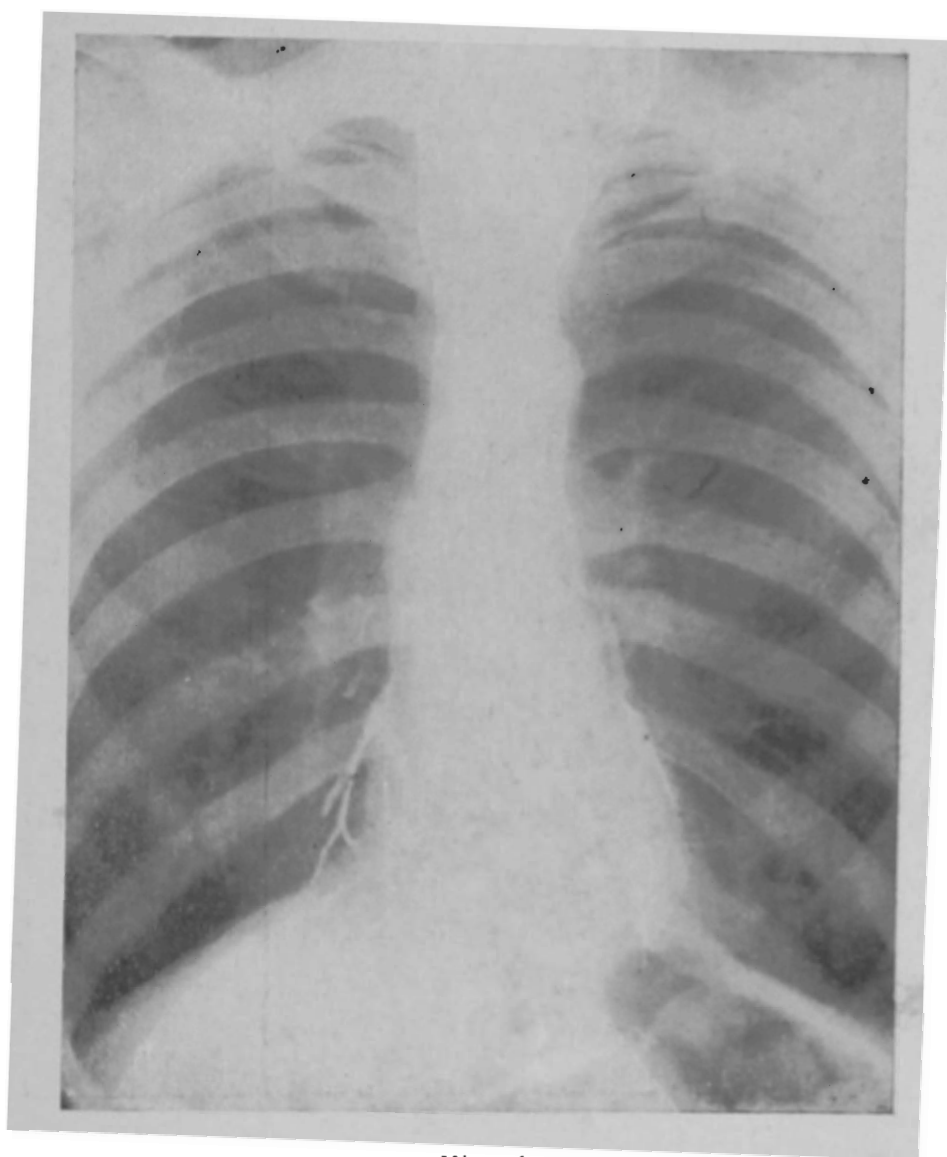


Fig. 1

Nítida bronchographia bi-lateral simulando a existência de fistula esophago-tracheal na altura da neoplasia esophageana.



Fig. 2

A radiographia em O. D. A. mostra os bronquios ocupados pela substancia opaca e o ponto de parada desta quasi na altura do terço superior do esophago (punho external).

phageana era total, a sua luz estava completamente obliterada, nada mais passando.

Estava assim *diagnosticado clinicamente o Cancer do esophago*, provavelmente localizado no terço superior.

### EXAME RADIOGRAPHICO

Afim de confirmar o diagnostico clinico e marcar com exactidão a localização alta da neoplasia o doente foi submettido á prova radiographica.

O seu estado não permittia um exame radioscopico cuidadoso que teria real valor para o estudo de expansibilidade e motilidade do órgão, nem muito menos a utilissima prova da esophagoscopia.

Contentamo-nos com a radiographia. Duas chapas foram tiradas: frente e perfil (obliqua ant. direita a 45° (figs. 1 e 2).

O relatorio do radiologista foi o seguinte:

“Parada da substancia opaca na altura da articulação esterno-clavicular, com imagem lacunar — *Cancer. Comunicação tracheo-esophagiana*, desenhando a *bronchographia bi-lateral*”. 18-1-936. a) dr. Marcelo Soares.”

Tratava-se realmente de um Cancer localizado no 1/3 superior do esophago.

Entretanto, deste exame resultou um facto que não supunhamos: *a comunicação tracheo-esophageana, traduzida por nitida bronchographia bi-lateral.*

Estas lesões fistulosas quer do esophago para a trachéa ou para o bronchio, ou, vice-versa, são relativamente raras.

Podemos encontral-as, não sómente no cancer do esophago que quasi sempre apparece no ponto de bi-furcação da trachéa, mas, tambem em outras affecções: a) *blastomycose* que pôde determinar adherencias peri-esophageanas, perfurações e fistulas; b) *ulcerações* do esophago, devidas a *lues, tuberculose e actynomycose.*

A existencia de fiístula tracheo-esophageana foi suspeitada durante o preparo do doente junto ao Raio X. Intenso accesso de tósse indicava a existencia do liquido de contraste no interior dos bronchios.

Reveladas as chapas surgem as magnificas imagens do

desenho bi-lateral dos bronchios. Era mais um aspecto interessante que offerecia o caso em estudo.

Infelizmente a precariedade do estado do doente, com uma cancerose avançada a contar-lhe os dias de vida, não permittia recurso therapeutico efficiente algum. Lançando mão de todos os meios cabiveis no caso o paciente recebeu durante os poucos dias que esteve internado uma medicação symptomatica constituida por linimentos, tonicos, sóros, etc., para minorar os seus padecimentos.

### LAUDO MACROSCOPICO AUTOPSIAL

Nove dias depois da sua entrada na Santa Casa era procedida a autopsia. Acompanhámos a necropsia procedida no Departamento de Anatomia Pathologica da Faculdade de Medicina pelo dr. Moacyr Amorim.

Do seu minucioso relatorio destacamos o seguinte trecho que apresenta interesse:

**“ORGAOS DO PESCOÇO:** — Lingua achatada. Anel lymphatico bem desenvolvido. Pharynge de mucosa pallida. Amygdalas atrophicadas, nada mostrando de particular a não ser abundante quantidade de catarrho esbranquiçado que preenche os seios piriformes. *Esophago mostra ao nivel da metade superior do terço médio, na altura do rebordo inferior da thyroide, a existencia de uma massa tumoral vegetante, irregularmente ulcerada que oblitera grande parte da sua luz. A massa tumoral tem coloração esbranquiçada e se alonga n'uma extensão de 5 cms., envolvendo-se annularmente em toda a parede. As demais porções do esophago mostram uma hyperemia com ligetra ectasia das veias esophagianas, sem a formação de varizes. Aberta a trachéa pela sua face anterior não se nota nenhuma solução de continuidade da sua parede que demonstresse uma comunicação com a formação tumoral atraz descripta. A mucosa é pallida bem como a do larynge. Thyroides levemente augmentada de volume, apresentando alguns nodulos com rico conteúdo claro transparente. Ganglios peri-tracheaes e da bifurcação atrophicados e fortemente pigmentados de preto sem signaes de metastases carcinomatosas”.*

(N.º SS. 7261/36 — Necropsia em 27-1-936 (10 hs.) — Obito em 24-1-936 (22 hs) — Necropsiante: Dr. Moacyr Amorim — Dept. Anatomia Pathologica Faculdade Medicina).

**Doença:** CARCINOMA ESTENOSANTE ANNULAR DO ESOPHAGO.

**Causa mortis:** CACHEXIA CANCEROSA.

Factos de summa importancia nos veio revelar a necropsia: além de confirmar e localizar precisamente a neoplasia e de evidenciar a ausencia de infarctamento carcinomatoso ganglionar, conclue pela não existencia de comunicação entre o esophago e a trachéa.

Como explicar a imagem nitida da bronchographia bilateral apresentada nas duas chapas radiographicas?

Não resta a menor duvida que a substancia opaca passou pelas vias aereas superiores. Afim de explicar este transito anormal seguido pelo meio de contraste radiologico apresentamos dois factos:

1) — a existencia de uma estenose neoplasica obliterante no inicio do esophago, muito proximo da larynge, permitindo um transbordamento do liquido de contraste quando em relativa abundancia;

2) — a existencia de ondas peristalticas e *anti-peristalticas* no esophago capazes de movimentar a massa opaca fazendo-a descer e *subir* alternativamente, o sufficiente para determinar o transbordo para as vias aereas superiores, em seguida ao abaixamento da epiglote.

Acreditamos que a condição anatomica do tumor aliada ás contracções physiologicas do orgão permittiram o apparecimento da bronchographia bilateral nitida.

### CONCLUSÕES

1.º — O apparecimento de estenose esophageana em individuo de idade superior a 45 annos, acompanhada de emagrecimento rapido e cujos symptomas caracterizam uma dysphagia que se accentua sempre progressivamente — faz pensar tratar-se de *carcinoma*;

2.º — O ganglio de Troisier e a queixa de dôr não são muito frequentes em neoplasia esophageana;

3.º — As chapas radiographicas de neoplasias estenosantes localizadas no esophago, do terço médio para cima, com imagens bronchographicas, embora nitidas, não permittem affirmar a existencia de fistula esophago-tracheal.

## BIBLIOGRAPHIA

- 1 Diagnostico topografico-clinico dos aneurismas aorticos. Prof. Almeida Prado. Revista de Medicina, n. 57, pag. 75 (1932 — Dezem.)
2. Resumo das sessoes do 1.º Congresso Brasileiro do Cancer — Vida Medica, n. 30, pag. 883 (Dezembro 1935).
3. Essai sur la Pathogenie du Cancer, 1930; Léon Bouveret.
- 4 Contribuição ao estudo do mal de engasgo. — Prof. Enjolras Vampré, 1919.
- 5 Diverticulos do Esophago (thèse) — Dr. Edmundo Vasconcellos, 1928.
6. Las sombras redondeadas localizadas en el mediastino (Estudio radiologico — Dr. Juan José Beretervide — Revista Médica Latino-Americana, n. 194, pag. 189.
- 7 Sobre um caso de fistula esophago-bronchica esquerda, bacillar — Dr. Amil José Rodrigues — Revista Medicina, Cirurgia e Pharmacia — Outubro 1935, pag. 727.
- 8 A endoscopia a serviço do carcinoma esophagiano (thèse inaugural) - dr. Ricardo Vaz Guimarães — 1932.
- 9 La radiologie du médecin praticien (Radiodiagnostic des maladies de l'appareil digestif) — Ledoux-Labard, 1925.
- 10 Diagnóstico Rontgenológico de las enfermedades internas — H. Assmann (Tomo II), 1936.
11. Pathologia Externa, Fergue (Ed. Hesp.).
12. La pathologie digestive — Carrie e Perier — Le Monde Médical, Mars, 1936, pag. 130.
13. Cancer do aparelho digestivo — dr. Raul Pontual. — Revista de Medicina e Pharmacia — 1929, pag. 599.
- 14 Radiographia do Cancer do esophago e da pharynge, resultados immediatos e afastados. — Jean Guisez. (Revista Brasileira de Medicina e Pharmacia, 1927, pag. 345).
15. Cancer de l'oesophage — Louis Ramond — Petites Cliniques, 1.ª série, 1930 — pag. 252.
16. Mal de Engasgo — Histopathologia e pathogense do megaesophago e megarecto. Considerações em torno de um caso. Moacyr Amorim e Alipio Corrêa Netto. Annaes Faculdade Medicina S. Paulo. 1932, vol. 8, pag. 101.
- 17 Mal de Engasgo — Neuropathologia do megaesophago e megacolon. Estudo de 5 casos — Eduardo Etzel — Ann. Fac. Med. S. Paulo — 1934, vol. 10, pag. 383.
- 18 Mal de Engasgo — Tratamento de megaesophago pela dilatação retrograda intragastrica. Alipio Corrêa Netto — Ann. Fac. Med. S. Paulo, vol. 10 — 1934, pag. 397.
19. Cancer mediastino-pulmonar. Ch. Flanchin — Press. Med. — Jul. 1934, pag. 1122.
- 20 Cancer pulmonar — Complicação e sequellas. E. Aron — 1930, Press. Méd. Jan.
- 21 Actualidades do Cancer. Juster — Press. Méd. — 1934, Jun., pag. 1054.
- 22 Cancer — Epidemiologia e estatistica — Moinsoin — Press. Méd., Jan. 1930.



Serviço de Clínica Médica do Prof. Rubião Meira

## Sobre um caso de tumor do mediastino (\*)

*Bernardino Tranchesi e Felipe Fanganielo*  
(Doutorandos).

O caso de que nos iremos ocupar foi por nós observado e estudado na Enfermaria do Prof. Rubião Meira (II.<sup>a</sup> M.H.), entre os leitos que estão sob os cuidados do Dr. Jairo Ramos. Embora não constitua uma raridade morbida, presta-se, contudo, a algumas considerações interessantes, principalmente, no que diz respeito à propedeutica do mediastino. Os ensinamentos que o caso nos ofereceu ficaram perfeitamente concretizados, porquanto o acompanhamos até à mesa de necropsia.

A nossa exposição ficará, exclusivamente, estrita ao terreno da semiologia, que encontra, na síndrome de compressão mediastinal, sintomas e sinais típicos e precisos, tornando o diagnóstico bastante fácil. De fato, o amplo espaço compreendido entre as duas pleuras, apresenta pela natureza e correlação dos numerosos órgãos que encerra, uma semiótica clara, conhecida já de há muito. Os antigos clínicos, encabeçados por Cardarelli estabeleceram, graças à sua intuição, os fundamentos do exame clínico do mediastino com tal precisão que até hoje não sofreram modificações.

Não abordaremos a questão da natureza e origem dos tumores mediastinais, que, se em certas eventualidades ficam claramente estabelecidas, em outras deixam dúvidas mesmo ao anatomo-patologista.

Passaremos, agora, à leitura da observação, para em seguida discutir o diagnóstico e dizer algumas palavras a respeito da evolução e necropsia do caso.

---

(\*) Apresentado ao Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", em 16 de Maio de 1936.

A. S. 50 anos, casado, lavrador, estoniano, domicílio e procedência Capital. Deu entrada no serviço em 3 de Abril de 1935, dizendo estar doente há 3 meses e queixando-se de sufocação e inchaço do torax, pescoço e cabeça. Seus males se iniciaram por ligeiro cansaço em certos trabalhos que o doente sempre fizera sem nada sentir. Sentia então falta de ar e sufocação. Apresentava, nessa ocasião, tosse seca. Não sentia palpitações, ou dor precordial, nem apresentava edema. Passou um mez, nessas condições sem ter abandonado o trabalho. Seu estado foi, entretanto, depois deste mez, piorando cada vez mais, a ponto de sentir sufocação mesmo aos menores esforços. Abase do pescoço inchou-se, tendo o inchaço avançado para a cabeça e torax. As outras partes do corpo nada sofreram. Ao acordar pela manhã, sentia não poder abrir os olhos devido ao inchaço, este, contudo, melhorava com o correr do dia. A tosse tornou-se persistente, tendo aparecido escarros hemoptóicos uma semana antes de se hospitalisar. Nos abaixamentos da cabeça sentia fortes tonturas sendo obrigado amparar-se para não cair. A voz se tornou rouca, e, às vezes quando ia falar sentia um aperto, e não podia manter conversação prolongada. Deitava-se em decubito esquerdo elevado. No decubito dorsal aumentava a sufocação e no lateral direito, sentia forte dor no membro superior desse mesmo lado. Referia o aparecimento de caroços na axila, virilia e região maxilar esquerda. Seu peso diminuira, não sabendo, informar quanto.

No interrogatório e antecedentes hereditários nada havia que pudesse interessar. Nos antecedentes pessoais não havia passado venereo-sifilítico. De importância, apenas, o fato de ser etilista e tabagista.

(1) que foi encontrado no exame físico geral? Indivíduo branco, mediolíneo, pesando 57 kilos. Apresentava cianose da cabeça, pescoço torax o que se tornava, sobremaneira evidente quando o doente se deitava. As partes laterais do pescoço, fossas supra e infraclaviculares apresentavam-se tumefeitas. Na parte posterior notavam-se as fossas supra e infra espinosas totalmente cheias. Da cabeça até ao rebordo costal a pele roseo-vinhosa apresentava venulas muito dilatadas. No torax havia edema discreto. No restante do corpo a pele nada apresentava digno de nota, sendo notável o contraste entre a parte superior do tronco e a inferior. Sistema piloso nada de particular. Os ganglios cervicais não foi possível palpar devido á tumefação do pescoço. Os axilares, maxilares e inguinais eram enormes, chegando alguns a alcançar o tamanho de um ovo de pomba, todos indolores. Nas fossas supra e infra-claviculares era muito difícil a percepção de ganglios, entretanto, á direita, tinha-se a impressão de um ganglio de limites imprecisos. Esternalgia e tibialgia ausentes. Marcha sem particularidades. Decubito esquerdo elevado.

Os exames especiais da cabeça, olhos, nariz e ouvidos nada revelaram.

Na boca, encontramos numerosíssimos focos de infecção. No pescoço não havia batimentos arteriais e não era possível avaliar de turgencia venosa devido á tumefação. Não se sentia a aorta na furcula nem estava presente o sinal de Olliver-Cardarelli.

O torax era de tipo enfisematoso, sendo a respiração predominantemente abdominal com 28 excursões por minuto. Sinal de Lenz-Torres ausente. Litten presente em ambos os lados em igual extensão. Igual expansibilidade de ambos os hemitoraces. O fremito to-

raco-vocal mostrava-se diminuído na parte anterior direita e ligeiramente aumentado na parte posterior desse mesmo lado. Massicez do manubrio esternal que produzia no cavo oral som cavitario. Submáscicez de todo apice e interscapulo direitos. Hipersonoridade das bases. A auscultação revelou sopro laringo-traqueal sobre o manubrio do esterno. Diminuição da respiração no apice e sopra bronquico no interscapulo.

No exame do coração e vasos havia interessante bradicardia (58 batimentos por minuto). Pressão arterial medida pelo Tycos 120 x 80 em ambos os braços. Não havia desigualdade de amplitude dos pulsos radiais.

Abdomem e sistema nervoso sem anormalidades.

### EXAMES DE LABORATORIO

Wassermann: negativa.

Ex. urina: negativo.

Exame de sangue realizado pelo Dr. Oria:

Glob. vermelhos: 3.320.000	Neutrofilos	} bastonetes	1,5%		
" brancos: 12.400	73,5%			segmenta dos	72%
Hemoglobina 66,6 %	Eosinofilos	6,2%			
Valor globular: 1,1	Basofilos	0,6%			
	Linfocitos	} típicos	9%		
	15 %			leucocitoide	2%
				histoides	4%

Monocitos e células histioides monocíticas 4,4 %.

Endotélios circulantes similares aos da endocardite 40/500.

### DISCUSSÃO

A história do nosso doente pode ser dividida em dois períodos perfeitamente distintos. Num primeiro período o doente começou a notar cansaço em certos trabalhos que sempre executára sem nada sentir. A este sintoma ajuntou-se-lhe falta de ar, sufocação e uma tosse seca. Passou assim um mez quando se instalou o segundo período caracterizado pelo aparecimento de edema no pescoço, cabeça e torax, assim como de modificações da voz que se tornou rouca, sentindo, também, algumas vezes, que não podia manter conversação prolongada por lhe faltar, em determinado momento, a voz. A tosse que aparecera no primeiro período da sua molestia tornou-se persistente e acompanhada de escarros hemoptoicos. Pouco antes de dar entrada na enfermaria viu aparecerem tumefações ganglionares indolores em di-

vernas regiões do corpo. Este quadro desenrolou-se dentro de um espaço de tempo relativamente curto, aproximadamente 3 mezes.

Diante de um desenrolar de fatos dessa natureza nosso raciocínio se inclina, naturalmente, a pensar naqueles tipos de síndromas denominados de compressão mediastinal. De fato, a disposição classica do edema, as modificações da voz e tosse seca e persistente, a sufocação aparecendo, principalmente quando o doente deitava-se, nos fazem pensar em um comprometimento mediastinal, provavelmente por uma neoplasia da qual as tumefações ganglionares seriam o reflexo denunciante. Ainda nos detendo mais sobre os dados anamnesticos, poderemos aquilatar, de um modo geral, da evolução do processo morbido. O aparecimento insidioso traduzido por ligeira sensação de cansaço aos esforços e tosse, indicava com grande probabilidade uma compressão em inicio, que avançando de modo celere comprometeu a circulação e a respiração a ponto de determinar edema, sufocação e congestão dos vasos cerebrais, este ultimo fenomeno atestado pelas tonturas nos movimentos de abaixamento da cabeça.

Os troncos nervosos, igualmente não escaparam ao crescimento progressivo e rapido da massa compressor, trazendo modificações da voz, tosse e dores no membro superior direito. Vemos, portanto, que jogando, apenas, como os elementos fornecidos pela historia da molestia podemos dizer que estavamos diante de um portador de uma síndrome de compressão mediastinal de evolução mais ou menos rapida e trazendo perturbações nervosas, respiratorias e vasculares de grau consideravel. Sempre que se cogita da diagnose de síndrome mediastinal no adulto, devemos em primeiro lugar, pensar em uma formação tumoral quer aneurismatica quer neoplasica. Embora, a maior frequencia, nestes casos, pertença aos tumores vasculares, parece-nos que o nosso caso escapa a esta regra, pois como bem informou o doente nunca sentiu dor em qualquer parte do torax. A dor é o sintoma que nunca falha nos processos aneurismaticos, dôr pulsante e tormentosa determinada segundo Huchard pelo continuo martelar do aneurisma excitando o plexo nervoso aortico, ou pela explicação de Cardarelli pela distensão dos filletes nervosos perioarticos. De outro lado as tumefações ganglionares a que já nos referimos, pesavam mais a favor da natureza neoplasica do tumor. Nos antecedentes do doente deparamos com uma informação negativa de grande valor,

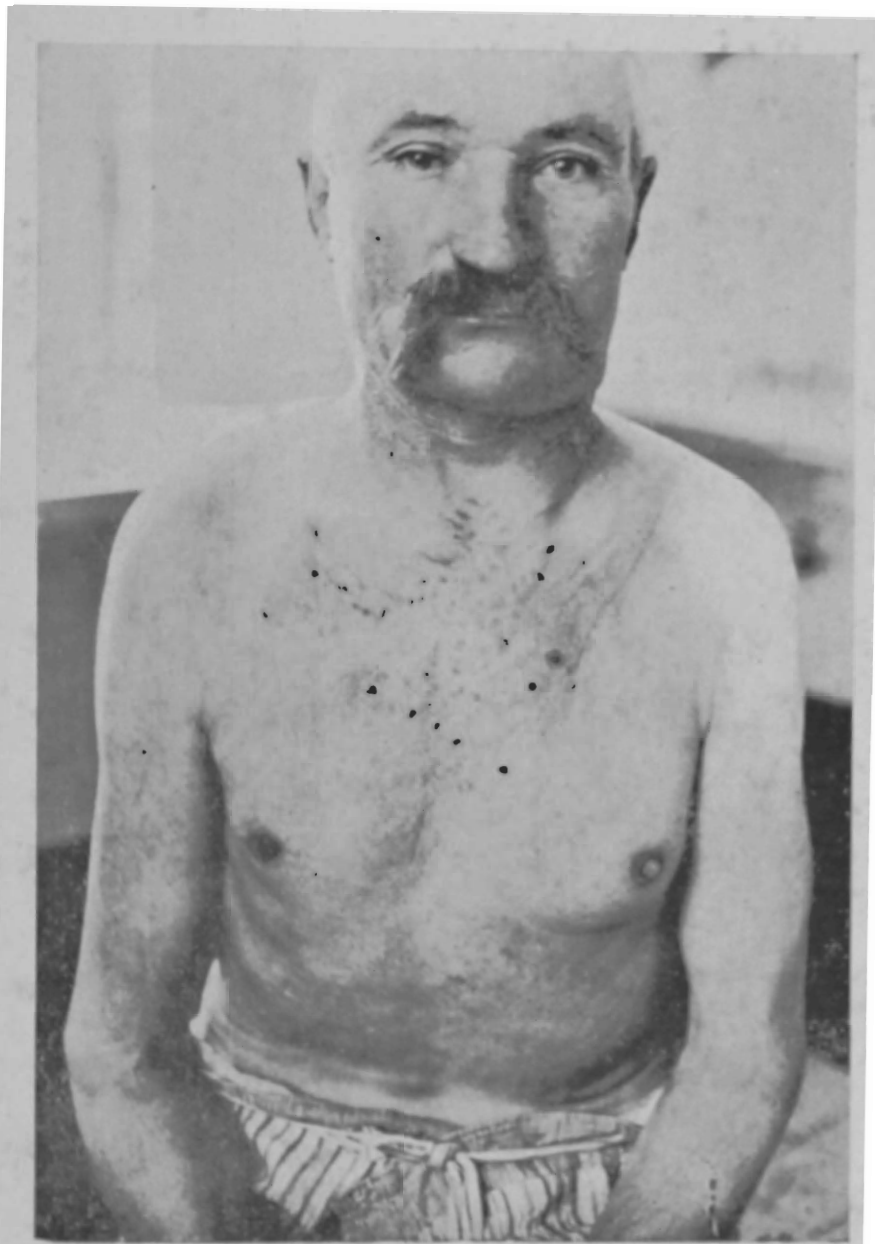


Fig. 1

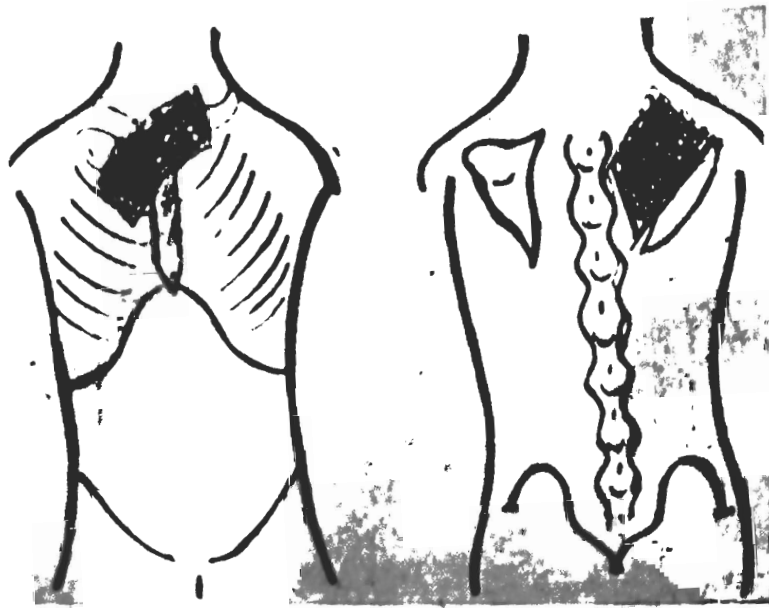


Fig. 2

- No manubrio do esterno: — massicez, variação de Wientrich e sopro laringo-traqueal.
- Na fossa infra-clavicular direita: — sub-massicez e abolição da respiração.
- Nos pontos assinalados no dorso: — sub-massicez e sopro bronquico.

desde que a consideremos em conjunto a outros dados, a ausencia de passado venereo-sifilitico, que dentro do criterio da relatividade deporia contra aneurisma, que é manifestação vascular da lues terciaria.

No exame geral do doente chamava a atenção o contraste nitido entre a parte superior do corpo edemaciada e cianosada e a parte inferior palida e emagrecida. Esta disposição do edema denominado "edema em pelerine" (fig. 1) é classico na obstrução da cava superior. Distingue-se do edema nefritico, angioneurotico e cardiaco pela exclusiva localização na metade superior do corpo. Algumas vezes, é possivel encontrar na compressão do mediastino, um edema generalizado. Neste caso trata-se de uma insuficiencia cardiaca superveniente ou mais raramente por contemporanea obstrução da cava inferior. Ainda, nestas eventualidades, entretanto, a localização superior, predomina. No nosso doente não havia, na superficie da pele circulação venosa colateral. O que existia, claramente, era a dilatação de pequeninas venulas subcutaneas dadas a grande hipertensão venosa. O fenomeno explica-se pela obstrução não completa do vaso, de modo que a retropressão não atingira intensidade suficiente, para vencendo a resistencia das valvulas, obrigar o sangue a procurar outra via de escoamento.

Estavamos, portanto, em presença de uma estenose cava superior no estadio edematoso, em contraposição ao estadio flebectasico onde predomina o reticulo venoso colateral. A cianose com a mesma localização do edema mostrava a estase no territorio tributario ao importante tronco venoso. É um sintoma importantissimo, mesmo que se apresente desacompanhado de outros sinais fisicos e funcionais.

A dificuldade respiratoria após os esforços e com o decubito dorsal mostrava que a massa tumoral fazia sua ação compressora não só sobre as veias, que, diga-se de passagem, são os orgãos mais facilmente atingidos, como tambem sobre a trachea. A estenose da traquea exatamente como acontece com a da veia cava superior, pode se realizar externamente por ação do tumor ou por propagação na sua luz de vegetações neoplasticas. Num ou noutro caso o sintoma dominante é a dispnea, a que Biss empresta um valor altamente significativo, pois diz textualmente: "Em um paciente que apresenta dificuldade respiratoria que não encontra explicação suficiente em alterações cardiacas ou pulmonares deve-se pensar sempre em processo morbido do mediastino".

A dificuldade respiratoria pela compressão da traquea e brônquios, apresenta, geralmente, um caracter progressivo chegando a tal ponto de se exteriorisar por cornagem, respiração ruidosa que como veremos na evolução do caso appareceu alguns dias antes da morte.

O escarro hemoptoico nós o explicamos pela compressão das veias pulmonares. Não encontramos o sinal de Oliver-Cardarelli, nem a presença deste importante sinal argumentaria contra a hipótese de tumor solido que já havíamos formulado, pois autores como Pansini e Litvak encontraram este sinal nitidamente positivo em tumores mediastinaes não aneurismaticos.

A aorta e os seus ramos graças á sua robusta parede escaparam á compressão. Isto aliás, é regra, na sindroma que estamos estudando. De fato, não havia no nosso doente, diferença de amplitude dos pulsos radiais nem diferença da pressão arterial quando tomada, comparativamente, nos dois braços. Também não notamos anisocoria, fenomeno, que embora, alguns autores querem explicar pela perturbação do simpatico, parece, hoje, fora de duvida, estar ligada á uma causa arteriosa.

Os nervos, foram no nosso caso, bastante atingidos pelo processo. Como vimos o doente apresentava voz rouca, indicando paralisia unilateral dos musculos adutores da corda vocal; musculos inervados pelo recorrente. Outro sintoma importante, egualmente ligado a perturbação desse mesmo nervo, era a incapacidade que o doente sentia de manter uma conversação prolongada. Isto é devido á perturbação do esfincter glotico que, normalmente, atua como regulador na saída do ar que entretem a vibração das cordas vocais. O plexo braquial esternava seu sofrimento pela dor no membro superior direito, principalmente no decubito desse lado, com certeza devido ao deslocamento da massa tumoral.

A tosse na sindroma mediastinal é sintoma que encontra varias causas para sua produção. Tosse recorrential, tosse vagal ou tosse por irritação e hipersecreção mucosa, devido a comprometimento traqueo-bronquico. No caso concreto, qualquer das causas poderia ser invocada. Existia a perturbação do recorrente e da traquea, como vimos, e, com toda certeza, também do nervo vago, pois, a bradicardia evidenciada no exame do aparelho cardio-vascular retratava a irritação deste tronco nervoso.



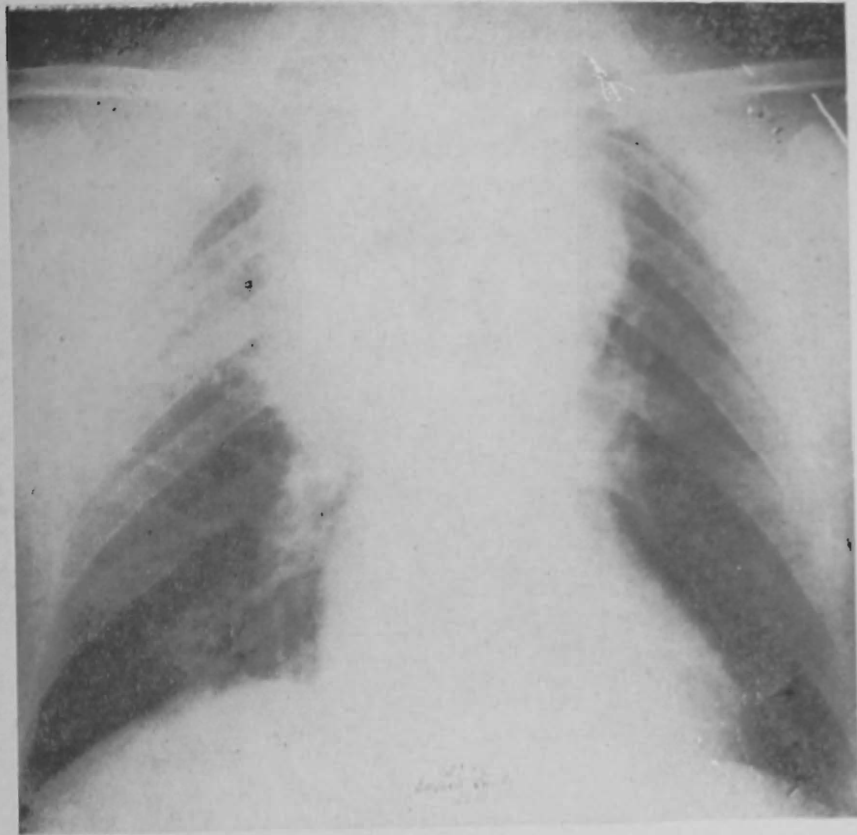


Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

Analizamos deste modo, as perturbações funcionais apresentadas pelo nosso doente. Vejamos, de modo sintético, o que fornecia a semiologia física. Sobre o manubrio esternal a percussão revelara som massiço. Auscultando o cavo oral ao mesmo tempo que se percutia, percebia-se som cavitario. (fig. 2). Como é possível compreender estes fatos? Normalmente sobre o esterno a percussão obtem um som claro que se degrada ao longo do osso, sendo quasi apagado na base, devido á presença do coração. O desenvolvimento de um tumor retroesternal modifica esta resonancia dando obtusidade percussoria. Quando o tumor ao mesmo tempo que toca a parede esternal, poem-se em contato intimo com a traquea profundameneae, crea novas possibilidades de propagação de sons percussorios, vindo desta maneira, o som a ser audível na cavidade bucal. Obedecendo ao mesmo determinismo patogenico mas exercido em sentido inverso da traquea para o esterno, explica-se a audibilidade do sopro laringo-traqueal sobre o manubrio. Estes sinais foram todos descritos por Cardarelli no afan de tornar mais acessivel ao clinico a exploração do mediastino. A invasão do campo pulmonar direito trazia os sinais que descrevemos; submacicez com abolição da respiração na fossa infra-clavicular, e submassicez com sopro bronquico no intercapulo direito. Estes dados, entretanto, poderiam traduzir zonas de atelectasias pulmonar com impermeabilidade bronquica na parte anterior (abolição da respiração) e com permeabilidade na parte posterior (sopro bronquico). Nos filiámos á primeira explicação, pois as broncografias realizadas deram imagens normais.

---

Os exames radiologicos realizados confirmaram plenamente os dados obtidos pela exploração clinica. Senão, vejamos o relatorio do Dr. Paulo de Toledo:

“Tumor solido do mediastino superior e anterior, pretraqueal deslocando a crossa da aorta para a esquerda, de contornos mais ou menos regulares. Condensação pulmonar, de limites difusos ao hilo e ao nivel da região infra-clavicular D.”

A radiokimografia mostrou que o tumor não pulsava. Havia na sua porção esquerda as pulsações da aorta.

As broncografias a que já nos referimos mostraram boa

permeabilidade bronquica de ambos os lados. (radiografia: figs. 5, 6, 7 e 8).

### EVOLUÇÃO DO CASO

O doente permaneceu na Enfermaria, trez mezes e meio aproximadamente. Seu estado geral foi sempre piorando apresentando-se com escarros hemoptoicos quasi todos os dias, e, mesmo, as vezes, verdadeiras hemoptises. Perda de 5 kilos de peso durante o tempo que esteve hospitalizado. Apareceram outras tumefações ganglionares e se intensificaram a dispnea, a cianose e a braquialgia. Faleceu em verdadeiro estado de asfixia, com forte cornagem. O tratamento usado foi puramente sintomatico pois a radioterapia não trouxe o menor exito.

Para avaliar do crescimento da massa tumoral fizemos posteriormente, outros exames radiologicos, tendo, como é possivel comparar (radiografias 5 e 7) havido aumento consideravel do tumor. Este sinal radiologico é o melhor para se avaliar de uma neoplasia maligna.

### NECROPSIA DO CASO

Foi realizada pelo Dr. Constantino Mignone cujo relatório a seguir transcrevemos (fig. 3 e 4).

#### RELATORIO DA NECROPSIA

**GENERALIDADES:** — Cadaver de adulto do sexo masculino, de cor branca, medindo 162 cms. de comprimento, de compleição mediana, bastante emmagrecido. Cabeça regularmente conformada, recoberta por cabellos lisos e castanhos, cortados rentes. Palpebras cerradas. Corneas ligeiramente embaçadas e pupillas igualmente dilatadas. Pelas narinas, bocca e ouvidos não escorrem liquidos. Dentes em pessimo estado de conservação, apresentando raizes e caries numerosas. Pescoço curto e cylindrico, não apresentando ganglios nem cicatrizes. Thorax symetrico. Espaços intercostaes e fossas supra e infra-claviculares pouco pronunciados. Abdomen escavado. Na região inguinal esquerda, ao nível da archeda crural nota-se uma cicatriz linear medindo 6 cms. de extensão, acompanhando essa archada, sendo de cor branca e re-trahida. Orgãos genitales externos e anus nada mostram de particular. Membros regularmente conformados. Abaixo da pelle que recobre a face anterior do thorax nota-se a presença de alguns nodulos, sendo o maior do tamanho de uma avelã, de consisten-



Fig. 3

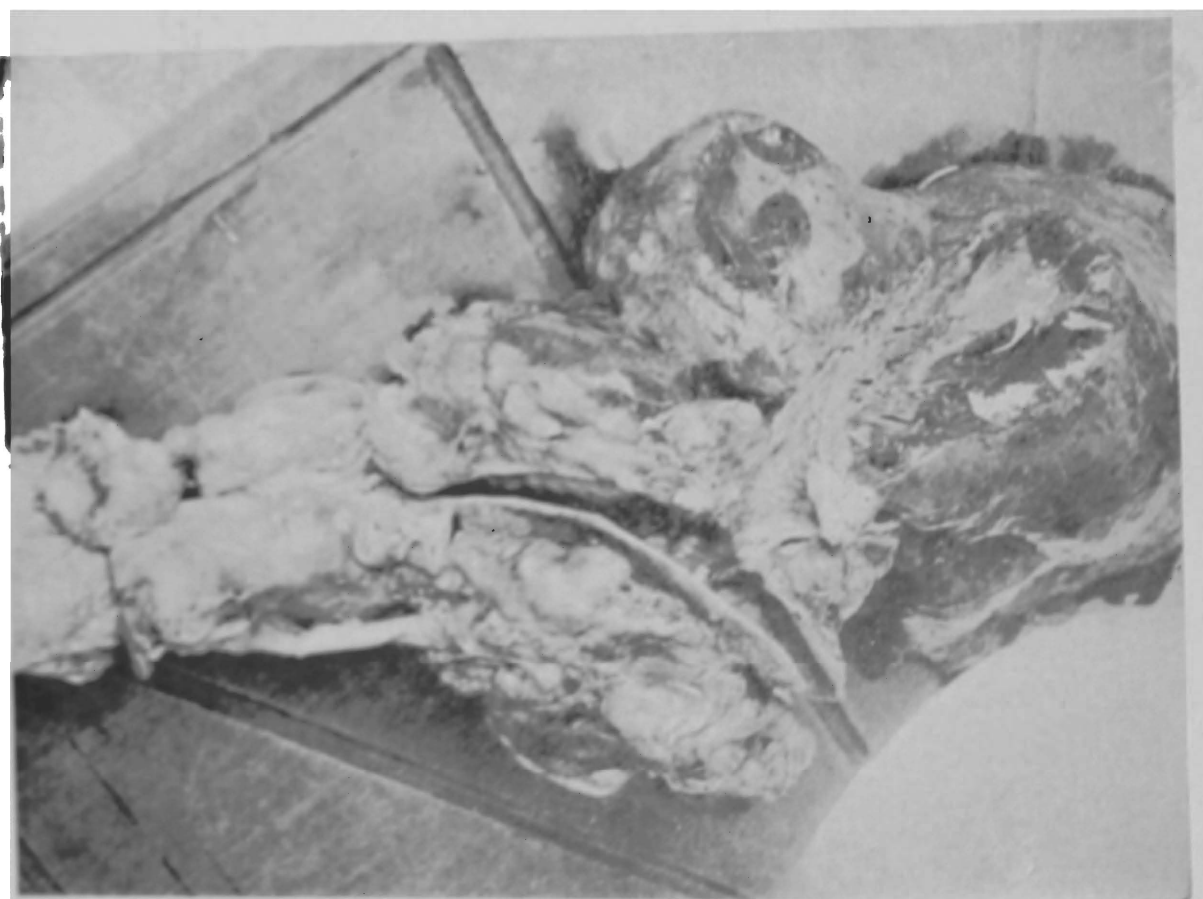


FIG. 1

cia dura, moveis, deslizando a pelle livremente sobre os mesmos. Na região inguinal esquerda nota-se a presença de um nódulo sub-cutaneo com as mesmas características e do tamanho de um ovo de pomba.

**CABEÇA:** — Calota craniana nada apresenta de particular. Dura-mater e seus seios nada apresentam digno de nota.

**ENCEPHALO:** — Nada apresenta de particular.

**ORGÃOS DO PESCOÇO:** — Lingua, esophago, pharynge e laryngo nada apresentam digno de nota.

**CAVIDADE THORACICA:** — Os pulmões apresentam-se fortemente adherentes em toda a sua extensão. Pericardio liso, brilhante e humido, contendo normal quantidade de liquido. Na base do coração, occupando a parte superior da área cardiaca, mediastinho anterior, na região thymica, observa-se volumosa, massa tumoral de consistencia lenhosa, de superficie externa irregularmente lobulada, de côr branco-amarellada. Por sua face adhere fracamente á face posterior do plastrão external. Lateralmente adhere a pleura mediastinal dos lóbos superiores de ambos os pulmões. Superiormente, tem limites com o bordo inferior da thyroide do qual se separa perfeitamente. Posteriormente envolve a trachéa, á qual adhere intimamente ao nivel da sua metade anterior, mais para o lado direito. O ramo superior bronchial direito apresenta-se na sua porção inicial com a parede fortemente espessada á custa de uma infiltração neoplasica em sua extensão de mais ou menos 2 cms. estenosando quasi totalmente a sua luz. Este ramo bronchial dahi por diante apresenta a sua parede de aspecto normal, assim como é normal o seu calibre. A mucosa das vias respiratorias em toda a sua extensão se apresenta bem conservada. A aorta thoracica ascendente e grande parte da veia cava superior apresentam-se envolvidas pela massa tumoral; ambos os vasos estão permeaveis. Os cortes frontaes do tumor mostram ser o mesmo constituido por um tecido neoplasico denso, de côr esbranquiçada, salpicado por um fino pontilhado amarellado. Na sua espessura podem-se demilitar áreas redondas de tamanhos variaveis que dão em conjunto ao mesmo, um aspecto lobular. A parede da trachéa é na maior parte de sua extensão bem delimitada sendo em alguns pontos infiltrada pelo mesmo.

**PULMÃO ESQUERDO:** — Pesa 800 grs. Mede 25 x 18 x 7 cms. Pleura fina e lisa, recoberta na fase anterior do lóbo superior por numerosos tractos de adherencias fibrosas rompidas. Nesta face nota-se um pequeno espessamento pleural sob a forma de um nódulo branco amarellado de consistencia dura, medindo 4 mm. de diametro. Superficie externa de côr vermelho-azulada. Consistencia augmentada e crepitação diminuida. A superficie de corte é de côr vermelho-vinhosa, brilhante, de aspecto gelatinoso dando pela expressão um abundante liquido sanguinolento espumoso. Na espessura da parenchyma pulmonar, ao nivel do bordo anterior, nota-se a presença de 2 nodulos de um tecido denso, homogeneo e esbranquiçado, bem delimitados, medindo respectivamente: 11 e 15 mm. de diametro.

**PULMÃO DIREITO:** — Peso e dimensões ficam prejudicados devido a conservação de parte do pulmão, em peça para o Museu. O



lobo inferior apresenta-se com a pleura recoberta por numerosos tractos de adherencias fibrosas rompidas. Superficie externa de cor azul-escura. Consistencia bastante augmentada e crepitação diminuida. A superficie de corte é de cor vermelha, brilhante, gelatinosa, dando pela expressão um liquido sanguinolento fluido, abundante. O lobo medio apresenta a pleura da face anterior bastante espessada e de cor branco-leitosa. O tecido pulmonar situado logo abaixo desta zona apresenta uma área de infiltração neoplásica de forma arredondada, medindo 4 cms. de diametro.

**CORACÃO:** — Pesa 300 grs. Forma e volume normaes. Ponta formada a custa do ventriculo esquerdo. Cavidades direitas de capacidade normal. Tricuspide de aspecto normal e medindo 12 cms. Pulmonar de aspecto normal e medindo 8 cms. Myocardio do ventriculo esquerdo de capacidade normal. Bicuspidé apresenta as lacnias fortemente esclerosadas nas bordas livres, medindo 11 cms. de circumferencia. A aorta apresenta as lacnias espessadas e duras e mede 7 cms. de circumferencia. Myocardio do ventriculo esquerdo de cor castanho escura, medindo 12 mms. de espessura. Coronarias de aspecto normal.

**AORTA:** — Elasticidade boa. A endarteria apresenta algumas placas salientes de cor branco amarellada, na sua porção inicial.

**CAVIDADE ABDOMINAL:** — Parede abdominal bem desenvolvida. Peritoneo liso, brilhante e humido. Epiplon pouco gorduroso e retrahido. Intestinos ligeiramente distendidos por gazes. Appendix ascendente externo e livre de adherencias. Baço livre de adherencias. Vesicula biliar livre de adherencias. Fígado na altura do reborbo costal ao nivel da linha mamilar direita.

**FIGADO:** — Pesa 1700 grs. Mede 29 x 17 x 9 cms. Capsula fina e lisa. Superficie externa de cor vermelho amarellado, distinguindo-se pouco nitidamente a estrutura lobular. Vesicula biliar nada apresenta digno de nota.

**BAÇO:** — Pesa 200 grs. Mede 14 x 8 x 6 cms. Capsula fina e lisa. Cor cinzento azulada. Consistencia firme. Superficie de corte de cor vermelho, vinhosa, dando pela raspagem misturado e pequena quantidade de polpa.

**PANCREAS:** — Forma e volume normaes. Consistencia firme. Superficie de corte de cor roseo amarellada, mostra bem a estrutura lobular do orgão.

**ESTOMAGO:** — Nada apresenta digno de nota.

**INTESTINOS:** — No intestino delgado nota-se a presença de 2 nodulos salientes, constituídos por um tecido denso, homogeneo e esbranquiçado.

**RIM ESQUERDO:** — Mede 14 x 7 x 7 cms. A superficie externa apresenta em toda a sua extensão numerosissimos nodulos sub-capsulares salientes, arredondados, isolados ou confluentes, variando o diametro entre 2 e 20 mm. Esses nodulos são de superficie lisa, de cor branco amarellada e de consistencia dura. Na superficie de corte quer na zona cortical quer na medullar, nota-se a



presença de numerosíssimos nodulos de aspesto semelhante aquelle descripto para a superficie external.

**SUPRA-RENAL ESQUERDA:** — Mede 7 x 3 x 3 cms. Forma conservada. Superficie externa de côr branco amarellada. Consistencia firme. Ao corte nota-se a substancia cortical da supra renal, constituida por uma fina faixa continua e amarellada, envolvendo u'a massa neoplasica constituida por um tecido, homogeneo e esbranquiçado, lobulado, occupando todo o centro do orgão.

**RIM DIREITO:** — Mede 14 x 8 x 6 cms. Caracteres externos e internos semelhantes aos do rim esquerdo.

**SUPRA-RENAL DIREITA:** — Mede 8x 5 x 5 cms. A forma está bastante alterada apresentando-se o orgão globoso, de superficie externa lisa, salientando-se na face anterior 2 nodulos de aspecto semelhante aos da outra supra-renal. Consistencia dura. Superficie de corte constituida por duas grandes massas de tecido neoplasico denso, homogeneo e esbranquiçado, envolvido por um fino alo amarellado de subsistencia cortical remanescente.

**BEXIGA, PROSTATA E TESTICULOS:** — Nada apresentam digno de nota.

**MOLESTIA:** — Endothelioma do mediastino.

**DIAGNOSTICOS:** — Metastases do endothelioma nas capsulas supra-renaes.

Metastases de endothelioma no intestino delgado.

Metastases de endothelioma nos ganglios inguinaes.

Congestão e edema do pulmão esquerdo. Metastases pulmonares e pleuraes. Pleurite fibrosa.

Congestão e edema do pulmão direito. Metastases de endothelioma pulmonares. Pleurite fibrosa.

Atrophia fosca do myocardio.

Arteriosclerose incipiente da aorta.

Congestão e hyperplasia da polpa vermelha do baço. .

Serviço de Clínica Médica do Prof. Rubião Meira

## **Coração e obesidade <sup>(1)</sup>**

*Bernardino Tranchesi e Ignacio Loyola Alves Corrêa*  
(Doutorandos).

Na exposição do nosso trabalho, baseado sobre um caso observado na Enfermaria do Prof. Rubião Meira, entre os doentes a cargo do Dr. Jairo Ramos, nos propomos a fazer algumas considerações gerais, a cerca das relações da afinidade existente entre as perturbações orgânicas e funcionais do coração e a obesidade. Obedeceremos mais ou menos á seguinte ordem:

- a) Aspecto geral da questão;
- b) Observação clínica do caso;
- c) Discussão;
- d) Evolução e tratamento, e por fim
- e) Comentários.

De ha muito se cogita do aspecto anátomo-patológico do coração na obesidade. Já a patologia abandonou os conceitos de Stokes que considerava o coração dos obesos como um coração gorduroso. Assim, erroneamente se fazia e ainda se faz o diagnóstico de coração gorduroso, á simples inspecção de um obeso. Entretanto, se é possível admitir com v. Noorden que a insuficiência na obesidade aparece por incompleto relaxamento diastólico pelo excessivo crescimento intersticial de gordura ou como quer Jacquet, por menor intensidade de oxidação das substancias que entretem o trabalho da fibra muscular, faz-se mister não esquecer as pesquisas necroscópicas de Romberg que encontrou corações completamente isentos de gordura em individuos descompensados

---

(1) Trabalho apresentado ao Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", em 15 de Abril de 1936.

pela obesidade. Por outro lado, viu este mesmo autor, aumento considerável de gordura no coração, alcançando 50 % de seu peso, sem sinal algum de insuficiência em muitos indivíduos caqueticos. Contra a importancia da gordura fala também o fato de ser ela mais abundante no ventriculo direito que no esquerdo e, sendo, contudo, este ultimo o que apresenta os sinais mais acentuados de insuficiência.

Hoje, sem duvida, á luz dos conceitos modernos de fisiopatologia, podemos compreender o problêma de maneira mais nítida e precisa.

De fato, sabemos pelos nossos conhecimentos básicos que existe uma razão de proporcionalidade entre a massa corporea e a força cardíaca. A todos os aumentos da massa corporea ocorre pari-passu aumento da força do miocardio, satisfazendo-se deste modo as exigencias das novas condições e conseqüentemente a dinâmica circulatoria não se vem a perturbar.

Escapam a esta regra de proporcionalidade aqueles aumentos de massa corporea verificados pela ingestão abundante de alimentos em individuos que não se submetem a esforços corporais e que já possuem adequadas correlações neuro-endocrínicas. Nestes, uma obesidade progressiva se instala sem aumento correlativo das musculaturas esquelética e cardíaca. Crea-se, portanto, neste tipo de obesidade por engorda, uma desproporção entre a massa do corpo e a força do coração, acarretando um transtorno circulatorio que cada vez mais se acentua até instalar-se a descompensação.

E' facil de se compreender, que, quanto menor a força cardíaca tanto maior a desproporcionalidade e tanto mais precoce e facil o desencadear-se do quadro da insuficiência. Assim, os corações já lesados e os de pequeno desenvolvimento muscular, os chamados corações debcis, desde logo se resentem por uma obesidade mínima. Em contraposição os individuos de musculatura vigorosa pouco ou nada sofrem por acúmulos de gordura mesmo exagerados.

Nestes, a causa da insuficiência reside quasi sempre na diminuição da força do coração por lesão das suas fibras. Naquêles, com grande probabilidade, na desproporção entre massa e força.

E' natural, que se á ingestão exagerada de alimentos se acrescenta ingestão exagerada de um tóxico da fibra cardíaca, como é, por exemplo, o alcool, põem-se em jogo, duas forças cuja resultante conduz o coração á insuficiência. ()

alimento exagerado aumentando a massa corpórea e o álcool diminuindo a força cardíaca. Esta hipótese que figuramos, encontra sua concretização naquêles individuos que abusam da ingestão abundante e frequente de cerveja, bebida rica em substancias nutritivas e extrativas. Constitue-se o quadro a que Romberg chama com muita propriedade "*coração de cerveja*".

Das considerações feitas conclue-se que é imprecisa a denominação "*coração gorduroso*", sendo mais exato, como propõe Romberg, falar-se apenas "*insuficiência cardíaca dos obesos*".

Passemos agora, á nossa observação.

P. B. 52 anos, casado, açougueiro, alemão, procedencia e domicilio, Capital.

Procurou o hospital em 5-2-36, para ser operado de hernia escrotal esquerda.

Internado na 4.ª C.H. do Prof. Benedito Montenegro, constatou-se a existencia de uma cardiopatia, motivo pelo qual foi enviado á 2.ª M.H. afim de ser convenientemente observado nesse sentido.

Contou-nos, então, o doente que ha 2 anos vinha sentindo cansaço aos esforços e falta de ar. Os fatos da sua molestia desencadearam-se mais ou menos como se segue.

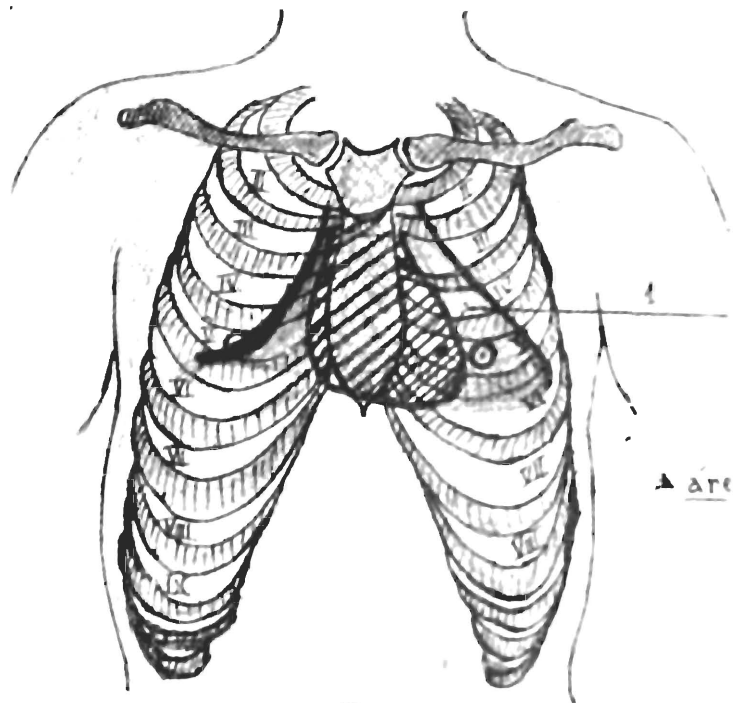
Ha 2 anos começou a sentir falta de ar após os exercicios, não referindo nessa ocasião, falta de ar á noite. Interrogado a respeito de edema referiu ligeiro inchaço dos pés que logo desapareceu. Tratou-se com injeções e capsulas obtendo melhoras sensiveis tanto que passou mais ou menos bem até ha 2 mezes atraz, quando, novamente, teve falta de ar que se tornou continua exacerbando-se com qualquer esforço como carregar cestos e subir pequenas elevações. Nessa ocasião, começou a sentir falta de ar á noite o que antes não acontecia. Esta falta de ar sobrevinha logo que começava a dormir, sentindo-se sufocado, necessitando, então, sentar-se na cama para tomar ar. O resto da noite passava mal, não podendo conciliar o sono. Notou ha 1 mez atraz, ligeiro inchaço dos pés e das pernas que desaparecia com o repouso da noite. Interrogado a respeito de perturbações urinarias, informou que passou a urinar pouco e de côr carregada (sic). Nessa ocasião, tomou os mesmos medicamentos que tomara da primeira vez não tendo obtido, entretanto, melhoras. Passou neste estado até ha 1 semana, não tendo ficado de cama e continuando no seu serviço de açougueiro, informando, porem, que já não conseguia trabalhar com a antiga eficiencia.

No interrogatorio sobre os outros aparelhos, nada encontramos que pudesse interessar ao caso.

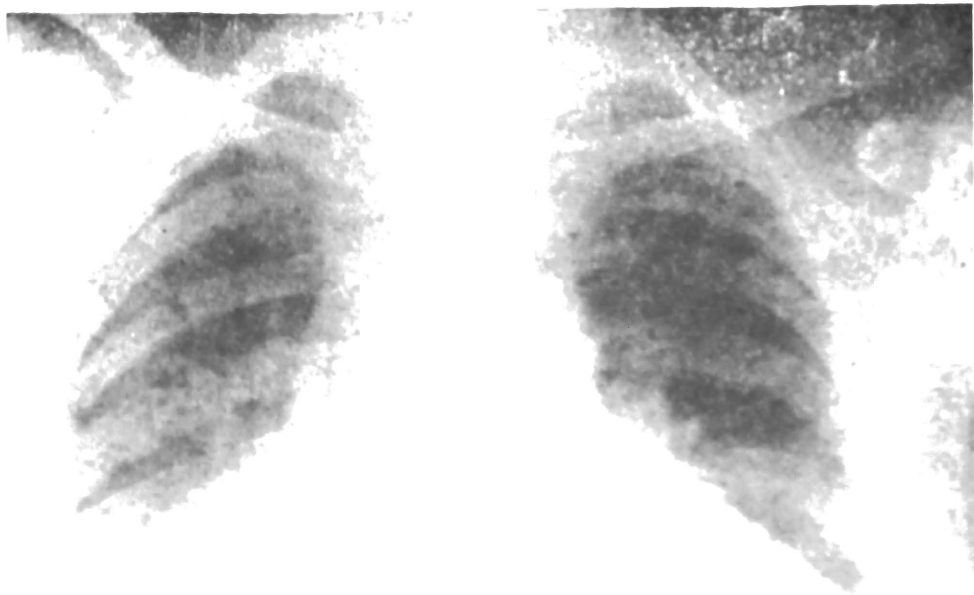
Nos antecedentes pessoais havia de notavel o fato de ser etilista inveterado, chegando a beber na Europa ha 8 anos, 20 litros e mais de cerveja por dia. Pesou já 158 quilos tendo ha 2 mezes acusado 118 e pesava no dia da sua entrada 107 quilos.

Não ha antecedente reumatico nem luético.

A mãe morta após o parto completamente inchada é o unico fato



1) área com 150% de aumento (Fig. 1)  
2) área cardíaca normal



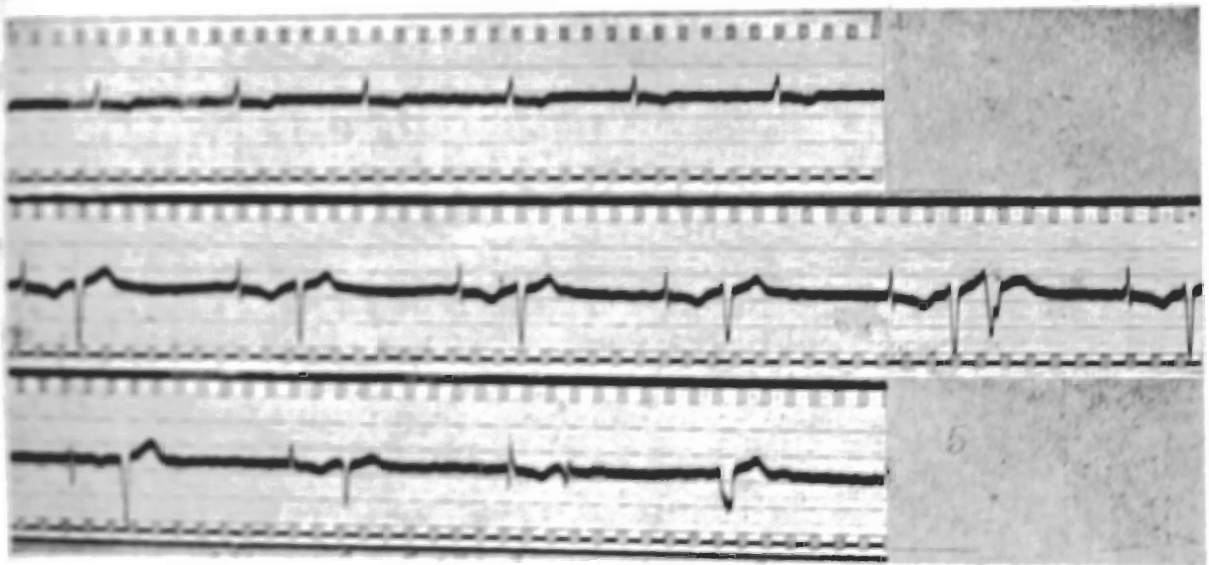


Fig. 3

importante nos seus antecedentes hereditarios. Não ha abortos ou natimortos para o lado de sua esposa que é viva e forte.

Vejamos como se apresentava o doente quando deu entrada no serviço:

Indivíduo branco, brévilíneo, com arcabouço osseo bem constituído e musculatura regularmente desenvolvida medindo 1m.74. O pânículo adiposo exagerado guardando a disposição típica da obesidade por engorda no sexo masculino, nuca, abdome, e região mamaria. No abdomen o pânículo gorduroso como um avental recobria toda a região pubiana. A péle do abdome apresentava vibices e desenhos venosos. No facies, tinha-se a impressão nítida da pletora. A qualquer pequeno esforço do doente e rosto tornava-se exageradamente avermelhado. Havia ligeira cianose dos labios e das extremidades, que diminuia quando o doente elevava os membros. A hernia escrotal era facilmente reductivel. Nos membros inferiores havia ligeiro edêma do joelho para baixo. As mucosas visiveis eram bem coradas. Ausencia de sinais de lues e de particularidades clinicas na marcha. Decubito pouco elevado.

No exame especial da cabeça, olhos, nariz e ouvidos nada havia digno de nota. Na bôca os dentes eram mal conservados com falhas e caries. Estavam presentes; piorrea alveolar e gengivite tartárica.

No pescoço, havia batimentos arteriais, sem entretanto, existir turgência venosa. A tiroide palpavel não aumentada nem dolorosa. Crossa da aorta palpavel na furcula esternal. Não estavam presentes os sinais de Olliver-Cardarelli.

No exame do aparelho respiratorio, ligeira taquipnéa sem dispnéa. Não havia sinal de Lemos Torres, nem diferença na expansão dos 2 hemitóraces. Frêmito bastante diminuido nas 2 bases onde a ausculta revelou raros estertores fluidos. Sonoridade pulmonar muito diminuida devido á adiposidade, não tendo, contudo, a percussão comparada mostrado diferença. A movimentação das margens pulmonares se fazia bem.

Vejamos em seguida o exame do coração e vasos que encerrava dados de importancia capital.

Ictus não visivel, mesmo em decubito esquerdo. Era palpavel neste decubito no 5.º intercosto um dêdo para fora da linha hemiclavicular.

O esquema dá uma idéa da area de massicez cardiaca (fig. 1).

Bulhas mal audiveis em toda a área. Sôpro sistólico na ponta mudando de intensidade a cada revolução cardiaca e com irradiação para a axila. Arritmia por extrassistoles bigeminadas. Pulso pequeno, irregular em tempo de amplitude com 34 batimentos por minutos

Associando-se a ausculta do coração á contagem do pulso radial, notava-se 68 batimentos cardiacos para 34 do pulso. Este deficit, não era, todavia, constante. Pelo esforço, não havia aumento da frequência dos batimentos. Pressão arterial: 200 x 110.

No abdome, havia sinais de ascite (abdome de batraquio e massicez movel). A' palpação generalisada, notava-se consistencia elastica. Ausencia de edêma da parede e circulação colateral.

Figado: limite superior no 5.º espaço sobre a linha mamilar; bordo inferior 4 dedos abaixo do rebordo costal duro, rombo e doloroso.

Itaco não palpável nem percussível. Segmentos cólicos não palpáveis pelo excesso de pâncreo gorduroso. No exame do sistema nervoso, nada notamos digno de registro.

Os exames complementares realizados na ocasião mostraram:

a) *Exame de urina:*

densidade 1014

albumina: traços

açúcar: nihil

sedimento: numerosos cristais de oxalato de Ca. Leucócitos isolados e células das últimas vias.

b) *Dosagem da uréia no soro sanguíneo:* 0,50 ‰.

c) *Radiografia:* Fig. 2 — aumento de área 150%.

## DISCUSSÃO

Antes de ditarmos o diagnóstico estabelecido no nosso doente, achamos de bom alvitre, focalisar os dados importantes que conduziram o nosso raciocínio. De início examinaremos cuidadosamente a anamnese, que segundo o modo de ver de Mackenzie, é a parte principal da observação nos portadores de moléstias cardíacas, por nos dar, com precisão o valor funcional do coração.

Assim vimos, que o doente ha 2 annos começou a manifestar os primeiros sintomas de uma deficiente funcionalidade cardíaca, traduzida por dispnéa de esforço e ligeiros edemas que sofriam a influencia da gravidade. Um tratamento médico feito nessa ocasião, trouxe um equilibrio circulatorio tal, que manteve mais ou menos bem o individuo nas suas condições normais da vida. Ha 2 mezes, novo transtorno circulatorio surgiu. Desta vez, entretanto, com aspecto mais serio. Não se divisava, apenas no complexo sintomático, perturbação funcional do miocardio, pois a asma cardíaca retratava um substractum anatomico definido, a esclerose das coronarias.

A moléstia, tomára já um cunho de maior gravidade, tanto que um tratamento identico instituido não conseguira trazer a dinâmica circulatoria á altura das condições requeridas pelo trabalho do paciente.

(1) comportamento do figado (congestão hepática) e dos pulmões (congestão das bases) associada á ascite, edema e cianose evidenciavam com clareza o estadio avançado da in-



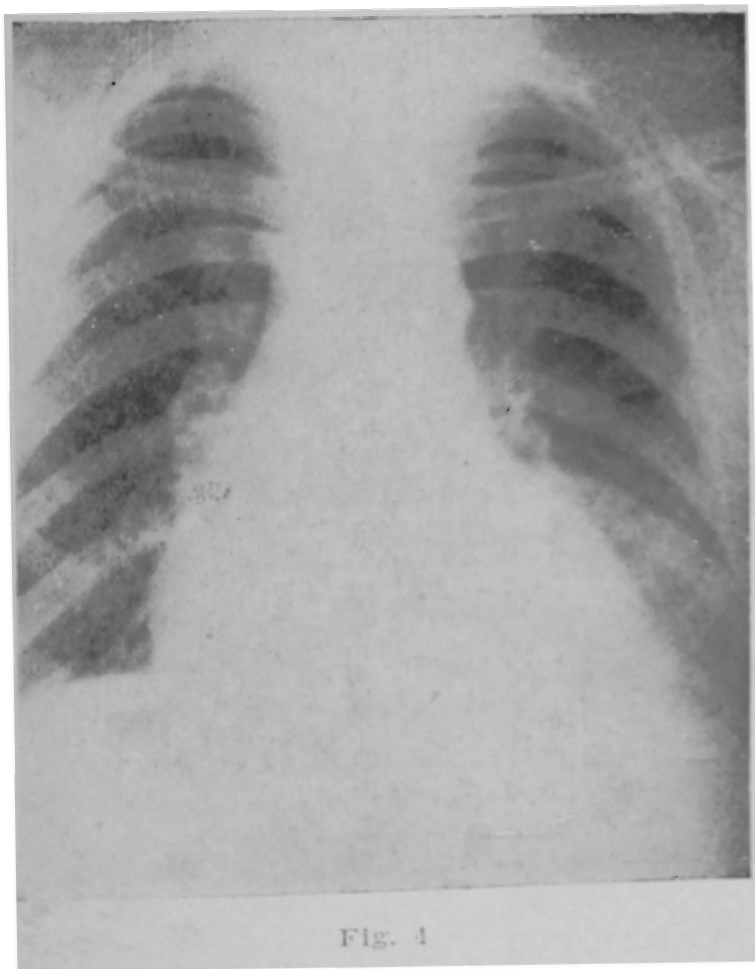


Fig. 4

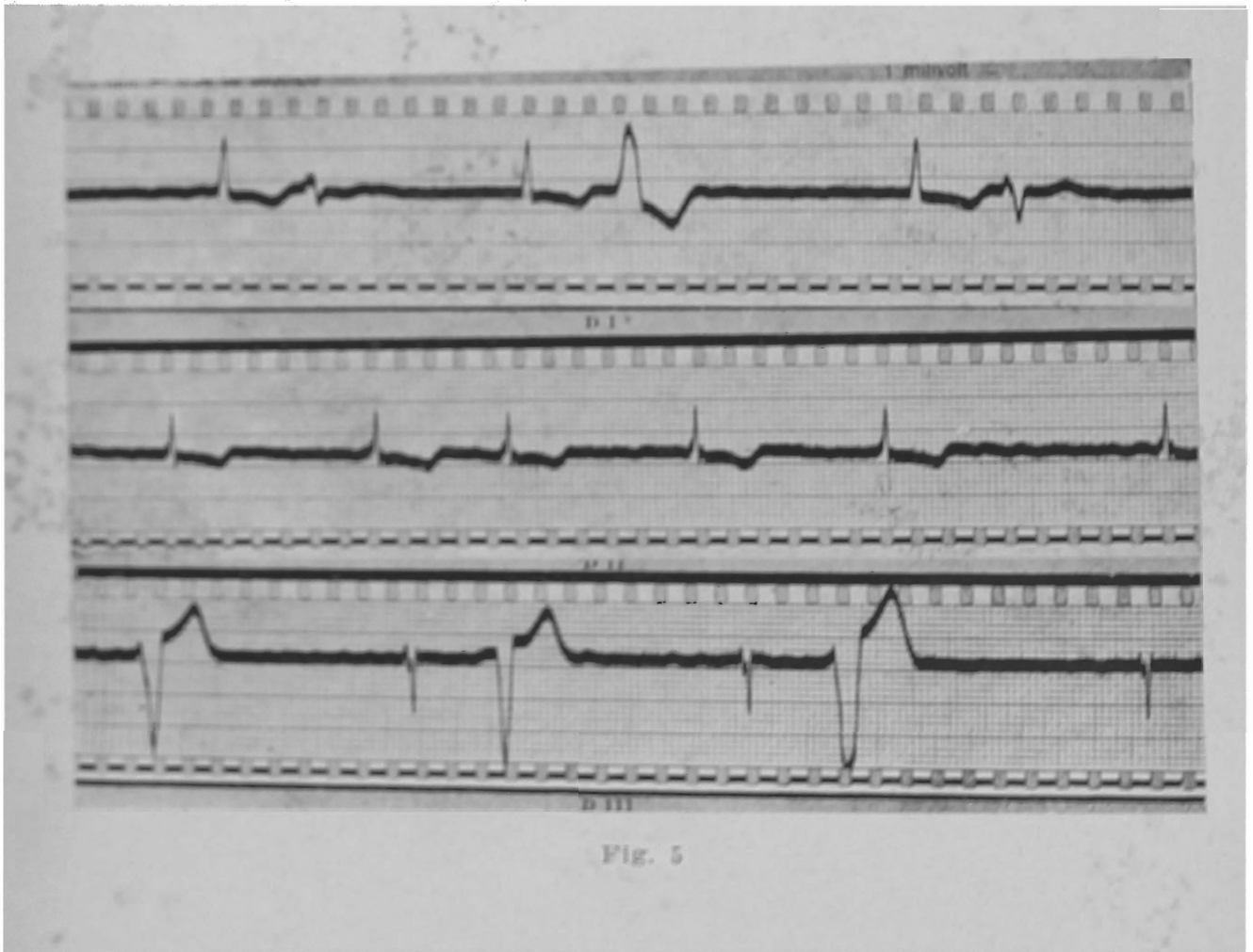


Fig. 5

suficiência cardíaca. O exame do coração mostrando aumento considerável da área evidenciada á percussão e aos raios X e sôpro sistólico na ponta permitiu o diagnóstico de miocardite crônica no sentido clínico da expressão. Pela prope-dêutica aplicada ao aparelho circulatório ainda nos foi possível diagnosticar: arritmia extrassistólica bigeminada e bloqueio total aurículo-ventricular, respectivamente pelo caracter acustico do ritmo cardíaco e imutabilidade da frequência do pulso após a prova do esforço. A arritmia do pulso foi filiada á extrassistolia desde que havíamos diagnosticado bloqueio total A-V.

O electrocardiograma, positivou os nossos diagnósticos mostrando, ainda, a existencia de uma fibrilação auricular. (Vêr electrocardiograma na fig. 3).

Compreende-se, facilmente, porque este ultimo diagnóstico não tenha sido feito clinicamente. A existencia de um ritmo idioventricular nos tirou a possibilidade de filiar a arritmia do pulso a uma causa auricular.

A plethora evidenciada pelo paciente chamava a nossa atenção para aqueles tipos de insuficiência cardíaca que se enquadram no tipo "plus" ou congestivo dos americanos, isto é, insuficiência com grande aumento da massa sanguínea, conceito este de importância na terapêutica como veremos.

Em conclusão, estávamos diante de um obeso, etilista, em fase de insuficiência cardíaca "plus" com miocardite crônica, fibrilação auricular, arritmia extrassistolica e bloqueio total A-V.

## EVOLUÇÃO E TRATAMENTO

Qual a conduta terapêutica a seguir em face do exposto?

Pela gravidade do caso uma intervenção enérgica se impunha: melhorar as condições do miocardio administrando digitalina. Esbarrávamos, entretanto, com um inconveniente serio: a mobilização da massa de sangue retida nos reservatórios do organismo, o que traria maior ascensão da pressão arterial, que já era 200. Nosso primeiro cuidado seria, então, desafogar o coração diminuindo as resistencias periféricas por meio de sangrias eficientes.

Assim o fizemos, uma primeira sangria de 500 cc. e posteriormente duas outras, uma de 500 cc. e outra de 250 cc..

a medida que a dinâmica circulatória melhorava com a terapêutica digitalica instituída.

A digitalina foi administrada pelo processo de Eggleston. Calculamos o peso do paciente descontando edêmas e gorduras em 70 quilos, o que equivale a uma dose total de 3,5 mgrs. ou seja 175 gotas da digitalina cristalizada "Nativelle". Na primeira dose, demos 75 gotas pela manhã e 25 gotas à tarde. As restantes 75 gotas foram administradas em doses seguidas de 25 gotas diárias. Como não tivéssemos verificado, após esta dose, intoxicação, condição "sine qua non" se verifica o máximo efeito terapêutico da droga, continuamos administrando doses fracionadas de 25 gotas diárias, atingindo um total de 225 gotas (1,5 mgrs.), quando o vômito apareceu indicando o fim almejado.

O êxito terapêutico foi completo. Dentro de uma semana o doente achava-se, novamente, compensado; a pressão arterial de 220 passara a 160 com desaparecimento da cianose e dos outros sinais de insuficiência "plus". O peso de 107 caiu a 92 quilos. A área cardíaca passara do aumento de 150 % a 110 % (radiografia fig. 4).

O electrocardiograma mostrou potencial mais elevado (fig. 5). A frequência e caráter do pulso não sofreram alterações assim como a ausculta cardíaca.

Não cogitamos do tratamento da fibrilação que já era antiga (mais de um mez) e porque restituindo a contração coordenada às aurículas exporíamos o doente a possíveis embolias. Temos a assinalar, infelizmente, que mesmo com esta precaução registou-se durante a evolução desaparecimento do pulso por embolia da arterial radial direita.

## COMENTARIOS

Como expuzemos nas considerações gerais do nosso trabalho, os obesos fortes encontram a causa da sua descompensação na lesão das fibras miocárdicas. Isto foi observado de modo cabal no doente que apresentamos, pois, êle que suportara uma engorda exagerada de 158 quilos, sem o mínimo sinal de sofrimento, evidenciou com peso muito menor (107 quilos), perturbações cardíacas, desde que a diminuição de força do coração apareceu.

Outro ponto que nos parece interessante comentar é a

---

**questão de bloqueio total A-V e bigeminismo, perante o tratamento pela digitalina. O bigeminismo não constitue contra-indicação desde que não seja o reflexo da intoxicação por aquele medicamento. De modo idêntico, o bloqueio não constitue contra-indicação á digitalis, porquanto, é este um dos fins a que se propõe esta droga.**

**E' interessante referir que apesar dos transtornos de ritmo que perduram até hoje, nosso doente caminha pela enfermaria numa "atitude esbelta de militar alemão".**

---

## Instituto de Medicina Experimental para o estudo e tratamento do Cancer

da Universidade de Buenos Ayres

Sobre o titulo acima o doutorando *Licinio Hoepfner Dutra*, que tomou parte na viagem de intercambio universitario realizada em julho ultimo pela "Caravana Médica Paulista" á Republica Argentina, realizou uma palestra no Departamento Científico do Centro Academico "Oswaldo Cruz", na sessão extraordinaria de 4-9-936 que versou sobre os tópicos seguintes:

1. Organização e funcionamento do Instituto.
2. Modernas experimentações sobre o *Cancer*: cancer e sol. Papel da cholesterina.
3. Lucta anti-cancerosa na Republica Argentina.

O A. expoz com clareza não só a organização e o funcionamento do notavel Instituto da Universidade de Buenos Ayres, como tambem, poz em fóco o amplo programma da lucta anti-cancerosa que vem sendo desenvolvido na Republica irmã.

Por ter despertado vivo interesse na classe academica o relato sobre os trabalhos experimentaes realizados ultimamente naquello Instituto, sob a sabia orientação do genio creador do prof. Angel H. Roffo, director da instituição modelar que constitue justo orgulho da America Latina, publicamos a seguir a segunda parte da sua palestra.

### II. MODERNAS EXPERIMENTAÇÕES SOBRE O CANCER CANCER E SOL. PAPEL DA CHOLESTERINA

Dentre os varios trabalhos desenvolvidos ultimamente pelo Instituto, sob a sabia orientação do Prof. Roffo, deve-

mos pôr em destaque aquelles que se referem aos *carcinomas produzidos pela acção do sol total* e dos Raios U. V.

A partir de 1932, o prof. Roffo iniciou uma série de experimentações sobre a influencia das irradiações solares no desenvolvimento dos tumores malignos cutaneos. Baseado nas observações sobre a localização dos tumores cutaneos nos enfermos observados no Instituto, cuja etiologia vincula estritamente com a influencia do sol, descreveu as formas clinicas, a histologia, a predisposição cutanea em relação com a photo sensibilidade da pelle e a importancia que adquire neste processo a cholesterina, como veremos mais adiante.

Em communicações posteriores trouxe o conhecimento dos resultados de novas experimentações sobre a actuação das irradiações das ondas ultra-violetas sobre os animaes, com um comprimento de onda comprehendida entre 1800 e 3400 u. Angs., isto é, irradiações que se encontram entre aquellas produzidas pelo sol., com o desenvolvimento de tumores malignos — *carcinomas e sarcomas*.

Em ambos os casos, isto é, os tumores desenvolvidos sob a acção do sol e dos raios ultra-violetas, se tratavam de tumores que se desenvolviam ao cabo de poucos mezes em animaes submettidos á acção daquelles agentes e que em algumas series de experimentações attingiam a 100% e, em todos os casos, o processo era sobre o ponto de vista histopathologico e evolutivo de forma neoplasica maligna.

Submettendo ratas e camondongos brancos á acção dos raios solares, sem a intervenção de outros agentes, conseguiu produzir tumores malignos em elevada percentagem, variando entre 70 a 100%. Estes tumores apresentavam-se debaixo dos dois typos: epitheliaes e conjunctivos. A's vezes, em um mesmo animal, se desenvolviam tumores de typo histologico' diferente: p. ex. carcinoma em uma orelha e sarcoma em outra. Tambem se observavam em uma mesma orelha os dois typos de tumores: carcinoma de um lado e sarcoma de outro.

Os tumores sempre se originam nas regiões depilladas — orelhas, conjunctiva ocular, nariz, cauda, etc., ou em regiões depilladas artificialmente.

A evolução de taes processos dura em média 7 a 10 mezes, iniciando sempre com um espessamento hyperplastico e papilomatoso. Os animaes morrem por cachexia e com metastases ganglionares.

O prof. Roffo põe em especial destaque o papel que representa o teor em cholesterina, como substancia photoactiva, heliotropica e energetica para a producção dos tumores. Como veremos mais adiante, elle relaciona o apparecimento do tumor a existencia de uma hypercholesterinemia local que precede sempre as primeiras manifestações tumoraes.

Do resultado das suas experiencias com diversas modalidades de irradiações com sol total, sol filtrado, raios ultravioletas, raios luminosos, ondas curtas de Hertz, etc., concluiu que a producção dos tumores malignos depende directamente da intensidade actinica destes raios e não do seu poder luminoso.

Todas as lesões por elle observadas, tanto as pré-cancerosas como as cancerosas e sarcomatosas, apresentavam uma estreita relação com as que são observadas nos tumores cutaneous produzidos no homem e cuja etiologia se relaciona com o excesso de exposição ao sol em pelles photosensiveis. (fig. 1).

Conclue, finalmente, baseado na experimentação que a acção do sol total goza de uma acção cancerigena notavel e chama a attenção para os perigos que apresenta a irradiação solar as pelles photosensiveis, principalmente quando esta acção é applicada de forma desmedida e sem controle.

A este respeito o prof. Roffo lembra as palavras de Robert Le Bret, secretario geral da Liga Francesa contra o Cancer:

*"Je serai amené à rappeler non pas à la pudeur, ce qui n'est pas mon rôle, mais à la prudence, des nudistes qui se plaisent à rechercher des colorations particulières de la peau, en se faisant griller par le soleil".*

Assim de illustrar melhor os resultados destes trabalhos intensivos que vem sendo desenvolvidos no Instituto do Cancer sob a direcção do prof. Roffo, projectaremos a seguir algumas gravuras que representam os resultados experimentaes. (figs. 2, 3, 4 e 5).

### PAPEL DA CHOLESTERINA

O prof. Roffo quer explicar a acção do sol total sobre a pelle baseando-se no teor em cholesterina em proporções



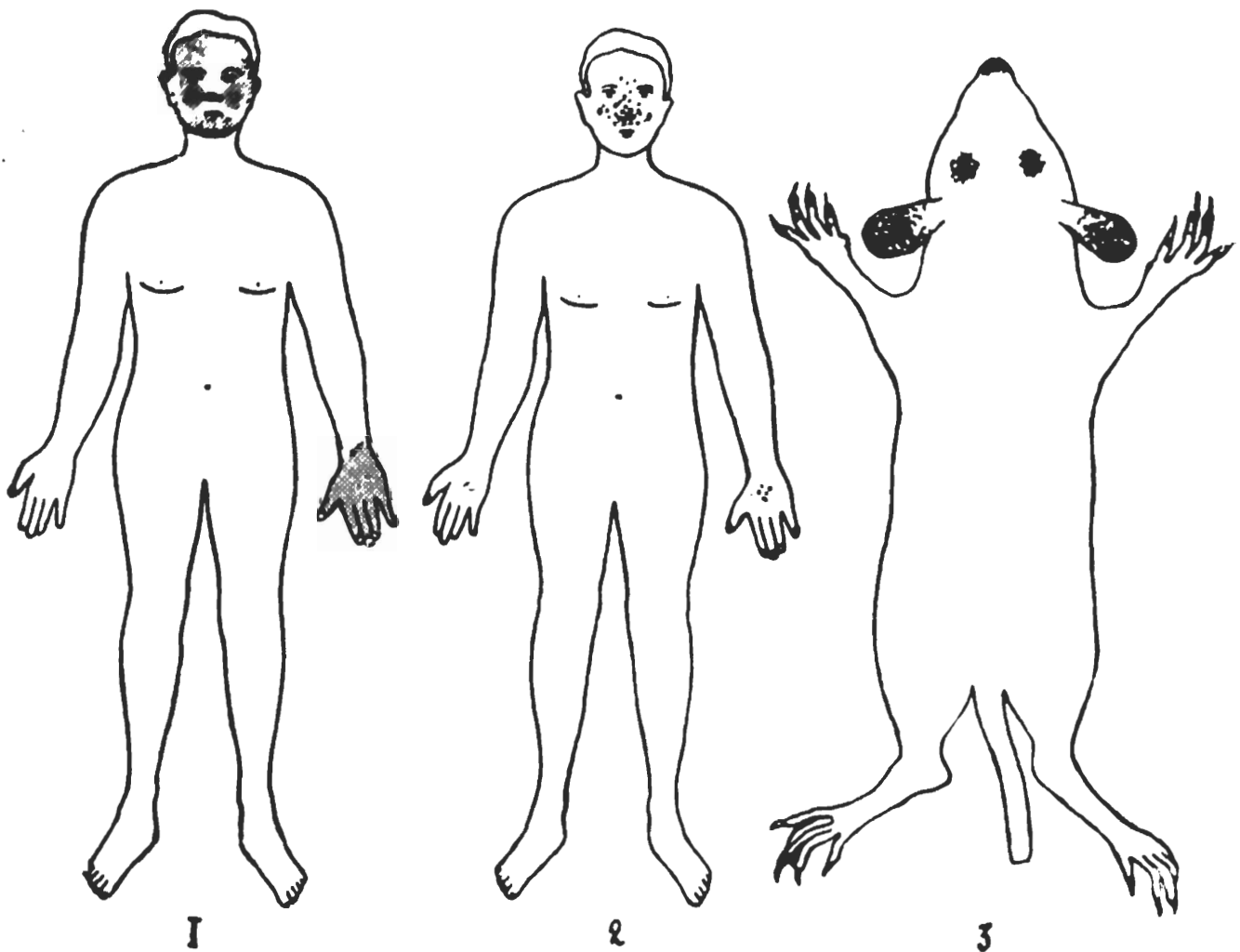


Fig. 1 (Prof. Roffo)

- 1 — Regiões hypercolesterinicas;
- 2 — Regiões onde se desenvolvem os tumores cutâneos no homem (zonas desprotegidas pelo vestuário);
- 3 — Idem no rato (zonas desprotegidas por pelos).

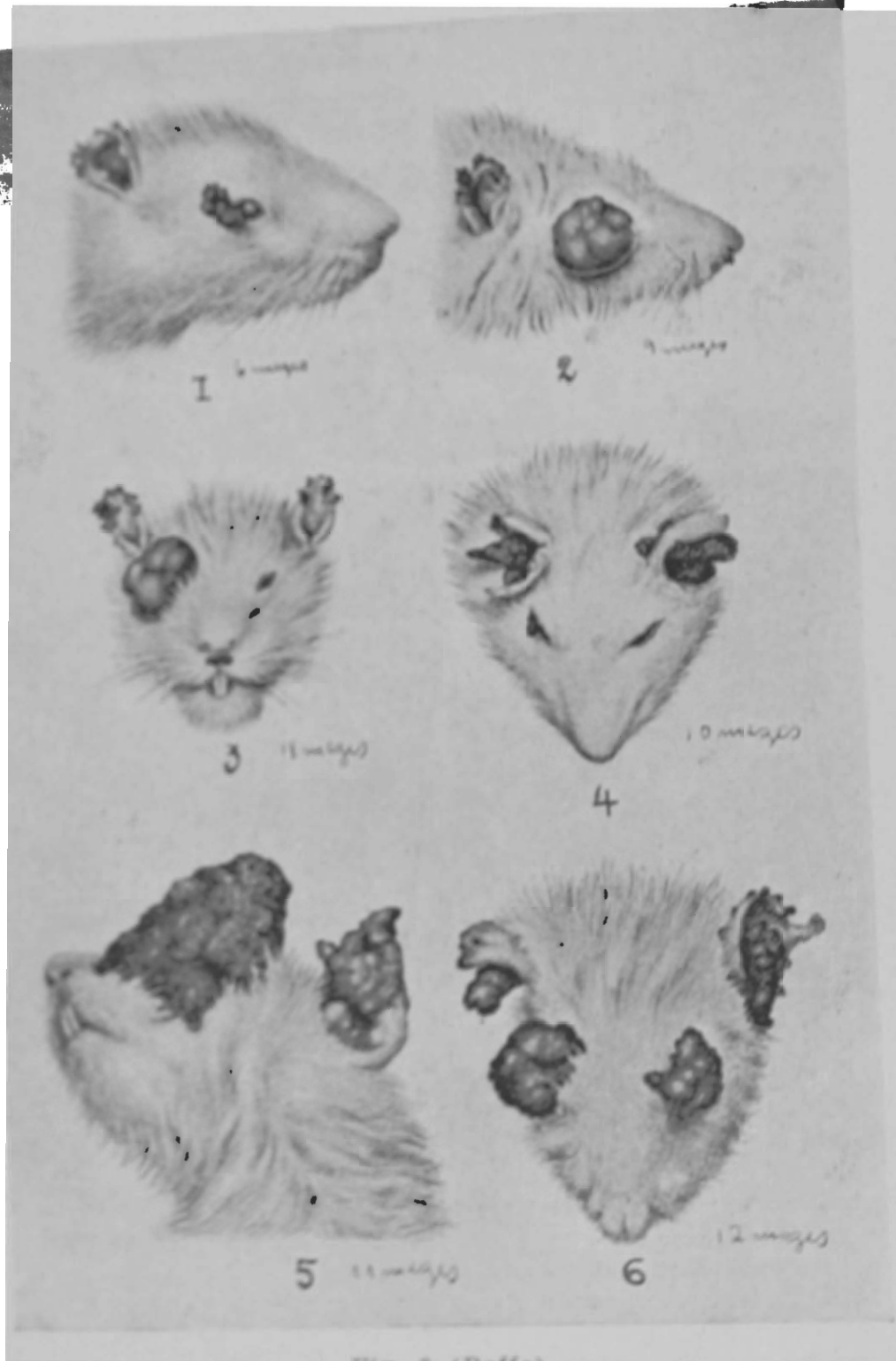


FIG. 2 (Cont'd)

- 1 e 2 — Sol total com 6 e 9 meses de irradiação produzindo Cancer da pálpebra e lesões hyperkeratoticas da orelha;
- 3 — Tumor no oído após 18 meses de sol total;
- 4 — Carcinoma nas orelhas após 10 meses de sol total;
- 5 — Sarcoma no oído e carcinoma na orelha após 11 meses de sol total;
- 6 — Quatro neoplasias depois de 12 meses de sol total.

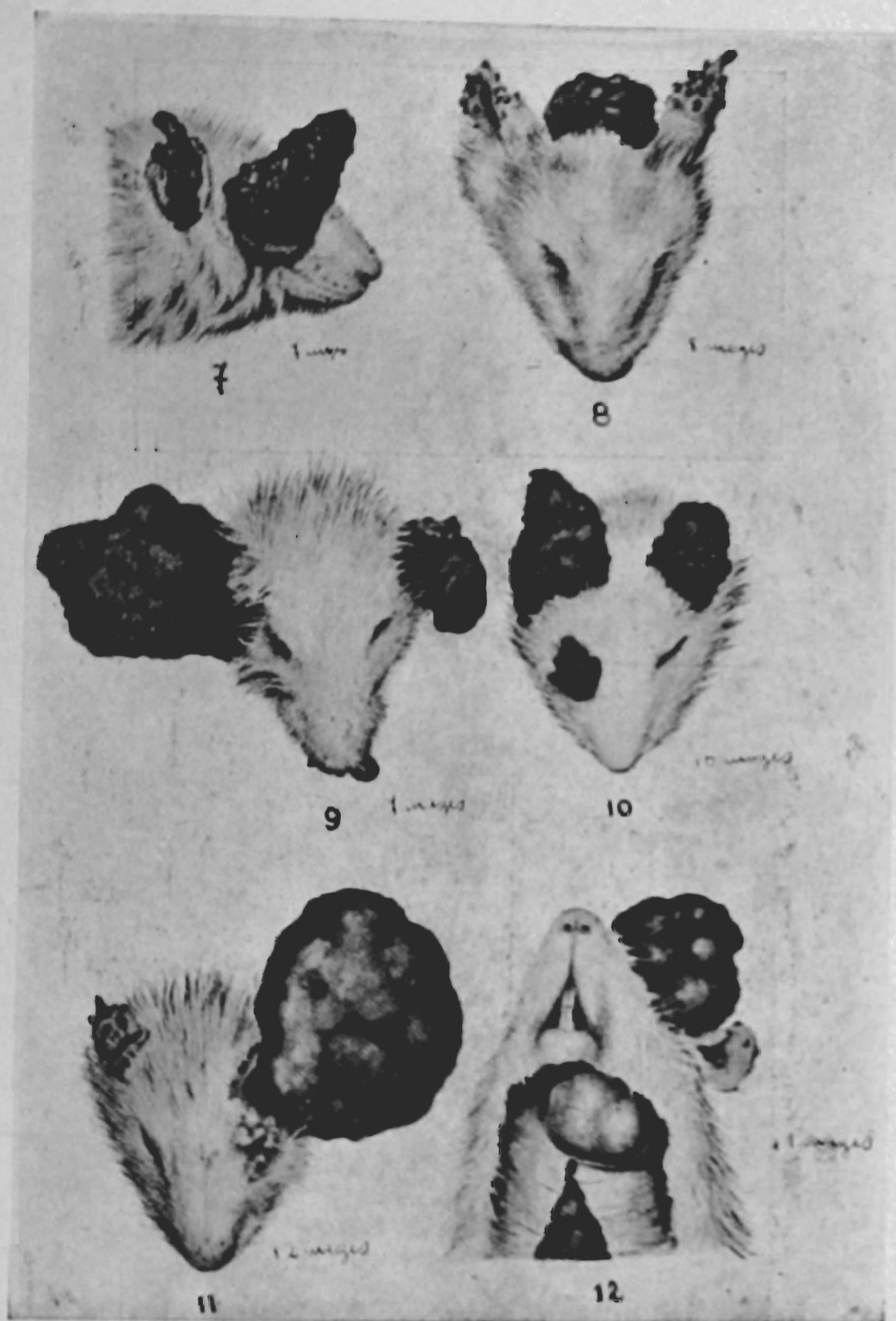


Fig. 3 (Roffo)

- 7 — Tumor no olho e papilomas na orelha com 7 meses de sol total;
- 8 — Grande tumor depois de 8 meses de irradiação solar total;
- 9 — Enormes tumores com 7 meses de sol total;
- 10 — Cancer e sarcoma depois de 10 meses de sol total;
- 11 — Grande sarcoma depois de 12 meses de sol total;
- 12 — Sarcoma fuso-cellular da orelha e metastase ganglionar após 11 meses de sol total.



Fig. 4  
Tumor desenvolvido na cauda de rato por irradiação  
ultra-violetas (Roffo).



Fig. 5  
Tumor desenvolvido na pata anterior de rato por  
irradiação solar (Roffo).

apreciáveis que a acção dos raios actinicos determina em relação com a intensidade das irradiações. Assim, deprehen-de-se das suas investigações que no homem adulto existe um augmento consideravel da cholesterina na pelle das regiões expostas ao sol, 5 a 7 veses mais forte do que nas partes descobertas. Mesmo nas partes expostas ao sol notam-se differenças segundo o grau de exposição. P. ex. na face, a pelle do nariz que é mais exposta encerra um maior teor do que a pelle da fronte menos exposta, pois, que esta é protegida pelo chapéu.

No féto as differenças do teor cholesterinico entre a face e o ventre são minimas.

Estas observações foram inteiramente confirmadas com as experimentações em *anima vili*. Pesquisas realizadas em 600 ratos brancos, em experiencias doptadas das menores minucias, afim de se evitar qualquer causa de erro, demonstraram um augmento da cholesterina após a irradiação. A contra-prova foi positiva: ratos em igualdade de condições, mas não expostos ao sol, não apresentaram augmento.

Afim de conhecer quaes os raios solares mais activos na producção deste phenomeno fez experimentações com ondas de differentes comprimentos. Constatou então que acção solar sobre a cholesterina se exerce pelos raios U. V.; os raios activos são os raios curtos que provocam augmento mais notavel.

Destas experimentações cuidadosas sobre a acção do sol total, determinando a producção de tumores cancerosos e do augmento local do teor em cholesterina, sob a acção das irradiações, o prof. Roffo quer relacionar a etiologia das neoplasias.

Dentre as innumeradas theorias que procuram explicar o mysterio da etiologia das neoplasias aquelle mestre abraça a th. irritativa. Baseado em estudos realizados no seu Instituto e em estatisticas interessantes, conclúe que a neoplasia é producto de dois factores:

#### *Irritação e terreno*

Como ex. de irritantes que determinam tumores malignos cita o tabaco e o alcool.

Referindo-se aos fumadores e aos alcoolatras, pergunta elle: "porque todos os fumadores e todos os alcoolatras não ficam cancerosos"?

E, a resposta também é sua:

a razão é a mesma porque o alcatrão não produz tumores em todas as espécies animais. Produz com muita facilidade no coelho e no rato e não produz na cobaya e no cão. É necessário, além da irritação, a existência de um terreno que favoreça o crescimento dos tecidos. É exactamente o que se observa na espécie humana em que o cancer não adquire a mesma intensidade em todas as raças.

Assim, relacionando os factos observados no seu Instituto, quer sob o ponto de vista experimental quer sob o ponto de vista estatístico, baseados na acção dos irritantes e, nas localizações dos processos tumoraes da pelle na mesma zona onde ha maior teor em cholesterina, o prof. Roffo attribue o factor terreno, que é indispensável ao apparecimento das neoplasias malignas, ao maior ou menor teor em cholesterina.

---

## NOTICIÁRIO

**Sessões do Departamento Científico realizadas  
no primeiro semestre de 1936****1.ª Sessão ordinária, realizada no dia 16 de abril de 1936**

Aberta a sessão pelo Ddo. Aluizio Matos Pimenta, presidente do Departamento científico, durante o anno de 1935, faz a apresentação do relatório do exercício daquelle anno, declarando, em seguida, empossada a directoria eleita para o corrente anno.

Tomam, então, posse dos seus cargos os novos directores: —

Ddo. José Ramos Oliveira Junior, presidente;

Ddo. Licinio H. Dutra, secretario;

Ac. Jorge dos Santos, secretario geral.

O Ac. Roberto Brandi, vice-presidente do Centro Académico "Oswaldo Cruz", enaltece a acção da directoria passada e incentiva a actual na permanencia do engrandecimento de nosso Departamento.

O Ddo. José Ramos Jr. agradece em nome da nova directoria, expõe em linhas geraes a conducta a seguir durante a gestão de 1936 e convida o Dr. Armando Marques para orientar os trabalhos do dia. Foram apresentados e discutidos os trabalhos seguintes:

1.º) **INSUFFICIÊNCIA RESPIRATORIA DE ORIGEM NASAL**, pelo Ac. F. Prudente de Aquino Filho.

O A. justifica a apresentação do trabalho e prosegue na leitura da observação do caso, salientando o valor da anamnese e dos signaes semiologicos e dynamicos, com provas de laboratorio e exames especializados, evidencia a possibilidade de afastar um processo tuberculoso em inicio e chega á seguinte conclusão: verificada a insuficiencia respiratoria e afastada a hypothese de um processo tbc. em inicio,

deve-se remover a causa local da insuficiência, pois, que esta seria um terreno propício á phymatose, que mais cedo ou mais tarde ahí se installaria.

Fizeram considerações sobre o trabalho o Ddo. José Ramos Jr. e os Drs. Mesquita Sampaio e Armando Marques.

2.º) CORAÇÃO E OBESIDADE pelos Ddos. Ignacio Alves Corrêa e B. Trachesi.

Comentando o trabalho que vai publicado neste numero, falaram os Ddoa. José Ramos Jr., Moysés Barmak e Acs. Mario Degni e José P. G. d'Alambert. O Dr. Armando Marques elogia a comunicação e lece opportunos comentarios sobre a mesma.

3.º) UTERO GRAVIDO ENCARCERADO, pelos D.dos Domingos Delascio e Feres Neme.

Os A.A. iniciam o trabalho fazendo estudos ligeiros sobre a statica uterina e as anomalias de posição do utero. Assim emittem sobre a retroversão, retro flexão, sua etiologia, classificações, syntomatologia e diagnostico. Apresentam um caso de nidação ovular num utero retro-flexo fixo e insistem sobre as perturbações vesicaes que posteriormente se accentuam, chegando mesmo á perfuração e peritonite, caso o processo não se resolve pelo abortamento ou pela arte.

No caso em apreço foi tentada a redução da retro-flexão por via vaginal e essa não sendo possivel foi feita a repositão do utero e esvaziamento por via alta.

Antes do encerramento da sessão, o Dr. Armando Marques, com palavras elogiosas, estimula os academicos na apresentação de novos trabalhos, mostrando-se satisfeito pelo desenrolar dos debates.

*2.º Sessão ordinaria, realisada no dia 16 de maio de 1936*

Presidente: Ddo. José Ramos Jr.

Secretario: Ddo. Licinio H. Dutra.

Secretario geral: Jorge dos Santos.

Especialmente convidado, orientou os debates o Dr. João Alves Meira.

O Ddo. José Ramos Jr. abrindo a sessão faz sciencia do premio offerecido pelo dr. Jairo A. Ramos.

Em seguida dá início ás notas praticas, apresentando um caso de estenose mitral suspeitada pela observação e confirmada pelos exames complementares.



Da ordem do dia constaram os seguintes trabalhos:

1.º) **ASTHENIA NEURO-CIRCULATORIA**, pelos Ddos. Mario Lotufo e José Ramos Jr.

Comentaram esse trabalho que é publicado neste numero os Ddos. Licinio H. Dutra e Domingos Delascio.

2.º) **UM CASO DE TUMOR DO MEDIASTINO**, pelos Ddos. F. Fanganielo e B. Tranchesì.

Comentando o trabalho que é publicado neste numero, falaram os Ddos. Domingos Delascio, Licinio H. Dutra, José Ramos Jr. e Ac. F. P. de Aquino Filho.

3.º) **CANCER DO ESOPHAGO**, pelo Ddo. Licinio H. Dutra.

Discutiram a comunicação que é publicada neste numero os Ddos. Ignacio Alves Corrêa, Moysés Barmak, Domingos Delascio, F. Fanganielo, José Ramos Jr. e Ac. José P. G. d'Alambert.

Antes do encerramento da sessão o Sr. Presidente propõe á casa a não realização da sessão ordinaria em 16 de junho de 1936 o que é aprovado por unanimidade de votos.

### *3.ª Sessão ordinaria, realisada no dia 18 de agosto de 1936*

Presidente: Ddo. José Ramos Jr.

Secretario: Ddo. Licinio H. Dutra.

Secretario Geral: Ac. Jorge dos Santos.

Especialmente convidado orientou as discussões o Dr. Tisi Neto, que fez interessantes commentarios no fim da apresentação de cada trabalho.

Aberta a sessão o Ddo. José Ramos Jr. annuncia o proximo curso de radiographia pulmonar pelo Dr. Paulo de Toledo e thisiogenese do adulto e da criança pelo Dr. João Grieco.

Passa em seguida á presidenica ao Ddo. Licinio H. Dutra, que dá inicio aos trabalhos do dia.

1.º) **RELATO SOBRE OS SERVIÇOS CLINICOS DE BUENOS AIRES**, pelo Ddo. José Ramos Jr.

O A. faz uma exposição rapida, mas clara e precisa desses serviços, salientando os pontos capitais. Durante a preleção, projecta alguns graphics, que melhor elucidam a assumpto, sendo bem frizante os ensinamento colhidos desse trabalho e annuncia que na proxima sessão o Ddo. Licinio H.

Dutra fará uma exposição sobre o Instituto Experimental do Cancer de Buenos Ayres, serviço do prof. Roffo.

### 2.º BRONCHIECTASIAS E SEU DIAGNOSTICO, pelo Ddo José Ramos Jr.

O A. focalizou o problema diagnostico das bronchiectasias, estudando a radiologia, anamnese e propedeutica physica. Apresentou as vantagens da bronchographia no diagnostico e na contribuição á physio-pathologia das bronchiectasias, esclarecendo a dinamica da arvore bronchica. Estuda os diferentes symptomas e passa em revista os methodos classicos da propedeutica physica pulmonar, nas bronchiectasias: inspecção, palpação, percussão e ausculta, achando que este é o mais importante. Terminando o estudo da propedeutica physica o A. assignala drenagem de postura, util para a interpretação de symptomas da anamnese (acessos periodicos de tosse com expectoração), para o exame physico e therapeutica. Descreve as manobras de Quinke e Jacobi de Vecchi e apresenta 3 observações documentadas com bronchographias, exames de laboratorio e a ultima com autopsia. A primeira procedente da 3.ª C. H. — Serviço do Prof Alipio Correia Netto e as duas outras da 2.ª M. H. — Serviço do Prof. Rubião Meira.

O trabalho foi commentado pelo Dr. Tisi Netto, que elegou o A. pela "linda aula de propedeutica". O Ddo. Licio Dutra realçou tambem os conhecimentos do A., reafirmando o conceito em que é tida a escola do Dr. Jairo Ramos, assistente do Prof. Rubião Meira.

### 3.º ABCESSO PUTRIDO DO PULMAO, pelo Ddo. Moyses Barmak.

A communicação versa sobre uma doente que no decimo segundo dia, de uma pneumopathia aguda, apresentou-se com forte hemoptise e pessimo estado geral e que ao exame physico revelou uma syndrome cavernosa dada por estertores gargarejantes e sopro amphorico ao lado de signaes de derrame pleural. Em seguida o A. elimina o processo tuberculoso, a bronchiectasia, o pleuriz encystado, o cysto hydatico, a gomma syphilitica, a mycose pulmonar e encara os abcessos e gangrenas pulmonares, relatando as modernas possibilidades de differenciação bacteriologica entre abcessos putridos e gangrenas.

Terminando a sua exposição o A. passa em revista as causas etiologicas do seu caso particular.

Discutiram o trabalho os Ddos. Ignacio Alves Corrêa, B. Tranchesí, José Ramos Jr. Carlos Mendes de Paula, Licinio H. Dutra e o Ac. José P. P. d'Alambert.

### O Departamento Científico na Caravana Médica Paulista á Argentina

Parece-nos que temos o direito de afirmar que o programma traçado pela actual Directoria do Departamento Científico, pouco antes das eleições, graças ás quaes os collegas escolheram aquelles que se deviam collocar á frente dessa instituição que tanto tem contribuido para elevar e honrar o nome do Centro, vem sendo integralmente cumprido.

Effectivamente, tudo se tem feito entre nós, no sentido de incentivar, em nosso meio, o amor ao estudo, ás pesquisas, ás indagações scientificas. E, se infelizmente não conseguimos ainda, de maneira completa, os nossos objectivos, consola-nos todavia a certeza de havermos trabalhado tanto quanto nos permitem nossas forças e nossas possibilidades, para o cabal desempenho da missão que nos foi confiada.

Assim é que, ao par das altas finalidades da Embaixada organizada pelo Centro Academico "Oswaldo Cruz" á Republica Argentina, o Departamento Científico fez-se representar junto a ella, oficialmente, nas pessoas dos seus directores, os doutorandos José Ramos Oliveira Jr. e Licinio H. Dutra.

Concorrer para a intensificação do intercambio intellectual entre Brasil e Argentina; contribuir para maior aproximação entre os homens de Sciencia dos dois paizes, afim de que da cooperação de uns resulte maior eficiencia dos trabalhos de outros; proporcionar aos nossos estudantes uma optima oportunidade para ampliarem seus conhecimentos estudando a organização hospitalar de Buenos Aires, onde tanta cousa ha que aprender, — taes eram os objectivos que tinham em mira os organizadores daquela viagem. E acreditamos que estas finalidades foram attingidas cabalmente.

Logo após a chegada, foi a nossa delegação visitada por um comissão representativa do "Centro Estudantino da Faculdade de Medicina de Buenos Aires", que foi levar aos

estudantes brasileiros a sua saudação de colegas e o seu abraço de irmãos. Sciendes dos objectivos da embaixada, apressaram-se elles em collocar à disposição dos visitantes o seu salão de conferencias, bem como as paginas de sua revista, para leitura e publicação dos seus trabalhos.

A revista do Centro Estudantino, da qual diversos exemplares foram offercidos aos estudantes brasileiros, tem materia abundante e valiosa, repleta de communicações interessantes e artigos originaes.

Em visita ao Hospital da Clinica, onde fazem seus cursos praticos os chamados "*praticantes menores*" da Faculdade de Medicina, teve o representante do Departamento o ensejo de adquirir algumas revistas e separatas publicadas sob a orientação daquelle estabelecimento, assegurando-lhe o Director da Bibliotheca que continuaria a remetter regularmente, ao Departamento, todas aquellas publicações. A' alguns estudantes daquelle Hospital, foram offercidos, pelos nossos colegas, diversos exemplares da nossa revista, bem como algumas obras de professores da nossa Faculdade.

Tambem com a Directoria do Centro Estudantino estabeleceu o Departamento condições de permuta de revistas e publicações avulsas entre aquella associação e o Centro Academico "Oswaldo Cruz".

Os academicos Orlando Campos e José Arruda Botelho, acquiescendo a um muito amavel convite do prof. Bernardo Houssay, physiologista emerito e presidente da "Academia Nacional de Medicina" daquelle paiz, estiveram no seu laboratorio onde puderam ter o ensejo de repetir, sob a orientação do prof. Alfredo Biasotti, algumas das mais recentes experiencias realizadas por aquelle eminente scientista. O relatorio dessas experiencias serão apresentados opportunamente em sessão ordinaria do Departamento.

No "Instituto de Medicina Experimental para o Estudo e Tratamento do Cancer", do prof. A. H. Roffo, organização scientifica que tanto honra a America Latina, foram tambem obtidas para o Departamento algumas publicações.

Sobre essa notavel instituição, o doutorando Licinio Hoeppeuer Dutra pronunciou no Departamento Scientifico uma palestra amplamente illustrada, pondo em fóco não só a sua organização e funcionamento, como tambem fazendo um relato sobre as suas ultimas experimentações. Neste nu-

mero damos publicidade, por ter despertado interesse na classe academica, a uma parte daquella palestra.

O mesmo se diga em relação ao "Instituto de Nutrição" e "Escola Municipal de Dietetica", dirigidos pelo illustre scientista Prof. Escudero, grande admirador e amigo da nossa Faculdade e de cuja personalidade todos guardam a lembrança dos felizes momentos do seu amavel convivio.

Não menos importante e merecedor de especial referencia deve ser lembrado o "Instituto Municipal de la Tuberculose (Hospital Tornú) que sob a sabia direcção do prof. A. Raimondi reúne um pugilo de jovens scientistas ao afan de desvendar os mysterios da tuberculose.

E assim, procurando extender o mais possivel o seu campo de acção, sempre tendo em mira o aproveitamento e beneficio do estudante, poude o Departamento Scientifico levar, além das nossas fronteiras, a merecida fama de nossa Faculdade, honrando-lhe o nome e confirmando-lhe, ainda mais uma vez, as proverbias tradicções de valor e de gloria.

O. C.

### "A Chimica Bayer"

A directoria da "*Revista de Medicina*" agradece aos dignos gerentes da "A Chimica Bayer" de São Paulo, srs. Erich Sommer e Eduardo Sack, que muito gentilmente auxiliaram a publicação do presente numero. Este gesto bem demonstra a comprehensão que possui a direcção deste notavel e reputado estabelecimento da industria chimica pharmaceutica sobre os elevados principios que norteiam os designios do Departamento Scientifico do Centro Academico "Oswaldo Cruz".

---



## 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)).