

Archivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

DR. MARIO TOTTA
Prof. da Faculdade de Medicina

COMISSÃO DE REVISTA:

DR. DECIO MARTINS COSTA
Do Hosp. São Francisco

DR. WALDEMAR JOB
Do Hosp. São Pedro

SECRETARIO DA REDACÇÃO:

DR. LEONIDAS SOARES MACHADO
Da Directoria de Hygiene

EXPEDIENTE: A correspondencia deverá ser dirigida para a caixa do correio no. 872

Os Archivos.

Após uma interrupção de circulação relativamente grande, reaparecem os „Archivos Rio Grandenses de Medicina“, para jubilo da distincta classe medica gaúcha, que não podia se conformar com a sensível falta, em nosso meio, de uma revista medica de caracter puramente scientifico, archivo idoneo dos trabalhos produzidos no Rio Grande.

A heroica arrancada de Outubro de 1930 e as ferias de fim de anno, perturbaram grandemente a vida da nossa revista, que, repentinamente, viu-se privada do valioso e persistente auxilio de seu esforçado director prof. Argymiro C. Galvão, o qual, durante varios annos foi a alma dos „Archivos“, o seu tenaz conductor e que deu-lhe uma vida regular e prospera.

A esse temperamento dynamico, grande amigo nosso, fica aqui con-

signado o reconhecimento da actual direcção da revista.

Foram necessarios mezes para reunir o que estava disperso, para reconstruir o abandonado.

Com este numero, a commissão de revista faz nova tentativa, confiante no feliz exito, para o que conta com o auxilio intellectual, moral e material do numeroso corpo medico riograndense, afim de que tenhamos uma revista medica capaz de honrar e elevar bem alto o nome do Rio Grande medico.

As columnas dos „Archivos“ estão á disposição dos medicos que quizerem honral-os com os seus trabalhos).*

L. S. M.

**) Por proposta do actual secretario da redacção, o nome da Revista que fôra mudado para „O Archivo Medico“, nos numeros de Junho, Julho e Agosto de 1930, voltou a ser o de 9 annos seguidos, isto é, Archivos Rio Grandenses de Medicina.*

SEMIOLOGIA DO SYSTEMA MOTOR EXTRA-PYRAMIDAL*)

Pelo **Dr. Fabio Barros**, Professor de clinica neuiriatica, da Faculdade.

Ha pouco tempo, ainda, quando, em physiopathologia nervosa, se falava em vias motoras, estava subentendido que nos referiamos, especialmente, a essa longa via cortico-peripherica, constituida por dois systemas de neuronios: o dos neuronios cortico-medullares, proto-neuronios motores, extendidos da cortex-motora aos cornos anteriores da medulla, systema pyramidal; e dos neuronios medullo-periphericos, deutro-neuronios motores, cujas fibras, emergentes dos cornos anteriores, vão participar na formação dos nervos periphericos, depois de passarem pelas raizes anteriores.

Eventualmente, poder-se-iam comprehender naquella designação as vias afferentes e efferentes cerebelares, cujo papel na coordenação dos movimentos voluntarios e na regulação do tonus muscular é preponderante.

Esse complexo aparelho, que tem nas vias pyramidaes o seu elemento mais importante, é o órgão nervoso da motricidade voluntaria.

Mas, a pathologia nos revela uma serie de outros movimentos anormaes, não dependentes da vontade, ou de phenomenos de inibição de actividades voluntarias e cujo estudo, por isso mesmo que cahe no dominio dos factos morbidos, é do maximo interesse para o clinico, quando mais não seja, para dar ao cliente o consolo precario de um diagnostico sombrio e a desillusão de um prognostico ainda mais negro. Podem-se incluir nesse rol, a rigidez e o tremor parkinsonianos, a perda dos movimentos associados, que, já, em 1895, Brissaud attribuia a uma lesão do locus niger, ao mesmo tempo em que Anton dava ao nucleo lenticular funções de ordem motora; os movimentos choceiros, athetosicos, myoclonicos, a persistencia da contracção muscular dinamica, sem perturbação do tonus, da molestia Thomsen, etc.

As pesquisas clinicas e anatomopathologicas dos ultimos annos, estimuladas sobretudo, após os recentes surtos de encephalite epidemica, e realisadas por Dejerine e Mme Dejerine, C. e O. Vogt, Kinnier Wilson, Ramsay Hunt, d'Anglade,

Pierre Marie, Lhermitte, Ronny, Foix e Nicolesco, e tantos outros, vieram estabelecer a importancia que assumem no mecanismo pathogenico de taes disturbios as lesões dos nucleos cinzentos centraes e da região mesencephalo-sub-optica. Como consequencia desses estudos, com o valimento das mais modernas technicas de laboratorio, chegou-se á convicção de que esses centros, de tão grande significação physio-pathologica, não mantem conexões directas com o systema motor principal, ou pyramidal, mas estabelecem com elle suas relações, por intermedio de um feixe accessorio, o feixe rubro-espinhal de V. Monakow, feixe pre- ou para pyramidal. Assim, ao lado do systema motor principal, voluntario, pyramidal, se vae, pouco a pouco, integrando a descrição de um systema motor secundario, extra-pyramidal, que tem como elementos mais importantes os corpos estriados, o corpo de Luys, o locus niger, o nucleo rubro, o nucleo de Darkewitch, e o feixe de V. Monakow, systema possuidor de uma physiologia e de uma pathologia inteiramente suas, e que começam a se revelar á luz dos conhecimentos scientificos.

E' á pathologia desse systema que de-sejo dedicar esta palestra, resumindo, tanto quanto possivel os factos, para não transpor os limites da tolerancia, que, acaso possa pretender dos meus illustres collegas.

Mas não posso fazer a menos de pedir-vos venia para uma rapida digressão pelos aridos dominios da anatomia. Não da anatomia classica, aquella que todos conhecemos desde os bancos academicos, e que bem pouco util nos seria neste passo; mas de uma anatomia mais consentanea com as necessidades da clinica, mais scientifica, se assim me posso exprimir, porque resulta do conhecimento mais profundo dos factos, pois que põe em contribuição a embryologia, a cytologia, a morphologia comparada, e se completa por essa outra sciencia, já autonoma, que é a hodologia.

Sirva-me de excusa a certeza que todos nós temos de que, se conhecimentos anatomicos claros são indispensaveis á for-

*) Trabalho lido na sessão da Faculdade de Medicina, em 5 de Junho de 1931.

mação de um seguro conceito clinico, em qualquer departamento da medicina, maior é essa necessidade quando temos que interpretar os complexos problemas da neuro-pathologia. É verdade velha e revelha, que julgo inutil encarecer: já em seu tempo, no segundo seculo da era actual, Galeno, em cuja obra magistral as mais recentes doutrinas neurologicas encontram os seus titulos mais antigos e authenticos, attribuia os insuccessos dos medicos seus contemporaneos no tratamento das molestias nervosas, á ignorancia delles na materia de anatomia.

Senhores: a anatomia descreve sob o nome de nucleos opto-estriados um conjunto de massas cinzentas, separadas entre si por laminas de substancia branca e insuladas profundamente nos hemispheros cerebraes. Nesse agrupamento descreve as camadas opticas de um lado, e de outro os corpos estriados, divididos estes em *nucleo caudato* e *nucleo lenticular*.

Por seu turno o nucleo lenticular sofre uma subdivisão em tres segmentos: um externo, o *putamem*, e dois internos, os *globulus pallidus*. Essa visão puramente descriptiva dos corpos estriados não corresponde aos factos decorrentes da formação estructural e embryologica dos seus componentes.

A histologia mostra que o *putamem* e o *nucleo caudato* possuem uma architectura cytologica identica e que é completamente diferente da dos *globulus pallidus*. Além disso o *nucleo caudato* e o *putamem* fundem-se amplamente na parte anterior, onde formam um nucleo unico, e se anastomosam na região sub-lenticular, onde o pedunculo inferior do *putamem* entra em contacto com a cauda do *nucleo caudato*.

Os territorios vasculares em que se dividem os corpos estriados, e dependentes de fontes arteriaes diferentes, vem reforçar este reagrupamento dos seus componentes, como deixam entrever as diferenças e as semelhanças estruturales: *nucleo-caudato* e *putamem*, por uma parte, e *globulus pallidus* de outra, que ficam assim dissociados do *putamem*. Com effeito, os dois primeiros nucleos, na sua quasi totalidade, recebem, irrigação da arteria sylviana, que, por seus ramos perforantes — arterias *lenticulo-estriadas* — abastece o *putamem* e o corpo do *nucleo caudato*. O *putamem* tambem recebe sangue das arterias lenticulo-opticas em sua

passagem para o thalamus. A cabeça do nucleo caudato é, em parte irrigada pela cerebral anterior; a cauda encontra-se no limite dos territorios vasculares da sylviana, choroidiana anterior e cerebral posterior.

Quanto aos *globulus pallidus*, só o nucleo externo, na parte anterior, depende das perforantes. O segmento interno pertence ao dominio da choroidiana posterior.

Sob o ponto de vista philogenico o apparecimento dos *globulus pallidus*, é anterior ao dos outros dois na serie animal. Estes só começam a mostrar-se nos repteis, enquanto aquelles já existem nos peixes. Foi, exactamente por essa circumstancia que Ramsey Hunt, deu aos *globulus pallidus* o nome de *paleostriatum*, e ao *putamem* e ao nucleo caudato, constituindo um grupo a parte, o de *neo-estriatum*, designações que correspondem integralmente aos de *pallidum* dado ao primeiro e *estriatum* dado ao segundo por O. e C. Vogt.

Accrescente-se ainda, admittindo, mesmo, com as ideas classicas, que o conjunto dos corpos estriados derive do telencephalo, que não é a mesma a origem do *pallidum* e do *estriatum*. Segundo Dejerine o *estriatum* forma-se a expensas da parede externa da vesicula telencephalica, o *pallidum* a expensas da parede interna.

Ayrto, Strassen e Spatz dão ás duas partes dos corpos estriados origem mais distincta que Dejerine. Para esses autores o *paleostriatum* derivaria do *diencephalo*, o que o approximaria dos nucleos da região sub-optica, e particularmente, do *locus niger*, como pretende Ayrto, que lhes attribue uma semelhança morphologica, como parece confirmal-o a pathologia, que os apresenta, frequentemente, simultaneamente lezados. O *neostriatum*, seria ao contrario de origem telencephalica.

Por fim, a myelinisação do *pallidum* é nitidamente anterior a do *estriatum*.

Todos esses argumentos, aos quaes se devem sommar os que nos fornecem a pathologia, forcem a conclusão de que existem, entre as duas formações — isto é — *nucleo caudato* e *putamem*, de um lado, reunidos sob o nome de *neo-estriatum*, ou *estriatum*, e os dois segmentos dos *globulus pallidus*, agrupados sob a designação de *paleostriatum*, ou *pallidum*, profundas diferenças, não só anatomicas, mas verosimilmente, tambem physiologicas.

Encaremos, porém, mais de perto a cytoarchitectonica desses nucleos.

O *globulus pallidus* contem um unico typo de cellulas. volumosas, fusiformes ou multipolares, correspondendo inteiramente as do typo I de Golgi, semelhantes ás da cortex motora e ás dos cornos anteriores da medulla. O putamem e o nucleo caudato apresentam duas especies cellulares: as mais numerosas, que se apresentam com as do typo II de Golgi, são pequenas, estrelladas ou polygonaes, de cylindro-eixo curto; em menor numero, surgem outras semelhantes ás dos *globulus pallidus*, e constituindo com ellas, o *systema pallidal* de Hunt.

As pequenas cellulas do *neostriatum* constituem neuronios de associação, que o põe em relação com o *paleo-estriatum*.

Para K. Wilson, todas essas fibras terminam nos *globulus pallidus*, ao contrario do que opina Probst segundo quem algumas dellas iriam ter ao *thalamus* e á região *hypothalamica*.

As cellulas pallidaes, com seus longos cylindro-eixos, constituem neuronios de projecção, que ligam o *pallidum* ás formações visinhas.

Os *systemas* de conexão entre o nucleo lenticulo-caudato e o *thalamus*, o *hypothalamus* e o *mesencephalo*, são constituídos pelos seguintes feixes de fibras:

- A alsa lenticular;
- O feixe lenticular de Forel (H. 2)
- As fibras estrio-thalamicas;
- As fibras estrio-luysianas;
- O feixe pallidal da ponta;

O feixe pallido-tegmentario;

A alsa lenticular, constituída por fibras das laminas medullares principaes e accessorias, estabelece conexões com o *thalamus*, o *hypothalamus*, o nucleo rubro, a formação reticulada *mesencephalica*;

O feixe lenticular entre outras, fornece ligações para o corpo de Luys, e nucleo rubro;

As fibras estrio-thalamiques ligam o nucleo lenticular directamente ao *thalamus*

As fibras estrio-luysianas, vão tambem directamente ao corpo de Luys;

O feixe pallidal da ponta, estabelece relações, especialmente com o *locus-niger*;

O pallido-tegmentario, bem estudado por C. e O. Vogt, termina no nucleo de Darkevitch.

A alsa lenticular, o feixe lenticular de Forel, as fibras estrio-luysianas, o feixe pallidal da ponta, as fibras estrio-nigricas,

o feixe pallido-tegmentario, constituem vias pallidofugas, que são assim muito mais abundantes que as pallidopetas, constituídas quasi exclusivamente pelo feixe estrio-thalamico.

Algumas daquellas fibras vão ter aos centros sub-opticos do lado opposto.

O que cumpre assignalar é que o *thalamus* é o unico orgão que envia fibras ao corpo estriado, que não as recebe nem do *systema pyramidal*, nem do cerebello, nem da fita de Reil, nem dos nucleos *hypothalamicas*, entrando pois em relações com elles *indirectamente* pelo feixe estrio-thalamico, unico elemento evidente que existe entre o corpo estriado e aquelles orgãos.

Assim pois, o *neo-estriatum* liga-se directamente ao *paleo-estriatum* por neuronios de associação; este directamente e o *estriatum*, indirectamente, por seu intermedio, entra em conexão com as camadas opticas e os nucleos *hypothalamicos*, e atravez destes nucleos, com o *systema motor extrapyramidal*, feixe rubro espinhal de V. Monakov.

A distincção anatomica e clinica entre o *estriatum* e o *pallidum*, admitida pela maioria dos neurologistas, foi estabelecida, especialmente pelas pesquisas clinicas e anatomo-pethologicas. Wilson foi o unico a realizar investigações experimentaes no macaco. Mas a situação profunda desses orgãos, e a impossibilidade de atingil-os isoladamente, não permitem conclusões definitivas a respeito. Muito mais concludentes são as verificações anatomo-clinicas, que estabelecem a relação entre as lesões estriadas encontradas na autopsia, e os signaes observados *intra vitam*. Ora o methodo anatomo-clinico, demonstra aquilo que a estructura celular desses nucleos fazia prever: isto é, que elles possuem uma funcção motora. Com effeito na necropsia de doentes, que apresentaram em vida, perturbações motoras, como a rigidez muscular, perda de movimentos associados, ou symptomas motores anormaes (tremor, choréa, athetose) constantemente se nos deparam lesões dos nucleos estriados.

A conclusão, pois, se impõe: os *corpos estriados*, possuem uma triplice funcção. 1.º Elles tem uma *acção* sobre o *tonus*; de onde a *hypertonia*, a rigidez que é um dos symptomas dos syndromes estriados, juntamente com as *bradycinesias* ou *akinesias* expontaneas, ou sejam a lentidão ou a impossibilidade de realizar certos.

movimentos; 2.º são a séde dos movimentos automaticos, o que traz o desapparecimento, nas lesões estriadas, desses movimentos: a fixidez de certas attitudes especialmente dos musculos da face, e perda dos movimentos de conjuncto, e de todas as syncinesias, a difficuldade de deglutição, o escoamento da saliva pelas commissuras labiaes, disturbios da phonação, impossibilidade de um relaxamento muscular completo;

Finalmente, — uma acção inhibidora motora, que impede, normalmente, o apparecimento de certos movimentos parasitas. Dahi, nos syndromos estriados, o emergirem certos movimentos anormaes, que percorrem uma variadissima gamma, desde o simples tremor dos parkinsonianos, até o espasmo de torsão, com passagem pela choréa, pela athetose, pelas myoclonias.

Assim, pois, sob o ponto de vista anatomico, os corpos estriados, representam um systema completo, com os seus centros cellulares, uma via afferente, que vem da cama optica (fibras opto-estriadas e, provavelmente, o feixe thalamico de Forel), e o põe em relação com o cerebro, o cerebello, a via de Rei! etc., e vias afferentes que, por intermedio da alsa lenticular e do feixe lenticular de Forel, ligam-no aos nucleos sub-opticos, e por seu intermedio, á via motora extra-pyramidal. Esse systema complica-se pela associação dos centros sympathicos assignalados por Brouver no nucleo caudato e por Tretiakoff nos globuli pallidi e nos loci negri; sob o ponto de vista physiologico, elle é um centro moderador do tonus, e de inhibição motora. Souques emite a idea de reduzir, syntheticamente, as funcções do corpo estriado a um papel moderador do tonus, e as consequencias das lesões que sobre elle se localisam, á hypertonia.

Esta seria *tonica* ou *clonica*. Na primeira eventualidade, teriamos a rigidez muscular permanente; na segunda, os movimentos intermittentes „rhythmicos como o tremor, ou arhythmicos como a choreo-athetose. Assim, segundo as proprias palavras de Souques, „o tremor e a choreo-athetose poderiam ser considerados como uma especie de rigidez clonica, e a rigidez muscular permanente como um tremor tetanisado.“

O que é certo é que os nucleos estriados exercem uma função motora, cuja

acção sobre os musculos não segue directamente os tramites ordinarios da via pyramidal, mas indirectamente a via rubro-espinhal, por intermedio das formações da região sub-optica (nucleo rubro, corpo de Luys, lous niger, nucleo de Darkevitch, etc.), a que se ligam por seus neuronios de projecção (alsa lenticular, feixe lenticular de Forel etc.)

Sob o ponto de vista pathologico, costumam os autores attribuir papel distincto a cada uma das duas divisões dos corpos estriados.

Para Ramsey Hunt, o globus pallidus representa o nucleo motor do corpo estriado, desempenhando, no systema extra-pyramidal, papel identico ao da cortex motora no systema pyramidal: o de uma censura sobre os respectivos neuronios. Sua destruição, daria causa á paralysisa agitante, com a sua triade symptomatica: rigidez, tremor, perda dos movimentos associados.

A lesão das pequenas cellulas do neo-estriatum, produziriam a choreo-athetose.

A lesão associada dos dois systemas, se exteriorisaria clinicamente, como expressões da molestia de Wilson e da pseudo-esclerose de Westphal-Stämpell. Para Cecilia e Oscar Vogt, ás lesões do systema pallidaes, correspondem os syndromas de hypertonia e de rigidez muscular, aos estados inflammatorios agudos ou degenerativos do neo-estriatum, os syndromos excito-motores.

E' muito de presumir que, como na cortex cerebral motora, se possam demarcar centros de localisação para as diferentes regiões do corpo e para cada disturbio motor. As enormes difficuldades de pesquisas experimentaes, não permitem, por enquanto essas descrições. O repertorio anatomo-pathologico, revela sempre lesões multiplas e associadas, dependentes não só da estreita vizinhança desses apparatus, como da frequencia das degenerações secundarias. Lesões puras, perfeitamente localisadas, num ou noutro segmento dos nucleos estriados é difficil, ou impossivel encontrar, de sorte que as classificações baseadas sobre os factos anatomo-clinicos, hão de ter, forçosamente, um character schematico, e como criterio, aliás pouco solido, a predominancia, neste ou naquelle ponto, do processo pathogenico.

E' indubitavel que os corpos estriados representam um centro motor autonomo.

Seria, talvez, preferível dizer que nos seus varios nucleos se encontram centros pre-postos a funcções motoras differentes, cuja lesão exteriorisa as formas diversas de movimentos anormaes: tremor, chorea, athetose. Os factos clinicos postos em relação com a anatomia pathologica, dão disso testemunho irrecusavel. Mas serão esses os unicos centros motores extrapyramidaes? Que papel desempenharão nessa circumstancia, o núcleo rubro, o locus-niger, o corpo de Luys, etc? São outras tantas questões que pendem de solução.

Tudo quanto se pôde affirmar, no presente, é que outras regiões do encephalo podem-se representar clinicamente por uma symptomatologia semelhante.

Quero apenas lembrar o que de ha muito já se conhece, isto é, que focos localisados nos pedunculos cerebraes e no núcleo rubro, como acontece no chamado syndromo de Benedikt, determinam um tremor analogo ao da paralyasia agitante. Bonhöffer, que creou o conceito da chorea dos braços conjunctivos (*Blinddarmchorea*), procura, fóra dos corpos estriados, o substractum anatomico da chorea. Dejerini e Roussi, dão como symptoma frequente do syndromo thalamico, por elles descriptos, e cujas lesões se encontram no thalamus, movimentos espontaneos da mesma natureza que os da choréa e da athetose.

Identicas considerações valem para as hypertonias.

Não se harmonisam, aliás, neste ponto os autores que vergam o assumpto. No que todos são accordes é no affirmar que existem movimentos anormaes que não dependem do systema pyramidal: dystonias que se não encontram nas affecções puras desse systema, e morphologicamente distinctas das contracturas pyramidaes.

Cumpra a esse respeito rememorar a these de Brissaud, retomada e modernizada por Foix. Numa notavel monographia clinica, este autor determina os caracteres particulares que permittem differenciar as contracturas pyramidaes de outras hypertonias ou rigidezes extra-pyramidaes.

Segundo Foix, a contractura pyramidal se produz, principalmente, a expensas dos grupos musculares que mais se subordinam ás influencias da vontade. Desta sorte a contractura incide mais particularmente sobre os musculos da mão e dos dedos, é mais accusada no membro superior que no inferior; respeita, de uma ma-

neira quasi absoluta, os musculos do abdomen, da columna vertebral, da massa sacro-vertebral, da face posterior da nuca e do pescoço. São, em summa, os que mais obedecem á vontade, os musculos que, mais frequentemente e mais facilmente, se paralytam nas lesões pyramidaes. Se considerarmos grupos antagonistas, como o triceps e os musculos da loja antero-externa da perna, são aquelles, „os mais volicionaes“ os mais alcançados pela contractura. „Nos hemiplegicos pyramidaes, — ensina ainda Foix — não existem paralyrias de tal ou tal grupo muscular, mas paralyrias de todos os grupos da motilidade voluntaria, no que ella possui de mais especialmente consciente e reflectido.“

E mais ainda: a contractura pyramidal é continua. Exagera-se sob certas influencias centripetas. „Diminue consideravelmente com as lesões das raizes posteriores, e se acha, por consequencia, como o tonus geral, sob a dependencia dos influxos reflexos.“ Não augmentam, ou augmentam em gráo minimo com os movimentos intencionaes, nem possuem esse caracter de plasticidade que subordina as hypertonias extra-pyramidaes ás attitudes passivas.

E' mais notavel nas extremidades distaes, sobretudo dos membros inferiores, que na raiz. Impõe ao membro superior dos hemiplegicos, uma attitude caracteristica: os dedos em flexão sobre a palma da mão, o antebraço sobre o braço, em angulo recto, pois que os mais interessados, no caso, são os musculos flexores. Nos membros inferiores condicionam a marcha digitigrada, escarvante, o equinismo, por sua predominancia no triceps.

Em compensação não provoca a flexão da cabeça e do tronco. Finalmente, não soffre a influencia da posição dos outros segmentos do mesmo membro ou dos membros vizinhos. E' exatamente o contrario o que se verifica nas hypertonias do systema extra-pyramidal, como a exemplo nas molestias de Wilson ou de Parkinson.

A differencal-as ajuda mais das contracturas pyramidaes, não se encontram, nas ultimas, as syncinesias globaes, os movimentos associados dos membros contracturados por occasião dos movimentos voluntarios dos membros indemnes; assim, nem a flexão combinada da coxa e do tronco, nem o phenomeno da opposição com-

plementar de Grasset e Gausse, nem a prova de Raimiste, nem o phenomeno da pronação de Strümpel, nem o dos *inter-osseo* de Souques, nem o do *polegar* de Klippel e Weil.

Accrescentamos ainda, que a conservação da força muscular é constante na rigidez extrapyramidal, bem como a perda dos movimentos associados e o exagero dos reflexos de postura elementar.

Eis ahí, elementos bastantes para a caracterisação clinica e anatomo-pathologica de um grupo de syndromos pertencentes ao systema extrapyramidal.

Mais difficil, por emquanto, é achar uma classificaçáo racional nesse terreno aventureoso. Parece-me, que, com os elementos positivos que nos é dado colher nesse terreno, podemos adoptar a seguinte divisáo, acceita pela maioria dos autores:

a) Syndromos estriados, propriamente dictos, correspondendo a uma lesáo bilateral do neo-estriatum, onde se arrolam a molestia de Wilson, a pseudo esclerose de Westphal Strümpel, o espasmo de torção, a dystonia musculorum deformans ou disbasia lordotica progressiva descripta por Oppenheim, conhecida tambem sob o nome da molestia de Thomalla Wiemmer;

b) Syndromas pallidaes, incluindo a molestia de Parkinson e certas fórmas tardias, da encephalite epidemica;

c) Syndromos combinados, ou de associaçáo de lesões dos corpos estriados e de outras regiões, entre as quaes certas choreas chronicas, principalmente a chorea de Untington, a athetose dupla, seja sob o forma do syndromo de Vogt, seja sob o typo da athetose combinada com syndromo pyramidal.

Restam ainda, como tendo uma localisaçáo provavel nos corpos estriados, a choréa de Sydenham, a molestia de Thomsen, o torcicolis espasmodico, a caimbra dos escrivães, o syndromo de Umverricht.

Não farei o estudo clinico de cada um desses syndromos, que conheceis perfeitamente. Em cada um delles encontraremos sempre os signaes dos disturbios do systema extra-pyramidal, ou sejam os movimentos involuntarios, as dystonias, a perda dos movimentos automaticos, segundo o ponto em que assenta a lesáo. Direi duas palavras sob a encephalite epidemica, a mais polymorphas da molestias infecciosas do systema nervoso, polymorphismo dependente da diffusão das lesões anatomicas.

Mas, sob essa variedade de formas podem-se definir dois typos bem caracte-

risticos: um a que propriamente cabe o nome de encephalite lethargica, que tem a somnolemia, como signal predominante; outro em que o estado estuporoso passa ao segundo plano, ou mesmo não existe, e que se revella, especialmente, por movimentos musculares involuntarios, é a forma myoclonica. Aquella tem como sede, preferencial de localisaçáo do virus, os nucleos bulbo-protuberanciaes, origem real dos nervos craneanos, de onde os disturbios paralyticos que correspondem a lesões desses nervos, particularmente as que incidem nos motores do apparelho da visáo; a ulima que tem a sua localisaçáo no estriatum, offerece um quadro differente, onde, em vez dos phenomenos paralyticos, dominam os phenomenos excitomotores, do typo myoclonico ou choreico, ou o tremor parkinsoniano.

Lembrarei ainda que a paralyisia pseudo-bulbar é, por assim dizer, a maneira habitual de terminaçáo da encephalite epidemica, nas suas formas prolongadas ou das suas manifestações tardias quando evolvem para o exito lethal. Ao contrario da paralyisia bulbar commum, a paralyisia bulbar encephalitica se caracteriza por lesões estriadas, e por um conjuncto symptomatico que a distinguem d'aquella. Conforme ensinam Lhermite e Cornil, na primeira, os disturbios motores e da phonaçáo, da articulaçáo verbal, da deglutiçáo e da marcha são exactamente proporcionaes ao deficit da motricidade voluntaria elementar, e as funcções automaticas são relativamente conservadas; na segunda os movimentos elementares persistem, e a motilidade automatica é abolida.

Tal descriminaçáo é um tanto theorica. O mais commum é a associaçáo dos dois typos, da mesma sorte que se associam as lesões anatomicas.

Muito resta ainda a estudar e descobrir neste terreno. Mas todas essas pesquisas sobre a physio-pathologia dos nucleos cingentes centraes, da regiáo hypothalamica e mesencephalica abrem á pathologia um vasto campo de exploraçáo scientifica, onde as conquistas já realisadas são mais um argumento contra o scepticismo de Fantoni, partilhado por Burdach, que rematou a sua obra celebre com aquellas palavras desanimadoras: *Cerebrum ca pars homini cujus obscura adhuc structura, obscuriores morbi, obscurissimae functiones, perpetim philosophorum atque medicorum torquebunt ingenia.*

ESTUDO CLINICO DAS HEMATURIAS*)

Pelo Prof. Octavio de Souza, Lente de Clinica Medica da Faculdade.

Chama-se hematuria a emissão de urina sanguinolenta.

Urethrorrhagia é o escoamento gotejante de sangue pela urethra, independente da micção.

As urinas hematuricas se reconhecem pela coloração vermelha ou rosea e aspecto turvo.

Quando a hemorragia é grande, observam-se na urina coagulos de consistencia mole, desagregáveis em agua, de cor negra, como borra de café, com formas alongadas, semi-ovoides quando o sangue provem do uréter ou bassinete, podendo accidentalmente obturar a urethra e causar retenção de urina.

Nem sempre a hematuria pôde ser diagnosticada a simples vista, porque os pigmentos hemoglobinuricos e seus derivados como urobilina, hematoporfirina emprestam á urina coloração semelhante a das urinas sanguinea.

É indispensavel, portanto, o exame microscopico do sedimento urinario que revelará a presença de hematias além de elementos outros anormaes como cylindros, cellulas cancerosas, bacillos de Koch, colibacillo etc., que a urina contiver, auxiliando desta fórma o diagnostico etiologico da hematuria.

Sangue na urina é sempre um symptoma de valor cuja natureza o clinico não pode deixar de investigar, conseguindo na quase generalidade dos casos, com os progressos da urologia, descobrir a origem delle.

Na época actual é inacreditavel que ainda se faça o diagnostico de hematuria essencial que só encobre a nossa ignorancia.

Ha já alguns annos um conhecido cirurgião americano dizia que só se devia fallar em hematuria essencial quando se estivesse em roda de amigos muito intimos ou na quietude de um gabinete de estudo, porém nunca na presença de um paciente intelligente.

Si a hematuria é constante, embora leve, a attenção do medico é despertada e a origem procurada; si porém a emissão de urina sanguinolenta se faz de longe em longe, desacompanhada de symptomas, cedendo facil a medicação empregada, o

clinico, as vezes, não lhe dá a importancia merecida.

Mais tarde quando a symptomalogia de um mal insanavel se mostrar então os recursos therapeuticos serão inefficazes. Os Estados Unidos, adeantado centro scientifico, o Dr. Pugh do City Hospital narra nas „Clinics of Norte America“ de 1929 dois casos que são a comprovação do que acabo de dizer.

Um doente com hematuria durante seis mezes cujo tratamento consistia em calcio e ergotina; tratava-se de um tumor da bexiga.

Uma creança de sete annos com o diagnostico de enurese nocturna e que nos ultimos tres mezes apresentou, de quando em quando, hematurias attribuidas a irritação renal, tinha uma tuberculose do rim.

No meu longo tirocinio medico tenho visto casos identicos nos quaes o medico não procurava indagar da origem da hematuria e se contentava com um tratamento symptomatico.

O importante em uma hematuria, seja macro- ou microscopica, é procurar não só a sua etiologia como a séde onde ella se processa e só assim procedendo terá o clinico feito medicina scientifica, com a qual o doente muitas vezes aproveitará.

Qualquer parte do aparelho renal pôde sangrar. E' com o auxilio das circumstancias que provocaram uma hematuria, pelos phenomenos geraes, pelas dores in loco, pelas perturbações funcionaes que se observam, pelos exames microscopicos e bacteriologicos da urina, pela cystoscopia, radiologia etc., que se chegará a um diagnostico etiologico e topographico. O momento em que a hematuria se verifica em relação á micção, isto é, no inicio, no fim ou durante toda a emissão da urina é em certos casos de valor para o diagnostico. A hematuria inicial, raramente encontrada em clinica, pode-se observar nas lesões da prostata e então a urina, de começo sanguinea, torna-se clara para nas gottas finaes apparecer novamente sanguinolenta; geralmente porém as lesões prostaticas lançam o sangue na bexiga tingindo toda urina de vermelho. A hematuria terminal indica um lesão do collo da bexiga. Si a lesão se assesta nas

*) Trabalho lido na Sociedade de Medicina, em 15 de Maio de 1931.

paredes vesicaes a hematuria é total mas as ultimas gottas de urina têm coloração mais intensa. Perturbações funcçionaes como dysuria, tenesmos, pollakiuria, dores no hypogastro são companheiros habituaes dos processos pathologicos da bexiga. A hematuria total em que a urina é uniformemente sanguinolenta é propria das molestias dos rins. Frequentes ou não, de pequena duração, com dores lombares, sem perturbações vesicaes de inicio fallam a favor de lesões renaes; persistentes durante longos periodos, abundantes, com phenomenos de irritação vesical desde o começo, nos orientam para a localização da bexiga. O exame microscopico do sedimento urinario nos poderá mostrar elementos do rim facilitando assim o diagnostico. A cystoscopia dissipará qualquer duvida.

Estudemos agora de um modo geral as affecções do segmento inferior do aparelho renal que apresentam hematurias: prostata e bexiga. A hypertrophia da prostata (adenomas) e os tumores malignos apresentam hemorragias acompanhadas de pollakiuria nocturna, retenção de urina, incontinencia por regurgitamento.

Nos adenomas o toque rectal reconhece um tumor limitado, sem prolongamentos, sem irregularidades, sem grande dureza, não ha invasão ganglionar, nem infiltração das paredes do recto. Os tumores malignos da prostata apparecem na idade em que a hypertrophia é rara (antes de 50 annos ou depois de 70) tem evolução rapida, o toque rectal constata um tumor duro, lenhoso, irregular, com limites superiores indecisos, com invasão ganglionar nas fossas iliacas e regiões inguinaes, dores nevrálgicas nos membros inferiores.

As cystites de qualquer natureza podem se acompanhar de hematurias sendo signaes distinctivos destas affecções a frequencia das micções, dores vesicaes e pyuria.

A tuberculose da bexiga, sempre secundaria a tuberculose renal, se apresenta com hematurias no inicio que se tornam raras a proporção que as lesões progridem (phase de ulcerações). Toda cystite cuja causa não se consegue demonstrar é suspeita de ser bacillar, isto é, produzida pelo bacillo de Koch. A pesquisa do bacillo e a inoculação no cobaio positivos affirmam o diagnostico.

Os calculos vesicaes provocam hematurias que por via de regra só se observam durante o dia quando são mobilizados pela marcha, exercicios physicos etc. Uma vez deslocados traumatizam a bexiga que facil-

mente sangra, porque existe quase sempre um estado congestivo della pela presença dos calculos. A hematuria é em geral total embora possa ser terminal e se allia a symptomas cystiticos.

Os tumores da bexiga em geral se acompanham de hematurias que são abundantes, expontaneas, não influenciadas pelo repouso no leito cedendo, ás vezes, bruscamente, independentes de meios therapeuticos.

Si a hemorrhagia é grande ou não, si a sua demora é longa ou curta na bexiga, assim a urina apresenta-se vermelha ou negra, e coagulos se podem formar chegando ás vezes a obliterar a urethra provocando retenção de urina.

Tanto os tumores benignos como malignos da cavidade vesical determinam hematurias; o diagnostico differencial se faz principalmente pela cystoscopia, toque rectal, exame microscopico do sedimento urinario (cellulas neoplasticas) e pela repercussão sobre o estado geral.

Estudemos agora as hematurias que se processam no andar superior do aparelho renal. As hemorragias do rim são microscopicas ou macroscopicas. Vezes ha em que a hematuria é o unico symptoma em um estado de saúde aparentemente perfeito; é um aviso, um signal de alarme, tal como a hemoptyse de inicio na tuberculose pulmonar.

Nas nephrites agudas ou nos surtos agudos das nephrites chronicas encontramos hematurias que na maior parte das vezes só o microscopio revela. São os symptomas que acompanham estes estados pathologicos que nos induzem ao exame microscopico da urina, cujo sedimento demonstra a presença de sangue, cylindros etc. As molestias infecciosas como febre typhoide, escarlatina, peste etc. frequentemente apresentam hematurias occultas resultantes de nephrites agudas infecciosas que se associam como complicações a estes molestias. Na glomerulonephrite em fôcos dependente de um fôco septico no organismo as hematurias são constantes e só desaparecem com a extirpação delle.

Ha pouco tempo tratei uma senhorita com amygdalas infectadas que provocaram uma glomerulonephrite, somente curada depois da amygdalectomia feito pelo Dr. Valentim.

As nephrites hemorrhagicas se caracterizam por grandes hematurias sem compromettimento da permeabilidade renal.

Tenho visto varios casos terminados pela cura.

Nas molestias infecciosas tambem se veem nephrites hemorragicas. Em um caso de febre typhoide que acompanhei com o Dr. Fayet tive occasião de observar uma grave nephrite hemorragica pela quantidade de sangue perdido, porém a cura foi completa. Nem todos os casos seguem desta fórma e os ha que deixam como sequellas lesões indeleveis causadoras da impermeabilidade renal com retenção de uréa e chloruretos; outros, depois de uma cura apparente, novamente apresentam hematurias isoladas, que se repetem durante annos constituindo o que se chama nephrite chronica hemorragica. Os calculos renaes tambem se podem manifestar por hematuria micro- ou macroscopicas. O modo do apparecimento da dôr depois de exercicios physicos, a sua irradiação, a presença de sangue na urina, a radiologia são os elementos de que dispomos para o diagnostico. No anno passado eu e o Dr. Moyses fomos ver uma doente cujo diagnostico era de appendicite aguda e o nosso exame concluiu por uma lithiase renal, confirmada pela presença de sangue occulto na urina e evolução da molestia.

A tuberculose renal, frequentemente, de inicio se revela por hematuria renal, inesperada, pequena ou abundante e desacompanhada de outros symptomas. Tenho observado alguns casos assim: em um delles tratava-se de um estudante de medicina que no goso de perfeita saude teve uma hematuria. Eu e o Dr. Olinto fizemos o diagnostico de tuberculose renal e o doente alarmado e um tanto incredulo por que nada sentia, foi á Europa onde sujeitou-se a extirpação do rim doente. Actualmente clinica no Rio de Janeiro. Os antecedentes do paciente e da familia muito nos auxiliam no diagnostico de tuberculose renal que precisa ser confirmado pelo presença do bacillo de Koch na urina ou pela inoculação positiva no cobaio ou pela cystoscopia.

Logo no inicio da minha clinica teve occasião de observar um doente com mal de Pott que perambulava de consultorio por causa de uma cystite chronica rebelde a toda medicação empregada; a cystoscopia ainda não era de uso. Ao examina-lo dei grande importancia ao mal de Pott, a persistencia da cystite chronica e filiando as duas molestias ao mesmo agente etiologico avengei a hypothese de uma tuberculose renal, diagnostico este confirmado no Rio de Janeiro.

Ha pouco tempo fui consultado por carta para dar opinião a respeito de uma hematuria com dores na região lombar direita que a filha de um collega do interior havia apresentado. Conhecendo os antecedentes carregados de tuberculose na familia da paciente, formulei como mais provavel a hypothese de uma tuberculose renal e aconselhei a vinda da doente á Porto Alegre para os exames necessarios. Só depois de dez mezes apresentou-se aqui e examinado por meio da cystoscopia feita pelos Drs. Alfeu e Amarello verificaram ambos uma tuberculose renal. Bacillos de Koch foram encontrados na urina.

Em periodo adeantado da tuberculose renal as urinas se apresentam com púz. E' a phase pyurica que indica a communicação das cavernas onde abundam púz e bacillos de Koch com os calices e portanto com as vias excretoras. Nesta occasião as hematurias são raras, o rim é doloroso a palpação e augmentado de volume.

E' a hematuria acompanhada inseparavel dos tumores do rim. Vezes ha que durante annos é o unico symptoma encontrado: um engenheiro de 70 annos de idade teve ha quatro annos, independente de causa evidente e desacompanhado de qualquer symptoma uma hematuria. Como encontrasse em seu passado morbido uma tuberculosa fibrosa pensei tratar-se uma localisação do mesmo mal no rim. Fez-se a inoculação no cobaio cujo resultado foi negativo e só mais tarde em um delles apparecerem cylindros granulados attestando a origem renal. Durante todo este periodo, de 3 annos mais ou menos este paciente teve hematurias de longe em longe, sem outro symptoma e que cediam facilmente não o impedindo de trabalhar.

Nos ultimos seis mezes começou a se sentir enfraquecido, a emagrecer e ao palpar-se o quadrante abdominal direito notava-se um tumor duro, bosselado participando da fossa renal com franco ballotement em consultorio. Durante tres e meio annos mais ou menos foi o unico signal revelador do neoplasma renal a hematuria.

No cancer do rim além da hematuria que é total, abundante, intermitente, não influenciada pelo exercicio ou repouso existe tumor, dores lombares e phenomenos de compressões (varicocele direito). As urinas, fóra das hemorragias, apresentam-se normaes frequentemente como no nosso caso no qual em muitos exames de urina duas vezes apenas constatamos cylindros granu-

losos. Vezes ha em que o sedimento urinario revela a presença de cellulas cancerosas, o que constitue excepção. As pyelonephrites agudas têm em sua symptomatologia hematurias que podem ser micro- ou macroscopicas. Os accessos febris, as dores lombares, urinas purulentas e a presença nellas do colibacillo (habitual) ou outros germes firmam o diagnostico.

O rim polykystico pôde durante annos apresentar hematurias que associadas a um tumor, raramente unilateral, quase sempre bilateral, e a symptommas de nephrite hypertensiva e azotemica esclarecem o diagnostico.

A filariose pôde contar com a hematuria entre os seus symptommas. A presença do parasito no sangue, a chlyuria, estabelecem o diagnostico.

Na hemophilia quer familiar quer esporadica, na hemogenia, nas purpuras primitivas ou secundarias, na leucemia aguda, pôdem se observar hematurias. Nestes estados morbidos a concomitancia de outras hemorrhagias e o estudo hematologico serão elementos de valor para o estabelecimento da diagnose.

As cardiopathias em fase de descompensação apresentam hematurias occultas, devidas a congestão renal que desaparecem pela administração de tonicos cardiacos uma vez que o myocardio ainda possa recuperar a sua energia. Já tenho visto nestes casos diagnosticar-se uma lesão renal (nephrite, esclerose) quando apenas se trata de uma questão de circulação possivel de desaparecer.

Nas endocardites malignas, nas lesões mitraes não é raro haver hematurias dependentes de infarcto renal provocado por uma embolia.

Assim me desobrijo do estudo clinico das hematurias, assumpto não escolhido por mim mas designado pelo meu presado amigo Prof. Mariante.

Lamento que dentre os meus illustrados collegas não fosse indicado outro relator que com mais proficiencia tratasse da parte clinica das hematurias elevando-a a altura que merece afim de não ser dissonante do relatorio que agora vai ser lido pelo meu bom amigo Prof. Blessmann sobre os methodos instrumental e radiologico no diagnostico das hematurias. Tenho dito.

A NOVA

Farinha lactea Nestlé

CONTEM EXTRACTOS VITAMINADOS
DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU
(SEM MODIFICAÇÃO DO SEU CHEIRO,
COR OU SABOR).



AMOSTRAS E BROCHURAS GRATIS

COMPANHIA NESTLÉ

RUA 7 DE SETEMBRO, 1115

TEL. 4993

CAIXA POSTAL, 602

PORTO ALEGRE

CYANOSE CONGENITA*)

Por Nino Marsiaj, Medico da S. Casa de P. Alegre, e Nestor Barbosa, Director do Gabinete de Radiologia da S. Casa de P. Alegre.

(Considerações sobre um caso.)

A observação que vamos relatar e comentar apresenta um interesse especial, dada a raridade das condições muito particulares do paciente e que merecem uma interpretação minuciosa.

Observação

D. B., com 23 annos, branco, solteiro, morador em Porto Alegre, brasileiro, de profissão desenhista.

Antecedentes morbidos familiares. Pae forte. Nega syphilis adquirida ou hereditaria. Mãe sadia. Teve um aborto espontaneo ha 25 annos. Tem 5 irmãos vivos, todos fortes. 5 irmãos mortos sem terem attingido os dois annos de idade. Um de meningite (?) e os outros quatro com perturbações digestivas (colite, etc...).

Molestia actual. O paciente apresenta desde os 1.º dias de vida a cyanose de que ainda hoje é portador. Esta, apesar de haver periodos em que diminue, nunca desapareceu totalmente. Torna-se mais intensa por occasião de esforços, por pe-
quenos que sejam.

Com alguns mezes de idade sobreveiu a primeira crise de asystolia, que foi rapidamente dominada. Estes accidentes se repetiram com maior frequencia (2 a 3 vezes por anno) no periodo da adolescencia, tendo, entretanto, nos ultimos tempos se espaçado bastante (intervallos de 1½ a 2 annos). Com uma medicação energica e um regime severo o doente facilmente se restabelecia, levando uma vida perfeitamente normal, chegando a jogar foot-ball, sem nada sentir. No entanto — no dizer do paciente — o impressionavam: o edema malleolar que nunca desaparecia e os batimentos cardiacos sentidos á direita que começaram a apparecer aos 10—11 annos de idade.

Nunca teve doenças graves de especie alguma. Não tolera o frio.

A actual crise asystolica sobreveiu ha 12 dias. Os edemas dos pés começaram a „subir“ e o ventre rapidamente augmentou de volume, tornando-se doloroso. As palpitações e a dyspnéa impediam-no de dormir.

Como, apesar do tratamento prescripto por um collega não melhorasse pediu ao

mesmo que um de nós accompanhasse o caso, ao que accedemos.

Exame. Inspecção geral. O que chama logo a attenção é a cyanose generalizada. Apesar de repartida por todo o corpo, ella é entretanto mais accentuada nas maçãs do rosto, na face dorsal das mãos, nas unhas e sobre o hombro direito, onde se notam pequenas varicosidades que formam uma réde venosa visivel debaixo da pelle fina. As mucosas dos labios, da lingua e das conjuntivas estão injectadas, violáceas. Os dedos são hypocraticos, i. é., apresentam o aspecto classico da „bague-
te de tambour“. As unhas são largas, espessas e excedem para os lados os rebordos cutaneos que as deviam limitar. Este compromettimento dos dedos é mais accentuado nas mãos do que nos pés.

O individuo está emmagrecido, mas o seu desenvolvimento é normal e relativo á idade que tem. O seu desenvolvimento intellectual é perfeito. É um grande trabalhador e optimo desenhista. O systema ganglionar nada apresenta de anormal. A temperatura é de 37,7º.

Os batimentos cardiacos são violentos e francamente visiveis. O ventre é enorme e abahulado. As pernas estão muito edemaciadas.

App. circulatorio. Coração. Palpação. Choque da ponta ao nivel do 7.º espaço intercostal esquerdo, a 3 dedos para fora da linha mammaria. Frenito catarreo intenso em toda a região precordial. Sentem-se batimentos do lado direito do thorax, na mesma altura dos do lado esquerdo, e no epigastrio. Percussão: Area cardiaca muito augmentada de dimensões.

Auscultação: Sôpro systolico rude e permanente, audivel em toda a area cardiaca e nas costas e se propagando para cima e para a esquerda, em direcção aos vasos do pescoço. É mais intenso na região meso-cardiaca. São frequentes as extra-systoles.

O pulso bate a 100—110 por minuto. É cheio e arhythmico. Tensão arterial: 10½—7.

*) Trabalho lido em sessão da Sociedade de Medicina, realisada em 10 de Abril de 1931.

Ventre. Distendido e enorme deixa bem patente pela palpação e percussão a grande quantidade de liquido que tem no seu interior. O figado, muito augmentado de volume é doloroso ao palpar. Elle vae, na linha mediana, até 12 cms. abaixo do appendice xyphoide, estendendo-se para a esquerda até á linha medio-clavicular attingindo-a na altura do rebordo costal. Occupa, pois, o hypocondrio direito, parte da região umbilical e todo o epigastrio. Ha uma leve circulação collateral. O baço não é palpavel.

Exames de laboratorio

Sangue: Globulos vermelhos: 9.440.000 p. mm³. (Dr. Carlos Geyer).

Arteriogramma e Electrocardiogramma (Dr. José Barata)

Arteriogramma carotidiano — Guarda as relações chronologicas com o electrocardiogramma. Intervallo das pulsações muito variavel. Ondas de amplitude variavel.

Electrocardiogramma — Complexos auriculares e ventriculares seguem-se com

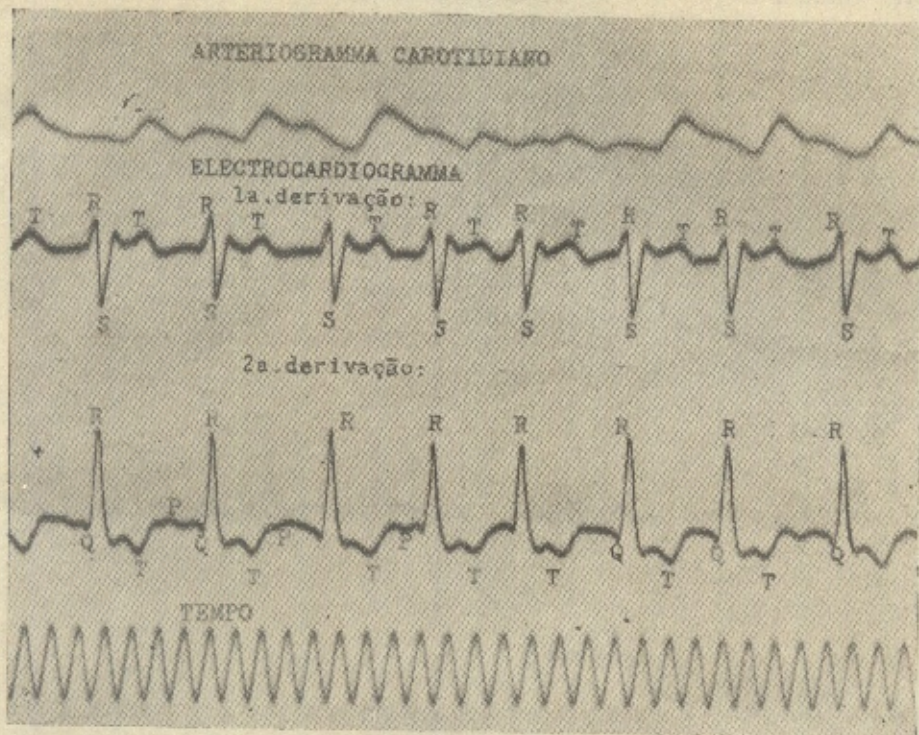


Fig. 1

O doente elimina pequena quantidade de urina turva, de densidade elevada (1024) e que contém traços carregados de albumina.

Não evacua espontaneamente. Tem, apenas, tomado diariamente lavagens intestinaes.

Neste estado é que encontramos o paciente nos primeiros dias do mes de Março. Feita a medicação apropriada e estabelecido um regime severo o doente em poucos dias melhorou. Em diversas punctões foram-lhe retirados do ventre approximadamente 6 e 7 litros de um liquido turvo.

Depois da melhora apresentada recorremos, então aos diversos.

intervallos designaes. Rythmo de 102 por minuto. Potencialidade dos diferentes accidentes muito variavel. O exame dos complexos tomados isoladamente nas diversas derivações revela:

1.º derivação:

Electrogramma auricular — onda P muito pequena, ora positiva, ora negativa e muitas vezes indeterminavel.

Electrogramma ventricular — flecha principal S. Onda R pequena. T ampla e positiva.

2.º derivação:

Electrogramma auricular — onda P muito pequena e frequentemente não se con-

segue destacad-a da linha isoelectrica. Nas pausas diastolicas maiores percebemos ás vezes 2 a 3 contracções auriculares, de amplitude variavel, para uma ventricular. Intervallo PQ muito variavel.

Electrogramma ventricular — flecha R de potencialidade muito variavel. QRS = 669. Onda T negativa e pouco ampla.

3.ª derivação:

Electrogramma auricular — onda P muito pequena.

Electrogramma ventricular — flecha principal R. Onda T negativa e diphasica.

Teleradiographia do coração e aorta (Dr. Nestor Barbosa). (Vide fig. 3)

Coração:

	Medias normaes
Diametro longitudinal	21 cms. 11,2 a 13,5 cms.
Diametro horizontal	21,3 cms. 10,7 a 13,0 cms.
Corde ventricular esquerda	10,1 cms. 8 cms.
Flecha do ventriculo esq.º	1,1 cms. 0,6 a 1,4 cms.
Corde da auricula direita	12,7 cms. 5,8 a 7,0 cms.
Corde do ventriculo direito	21,3 cms. 12, cms.

Conclusões: os diametros cardiacos estão exageradamente augmentados, principalmente as cavidades direitas.

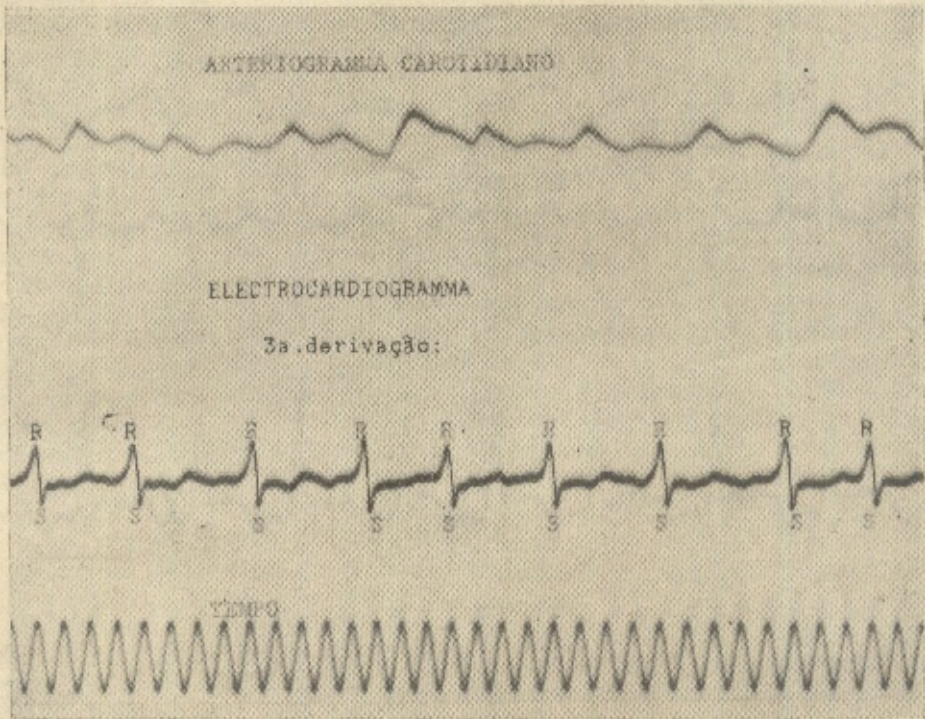


Fig 2

Conclusão

Arythmia completa — se traduzindo pela desigualdade dos intervallos entre os diferentes complexos; potencialidade variavel dos diferentes accidentes e fibrillação auricular.

Atypia ventricular — grande abertura de QRS associada á inversão conjugada de T em segunda e terceira derivação.

Preponderancia ventricular direita — que se exterioriza pela grande flecha S em primeira derivação com pequena R e grande flecha R em terceira.

Ass. Dr. José Sarmiento Barata.

No nivel da sombra da arteria pulmonar nota-se uma leve saliencia na parte superior do arco medio.

Aorta:

	Medias normaes
Diametro transverso do pediculo vascular em posição frontal	9,0 cms. 5,0 cms.
Corde do arco aortico	4,6 cms. 2,5 a 3,3 cms.
Diametro da aorta ao nivel da crossa	40 mms.
	menos 4 mms.
	36 mms. 20 a 22 mms.

Conclusões: os diametros aorticos estão muito augmentados.

Conclusões geraes: Os achados radiologicos do exame cardiaco, isto é a forma globular e o volume anormal do coração,

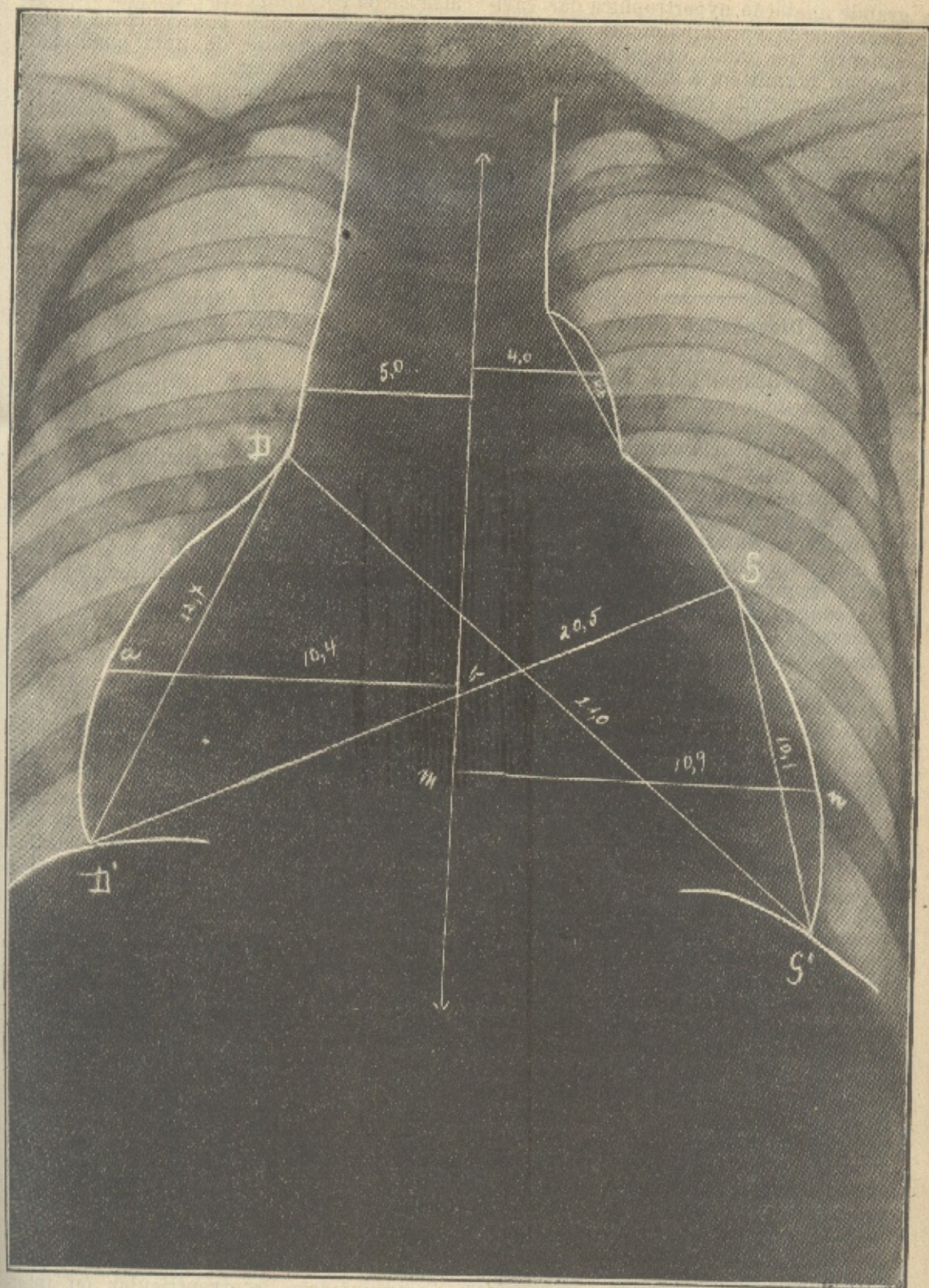


Fig. 3.

a grande dilatação hypertrophica das cavidades esquerda e principalmente da direita, a saliencia um tanto exagerada do arco pulmonar, permitem a individualização de um estado morbido congenito: a comunicação inter-ventricular com estenose da arteria pulmonar. O augmento exagerado do ventriculo esquerdo é no caso em questão o prenuncio de uma aggravação das perturbações funcionaes e enfraquecimento da fibra cardiaca.

Ass. Dr. Nestor.

Diagnostico clinico

No nosso caso o diagnostico não apresenta a menor difficuldade. Num individuo portador de uma cyanose congenita e persistente, accompanhada de signaes manifestos de insufficiencia circulatoria, o unico diagnostico cabivel e que se impõe é o de cardiopathia congenita. E dentre estas as que nos parecem mais provaveis são a comunicação interventricular e a estenose da arteria pulmonar, não só por serem as mais frequentes dentre as lesões cardiacas congenitas, como tambem porque a observação e o raciocinio clinico nos autorizam a pensar nellas.

Vejamos:

O doente apresenta um fremito catereo intenso e um sôpro systolico rude, com foco de maior intensidade na parte media da região precordial, ambos perceptíveis em toda a area cardiaca, principalmente num plano horizontal. É argumento bastante no nosso caso para affirmarmos a existencia de uma comunicação inter-ventricular.

Não é tudo. O nosso paciente tambem tem uma estenose da arteria pulmonar. O sôpro e o fremito existentes nesta se superpõe as mais das vezes com os da Molestia de Roger. Entretanto, e comnosco temos a maioria dos cardiologistas, a propagação do sôpro em direcção á clavícula esquerda e aos vasos de pescoço é um argumento de valôr em favôr da coexistencia das duas affecções.

Existe, no entanto, mais um ponto que nos leva a crêr nesta coexistencia. É o caracter precoce da cyanose permanente apresentada pelo doente. Na Molestia de Roger pura a cyanose é em geral tardia e sobrevem quando existe uma preponderancia funcional do ventriculo direito, permitindo a formação de uma onda fluida que se dirige da direita para a esquerda,

através da comunicação anormal ahi existente, trazendo como consequencia a subtracção á hematose de uma quantidade não pequena de sangue.

Nos primeiros tempos da vida, entretanto, ha habitualmente um equilibrio relativo dos dois ventriculos e assim sómente a acção conjugada de uma estenose da pulmonar ou outra qualquer máformação poderia explicar a cyanose.

Taes foram as conclusões a que tambem chegou até agora, o dr. José Sarmiento Barata em estudos a que está procedendo a este respeito, conclusões com as quaes devemos concordar plenamente, porque estão inteiramente de accordo com a observação clinica.

Deste modo não só procuramos clarear a explicação de certos phenomenos como a cyanose sem sôpro, sôpro sem cyanose, etc., como tambem contribuimos até certo ponto para reforçar as theorias da mistura dos dois sangues e da insufficiencia da hematose, explicativas da cyanose.

Eis-nos chegados a um ponto interessante da questão e que abordaremos rapida e resumidamente.

Theorias da cyanose

Varias foram as theorias que surgiram para explicar a cyanose.

1) A mistura dos dois sangues que se faz pelo orificio aberto entre os dois ventriculos.

Objecções. Ha caso em que se encontram lesões que deveriam misturar os dois sangues e nas quaes não ha cyanose. Chartier, Mlle. Wilbouschevitch, Collet e Bériel e Vervaeck (citados por Nobécourt) encontraram na autopsia, respectivamente os seguintes achados, nos quaes os doentes nunca apresentaram em vida cyanose: Uma aurícula unica comunicando por um só orificio com os ventriculos e permeabilidade do canal arterial; criança de 9 annos com um coração com 2 aurículas e um só ventriculo; homem de 28 annos com um septo interauricular rudimentar; criança morta com 4 annos, com ausencia do orificio auriculo-ventricular direito, aurícula e ventriculo direitos atrophiados, comunicação interauricular e interventricular e estenose da pulmonar.

a) A isto podemos responder de accordo com o que dissemos acima; quando ha comunicação interventricular ou interauricular a cyanose não é obrigatoria, pois

a onda liquida pode se dar da esquerda para a direita. Ora não nos consta que tenha sido observado nos casos acima a preponderancia do ventriculo direito.

b) quando existe uma auricula ou um só ventriculo podemos responder com Vaquez: „Nada prova, mágrado as opiniões dos autores, que haja necessariamente mistura dos dois sangues. Sabe-se com effeito que a independencia dos dois ventriculos é menos devida á presença do septo que os separa do que á disposição de seu apparelho muscular, e que o sangue proveniente das veias cavas de um lado, e das veias pulmonares do outro é dirigido para o tronco arterial corespondente por uma especie de canal de paredes contracteis formado pela auricula e os ventriculos pre-arteriaes. Aliás si não fosse assim não se poderia explicar como uma larga abertura do septo fosse compativel com uma longa sobrevida. Emfim esta má formação não se accompanha de ruido de sôpro, o que prova que não ha conflicto entre as duas ondas sanguineas e que estas caminham por assim dizer lado a lado sem se confundirem“. (Vaquez — *Maladies du coeur*, pag. 203.)

2) Insufficiencia da hematose. Theoria proposta por Oppolzer e depois por Louis em 1923, encontrou um novo defensor em Umberto Arcangeli que a sustentou em um artigo publicado na „*Malattie del Cuore*“ em 1923. Para elle a insufficiencia da hematose seria devido, com o que confirmamos, á subtracção á hematose do sangue que passa do ventriculo direito para o esquerdo.

3) Estase peripherica. Lançada por Férus e admittida por muitos autores esta theoria baseia-se no facto de se encontrar na autopsia uma dilatação geral de sytema venoso e capillar exteriorizada tambem em vida pelos dedos hyppocraticos e pelo exame da retina. A cyanose seria, então, identica á da cardiopathias communs e á das affecções chronicas do pulmão.

Arcangeli, entretanto, contesta esta affirmacção mostrando que não existe um augmento da pressão venosa nestes casos, conforme pesquisas de Paterni, e que a vaso-dilatação é sempre activa e favorecedora da troca gazosas pela pelle. Seria, pois, em ultima analyse um processo de defeza contra a anoxhemia.

4) Por fim a cyanose foi attribuida por outros autores á polyglobulia. Ora, não ha

relação entre esta e as modificações sanguineas e depois como bem mostraram Vaquez e Quizerne a polyglobulia é tardia e sempre consecutiva ás perturbações da hematose. Ellas constituem um processo de defeza contra a anoxhemia, augmentando a capacidade respiratoria do sangue. Ella tem a mesma significação das erythremias de altitude e é devida a uma verdadeira neo-formação globular (Nobécourt). Dahi o valór prognostico da polyglobulia, que quando excedente de 6 a 7 milhões é para Vaquez em indice de grande gravidade.

Pelo que acabamos de vêr é facil de perceber que si a mistura dos dois sangues e a insufficiencia da hematose são explicações de valór e satisfactorias na grande maioria dos casos para explicar a cyanose, existem, entretanto alguns delles em que devemos recorrer a outros factores como a estase peripherica e a polyglobulia, que apesar de secundarios não deixam de ter a sua importancia.

Commentarios

O caso em questão apresenta alguns aspectos por demais interessantes para deixal-os passar despercebidos e sem uma explicação. São elles: a idade a que attingiu o paciente, a extraordinaria resistencia de seu coração e a não menos notavel tolerancia de lesão congenita por parte do enfermo.

De facto, nos doentes portadores de uma estenose da arteria pulmonar congenita, a morte é certo dentro de um tempo variavel, mas sempre relativamente curto. Julgamos que no nosso, como na generalidade dos casos, a communicação inter-ventricular desempenha o papel de uma verdadeira valvula de segurança. O desequilibrio circulatorio é em parte compensado pela passagem do sangue pelo pertuito aberto no septo, é um trabalho poupado no ventriculo direito. Infelizmente a compensação é relativa, não só porque a quantidade de sangue que escapa não é sufficiente, como tambem fugindo á hematose ella contribue para a intoxicacção do organismo.

Este argumento, entretanto, não é sufficiente para explicar a tolerancia com que o paciente supporta a sua lesão, pois as cavidades cardiacas estão hypertrophiadas e dilatadas, principalmente as direitas, signal evidente da luta que o coração está emprehendendo para compensar as faltas.

Como explicar que um individuo não sinta nos intervallos de suas crises de fallencia cardiaca nada que o perturbe?

Só se pode comprehendere que um homem que aos 10 annos de idade já tem um enorme coração, como o nosso doente o tinha, ainda viva relativamente bem até aos 23 annos, admittindo-se que possuía uma fibra myocardica excepcionalmente resistente e forte, com uma grande capacidade de adaptação.

Estes factores conjugados asseguraram, ao nosso vêr ao doente uma vida toleravel, e si não fôra o obstaculo circulatorio no dominio da veia porta, o paciente não veria seu estado aggravado senão lentamente, e quiçá quanto tempo ainda viveria.

Prognóstico

Ao contrario da Molestia de Roger pura, em que muitas vezes o doente tem uma vida relativamente longa, podendo até á

velhice, na comunicação inter-ventricular com estenose da arteria pulmonar o prognostico é sempre sombrio. Raros são os individuos que attingem á idade do nosso paciente, o qual por sua vez tem os seus contados. A sua crise de asystolia é desta vez irreductivel. O electrocardiogramma nos revela uma fibrillação auricular e uma atypia ventricular, indices de uma degeneração profunda da fibra cardiaca que não responde sinão francamente aos appellos da therapeutica. O seu figado grandemente augmentado de volume e doloroso nos dá o aspecto da cirrhose consequente ás asystolias repetidas. A ascite, consequencia da hypertensão porta refaz-se com extraordinaria rapidez. O coração dilatado em todas as suas cavidades attingiu ao maximo dos seus esforços. Nada mais nos resta a fazer. Depois de uma vida, que não viveu, o nosso infeliz enfermo vae morrer victima da fatalidade que o acompanha desde o berço.

A Caixa Postal dos Archivos Rio Grandense de Medicina tem o numero 872

INSTITUTO DR. PEREIRA FILHO

Secção de Chimica Biologica e Microscopia Clinica — Exames de sangue, liquido cephalo-rachidiano, succo gastrico, leite, urina, materias fecaes, derrames pathologicos das serosas, liquidos kysticos, pús, etc.

Secção de Parasitologia e Histologia pathologica — Reconhecimento dos parasitos vegetaes. Identificação dos parasitos animaes. Diagnostico histologico dos tumores.

Secção de Microbiologia — Diagnosticos bacterioscopicos e bacteriologicos — Vaccinas autogenas — Vaccina antigonococcica polyvalente — Vaccina anti-estaphylococcica — Vaccina anti-estreptococcica — Vaccina anti-colibacillar — Vaccina anti-typhica.

Secção de Sérologia — Sôro-aglutinações — Sôro-precipitações.

Reacção de Wassermann (methodo classico).

Reacção de Weinberg-Parvu — diagnostico do kysto hydatico.

Reacção de Abderhalden.

TELEPHONE N.º 4.813

Rua Pinto Bandeira, esquina Vol. da Patria
PORTO ALEGRE

O BISTURI ELECTRICO*)

Pelo dr. E. de Barros Coelho.

O bisturi electrico é uma applicação das correntes de alta frequencia — a diathermo-coagulação, em que o electrode activo é uma agulha.

A coagulação cellular obtida com o bisturi electrico dá-se apenas nos tecidos immediatamente em contacto com o bisturi, e é tão superficial, tão reduzida que não impede a sutura da ferida. A cicatrização d'esta se faz no tempo habitual das feridas feitas com o bisturi de aço.

E' nessa coagulação superficial reduzida, particular ás ondas entretidas, que se baseia o bisturi electrico.

Todos os que se utilizam dosapparelhos de diathermia, sabem que a alma d'essesapparelhos é o deflagrador — a centelha que estabelece entre as pastilhas do deflagrador o circuito á corrente de descarga do condensador, proporciona a corrente de alta frequencia. Esta corrente se manifesta á cada centelha e dá uma onda cuja amplitude é maxima no seu inicio, diminuindo, porém, logo, até se extinguir. E' a onda amortecida.

Entre uma onda e a seguinte, ha um espaço de silencio, necessario á nova carga do condensador, espaço de silencio muito maior que a duração de uma onda amortecida.

Esses dois phenomenos, particulares á onda amortecida, são contrarios á utilização dessa onda para o bisturi electrico, por isso que a coagulação obtida é mais intensa e mais profunda, é uma verdadeira dessecção dos tecidos, impossibilitando, por isso, a sutura da ferida, pois a escara que se forma é grande e profunda. A cicatrização só se dá depois da queda da escara, portanto, cicatrização por segunda intenção.

Já d'ahi se verifica a impossibilidade da utilização do bisturi por onda amortecida, na cirurgia abdominal por exemplo.

Ha ainda contra a utilização da onda amortecida para o bisturi, o effeito de faradisação tão importuno e ás vezes prejudicial. Sabe-se que esse effeito é devido á amplitude irregular da onda amortecida, cujo maximo é no inicio, e ao espaço de silencio entre cada onda.

O bisturi exige uma onda de intensidade elevada, de amplitude regular e con-

tinua em qualquer periodo — é a onda entretida, fornecida pelos apparelhos de lampada triode.

Si, como diz Bordier, tomaremos uma agulha como electrode activo n'um apparelho de deflagrador e noutro de lampada triode, e a applicarmos sobre os tecidos, verificarmos que a agulha do apparelho triode penetra nos tecidos instantaneamente, devido á exploração das cellulas por ebulição instantanea do protoplasma, porém essa penetração é tão rapida que a escara produzida é insignificante. Já com o apparelho de deflagrador se obtem uma penetração rapida mas não instantanea, e a escara é maior, mais profunda, pois ha dessecção dos tecidos. Alem disto, neste caso, a agulha tem tendencia a ficar colada á escara, perigando a queda intempestiva desta quando se retira a agulha.

Mesmo com os apparelhos em que a centelha no deflagrador é reduzidissima e mais frequente, dando uma onda menos amortecida, verifica-se a producção de escara profunda e a faradisação.

As principaes vantagens offerecidas pelo bisturi electrico são:

- 1.º a rapidez e a nitidez da secção.
- 2.º a ausencia das hemorragias *en nappe* tão importunas, e ás vezes perigosas por formação de hematomas.

Essa hemostase se dá por electro-coagulação dos pequenos vasos, os capillares, no ponto de secção — o bisturi secciona coagulando.

3.º Evita-se por esse modo, a sementeira, na ferida, de liquido lymphatico suspeito. Todos sabem o perigo de certas operações — neoplasmas do seio por exemplo, em que, ás vezes, se dá a reproducção, immediata na propria cicatriz.

Quando se opera na cavidade abdominal, resecção gastrica, intestinal, beni como resecção de adherencias, membranas de Jackson, brida de Lane epiploon, tecidos sempre infectados como demonstraram Bécart, Gaeblinger etc., o perigo não está sómente na abertura de uma cavidade septica, estomago, intestinos, etc. nem vem tão pouco sómente de fóra trazido pelo material cirurgico mal esterilizado, mas principalmente está na secção dos lymphaticos dos tecidos inflammados.

*) Trabalho lido em sessão da Sociedade de Medicina.

4.º Nas feridas destinadas a ficar abertas, a hemostase dos vasos que o bisturi não coagulou ao cortal-os, pode-se fazer pelo simples contacto do bisturi com a pinça, determinando isso uma coagulação massiça do tecido pinçado. Como a ferida fica aberta, a escara cairá, alguns dias mais tarde, deixando o vaso cicatrizado.

Evita-se, assim, a ligadura desses vasos, ás vezes difficil quando se opera em tecidos frageis, ligadura capaz de cahir prematuramente, ocasionando hemorragias secundarias.

5.º Substitue o thermo-cauterio em todas as suas applicações. Esta substituição é mesmo vantajosa em certos casos, como por exemplo na secção do appendice, das trompas. Todos sabem que o thermo-cauterio determina uma explosão massiça dos tecidos em que actua, dando projecção de liquidos que podem ser septicos como no caso de secção de trompa ou de appendice, donde o cuidado de se proteger os tecidos proximos.

6.º Nas intervenções em doentes portadores de cheloides, o bisturi electrico tornaria menos frequente a reproducção desses tecidos.

7.º O bisturi electrico permittiu rehabilitar uma operação que Souligoux ideou ha mais de vinte annos — a gastro-entero-anastomose retardada.

Souligoux fazia o esmagamento das paredes gastricas, seccionando o estomago ao nivel do esmagamento e applicando, com um tampão uma solução concentrada de potassa caustica sobre os tecidos esmagados.

Em seguida fazia a anastomose sem separar as paredes esmagadas; esta separação se fazia, algumas horas depois, pela queda espontanea da escara.

Pauchet, com o bisturi de que tem sido um incançavel adepto, pratica a gastro-anastomose de Souligoux, porem sem potassa caustica.

Posto em contacto o jejuno e o estomago, são fixados um ao outro por um ponto de sutura em cada extremidade da futura anastomose. Em seguida incisão com o bisturi electrico da sero-musculosa do estomago e do jejuno. Sutura sero-

musculosa posterior e anterior com o mesmo fio. Está feita a anastomose. Facultativamente pode-se, em seguida, esmagar a mucosa atravez a anastomose, fazendo isso com os dedos. Porem é inutil e talvez perigoso. E' inutil porque, algumas horas mais tarde, a mucosa se abre espontaneamente, pelo facto de ter soffrido uma acção de cocção durante a secção da sero-musculosa. E' como se comprehende uma operação rapida, simples, elegante e absolutamente aseptica¹⁾.

Esta anastomose é a vertical de Richard. Desse modo a operação é exangue, pois a secção vertical em geral só encontra capilares e estes são coagulados como vimos acima. Si a anastomose é transversal, coagula-se sobre a pinça o vaso que sangra.

8.º Pauchet tem insistido no facto dos tecidos reagirem differentemente á acção do bisturi electrico, conforme sua estrutura histologica e a sua conductibilidade electrica. O tecido conjunctivo por exemplo, é mais resistente do que os outros, constituindo assim um plano de clivagem.

Por todas as vantagens acima succintamente notadas, o bisturi electrico é um instrumento precioso, que facilita certas operações, diminue o perigo de outras e permite reduzir a duração de todos.

Ha operações que contra-indicam o emprego do bisturi electrico? Poucas: as principaes, sinão unicas, as operações em regiões ricas em vasos e nervos que se devem conservar. Do mesmo modo toda intervenção na proximidade dos urotheres.

As precauções a tomar quando se emprega o bisturi electrico, são de evitar o contacto com os grandes vasos, nervos e tendões finos, bem como com os instrumentos do campo operatorio, e não deixar nunca o bisturi sobre o operado.

E' preferivel tambem evitar o emprego do bisturi electrico em operações sobre a face, quando o paciente é submettido ao chlorureto de ethyla e mesmo ao ether, si esses anestheticsos não forem administrados com aparelhos estanques.

¹⁾ Pauchet pratica do mesmo modo a entero-anastomose.

TENTATIVE D'UNE NOUVELLE CLASSIFICATION*)

Pelo Prof. RAUL MOREIRA,
Lente de Clinica pediatria medica e hy-
giene infantil, da Faculdade de Medicina.

Il est naturel que le médecin se sente plus à son aise quand il constate l'affinité entre ses observations quotidiennes et celles d'autres observateurs. Une plus grande tranquillité lui sera garantie dans sa vie pratique, dès que le diagnostique se précise et que la thérapeutique se tourne efficace.

C'est ce que j'ai senti quand je tentai une nouvelle classification des perturbations nutritives des nourrissons, principalement dans l'alimentation artificiel.

Elle n'apporte d'original que l'inclusion de types nosologiques que mes scrupules professionnels m'obligèrent à ranger entre les syndrômes des classifications pré-existantes. J'ai voulu lui donner une forme simple, chemin direct de la clarté, sans refuser ma sympathie au criterium étio-logique.

Très pratique et concise m'a paru aussi la dénomination de „dystrepsie“, adopté par O. Cozzolino dans son „Trattado di Pediatria“ et qui, dans l'articulation du vocable grec, signifie bien la difficulté, l'altération dans l'état nutritif.

En médecine, plus encore dans le terrain de l'hygiène infantile, nous constatons jour par jour, tantôt la confirmation, tantôt la négation d'un nouvel aspect pathologique.

Très vif a été le mouvement occasioné par les conclusions de l'école pédiatrique allemande sous Czerny, Finkelstein, Keller, Langstein et Meyer, autour du déséquilibre des fonctions basiques du nourrisson, qui lui altère plus au moins le métabolisme, conclusions qui mirent en marge beaucoup de modalités cliniques qu'alors on interprétait comme de maladies locales de l'appareil digestif.

Pour retenir les doutes, comme schéma de toute une pathologie, rien de meilleur qu'une bonne classification, surtout si celle-ci obéit à l'étiologie de cas confirmés par l'observation clinique.

Mon opinion a toujours été que ces désordres de l'état général d'un nourrisson, ne doivent pas être limités seulement au facteur alimentaire; on ne pourra par nier que la perturbation nutritive est le chemin

ouvert pour l'infection, comme l'infection peut accompagner la perturbation nutritive.

Ainsi, à côté des entités cliniques, en dépendance absolue de l'aliment, d'autres se présentent, dominées par des phénomènes bactériologiques, diathésiques et anatomiques.

Le Professeur Finkelstein lui-même a souvent modifié son opinion, tant au point de vu clinique, qu'à celui de l'étiologie et de la pathogénie et nous trouvons toujours un nouveau tableau en chacune des éditions de son traité.

On ne pourra nier à l'école allemande, la primauté de l'indication du terrain de la chimie biologique, qui relie les perturbations au déséquilibre métabolique de l'individu. Je concorde toutefois avec mon illustre compatriote, Dr. Pedro d'Alcantara, quand, traitant du mouvement moderne dans l'hygiène infantile, il affirme ne pas avoir de divergence entre les écoles allemande et française.

Son minutieux travail a été publié dans les numéros de février et de mars 1929 de la „Pediatria Pratica“ de São Paulo, ou nous lisons les conclusions suivantes:

- 1) Ce qui caractérise l'école française de pédiatrie, aujourd'hui comme avant 1909, c'est l'esprit éclectique que tire de chacune des théories une partie de vérité, sans se lier systématiquement à aucune.
- 2) Les différences entre les membres de chacune des écoles, française ou allemande, sont plus grande que celles qui existent entre les deux écoles dans leur ensemble.
- 3) Quant aux classifications, l'école française celle de *Hutinel-Nobécourt* et l'école allemande celle de *Finkelstein* sont si semblables que l'on pourra admettre: „la classification

HUTINEL-NOBÉCOURT-FINKELSTEIN“.

Autrefois j'adoptais toujours, dans la pratique comme dans mes cours, les classifications des célèbres professeurs berlinois

*) Trabalho apresentado ao 2º Congresso Internacional de Pediatria, realizado em Stockholm, em Agosto de 1930.

Czerny et Finkelstein mais peu à peu je m'inclinai vers celle de l'illustre Professeur de la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro, Dr. Leonel Gonzaga.

Le tableau primitif de cet collègue a été modifié l'année dernière, modification qu'il motive de la forme suivante:

„Adoptant les critiques qui ont surgi à mon primitif tableau, je l'ai simplifié, transportant des types cliniques d'un „item“ à l'autre, ajoutant ici, modifiant là, et voici le nouveau schéma que j'ai organisé“

Dans celui-ci l'auteur établit quatre colonnes dont l'une pour la désignation générale, une autre pour les types cliniques et un troisième pour la terminaison possible des dystrophies.

En synthèse, pour discerner la dystrepsie qui s'est établie dans le nourrisson, il faut toujours avoir en vu les trois types classiques qui caractérisent l'individu dans la première enfance, depuis le normal jusqu'au degré de cachexie.

Ces trois types sont: l'eutrophique, le dystrophique et l'atrophique.

Nous savons que l'eutrophique se manifeste par l'augmentation constante et régulière de courbes pondérale et staturale. L'enfant a l'aspect fleuri, la turgescence tendue, le ton normal, évolution régulière du pannicule adipeux, bon appétit, sommeil tranquille, à côté de la régularité de toutes ses fonctions.

L'eutrophique démontre encore un degré précis de résistance aux exigences de la vie ainsi qu'aux conditions alimentaires et toxico-infectieuses.

On remarque toutefois que la limite entre les trois phases de nutrition n'est pas toujours bien établie.

La barrière disparaît, quand on voit le nourrisson, jusqu'alors d'apparence normale, tomber en déséquilibre de fonctions, par suite d'un simple changement d'alimentation, par infection banale, formant la dystrophie dans son premier cri d'alarme.

Le dérangement digestif, infectieux ou toxique, peut amener la dystrophie au dernier degré de résistance organique à l'atrophie, par l'altération profonde de ses cellules.

Tout ce qui touche aux phénomènes digestifs vient prouver l'idée de Pfaundler qui affirme que, à côté de la digestion proprement dite, il y a une digestion interne; la première se réalise dans l'appareil digestif, par la transformations des aliments pour ultérieure assimilation, et la deuxième transforme les principes nutritifs immédiats dans les cellules de l'organisme.

C'est avec ces brèves considérations que je présente ma classification:

Dystrepsies des Nourrissons

(Principalement dans l'alimentation artificielle)

(d'après RAUL MOREIRA).

A) *Dystrepsies alimentaires:*

- 1) Dystrepsie par alimentation insuffisante { quantitative
qualitative
- 2) Dystrepsie par alimentation excessive
- 3) Dystrepsie par carence hydrocarbonée

- 4) Dystrepsie farinacée { forme atrophique
forme atrophique-hydrémique
forme hypertonique

5) Scorbut infantile

6) Dyspepsie gastro-intestinale

7) Décomposition alimentaire de Finkelstein

B) *Dystrepsies par toxico-infection:*

- 1) Entero-colite aigüe simple
- 2) Entero-colite toxico-infectieuse
- 3) Toxicose de Czerny-Keller
- 4) Dysenteries

C) *Dystrepsies par allergie:*

- 1) Diathèse exsudative
- 2) Catarrhes intestinaux éosinophiles de Neubauer et Stäubi

D) *Dystrepsies par entéro-colite chronique*

E) *Dystrepsies par difformités:*

- 1) Maladie de Hirschsprung
- 2) Atrésie congénitale des vois biliaires.

Porto Alegre, Mai 1930.



SYNDICATO MEDICO DO RIO GRANDE DO SUL

Um sopro de grande e justificado entusiasmo, percorre, no momento, o Rio Grande todo, cujo corpo medico exulta, com a fundação, em Maio ultimo, do SYNDICATO MEDICO DO RIO GRANDE DO SUL, grande necessidade e velha aspiração da classe.

Na noite de 20 de Maio, no salão nobre da Faculdade de Medicina, com a presença de 115 medicos, realisou-se a sessão de fundação da novel aggremação. Assumiú a presidencia dos trabalhos o prof. Moysés Menezes, secretariado pelos drs. Waldemar Job e Nino Marsiaj; a convite, fez parte da mesa o dr. Renato Pacheco, medico carioca e membro do Conselho Deliberativo do Syndicato Medico Brasileiro, sediado no Rio de Janeiro. Aberta a sessão, falou o dr. Nino Marsiaj que expoz os trabalhos até então executados pela Comissão Organizadora do Syndicato, composta dos drs.: Moysés Menezes, Octavio de Souza, Annes Dias, Guerra Blessmann, Plinio Gama, Gabino da Fonseca, Thomaz Mariante, Waldemar Job e Nino Narsiaj. Em nome desta falou depois o dr. Waldemar Job, que explicando as razões da fundação do Syndicato, leu o veemente discurso que abaixo transcrevemos. O dr. Job foi muitissimo applaudido, tendo recebido palmas do principio ao fim do seu esplendido trabalho: Eil-o na integra:

Prezados collegas:

Integrado, desde o seu inicio, no movimento syndicalista que nos reupe hoje, não me pareceo disciplinar a recusa quando de minha indicação para vos definir os objectivos desta reunião. Avesso, menos por temperamento do que por possibilidades pessoas ás situações de alguma evidencia, mesmo quando transitoria, sinto-me no emtanto amparado na grandeza eloquente dos motivos desta convocação. A maneira por que correspondestes ao nosso convite, conscios de suas finalidade, conforta-nos sobremodo, tanto pelo brilhantismo com que revestis este certame, quanto pela certeza que assim nos asseguraes da indentidade dos sentimentos que nos animam numa campanha certamente penosa pela sua natureza, mas immensamente grandiosa pelas suas finalidades. Tinhamos a certeza, caros collegas,

de que não serieis indifferentes ao nosso appello, pois como nós sentis, sem duvida, a necessidade inadiavel de um extenso movimento de solidariedade da classe, de uma efficiente conjugação de esforços para o restabelecimento definitivo do prestigio moral e social da collectividade a que pertencemos. A nobre profissão que com tanto amor abraçamos, inspirados na sua sublime finalidade, cultuando-a como um sacerdocio, declina, accentuadamente, no conceito da sociedade, sob a influencia progressiva e nefasta de multiplas e complexas causas.

Desamparados dos poderes publicos, vemos, constrictos, a infiltração progressiva e perniciososa em nosso meio, de elementos de todas as nacionalidades, sem bagagem scientifica e moral para o exercicio da medicina, mas com audacia e ambição sufficientes para a pratica de todos os meios necessarios aos seus objectivos industriaes.

Penalisados, sentimos as difficuldades com que lutam e os transeos por que passa grande numero de collegas do interior, cultos e competentes, mas impotentes ante a avalanche dos aventureiros domiuidores das regiões onde clinicam, pois repugnantes lançar mão dos mesmos processos de exploração á ignorancia e bôa fé humanos.

E' doloroso o desamparo em que se veem os referidos collegas, dentro dô seu torrão natal, isolados por seus proprios patricios, dada a obsessão que lhes é innata por tudo que não é nosso.

Que nossas palavras não sejam interpretadas como explosão de um xenophobismo latente, pois nossas tradições de liberalismo e hospitalidade para com o estrangeiro são sufficientemente conhecidas para affastar qualquer duvida.

O profissional estrangeiro, quando munido de credenciaes sufficientes, tem recebido de parte do corpo medico rio-grandense inequivocas provas de acolhimento e carinho, conquanto não ignoramos que essas mesmas credenciaes em nossas mãos de nada valeriam em seus paizes de origem.

Faz-se mister uma reacção energica contra essa situação deprimente em que as nossas proprias leis nos collocam em face das collectividades medicas estrangeiras.

E' necessario que se convençam dessa verdade conquistada no terreno da pratica de que tanto sob o ponto de vista scientifico como moral, o medico brasileiro em nada fica a dever ao seu collega estrangeiro. A nossa revolta visa, sobretudo, aos aventureiros estrangeiros e nacionaes, os quaes, protegidos pela liberdade profissional vingente entre nós, delurpam e mercantilizam a mais nobre das profissões, enfraquecendo em seus fundamentos as proprias instituições da defeza social.

Meus caros collegas, o que mais nos entristece é sem duvida a certeza de que tambem muitos de nós, os diplomados, contribuem para o actual estado em que nos encontramos. Não constitue para vós surpresa o que vamos relatar, mas a sua intensificação actual, a que não é sem duvida alheia a grande crise economica e moral por que atravessamos, merece especial relevo.

Os diplomados industrialistas do aborto constituem, entre nós, uma chaga que desde muito exige uma energica medida terapeutica de nossa parte. Acobertados pelas prerogativas sociaes que lhes concede o titulo, delle se utilizam e com elle se inutilizam na pratica deshonesto do aborto criminoso.

Outros, não menos numerosos, dadas as facilidades e oportunidades que lhes faculta a profissão, muito contribuem para o seu progressivo prestigio social.

A falta de solidariedade da classe, a commercialisação progressiva da medicina, as „interminas rixas do amor proprio“, as discussões estereis que têm o publico por platá, os infalliveis congenitos que não perdão o erro alheio e encobrem o proprio, esse espesinhar continuo das mais elementares noções de Ethica profissional, são, sem duvida, outros tantos factores de enfraquecimento do organismo medico, já tão combatido pela liberdade profissional.

Como vêdes, prezados collegas, a idéa syndicalista, entre nós, encontra a sua razão de ser, os seus fundamentos, em multiplas e complexas questões de ordem profissional e social. Não nos animou, pois, o pueril espirito de imitação ás iniciativas e realisações estrangeiras ou nacionaes do mesmo genero. Ella teve origem no conhecimento integral de todos os males e necessidades que affligem a classe e a sociedade em que vivemos. A Sociedade de Medicina, dada a sua finalidade

estricitamente scientifica e para sua maior estabilidade, não cabia a solução de taes problemas. Dahi a criação da entidade medica para a defeza dos interesses moraes e materiaes da classe. Dada a progressiva extensão social da Medicina, muitos beneficios advirão de nossa iniciativa. Não nos animam sómente propositos repressores

Não seremos extranhos aos problemas de Medicina Social e Hygiene Publica, nem nos serão indifferentes as dificuldades e os transees dos collegas desprotegidos da sorte. Isoladamente nada conseguiremos. Unidos, seremos fortes e, pela justiça e nobreza de nossos objectivos, tudo conseguiremos. Não nos importam, os pessimistas e scepticos. Estes, como muito bem diz Guerra Blessmann, não entorpecerão a nossa marcha e quando se convencerem das conquistas obtidas serão alliados nossos. Não nós faltarão pois adhesistas da victoria.

Após o discurso do dr. W. Job, fez uso da palavra, o dr. Renato Pacheco, que demonstrou o papel saliente desempenhado pelo Syndilato Medico Brasileiro e congratulou-se com os presentes pela fundação do Syndicato Medico do R. G. do Sul.

Em seguida foi distribuido o projecto impresso dos estatutos do Syndicato, cuja discussão foi demorada e acalorada; a approvação só foi feita após diversas reuniões, realisadas em dias diferentes.

Eleição do Conselho Deliberativo: finalmente, a 24 de Junho p. p. realisou-se pelo systema de voto secreto, a tão anciosamente esperada eleição do Conselho Deliberativo, a qual teve logar na sala da bibliotheca da Faculdade. As cedullas, sem assignatura, foram collocadas em urna especial, assignando os votantes em livro de de presença, perante destacados membros do nosso corpo medico, que, para isso, permaneceram pela manhã e á tarde no local da eleição. Foi eleito o seguinte Conselho Deliberativo: Annes Dias, Bicca de Medeiros, Gabino da Fonseca, Guerra Blessmann, Moysés Menezes, Octavio de Souza, Plínio Gama, Ernesto di Primio, Raul Pilla, E. de Barros Coelho, Mario Totta, Thomaz Mariante, Waldemar Job, Fabio do N. Barros, Huberto Wallan, João Lisboa de Azevedo, C. Hofmeister, Luiz Kùhl, O. Dias Campos, Decio Martins Costa, Leonidas Escobar, Jacy Monteiro, Ary Vianna, Nino Marsiaj.

Em sessão do Conselho Deliberativo eleito, foi eleita a seguinte Commissão Executiva, a primeira do Syndicato e que

E' necessario que se convençam dessa verdade conquistada no terreno da pratica de que tanto sob o ponto de vista scientifico como moral, o medico brasileiro em nada fica a dever ao seu collega estrangeiro. A nossa revolta visa, sobretudo, aos aventureiros estrangeiros e nacionaes, os quaes, protegidos pela liberdade profissional vingente entre nós, delurpam e mercantilizam a mais nobre das profissões, enfraquecendo em seus fundamentos as próprias instituições da defeza social.

Meus caros collegas, o que mais nos entristece é sem duvida a certeza de que tambem muitos de nós, os diplomados, contribuem para o actual estado em que nos encontramos. Não constitue para vós surpresa o que vamos relatar, mas a sua intensificação actual, a que não é sem duvida alheia a grande crise economica e moral por que atravessamos, merece especial relevo.

Os diplomados industrialistas do aborto constituem, entre nós, uma chaga que desde muito exige uma energica medida therapeuticamente de nossa parte. Acobertados pelas prerogativas sociaes que lhes concede o titulo, delle se utilizam e com elle se inutilizam na pratica deshonestas do aborto criminoso.

Outros, não menos numerosos, dadas as facilidades e oportunidades que lhes faculta a profissão, muito contribuem para o seu progressivo prestigio social.

A falta de solidariedade da classe, a commercialização progressiva da medicina, as „interminas rixas do amor proprio“, as discussões estereis que têm o publico por platêa, os infalliveis congenitos que não perdão o erro alheio e encobrem o proprio, esse espinhar continuo das mais elementares noções de Ethica profissional, são, sem duvida, outros tantos factores de enfraquecimento do organismo medico, já tão combatido pela liberdade profissional.

Como vêdes, prezados collegas, a idéa syndicalista, entre nós, encontra a sua razão de ser, os seus fundamentos, em multiplas e complexas questões de ordem profissional e social. Não nos animou, pois, o pueril espirito de imitação ás iniciativas e realisações estrangeiras ou nacionaes do mesmo genero. Ella teve origem no conhecimento integral de todos os males e necessidades que affligem a classe e a sociedade em que vivemos. A Sociedade de Medicina, dada a sua finalidade

estricamente scientifica e para sua maior estabilidade, não cabia a solução de taes problemas. Dahi a criação da entidade medica para a defeza dos interesses moraes e materiaes da classe. Dada a progressiva extensão social da Medicina, muitos beneficios advirão de nossa iniciativa. Não nos animam sómente propositos repressores

Não seremos extranhos aos problemas de Medicina Social e Hygiene Publica, nem nos serão indifferentes as dificuldades e os transees dos collegas desprotegidos da sorte. Isoladamente nada conseguiremos. Unidos, seremos fortes e, pela justiça e nobreza de nossos objectivos, tudo conseguiremos. Não nos importam, os pessimistas e scepticos. Estes, como muito bem diz Guerra Blessmann, não entorpecerão a nossa marcha e quando se convencerem das conquistas obtidas serão alliados nossos. Não nós faltarão pois adhesistas da victoria.

Após o discurso do dr. W. Job, fez uso da palavra, o dr. Renato Pacheco, que demonstrou o papel saliente desempenhado pelo Syndilato Medico Brasileiro e congratulou-se com os presentes pela fundação do Syndicato Medico do R. G. do Sul.

Em seguida foi distribuido o projecto impresso dos estatutos do Syndicato, cuja discussão foi demorada e acalorada; a aprovação só foi feita após diversas reuniões, realisadas em dias diferentes.

Eleição do Conselho Deliberativo: finalmente, a 24 de Junho p. p. realisou-se pelo systema de voto secreto, a tão anciosamente esperada eleição do Conselho Deliberativo, a qual teve logar na sala da bibliotheca da Faculdade. As cedullas, sem assignatura, foram collocadas em urna especial, assignando os votantes em livro de de presença, perante destacados membros do nosso corpo medico, que, para isso, permaneceram pela manhã e á tarde no local da eleição. Foi eleito o seguinte Conselho Deliberativo: Annes Dias, Bicca de Medeiros, Gabino da Fonseca, Guerra Blessmann, Moysés Menezes, Octavio de Souza, Plínio Gama, Ernesto di Primio, Raul Pilla, E. de Barros Coelho, Mario Totta, Thomaz Mariante, Waldemar Job, Fabio do N. Barros, Huberto Wallan, João Lisboa de Azevedo, C. Hofmeister, Luiz Kúhl, O. Dias Campos, Decio Martins Costa, Leonidas Escobar, Jacy Monteiro, Ary Vianna, Nino Marsiaj.

Em sessão do Conselho Deliberativo eleito, foi eleita a seguinte Commissão Executiva, a primeira do Syndicato e que

dirigirá os seus destinos pelo espaço de 3 annos: Octavio de Souza, Gabino da Fonseca, Plinio Gama, Guerra Blessmann, Moysés Menezes e Mario Totta.

Cada membro da C. Executiva será o presidente durante 6 mezes. Foi escolhido por sorte, para presidente o dr. Gabino da Fonseca, que assim teve a honra de ser o primeiro presidente do Syndicato Medico do Rio Grande do Sul. De entre os membros do Conselho Deliberativo, foram eleitos outros nomes para occuparem diversos cargos na direcção do Syndicato. Os drs. Waldemar Job e Ary Vianna foram designados respectivamente 1.º e 2.º secretarios, os drs. João Lisboa de Azevedo e Ernesto di Primio Beck, thesoureiro e adjuncto de thesoureiro.

O Syndicato tem recebido numerosas adhesões de todos os recantos do Estado. Nota-se uma atmospherá que só se observa em época de grandes acontecimentos. É o Rio Grande medico que a exemplo do

Rio Grande politico, joga para longe a sua velha e rota veste composta de preconceitos e inactividade inexplicavel e unindo-se, porque a união faz a força, clama bem alto que está farto de ser menospresado, que tem direitos e que quer fazer valer esses direitos. Por todo o Rio Grande soam os clarins o toque de reunir e em alguns pontos, como P. Alegre, já se ouviu o toque de combate. Na séde do Syndicato Medico do Rio Grande do Sul, que é o Quartel General, a azáfama é grande. A correspondencia com o Rio e Estado é copiosa, as adhesões chegam diariamente, o enthusiasmo é enorme e o programma é magnifico. Medicos do Rio Grande, alistae-vos no Syndicato, o qual está promovendo nobre cruzada em prol da classe. O Syndicato precisa de todos vós. Nada de preconceitos, nada de egoismo damnhinho. Todos vós sahireis lucrando. A victoria do Syndicato é a victoria de cada um de vós. Alistae-vos!

L. S. M.

Illustre Doutor!

Chamamos a attenção de V. S. para os preparados annunciados no presente numero:

Luteo-Ovarina — Antiphlogistine — Biolatol Ygartua — Nova Farinha Nestlé — Pertussol, Neisser vaccina, Metricidina, Staphylosina e Entero-vaccina — Aurocarpol, Cardigan, Carpol, Cytoisamin, Cytomagnesio, Calcytol, Disuran, Maleizin-Azul e Protocarpol do Lab. Nutrotherapico — Vitamina, Neo-Vitamin, Insulina, Synergon A. B. C., Fermento tridigestivo, Sôro lipotonico, Sôro liposedativo, Cholepatina, Renina, Orchidan, Biotoxil, Thyroluteina, Bio-calcio etc. de Lab. L. B. C. Lda. — Iodan, Calcinjectol, Protinjectol, Vitargil, Camphobis de Lab. Nutrotherapico — Lembramos tambem: O Instituto de Radiologia do dr. Saint Pastous — O Laboratorio do dr. Pereira Filho — A Casa Herrmann: instrumentos e aparelhos de medicina — A Casa Foernges: optica moderna — O Café da Empresa Nacional de Propaganda.

Annunciar nos „Archivos“ é ter a certeza de que o producto annunciado ficará conhecido em toda a parte, porque a nossa revista vae a todos os municipios do Estado. Ella percorre, tambem, todo o mundo, pois mantemos intercambio com a maioria das principaes revistas medicas existentes.

Annunciae no proximo numero a sahir em Setembro!

THÉSES.

Recebemos a these recentemente defendida pela dr. Jayme Vignoli, perante uma commissão da Faculdade de Medicina desta capital, composta dos professores Octavio de Souza, presidente, Annes Dias e Aurelio Py. O trabalho que se intitula: DUODENO E ESTOMAGO, correlações physiologicas e pathologicas, mereceu grandes elogios e foi approved com grande distincção (grão 10). Eis as conclusões a que o autor chega:

1) Estomago e duodeno, já desde o estado embryologico, apresentam relações intimas.

2) Uma série de interessantes analogias anatomicas e histologicas verifica-se, nos dois órgãos.

2) As correlações physio-radiologicas evidenciam-se, no duodeno e no estomago, proporcionando excellent exemplo de harmonia funcional.

4) Póde-se dizer que o bulbo duodenal offerece mais caracteristicas anatomicas, physiologicas e radiologicas de estomago, que de intestino delgado.

5) E' incontestavel a importancia das correlações pathologicas gastro-duodenaes: as duodenopathias com repercussão gastrica e as gastropathias que influem sobre o duodeno, são numerosas e de frequente constatação clinica.

6) Indissolvelmente ligados, em clinica, os dois órgãos não pódem ser encarados de forma isolada. Quando se pesquisam os signaes de um, o outro deve ser interrogado de maneira conveniente. As verificações radiologicas de ambos completam-se, respectivamente*).

7) As observações mostram que, em pathologia digestiva, tem maior importancia, em grande porcentagem dos casos, o duodeno do que o órgão ventricular. Verdadeiro centro, onde se reúnem as mais importantes secreções digestivas, o primeiro segmento do intestino delgado deve atrahir, sempre, a atenção do clinico, nos soffredores do aparelho da digestão.

8) Ao mesmo tempo que são frequentes, clinicamente, as difficuldades diagnosticas, nos estados pathologicos gastricos e du-

denaes, não são raras as confusões em radiologia. Uma imagem de affecção duodenal póde simular affecção gastrica e a reciproca tambem é verdadeira.

9) O reconhecimento do vomito duodenal é de valor pratico incontestavel. Devidamente differenciado do vomito puramente gastrico, permite, muitas vezes, pela associação a outros dados, previsões clinicas, já antes do exame radiologico.

10) As manifestações dolorosas, em pathologia gastro-duodenal, devem ser percurtadas com cuidado, procurando, sempre que possivel, estabelecer o *dia* e o *anno do dyspeptico*.

11) Nas possibilidades actuaes, é ainda difficil o estabelecimento de um dermatoma duodenal, assim como causas de erro enxa-meiam, no interpretar de outros dermatomas melhor estudados.

12) Ha a considerar *pontos duodenaes clinicos*, que se tornam, em multiplas circumstancias, de valor pratico apreciavel.

13) No estudo das manifestações dolorosas e mesmo quando estas são ausentes, ou pouco pronunciadas, tomam vulto, para o reconhecimento de duodenopathias, as condições que dão um *cunho*, ou *character duodenal*, a certas manifestações digestivas.

14) Os *equivalentes duodenaes da dôr de fome* chamam, muitas vezes, a atenção sobre a séde duodenal da affecção digestiva, em face da qual se acha o clinico.

15) A *cólica duodenal de Annes Dias* é um syndrome differenciado, caracteristico e verificavel em muitos individuos portadores de estenose do primeiro segmento do intestino delgado, quer seja organica, quer funcional.

16) Ha, por parte de alguns autores, certo exaggero, no sentido de considerarem muito frequente o alongamento gastrico accentuado, sem perturbação pathologica de especie alguma.

17) A ptose gastrica é capaz de determinar a estáse e a dilatação bulbar; de preparar o terreno para a bulbite e para a ulcera duodenal; de produzir a duodenoptose completa, estabelecendo os estados de gastro-duodenoptose typica; de acarretar a periduodenite; de condicionar a inversão duodenal; de produzir a estáse total do duodeno (essas duas ultimas eventualidades são mais raras).

* Limitamo-nos ao nosso assumpto. E' claro que o exame completo, quer clinico, quer radiologico, considera todos os segmentos do tubo digestivo, assim como devem ser interrogados o pancreas, o aparelho biliar, etc., etc.

18) Na gastro-duodenoptose typica, não ha, geralmente, condições favoraveis á perturbação do transito, no segmento duodenal, por parte do estomago.

19) Em clinica, é de observação muito frequente a associação de duodenopathias varias aos estados de alongamento gastrico accentuado.

20) Pódem os gastropósitos, em alguns casos, ser considerados mais como duodenaes, que como gastropathas.

21) Apesar das diversas possibilidades pathologicas que sobrevém para o duodeno, na ptose gastrica, não se deve chegar ao exaggero, interpretando sempre, ou quasi sempre, como de origem gastropositica os disturbios duodenaes observados. E' possivel, muitissima vezes, concomitantemente á gastropose, a existencia desses disturbios, consecutivos a affecções de differentes órgãos (cholecystite, appendicite, cólptose, etc.).

22) E' possivel a reproducção experimental de certas alterações duodenaes, consequentes ao alongamento gastrico exaggerado.

23) Para tal experimentação, seria talvez o animal de escolha o macaco, mas o cão, apesar de ter o tronco em posição horizontal, proporciona boas provas nesse sentido.

24) A operação por nós imaginada e levada a effeito — gastropexia pelvica experimental com fixação alta do duodeno e formação de um *genu superius* artificial — conseguiu um estado correspondente á retrodilatação bulbar humana.

25) Dentre as innumeradas condições pathologicas duodenaes repercutindo sobre o estomago, uma das mais expressivas, uma das que melhor denotam as correlações morbidadas dos dois órgãos é a dilatação gastro-duodenal aguda.

Pelo dr. Cassio de Revoredo Annes Dias, foi-nos offerecido um exemplar da sua magnifica these defendida perante a comissão nomeada pela Faculdade de Medicina desta capital, em 20 de Abril p. p. A comissão constituída pelos professores Octavio de Souza, presidente, Aurelio Py e Raul Moreira, approvou com distincção, grão 10, o trabalho de jovem medico, o qual se intitula: SYMPTOMATOLOGIA DUODENAL. Eis as numerosas conclusões a que chega o autor em seu trabalho:

1) O estudo destes 253 doentes do duodeno vem mostrar a frequencia das affecções duodenaes, em pathologia digestiva.

2) Os disturbios causados pelas affecções duodenaes pódem ser locaes ou geraes; entre os locaes, os mais interessantes são os espasmos do esphincter de Oddi e do pyloro, a estáse, a duodenite, a ulcera de estáse, etc.; os geraes correm geralmente por conta duma desordem toxica ou dum desequilibrio vago-sympathico.

3) A symptomatologia varia com a natureza da affecção duodenal e com a sensibilidade propria de cada doente.

4) As lesões inflammatorias dão, electivamente, origem ao syndrome dôr, emquanto que a estáse engendra, de preferencia, phenomenos toxicos.

5) Apesar de impreciso o capitulo da symptomatologia duodenal, não devemos considerar sómente os phenomenos locaes, mas tambem todas as manifestações á distancia, que possam correr por conta duma irritação partida do duodeno.

6) Da symptomatologia digestiva duodenal, os signaes basicos são: a dôr de fome ou seus equivalentes e o enfartamento crescente.

7) São dois os phenomenos paroxysticos: a colica, syndrome doloroso, que termina por um vomito ou por uma crise diarrhéica, e a ansiedade epigastrica que, pela angustia e a oppressão localizadas no epigastrio, fizeram com que Segura lhe desse o nome de „angor duodenalis“; esta crise ou termina por um vomito, ou marca o inicio duma colica duodenal.

8) A prisão de ventre encontra-se na proporção de 66 %, o que vem mostrar que muitas constipações rebeldes pódem ter sua origem num mal do duodeno; ella é geralmente devida a um espasmo reflexo do colon.

9) Certos disturbios vago-sympathicos pódem fazer com que alguns doentes se julguem cardiacos.

10) A dyspnéa vagotonica e o syndrome sympathico de Ramond são phenomenos encontrados.

11) As affecções duodenaes repercutem sobre o systema nervoso, abatendo certos doentes e excitando outros.

12) A cephalalgia é o phenomeno extradigestivo mais frequente.

13) A enxaqueca póde ter sua origem num mal duodenal.

14) O duodeno é a encruzilhada onde se vão encontrar os succos gastrico, hepa-

tico, pancreatico e duodenal, sendo, portanto, de prevêr a repercussão que, sobre o metabolismo, terão os distúrbios de transito desse órgão.

15) A insufficiencia hepatica, phenomenos morbidos de origem pancreatica, a albuminuria e a azotemia chloropenica são os distúrbios metabolicos mais caracteristicos.

16) A albuminuria é encontrada com frequencia nos casos de estase duodenal.

17) A glycosuria, o emmagrecimento notavel e as crises diarrhéicas devem, em muitos casos, ser attribuidos ao comprometimento do pancreas, constituindo um *syndrome pancreatico de estase duodenal*.

18) A azotemia chloropenica que geralmente apparece por occasião das crises, principalmente si vem alliada á albuminuria, pôde fazer pensar em nephrite, acarretando este diagnostico sério prejuizo para o doente.

19) Das periduodenites, a mais frequente é a bulbar.

20) A peridnodenite do angulo duodeno-jejunal é a mais grave.

21) A estase, quando se origina duma estenose infra-mesocolica, é mais séria.

22) O espasmo do colon transverso é provavelmente resultante dum reflexo duodeno-colico.

23) A appendicite é, pela nossa estatistica, o principal factor etiologico das periduodenites.

24) A extirpação do appendice é um tempo necessario no tratamento da appendicite, que deve ser completado por um tratamento pre- e post-operatorio bem orientado.

25) A elevada porcentagem com que foi encontrada a syphilis vem mostrar o papel por ella desempenhado, na preparação do terreno, para a eclosão das adherencias.

26) Actualmente, é ao duodeno, e não ao estomago, que pertence a hegemonia, em pathologia do tubo digestivo.

Nota — A redacção dos „Archivos“ está aguardando a remessa das outras théses defendidas, para poder se manifestar.

CASA HERRMANN Ltda.

Succ. de A. Brockmann & Cia., Porto Alegre

RUA DOS ANDRADAS N.º 1320 — EDIFÍCIO LA PORTA

Caixa Postal 153 — Telephone autom. 4725 — Endereço telegr.: CASERMAN

Deposito permanente e variado de

Instrumentos e Aparelhos para Cirurgia Medica

Moveis asepticos para salas de Operações e consultorios.

Sortimento completo de Seringas hypodermicas, nuas e completas.

Agulhas de aço, nickel e platina em todos os comprimentos e diâmetros.

FILMS PARA RAIOS X

Sortimento completo e variado em

Artigos para Photographia e Odontologia

Cintos abdominaes, Meias elasticas, Esponjas, Filtros, Aparelhos e laminas Gillete, Pastas, Pós, Liquidos e Escovas para dentes.

Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Sessões realizadas durante o corrente anno

Sessão realizada em 27 de Março¹⁾.

Presidente prof. Octavio de Souza. Foi lido um officio assignado pelos drs. Moysés Menezes, Guerra Blessmann, Annes Dias, Gabino da Fonseca, Waldemar Job e Nino Marsiaj, os quaes constituindo a comissão organisadora do Syndicato Medico do Rio Grande do Sul, pedem o apoio da Sociedade de Medicina. Foi lido, tambem, um telegramma do dr. Belisario Penna, director do D. N. S. P., pedindo suggestões a respeito da regulamentação do exercicio da profissão medica no Brasil. A casa, por unanimidade de votos, resolveu apoiar a nova entidade em formação — o Syndicato. Ficou resolvido que o telegramma do dr. Belisario Penna seja respondido pelo Syndicato e a comissão composta dos drs. Octavio de Souza, Plinio Gama, e Thomaz Mariante. Em seguida o dr. Silveira Netto leu uma conferencia sobre o charlatanismo no R. G. do Sul e especialmente no municipio de Lageado.

Sessão realizada em 10 de Abril.

O dr. Carlos Hofmeister propoz a extincção da revista da Sociedade, os „Archivos Riograndenses de Medicina“. O prof. Thomaz Mariante opinou pela manutenção da mesma. Por proposta dos professores Octavio de Souza e Annes Dias, ficou resolvido que a directoria estudasse melhor o assumpto, apresentando depois o seu parecer. Em seguida o dr. Nino Marsiaj leu o trabalho que produziu em collaboração com o dr. Nestor Barbosa: „Um caso de cyanose congenita“. Pela importancia e raridade de caso, o trabalho foi muito commentado. Está o mesmo publicado no presente numero. O dr. Leonidas S. Machado citou um caso de cancer do seio em que a operação incompleta, despertou a formação de metastases e apressou a morte da paciente. A proposito o prof. Annes Dias disse que o cirurgião exerceu uma verdadeira póda do tumor. O dr. Thomaz Mariante citou um caso de febre typhoide com um surto agudo de appendicite.

Sessão realizada em 17 de Abril.

Foram lidas duas cartas dos professores Martin Gomes e Freitas e Castro, pedindo

demissão dos cargos de membros da comissão de revista. Dada a procedencia do pedido, foram eleitos para substituí-los os drs. Mario Totta e Decio Martins Costa. O dr. Pedro Maciel em seu nome e no do dr. Thomaz Mariante, leu uma conferencia sobre: „Pathologia da arteria pulmonar-esclerose primitiva e secundaria da mesma — Molestia de Ayerza“. O trabalho foi grandemente apreciado. O dr. Annes Dias faz notar a elevada basophilia em 2 dos casos citados (8 a 12 %), facto ainda não registrado. O dr. Barata citou depois alguns casos de pulso lento.

Sessão realizada em 24 de Abril.

Em substituição ao dr. Jacintho Godoy que pediu demissão do cargo que exercia na comissão de revista, foi eleito o dr. Waldemar Job. O dr. Blessmann citou um caso de hematoma da fossa iliaca direita, provocado por um fragmento de madeira de 10 a 15 cms., que penetrou ao nivel da 9.^a e 10.^a costella. O dr. Carlos Hofmeister citou um caso de febre typhoide com hemorragia de um grande vaso da côxa, formando um enorme hematoma, que, quando aberto, deu sangue como um aneurysma. Dias depois o paciente apresentou gangrena facial. O dr. Bruno Marsiaj communicou um caso de ptose gástrica que operou pelo processo de Pertis. O resultado anatomico foi pequeno, mas a função muito lucrou. A doente engordou trinta kilos.

Sessão de 8 de Maio.

Os drs. Annes Dias e Jacy Monteiro discorreram longamente sobre abcessos pulmonares, sendo o trabalho de ambos muito commentado.

Sessão de 15 de Maio.

Passando a presidencia ao prof. Thomaz Mariante, o prof. Octavio de Souza leu um trabalho sobre: „O estudo clinico das hematurias“, o qual publicamos no presente numero. Em seguida o prof. Blessmann expoz a parte do assumpto relativa á cirurgia. O dr. F. Ygartua communicou um caso de hematuria na infancia e um de pyloro-espasmo.

¹⁾ Todas as sessões do anno foram presididas pelo prof. Octavio de Souza.

Sessão de 22 de Maio.

O dr. F. Yagartua leu o trabalho que apresentou ao Congresso Internacional de Pediatria de Montevidéo (1930): „A criança diathetica exsudativa em Porto Alegre: Considerações sobre sua hypersensibilidade aos agentes climatericos, chimicos e biologicos“. Commentaram o importante trabalho os drs. Raul Moreira, C. Hofmeister, Decio M. Costa, Leonidas S. Machado, Octavio de Souza, I. Corrêa Meyer, Nino Marsiaj, Annes Dias e Mario Bernd.

Sessão de 29 de Maio.

O dr. José Sarmiento Barata discorreu sobre: „Estenoses mitraes puras“.

O dr. Ivo Corrêa Meyer pediu que a casa se manifestasse sobre a entrevista dada ao Correio do Povo pelo General Interventor que acha que se deve applicar a importancia do „mil réls ouro“ angariado para a Patria, na construcção de um hospital de clinicas. O prof. Octacilio Rosa opinou que seria preferivel um pavilhão para clinica urológica recém creada, o qual seria construido na Santa Casa. O prof. Octavio de Souza propoz que fique consignado um voto de louvor pela attitude assumida pelo Governo do Estado, o que é aprovado unanimemente.

Sessão de 5 de Junho.

O prof. Fabio Barros lê uma conferencia sobre: „Semiologia do systema motor extra-pyramidal“. Esse esplendido trabalho que foi muito elogiado e apreciado vae publicado no presente numero dos Archivos.

O dr. C. Hofmeister citou um caso de epi-tuberculose na infancia e o dr. Thomaz Mariante um de syndrome de Reynaud com esclerodermia.

Sessão de 12 de Junho.

O Dr. Waldemar Job leu uma conferencia sobre: „Pathogenia e therapeutica do diabetes“, que foi muito commentada. O prof. Octavio de Souza citou um caso de sua clinica em que o assucar chegou a 30 grs. por litro na urina e 1 gr. 70 no sangue. Em seguida o prof. Annes Dias communicou um interessante caso de sua clinica e que julga tratar-se de um novo syndrome „dystrophico, familiar e hereditario“ presente em 17 membros de uma familia. O primeiro membro da familia que examinou é uma moça, a qual como

os outros 16 parentes, não possui os dentes incisivos inferiores e os lateraes superiores, que tornou a familia conhecida pelo nome de „dente ralo“. Os dentes caninos e incisivos não foram substituidos, permaneceram os dentes de leite. Os homens de familia têm os cabellos muito claros e ficam calvos antes dos 30 annos; os cabellos são lisos e duros; os bigódes são verticaes. O apparecimento do syndrome obedece a uma lei de hereditariedade que se verifica já em 4 gerações, sendo que os homens transmitem ás filhas e as mulheres aos filhos. O prof. Annes Dias está estudando o syndrome.

Sessão realizada em 19 de Junho.

O dr. Anthero Lisboa prendeu a attenção da casa com a leitura do seu trabalho sobre: „Complicações nervosas da anemia perniciososa“.

O dr. Tenach W. de Souza communica a sua idéa e do dr. Nicolau Vergueiro, da installação de um Sanatorio p.^a tuberculosos, em Passo Fundo e faz considerações sobre as condições meteorologicas do local escolhido. Terminando pede o apoio moral da Sociedade de medicina. Por proposta do dr. Mariante, a Sociedade consignou em acta um voto de louvor á idéa d'aquelles dois medicos passofundenses.

Sessão realizada em 26 de Junho.

O dr. Hugo Pinto Ribeiro leu applaudida conferencia sobre: „Dermatoses bulhosas. Zona e varicella“. O autor faz considerações sobre a theoria que faz da zona e da varicella, modalidades da mesma molestia.

Em seguida o dr. Ygartua cita casos de meningite de sua clinica, sendo um por pneumo-bacillo de Friedländer e outro por calibacillo.

O dr. Nino Marsiaj cita 4 casos de intoxicções pela emetina, observados em doentes seus, attribuidos á intolerancia por parte dos doentes e á impureza do medicamento.

Sessão realizada em 3 de Julho.

O dr. Maya Faillace leu interessante e applaudida conferencia sobre: „Reacção de Deycke-Gomes“ na lepra, e terminou do seguinte modo: „A reacção de Deycke-Gomes, associada ás de Rubino, Wassermann, Meinicke, permite na quasi totalidade dos casos, o deslinde entre a lepra e a syphilis, facto cuja alta importancia

prática seria inútil salientar. Auxiliando, pois, o diagnóstico precoce e orientando a therapeutica adequada, a prova de Deycke-Gomes, offerece real interesse, tanto ao hygienista como ao clínico, por permittir, em tempo a effectivação das medidas prophylaticas e o tratamento dos casos incipientes — unica probabilidade de cura do mal de Lazaro“.

Em seguida, a proposito da solução do momentoso e inadiavel problema da lepra no Rio Grande do Sul, o dr. Leonidas Soares Machado scientifica a casa das „demarches“ havidas em relação ao „mil reis ouro para a Patria“, angariado entre a população do Estado e a idéa do dr. Freitas e Castro, director da Hygiene do Estado, de applical-o na construcção immediata da leprosaria rio-grandense, ficando assim o problema da lepra solucionado emquanto ainda é tempo; com 300 e tantos contos do „mil reis ouro“ e quasi 300 que possui a Sociedade Leprosario Rio-grandense, podia-se adeantar muito a construcção da leprosaria que está orçada em cerca de mil contos. Com um auxilio de governo e uma subscrição popular se obteria o resto p.^a acabar a importante obra.

O dr. C. Hofmeister pede, então, que a Sociedade estude o assumpto, embora já tenha dado o seu voto de louvor em sessão de 29 de Maio, á iniciativa do General Interventor de construir o hospital de clinicos, iniciando a obra com a importancia do „mil reis ouro“. Justifica a sua proposta, dizendo que a Sociedade deu o seu applauso porque então se tinha como definitiva e inabalavel a resolução do Governo a respeito do hospital de clinicas e nessas condições não podia deixar de dar o seu apoio. Entretanto como acha que a construcção da leprosaria é mais urgente e necessaria, porque que o assumpto seja estudado pela Classe medica.

O dr. Decio Martins Costa pede que seja nomeada uma commissão p.^a das parecer. Após calorosos debates, são unanimemente approvados as propostas dos drs. Hofmeister e Decio. Falaram, tambem, os drs. H. P. Ribeiro, Annes Dias e outros.

Sessão realizada em 10 de Julho

Acompanhado de um officio, o dr. Di Pasca, consul do Uruguay, offerecen á Sociedade um exemplar do livro de Escardo sobre „Alimentos do lactente“.

O dr. Homero Fleck leu a sua conferencia sobre: „A cirurgia em face das esplenomegalias.

O dr. Barros Coelho leu, em seguida, um pequeno trabalho sobre: „Constipação terminal“ e insiste sobre o valor da rectoscopia para o diagnóstico etiologico.

Falou em seguida o dr. Decio M. Costa que em nome da commissão encarregada de estudar o assumpto: hospital de clinicas e leprosaria, deu conta dos passos dados a respeito. O relatorio apresentado pelo dr. Decio provocou acalorada discussão entre a maioria dos socios presentes.

Sessão realizada em 24 do Julho.

O dr. Decio Martins Costa leu uma conferencia sobre: „As pyurias na infancia“. Poz em destaque que a velha noção de „pyelite“, doença a caracterisar a inflamação do bacinete e a apontar o calibacillo como o seu agente causador, deu logar á pyuria symptoma, dependente de causas as mais diversas e portanto passíveis de processos therapeuticos diferentes. Preceitua a necessidades de se investigar, cuidadosamente, o agente etiologico de uma pyuria, antes de indicar um tratamento. Terminou, referindo-se ás pyurias por calculose vesical ou renal, dizendo: „Cumpre que as investiguemos cuidadosamente, a ellas e aos outros factores determinantes das pyurias, para não tornarmos anodina ou prejudicial nossa therapeutica“. Pelo seu magifico trabalho, o dr. Decio foi muito cumprimentado. O assumpto desenvolvido pelo conferencista, posto em discussão, foi commentado pelos drs Ygartua, Nino, Alvaro Ferreira, Valentim, Octavio de Souza, Hofmeister e Leonidas S. Machado.

Sessão realizada em 31 de Julho.

Do expediente constava um officio do Syndicato Medico do Rio Grande do Sul, communicando a installação de sua séde, sita á rua General Camara n. 264, e offerecendo a mesma para a Sociedade de Medicina realizar suas sessões e installar sua secretaria e archivo. A directoria da Sociedade aceitou o offerecimento, passando pois a funcionar, de 1.^o de agosto em diante, na séde do Syndicato, mediante contracto havido entre ambas as directorias.

Passando-se á ordem do dia tomou a palavra o dr. João Guilherme Valentim, inscripto para falar sobre „syndrome condilo — despedaçado posterior“.

„Este syndrome que é produzido por uma lesão dos nervos glosso-faringêo, pneumogastro, espinhal e hypoglosso, em

pontos diferentes, desde o cerebro até á base do cranéo, lesão essa devida a causas multiplas, como gomme syphilitica, toxinfecção, intoxicação, traumatismos, etc., caracteriza-se por paralyrias simultaneas do pharynge, do véo do paladar, da larynge e da lingua“.

Depois de fazer uma exposição completa dos diversos capitulos de que se compunha o seu trabalho: dados anatomicos, centro clinico da lesão, symptomatologia, diagnostico, prognostico, tratamento e conclusões de ordem clinica e medico-legal, o orador termina apresentando uma observação de sua clinica, a primeira feita nesta capital, e colhida no Ambulatorio de otorhino-laryngologia da Santa Casa e compara-a com outras feitas na Europa.

Após a leitura deste trabalho o presidente apresenta ao conferencista as felicitações da Sociedade de Medicina por tão importante trabalho e passa em seguida ás communicações verbaes.

Toma a palavra o dr. Florencio Ygartua para citar um interessante caso de sua clinica particular de uma criança atacada de uma tetania permanente e que durou mais de oito dias, cedendo afinal pela medicação classica.

Discutem o assumpto os drs. Decio Martins Costa, Octavio de Souza, Thomaz Mariante e Nino Marsiaj.

Sessão realizada em 7 de Agosto.

O dr. Raul di Primio leu magnifico trabalho sobre: „O impaludismo autoctone no Rio Grande do Sul“. Commentaram elogiosamente o trabalho os drs. Plinio Gama, Decio de Souza, Ygartua, Decio M. Costa, que o classificou de patriotico e o dr. Fabio Barros, que fala sobre o valor da malariotherapia da paralyria geral, que no Hospital São Pedro já deu dezenas de curas do mal.

L. S. M.

Sr. Doutor.

Lêde o nosso numero de Setembro proximo, já em preparação

e
Enviae a vossa adhesão ao Syndicato Medico do Rio Gr. do Sul.
Pertencer a este é garantir-se, é querer ver a classe unida e forte.

EXIJA O

Café Nacional

como garantia de
um producto puro



REVISTA DAS REVISTAS

Lemos nas Publicações Medicas (Março 1931)

A dor xypheidiana e o seu valor diagnostico.

A. de Silva Mello — Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et des Maladies de la Nutrition, commentado por L. Rivet en la Presse Médicale, n.º 93, 3 dezembro 1930.

Em linhas geraes é assim commentado o trabalho de Silva Mello, que é medico no Rio de Janeiro:

A dor provocada pela apalpação ou percussão do xyphoide é um symptoma importante das lesões localizadas na porção superior do abdomen e, particularmente, das ulceras do duodeno.

Este ponto doloroso, que se encontra num grande numero de casos, tem, sobre todos os outros pontos abdominaes, a vantagem de ser o mais objectivo e de pesquisa mais facil.

Póde servir de base para a apreciação da evolução da doença e, sobretudo, dos resultados therapeuticos. Sua intensidade apresenta uma evolução paralela ás melhoras e agravamentos do estado do doente. Póde demonstrar os bons ou os maus resultados do tratamento prescripto.

O seu desaparecimento é dos mais variaveis: elle cede, ás vezes, rapidamente. Em outros casos, persiste durante muito tempo, só diminuindo ou desaparecendo após semanas e, ás vezes, meses de tratamento.

A sua localisação é precisa. A sua sensibilidade é, muitas vezes, tal que, espontaneamente, elle chama a atenção do proprio doente.

Ainda mais. Póde constituir um dos symptomas mais importantes da molestia, adquirindo assim um alto valor diagnostico e podendo trazer a descoberta de uma affecção determinada da qual é, por vezes, a unica manifestação clinica.

Lemos nas Publicações Medicas (Março 1931)

A proposito do tratamento das nephritis

syphiliticas sub-agudas. Theobal e Laquenau — Le Bulletin Médical, 26 de julho de 1930, citado por R. C. Bizzozero in El Día Médico, Buenos Aires, anno III, n.º 18, dezembro de 1930.

Relatam a seguinte observação: individuo de 24 annos que ingressa no hospital por edemas importantes da face e membros inferiores: oliguria (250 a 350 cc.); diminuição da eliminação de chloretos: albuminuria alta (3 a 12 grammas); uréa sanguinea 0,54 por mil; tensão arterial normal; reacções positivas de Hecht, Wassermann. Jacobsthal, francas no sangue.

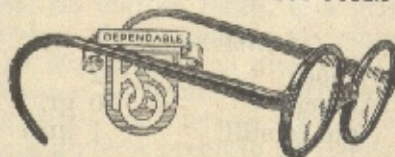
E' submettido, sem resultado, ao tratamento commum das nephritis agudas.

Institue-se, então, um tratamento especifico com cyaneto de mercurio (1 cc. diario): após 12 injeccões nenhuma melhora. Os edemas augmentaram, persistiu a oliguria e a albuminuria, elevando-se a uréa sanguinea.

Faz-se então uso do bismutho com mau resultado: augmento dos edemas e da albuminuria (21 grammas) e da uréa (0,90), apparecimento de uma crise de uremia, derrames pleuraes, ruido de galope, apre-

OPTICA MODERNA FOERNGES IRMÃOS ANDRADAS 1504 - PORTO ALEGRE

ESPECIALISTAS NO PREPARO DAS LENTES RE-
CEITADAS PELOS SNRS. MEDICOS-OCULISTAS



COMPLETO SORTIMENTO de LENTEs BI-FOCAES

que combinam
dois focos em uma só lente; um para longe e
outro para perto.

Lentes ZEISS-PUNKTAL

que produzem imagens nitidas em todas as di-
reções que se olha.

LENTEs CROOKES

que elimi-
nam prati-
camente os raios Ultra-Violeta e reduzem a in-
tensidade da luz.

:: Termometros Casella - Olhos artificiaes ::

sentando-se um quadro bastante grave que fazia temer um desenlace fatal.

Recorre-se ao *novarsenobenzol* em pequenas doses: primeiro 0,15 grs. por semana, logo após 0,45 e 0,60. O resultado obtido foi excellente. Desde as primeiras injeções diminuiu a albuminuria e ao cabo de um mês a diurese chegou a um litro e meio a dois litros. Os edemas se reabsorveram, desapareceram os derrames visceraes, a albuminuria chegou até 1 grama e a uréa a 0,40.

O tratamento foi continuado na dose 0,45 duas vezes por semana, sendo perfeitamente tolerado.

Insistem sobre o resultado excellente que lhes proporcionou o *novarsenobenzol*.

Theobal e Laquenau crêm que, apesar do exito obtido, não se póde generalisar e dizer que o *novarsenobenzol* seja o medicamento de eleição das nephrites syphiliticas sub-agudas, pois existem observações onde o 914 aggravou a symptomatologia.

Não obstante, é o *novarsenobenzol* o que, actualmente, tem a preferencia da maioria dos autores.

Alguns autores, como Milian, preferem o cyaneto de mercurio por sua acção anti-syphilitica e diuretica. Não se deve, porém, esquecer que esta ultima acção se effectúa ás expensas de uma nephrite medicamentosa, que se agrega á nephrite preexistente.

Referente ao bismutho, se podem fazer as mesmas considerações; têm-se descrito casos de nephrites bismuthicas.

Em conclusão, não ha uma regra geral para o tratamento da syphilis renal; é necessario escolher o medicamento de accordo com o caso, tacteando a susceptibilidade dos doentes e começando por doses fracas.

Lemos na Resenha Medica (Julho 1930)

O diagnostico precoce da gravidez, segundo o método de Ascheim Zondek.
José Filipe da Costa (, Lisboa Medica" anno VII, n. 4, abril 1930).

O A. termina o seu trabalho com as seguintes conclusões:

1) Embora não especifica da gravidez, a reacção de Ascheim-Zondek tem-se, no entanto, mostrado negativa em todos os casos que se podem confundir com ella, visto a sua positividade se resumir, além daquella, a situações clinicamente bem evidentes.

2) Nas gravidezes nitidamente averiguadas, a negatividade só se mostrou em 2 por cento de casos.

3) Como corollario das duas primeiras, se pode deduzir a vantagem da sua introdução na pratica corrente, com o fim de procurar resolver as difficuldades que o diagnostico precoce da gravidez tão frequentemente apresenta. L. S. M.

BEBIDAS PARA DOENTES

(Information Médicale de 1-6-930)

Limonada.

Limões	n.º 2
Assucar	70 gr.
Agua distill.	1 litro

Cortar os limões ao comprido. Ferver a agua e pôr o assucar. Deixar em infusão em vaso fechado não metallico.

Limonada citrica.

X.º de limão	100,0
Agua distillada	900,0

Substituindo o xarope de limão por xarope de framboesa, groselha, cereja etc., obtem-se outras bebidas aciduladas agradaveis. Tambem pode-se substituir a agua distillada por agua de assucar, agua de Seltz artificial ou agua mineral não alcalina.

Laranjada.

Laranja não muito madura	n.º 1
Assucar em pó	20 gr.
Agua de assucar	250 gr.

Derreter o assucar na agua e exprimer a laranja sobre a solução. Póde-se gelar a limonada, querendo.

Agua de amendoas.

Amendoas doces	50 gr.
Amendoas amargas	n.º 3
Assucar em pó	100 gr.
Agua de assucar	1 litro

Moer as amendoas. Derreter o assucar na agua morna que se colloca sobre as amendoas esmagadas. Deixar em repouso durante uma hora. Filtrar em etamine. L. S. M.