

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XI ANO

SETEMBRO DE 1932

N. 5

Publicação mensal

Direção científica :

Florencio Ygartua
Docente e chefe de clínica da cadeira de
Pediatría

Waldemar Job
Chefe de clínica da cadeira de
Terapêutica

D. Soares de Souza
Assistente da cadeira de
Psiquiatria

Secretários da Redação :

E. Soares Machado

E. J. Kanan

Gerente : E. Marcos

Redatores :

Annes Dias

Pereira Filho

P. Maciel

Otávio de Souza

H. Wallau

Homero Jobim

D. Martins Costa

Martim Gomes

Guerra Blessmann

Tomaz Mariante

Jacinto Godoi

Raul di Primio

Hugo Ribeiro

Pedro Pereira

Atilio Capuano

Enio Marsiaj

Flores Soares

Helmuth Weinmann

Assinaturas :

Ano: 25\$000 — 6 meses: 15\$000 — Estrangeiro: 30\$000

Séde da Redação :

Rua General Camara n. 264 — 3.º andar

Endereçar tudo o que for relativo á Redação aos secretários

Assuntos comerciais com o gerente E. MARCOS, das 2—4 na séde da Redação

Caixa postal, 872

Cientistas Brasileiros



Prof. H. Annes Dias

Catedrático de Clínica Médica da Fac. de Medicina de Porto Alegre

Trabalhos originaes

Notas sobre a Etiopatogenia das Hematemeses

por

Annes Dias

Professor de Clinica Medica

A gastrorragia abundante faz logo pensar na ulcera, quando sobrevém num individuo moço, e no cancer quando ocorre nalgum velho. Considerada até pouco, como um dos grandes sintomas da ulcera, a gastrorragia déve, antes, ser tida como uma complicação dessa afecção. (Gulman ¹).

A. Rivers Wilbur, ²), estudando 668 casos em que esse sintoma se manifestou, verificou que a causa da hemorragia só em 50 % dos casos se achava no estomago e no duodeno. Em tres grupos dividiu êle as várias eventualidades clinicas:

1.º, a hemorragia é devida á ulceração de uma lesão gastroduodenal, avultando pela sua frequencia a ulcera do duodeno; menos vezes é encontrada a ulcera gastrica e mais raramente o cancer.

2.º, no segundo grupo, o accidente é a consequencia da rútura de varizes gastricas ou esofagianas, sendo particularmente importante a considerar o plexo esofagiano inferior, que se distende nos casos de hipertensão da veia porta.

3.º, na terceira categoria enquadram-se os seguintes casos:

- cirrose hepatica (12 vezes)
- anemia esplenica (18 vezes)
- colceistite (13 vezes).

A respeito destes casos, faz vêr Wilbur que o fáto de não ser encontrada nenhuma lesão gastrica, no momento da operação, não déve excluir a hipotese da cura de uma ulceração, pois, geralmente, a intervenção é praticada algum tempo após o accidente.

A apendicite pôde, provocando uma gastrite ser, excepcionalmente, causa de gastrorragia.

Em 2 % dos casos não foi possível encontrar a causa da hemorragia, pela operação; em alguns, nem pela autópsia.

Parece-nos interessante aproximar desta a estatística de Gutman, feita no serviço especializado de Gastroenterologia, da Clínica Cirúrgica de Gosset.

Em 100 casos, que apresentavam hematemeses, foram notados 19 de ulcera, 3 de cancer, 1 de sífilis, 1 de tumor benigno. Em 34 casos havia dispepsia não ulcerosa, geralmente secundária a lesões do apêndice ou da vesícula; em 9 desses havia periviscerite do quadrante superior.

A gastrite crônica, de causa indeterminada, foi observada em 6 e a gastrite aguda, alcoólica, em 1.

Em 6 casos havia comprometimento hepático e em 8 a hemorragia sobreveio tardiamente em antigos operados, ulcerosos ou vesiculares. Em 21, por fim, não foi possível filiar o acidente a qualquer causa.

Dessa estatística ressaltam os seguintes dados:

- a) a ulcera é, menos frequentemente do que se pensa, a causa de uma hematemese;
- b) a causa primeira desta está muitas vezes fóra do tubo digestivo;
- c) dispepsias por apendicite e por colecistite representam fatores relevantes, achando Gutman que estas devem ser consideradas como causa frequente daquêle acidente, devido a surtos congestivos.

Os 21 casos, em que não foi possível descobrir a causa, foram todos examinados por vários especialistas, que nada descobriram nem pela esofagoscopia ou, pela gastroscopia, nem pelos exames de sangue e do aparelho circulatório.

P. Chevallier ³⁾ mostra que, nos ulcerosos, a gastrorragia resulta da erosão de um vaso na própria ulcera ou da congestão da mucosa vizinha, apresentando-se, então, porejante. "Certos ulcerosos sangram como se não tivessem ulcera".

Estudando os casos em que a hemorragia independe de lesões gástricas, Chevallier, assim os agrupou:

- 1) os dependentes de uma diatese hemorrágica, raros;
- 2) nenhum estigma sanguíneo, mas pequenos sinais de arterioesclerose e hipercolesterinemia; em tais casos o surto hemorrágico resulta duma fluxão e equivale a uma epistaxis;
- 3) baço um pouco aumentado;
- 4) casos em que foi impossível filiar a gastrorragia a qualquer alteração orgânica.

A propósito da multiplicidade das causas de hematemeses, já Rüttimeyer ⁴⁾ havia distinguido dois grupos:

A) a causa é gástrica:

- 1) Gastrite, aguda ou crônica, em que a hemorragia é a consequência de forte congestão da mucosa; a gastrite crônica ulcerosa em que ha erosão após alteração das paredes vasculares; ulcera.

- 2) hemorragia parenquimatosa (Kuttner, Ewald) cuja diferenciação da ulcera é extremamente difficil;
- 3) arteriosclerose e sífilis, por alterações vasculares;
- 4) aneurismas (principalmente do tronco celiaco ou da esplenica);
- 5) estenose pilorica em que a hemorragia se faz pela hiperemia da mucosa, mesmo na ausencia de ulcerações;
- 6) cancer;

B) Os de causa **extragastrica**:

7) venosa, por varizes esofagianas ou gastricas. Nas primeiras o sangue não é geralmente vomitado. As varizes esofagianas podem ser descobertas pelo exame endoscopico. Comumente ligadas á hipertensão da veia porta, essas alterações venosas podem, excepcionalmente, ser independentes destas. Tais hematemesees costumam ser abundantes e repetidas;

8) colelitiase;

8) colemia;

10) processos septicos e molestias infecciosas agudas, como apendicite súpurada, septicemias, febre tifoide, etc.; em tais casos é observado um pontilhado hemorragico na mucosa gastrica;

11) as hematemesees post-operatorias, das quais são particularmente interessantes as tardias;

12) as queimaduras, principalmente quando extensas, costumam produzir equimoses, infartos, crosões, que levam á gastrorragia;

13) certas doencas do sistema nervoso, como afecções cerebrais graves, tabes, etc.;

14) algumas anemias;

15) as diateses hemorragicas;

16) certos traumatismos;

17) neste ultimo grupo são citadas as chamadas hematemesees vicariantes, como por exemplo as que se apresentam na época menstrual.

Essa lista dá idéa bem clara das difficuldades do diagnostico que o clinico déve enfrentar toda a vez que procura tirar a limpo a causa de uma gastrorragia. Muitas vezes este accidente surge brusco, fulminante mesmo, sem ser precedido por qualquer sintoma digestivo.

Ha casos cuja historia clinica se inicia por uma hematemese.

E. Chabrol ⁵⁾ nos fala dessas hematemesees "essenciais", sem antecedentes gastricos, e cuja explicação não é obtida nem pela operação, nem pela radiografia.

O fátor esplenico nas gastrorragias. — Por vezes uma hematemese faz descobrir uma esplenomegalia silenciosa. Para Banti, no síndrome que tem o seu nome, a gastrorragia costuma ser um sinal frequente, na

fase ultima, cirrotica, mas a observação vêm demonstrando que tal acidente pôde ocorrer mesmo na fase inicial.

Balfour ⁶) cita um caso interessante, em que foram sucessivamente praticadas 4 intervenções sobre o estomago, antes de, pela esplenectomia, ser removida a verdadeira causa das hemorragias.

E. Chabrol, em 50 casos de hematemeses, desacompanhadas de alterações gastroduodenais, encontrou 10 vezes um aumento importante do baço, isolado ou associado a uma cirrose hepatica. A propósito de tais hemorragias, lembra a opinião de Gilbert, relativa á maior frequencia destas no começo da cirrose, na fase préascitica, do que nas fases tardias, em que a exsudação peritoneal faz diminuir a hipertensão na veia porta.

Abrami ⁷) julga que o fâtor esplenico é dos mais importantes a considerar nesses casos de gastrorragias criptogeneticas, devendo-se pensar nêlo toda a vez que a hematese, ou a melena, sobrevêm inopinada e abundante, sem prévia historia digestiva. E' preciso, na apreciação desse fâtor, ter em vista certas dificuldades, que pôdem' assim ser computadas: a) a hematemese pôde sobrevir algum tempo antes de se manifestar a esplenomegalia;

b) o baço, embóra hipertrofiado, pôde não ser percebido, pois diminue após a hemorragia;

c) as gastrorragias de origem esplenica não são geralmente acompanhadas de alteração da crase sanguinea (Abrami).

Müller, Fiessinger ⁸), Osler ⁹) insistem no valor do elemento esplenico, sobre cujo mecanismo de ação, no entanto, divergem.

Os classicos atribuem a hemorragias gastricas, que sobrevêm em certos estados esplenomegalicos á rútura de varizes gastro-esofagianas, expressivas da hipertensão portal. Osler fala, a esse respeito, nas ultimas relações existentes entre os **vasa brevia** do estomago e a circulação esplenica. G. Müller não acha necessaria a hipertensão de todo o sistema portal, bastando que exista uma trombose da veia esplenica, capaz, por si só, de explicar a estâse e a dilatação de vasos gastricos! A trombose destes ultimos poderia talvez, na opinião de Müller e Rosenthal ¹⁰) explicar todos os casos dessas gastrorragias subitas e misteriosas. Aliás, repetidas vezes, as intervenções e as autopsias tem verificado a existencia das varizes gastro-esofagianas e da trombose da esplenica.

Para Doek, Warthin, Rolleston ¹¹) etc., a tromboflebite da esplenica seria responsavel pelo refluxo de sangue nos tributarios dessa veia, entre os quais se contam vasos gastricos.

G. Müller apresenta uma explicação propria, fazendo vêr que as varizes gastricas pôdem depender primariamente do excesso de sangue resultante do afluxo pela arteria esplenica e seus ramos, sem uma descarga correspondente deste pelas veias aferentes. Sabe-se, por exemplo, que no Mal de Banti existe uma fibrose com particular comprometimento da capsula, das trabeculas e do reticulo, apresentando-se fibro-

sof frequentemente os vasos. Ha, pois, um obstaculo consideravel á progressão do sangue, que se desvia, assim, para o estomago; ora os ramos arteriaes mais consideraveis vão para o estomago, onde o excesso de sangue, os dilata, até aos capilares e mesmo as veias, cuja parede oferece menor resistencia. Nessas condições as varizes gastricas, no Mal de Banti, resultariam de uma congestão ática, determinada pelo affluxo de sangue pela arteria gastroepiploica esquerda e pelos **vasa brevia** da arteria esplenica. Lesões semelhantes ás dos vasos do bago tem sido encontradas no tronco da veia esplenica, levando á obstrução desta e consequentes hiperemia e dilatação de veias gastricas. E' esse processo que, seguindo a esplenica e alcançando a veia porta e as suas ramificações hepaticas, explicaria a fase cirrotica do Mal de Banti.

A ligadura dos vasos esplenicos, em outras doenças, não dá hemorragias gastricas, só podendo ocorrer isso após a esplenectomia em casos de anemia esplenica (G. Müller).

O fator hepato-vesicular. — Gilbert e Lereboullet, em 1901, deram o nome de **pseudo-ulcus biliar** a casos em que a **gastrorragia sobre-**vinha sem cólica hepatica anterior, mas com elevada bilirubinemia. Chabrol ¹³⁾, estudando 40 casos de gastrorragia sem quaisquer modificações objetivas do tubo digestivo, do figado e do bago, faz vêr que as discordancias nos resultados das provas de discrasia sanguinea não permitiram attribuir a estas um papel qualquer; não encontrou tambem modificações da tensão-arterial. Quanto á tara esplenica, mais ou menos latente, a que dá tanta importancia Abrami, acha que a cessação das hemorragias, logo após a esplenectomia, não constitue argumento peremptorio, pois a ablação do bago é seguida de aumento dos hematoblastas.

Por outro lado são hoje numerosas as observações de insuccesso da esplenectomia, continuando, a intervalos, o accidente hemorragico, como fizemos notar em nossas Lições Clinicas (IIIª série, 2ª edição).

Loeper, Lemaire e Merklen ¹³⁾, depois de referirem o papel das lesões gastroduodenais e hepaticas na determinação das hematemeses, attribuem os casos restantes a dois factores — discrasico e vascular; a presença de manchas **rubi** ou melânicas na pele e, a avaliação do tempo de sangria e de coagulação, poderão esclarecer-se, num caso, o accidente é de ordem **angiotrofica** ou **hemocrasica**. A. Chauvenet, ¹⁴⁾ a propósito de um caso pessoal, em que só existia uma colecistite calculosa para explicar uma gastrorragia grave, passa em revista a opinião de vários autores, a esse respeito. Kehr avalia em 10 % a frequencia das hemorragias gastroduodenais na litíase biliar. Hartmann julga que, em tais circunstancias, ha uma discrasia por alteração funcional do figado, o que explicaria a maior frequencia da hemorragia nos casos que apresentam ictericia.

Chauvenet acha que a congestão dos capilares gastroduodenais pôde ser attribuida ou a factores mecanicos ou á vasodilatação reflexa; lesões da mucosa digestiva pôdem sobrevir ou por propagação de uma inflamação visinha (Gosset) ou por inoculação septica do duodeno pela bile infectada (Ewald).

Em tal eventualidade pôde sobrevir uma **piloroduodenite**.

Schoemacker (ap-Chauvenet) indica a apendicite e a colecistite como as causas mais idoneas dessa gastroduodenite que é capaz de provocar hemorragias muito abundantes.

Graham ¹⁴⁾ mostrou que a hepatite, consecutiva a uma afecção da vesícula, do apêndice ou do pâncreas pôde, num quadro clinico semelhante ao do início de uma cirrose, apresentar grande hemorragia.

As alterações infecciosas desses órgãos e do fígado se acompanham, aliás frequentemente, de modificações da crase sanguínea.

Eustermann (in Rehfuess) acha que 4 % dos pacientes, cuja colecistite coincide com reflexos gastricos, apresentam hematemeses.

As intolerancias gastricas de fórma hemorragica. — A. Tzanek ¹⁵⁾ estudou vários casos da chamada gastrorragia essencial, que apparecia periodicamente, sem causa organica aparente. A operação revelava a integridade do estomago e todos os exames eram incapazes de destacar uma lesão causal.

Um fundo constitucional, uma verdadeira predisposição á hemorragia parecia existir em todos esses doentes. O acidente hemorragico se apresentava como uma reacção mórbida especial a causas diversas, da mesma feição que a asma, a urticaria, etc.

Assim compreendidos, esses accidentes devem ser aproximados de outros síndromes de intolerancia, como as dispepsias anafiláticas de Gutmann.

A superveniencia de gastrorragias após injeções de 914, em um caso; após soro anti-tetanico ou ingestão de albuminas, em outros, levou Tzanek a considera-las como uma reacção de intolerancia, de fórma hemorragica.

Em dois desses casos, no entanto, appareceu ulteriormente uma esplenomegalia, expressão tardia de um elemento esplenico que talvez tivesse influido naquella determinação hemorragica.

BIBLIOGRAFIA

(1) — R. Gutmann — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris — 1932, pg. 756.

(2) — Rivers Wilbur — Journal of the Amer. Assoc. — 7-5-32.

(3) — P. Chevallier — Bull. de la Soc. des Hôp. de Paris — 1932, pg. 579.

(4) — Rüttimeyer — in Krans — Brugsch — Hand. der Spez. Patho — 1921, Vol. V — pg. 1093.

(5) — P. Chabrol — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris — 1932, pg. 655.

(6) — Balfour — Annals of Surgery n.º 1 — 1927.

- (7) — Abrami — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris — 1932, pg. 583.
- (8) — Fiessinger — Bull. de la Soc. Méd. — 1932, pg. 66.
- (9) — G. Müller e Osler — Medical Clinics of North America — 1929, pg. 1001.
- (10) — Rosenthal — in G. Müller (loc. cit.).
- (11) — In Müller, (loc. cit.).
- (12) — Chabrol — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris — 1932, pg. 655.
- (13) — Loeper, etc. — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris — 1932, pg. 255.
- (14) — Chauvenet — Gaz. des Méd. (de Bordeaux) — 1932, pg. 156 n.º 10.
- (15) — Graham — in Rehfuss — Diseases of the Stomach, pg. 809.
- (16) — Tzanek — Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris — Abril, pg. 585.



Aguas de Iraí

por

Heitor Silveira

Socio correspondente da S. M. de P. R.

Atendendo gentil convite do Dr. Plínio Gama, para vir até esta douta assembléa, — e por essa distinção, que me é conferida, confesso-me grato —, tenho o prazer de expôr-vos, resumidamente, a situação da estancia balnearia de Iraí, de dizer-vos das virtudes terapeuticas de suas aguas minerais e de contar-lhes os defeitos.

Conhecidas por “Pontes do Mél”, passaram as nossas térmias a denominar-se “Cruzeiro do Sul”, e mais tarde “Iraí”, nome que conservam até hoje, e que lhe não desfigura a tradição, por isso que exprime em seus elementos formativos — dois vocabulos guaraní — a nomenclatura original: **ira**, mel e **i** agua.

Data de 1918 a inauguração do primeiro balneario provisório que, apesar de toscó, representava já um grande progresso no campo da erenoterapia incipiente, pois que, removendo o velho coche de madeira, que servia ao uso, promiscuamente, instalou em seu lugar banheiras esmaltadas, em número suficiente a permitir várias imersões ao mesmo tempo, e a iniciar a pratica salutar da seleção dos casos mórbidos. Desde aquela data até nossos dias, um médico destacado na estancia é incumbido do serviço de inspeção gratuita, e por isso mesmo obrigatoria, aos doentes, que recebem a mais, indicações indispensaveis ao tratamento, cabendo-lhe recusar o uso dos banhos aos portadores de doenças transmissiveis e separar em cabines especiais, as dermatoses de carater crónico julgadas não transmissiveis. Apesar da fraude inevitavel, por parte do doente, nos nossos cinco anos de pratica balnearia, não verificámos um só caso de contagio. Um laboratorio, instalado no posto médico, contribue para o julgamento de cada caso e de seus resultados, por exames procedidos antes e durante a fase erenoterapica. Um serviço regular e sistematico de análise da agua, tanto sob o ponto de vista bacteriologico como químico, permite vigiar a cada momento o gráu de pureza do meio mineral.

Estudo químico

Era assente que uma mineral valia pela quantidade de elementos que continha em dissolução, e por isso as aguas fracamente mineralizadas não gozavam de muita estima. Mas o valor terapeutico, de nenhuma fôrma correspondente á mineralização, nem por ela explicavel, fez se abandonasse tal criterio de julgamento e se lhes procurasse, ou nas propriedades fisicas, ou nas biologicas, a fonte da energia curativa.

A fôrma de exposição qualitativa está longe de dissecar a complexidade de uma agua mineral e não lhe exprime a composição verdadeira, porque não representa os elementos ionizados e os coloidais, no seu arranjo e disposição real. O concurso da prática corrente da erenoterapia demonstra que uma agua artificialmente preparada não reproduz o agente original, em sua estrutura e efeitos biologicos. Ao soluto artificial faltam as qualidades proprias ás aguas naturais — o estado coloidal e o electrico, a radioatividade, os poderes catalitico, filatico e outros. Nisto, evidentemente, é que reside a explicação das ações de toda natureza, atribuidas ás curas termais, e não na presença de tal ou qual componente, caracterizado pela análise química.

Diversos analistas investigaram a composição das aguas de Iraí e classificaram-nas, diferentemente, segundo os resultados de seus exames. Os Drs. Albertini e Guilherme Mohr incluíram-nas entre as sulfuradas; o Dr. Nemoto, entre as termais simples. O Professor De Launay, indiscutivelmente uma das maiores autoridades na materia, consultado verbalmente, em Paris, afirmou-nos que os desprendimentos sulfurosos, provenientes dos sulfatos pelas materias organicas da superficie, não constituem motivo para classificar as aguas de Iraí entre as sulfurosas, visto a presença de gases sulfurosos resultar de factores accidentais, sob a dependencia immediata da captação das emergencias. Acreditamos que, dentro de pouco tempo, as aguas de Iraí pertencerão ao grupo das termais simples, oligocrematicas, quando melhorarem as captações de suas fontes. Mas as em uso, pelos seus desprendimentos gasosos, proporcionam os beneficios das sulfurosas e como tais devem ser clinicamente e provisoriamente consideradas.

Na análise química foram encontrados os seguintes elementos principais:

Carbonato de sodio	0,010 mgr. por litro
Bicarbonato de sodio	0,353 " " "
Cloreto de sodio	0,441 " " "
Sulfato de sodio	0,457 " " "
Bicarbonato de calcio	0,020 " " "
Gazes dissolvidos	12 cc. " "

Resíduo total ao vermelho nacente 1 gr. 190 mgr. por litro.

Estudo fisico

Ligeiramente unguosas e com densidade de 1001, têm as fontes de maior descarga temperaturas de 27 C.^o a 35^o, 8 C. e portanto são hipotermiais e termiais. A temperatura e a descarga das emergências são praticamente constantes e independem das condições externas e da estação do ano.

A radioatividade, maior nas fontes mais frias, é de 5,67 milimicrocurias por litro de agua, e provém da impregnação de emanações, no percurso subterraneo e não por sais radiferos.

Por longos anos, a radioatividade foi considerada a propriedade fundamental das aguas mineromedicinais. Hoje porém faz-se reacção contra a importancia exagerada que se lhe empresta nas curas termiais.

Origem

Das duas origens das aguas minerais-artesianas ou de infiltração, e profundas ou virgens — as de Iraí classificam-se entre as últimas, porque emergem em rochas eruptivas; são termiais; têm descarga, composição e temperatura sensivelmente constantes, encerram pequena quantidade de cloretos, pequenissima de bicarbonato de sodio, e são radioativas.

Estudo biologico

De ha quatro seculos é dominante o conceito de que a análise química não basta a explicar a eficacia curativa das aguas minerais. Nestes últimos anos, os progressos da fisico-química pareceram, a principio, destringer-lhes todo o mecanismo de sua ação, mas só últimamente coube a Billard e Fleig o mérito de lhes terem revelado propriedades biologicas capazes de excitar o desenvolvimento celular, de entreter a vida, e protegê-la por filatismo ou anti-anafilaxia.

A'cêrca deste problema, apenas posto no ciencia crenologica, os resultados de nossos ensaios, incompletos por deficiencia de meios laboratoriais, permitiram, entretanto, verificar ação inibitoria directa sobre o coração de rãs; pequena hidratação de tecidos, o que confere ás aguas classificação de predominantemente diureticas; poder euzimotico amilolitico "in vitro", poder filatico, em face de certos venenos, neutralizando ou atenuando efeitos de doses hipermortais e, emfim, ação dessensibilizante, com ausencia de fenomenos analifaticos, empregando-se o sôro normal de cavalos em coelhos, segundo a técnica classica.

Clima

Do estudo do clima de Iraí e de sua influência no tratamento crenico, chegamos ás seguintes deduições, de ordem clinica:

Existem :

- 4 condições climáticas ótimas permanentes: pureza do ar, ausência de ventos fortes, excelência da água potável, exuberância da vegetação;
- 1 condição boa: fraca altitude;
- 2 condições boas no verão e más no inverno: humidade do ar e luz solar;
- 2 condições sofríveis no verão: temperatura e fauna;
- 1 condição má permanente: sub-sólo de rocha.

Esta última está sendo removida, com a instalação da rede de água e esgoto.

A ação dominante do clima é a sedativa, pela ausência quasi completa de ventos, humidade do ar, abundancia da vegetação, pouca intensidade luminosa e fraca altitude.

Durante o inverno, as condições climáticas contra-indicam o tratamento aos portadores de doenças crônicas do aparelho respiratorio, cardiopatias, dermatoses e reumatismos de toda natureza. Igualmente, o verão não convém aos tuberculosos sujeitos a hemoptises, nem aos asmaticos e enfisematosos, constituindo, em compensação, auxiliar precioso na cura de certas bronquites e corizas crônicas.

O outono e a primavera despertam sensação geral de bem estar.

Generalidades sobre a cura

Época balnearia. — Nos meses de Janeiro e Fevereiro, preferidos pelos aquistas, a temperatura, elevada, produz depressão. Melhores são Novembro e Março. Antes ou depois desses meses, as estradas são ordinariamente más, e o frio, ás vezes, intenso.

Duração da cura. — Em média, de 20 a 30 dias. A cura tradicional de 21 dias parece ter sido estabelecida para facilitar ás mulheres o tratamento hidromineral ininterrupto, entre duas menstruações sucessivas.

Idades. — Vêem-se poucas crianças em Iraí, devido talvez ás dificuldades da viagem. Entretanto, os banhos minerais são applicaveis aos pequerruchos, porque a tenra idade é incontestavelmente uma excelente condição ao tratamento hidromineral, pelas modificações profundas succetiveis de se produzirem nos organismos novos, reagindo intensamente aos estímulos medicamentosos. Os velhos, desde que se acutelem os cardíacos, prostáticos e hipertensos descompensados, tiram em geral imenso beneficio.

Incidentes. — Frequentes nos que fazem o tratamento de per si, sem orientação médica, os incidentes raramente assumem carater graa

ve e aparecem, de ordinario, nos que se excedem na ingestão de agua. Cefaléa, diarréa simples ou sanguinolenta, colicas, insonia, tonturas, palpitações, eis uma lista de pequenos incidentes, contra os quais basta, como terapeutica, a interrupção da ingestão por um a dois dias.

INDICAÇÕES E CONTRA-INDICAÇÕES TERAPEUTICAS

As observações, que possuímos, em número de 1.545, afirmam, de maneira eloquente, as propriedades medicinais das aguas de Iraí. O tratamnto hidromineral vence brilhantemente onde já falhou uma infinidade de indicações medicamentosas. Neste resumo, que vos faço, da 2.^a edição, preste a entrar para o prelo, de "Iraí e as indicações e contra-indicações terapeuticas de suas aguas minerais", limitar-me-ei, para ser breve, ás conclusões a que cheguei, no tratamento erenico das mais variadas doenças.

Aparelho digestivo

Dos 613 doentes tratados, melhoraram 474 ou 3/4 e não aproveitaram 139 ou 1/4.

— O apetite é aumentado, por via de regra. 78 % dos doentes observados.

— As sindromas hiperclorhidricas são rapidamente melhoradas (90 % dos casos que observámos); um pouco menos para as hipoclorhidricas (85 %).

— As colites crónicas são beneficemente influenciadas; na fórma mucomembranosa, os resultados são mais fracos e menos duráveis.

— Dos constipados melhoraram 60 %; os efeitos são menos duradouros que na colite crónica.

— O intestino normal mostra tendencia a constipar-se.

— 80% dos hepaticos obtêm melhoras, em alguns casos longas e em outros definitivas.

— As sindromas digestivas funcionais espasmódicas e dolorosas são melhoradas.

Orgãos genito-urinarios

As aguas de Iraí, hipomineralizadas, prestam-se admiravelmente á cura chamada de diurese que, sob técnica adequada, se estabelece prontamente, em fórma de crise paroxística, com descoloração completa da urina, que se torna límpida e absolutamente inodora, pH elevado, atingindo ou ultrapassando a 7,0, densidade inferior a 1005, aumento da eliminação dos elementos sólidos minerais e organicos, em valôr absoluto. Passada a crise, que não dura senão horas, a urina retoma aos poucos os seus caracteres normais.

— A cura de diurese opõem-se numerosas contra-indicações, e por isso só o médico deve apreciar o momento e o modo de institui-la.

— Das doenças dos órgãos urinarios, recebem influência favorável do tratamento hidromineral: a calculose constituída, principalmente a úrica; as infecções crônicas, a nefrite crônica simples.

— O tratamento crenico é vantajoso, a titulo preventivo, nas tendências ás precipitações litiasicas.

— As lesões inflamatórias crônicas e torpidas do útero e anexos podem ser melhoradas.

Doenças da pele

Os eczemas crônicos constituem uma das grandes indicações terapeuticas de Iraí. De 67 doentes, observamos 26 curas, 25 melhoras e 16 resultados nulos.

— Nos parasitarios, a influência da hidromineraloterapia é insignificante, deterativa apenas; dirigido contra as lesões secundarias, é accessorio e não substitue e nem dispensa o tratamento tópico específico.

— Certas piodermites são notavelmente melhoradas.

Doenças dos ossos, músculos e articulações

As deficiências das instalações de Iraí reduzem-lhe a lista das indicações nas artropatias. As principais são:

O reumatismo crônico, consecutivo ao articular agudo, principalmente nas fórmulas ainda recentes;

os rematismos coloidoelásticos, e as manifestações dolorosas articulares por insuficiência proteino-pexica do fígado;

as artropatias sifiliticas;

os reumatismos de origem metabolica;

as algias articulares, de qualquer natureza.

A influência crenoterapica tem sido nula ou se manifestado exclusivamente como sedativa:

no reumatismo crônico progressivo deformante;

hemorragico;

endocrinico;

e prejudicial, por vezes,

nas artrites tuberculosas.

Os demais tipos de artropatias não são suscetiveis de tratamento crenico:

os de foco infeccioso;

os de fatores nervosos;

os de carencia.

Doenças da nutrição

A diabete sacarina é melhorada pelo tratamento hidromineral. De 13 doentes que observámos, 12 melhoraram.

— A hidromineraloterapia não é indicada na diabete infantil, nos diabeticos com tuberculose, cardiopatia descompensada, estado febril, acetonaúria, desnutrição, albuminúria na fase caquetica.

- Os doentes de gota são raros em Iraí.
- A influência crenica é nula na obesidade.

Doenças do aparelho circulatório

A crenoterapia é indicada:
nas neuralgias de origem circulatória;
na hipertensão arterial compensada.
Contra-indicada:
nas insuficiências cardíacas descompensadas;
e não tem ação:
na patologia venosa.

Doenças do aparelho respiratório

A tuberculose em evolução constitui uma contra-indicação:
Os resultados crenoterápicos na asma são mediocres ou nulos, e, raramente prejudiciais.

Outras doenças

A influência do tratamento hidromineral tem sido nula nas doenças do sistema nervoso;
dos aparelhos sensoriais;
dos sistemas ganglionar e glandular.

Quanto à sífilis e consoante às nossas observações, em número de 57, o tratamento sulfurado hidromineral constitui auxiliar precioso na cura mercurial, sobretudo nas manifestações crônicas do período secundário, nas intoxicações medicamentosas mas nula nas formas nervosas, para-sifilíticas.

NECESSIDADE DE ORGANIZAR-SE A ESTANCIA BALNEARIA

A simples enumeração das conclusões a que chegamos, após cinco anos de prática crenoterápica, evidencia a formidável energia curativa das águas de Iraí que representam poderoso recurso terapêutico, não só sob o ponto de vista da medicina preventiva e profilática dos organismos tarados e débeis das crianças e de temperamentos valetudinários como ainda curativo e redentor dos distúrbios funcionais, das doenças crônicas da nutrição. Neste particular a sua ação supera a de todos os agentes da terapêutica usual, segundo a abalizada opinião do Prof. Landouzy, para quem “a crenoterapia possui sobre a nutrição uma ação que não tem maior, nem tão segura, nenhuma medicação”.

De ano para ano cresce a frequência às nossas termas. Milhares de doentes as demandam, arrostando sacrifícios sem conta, fazendo face a despesas enormes. Neste particular, irrisório e incompreensível, sem dar vangloria nem acalentar vaidade a ninguém, basta dizer que o acesso a Iraí é quasi tão oneroso como o das estações sul-mineiras!

O problema da organização de Irai, pelo desenvolvimento que está tomando, e pela virtude curativa de suas aguas, deixa de interessar sómente ao Estado, pelo lado economico, mas interessa tambem á sociedade, pelo aspéto social.

Para elevar essa estancia ao gráu correspondente á fama e notoriedade de suas aguas, é imperativa a ação imediata e proficua do Estado. Aliando o lado economico ao fim humanitario e altruístico, o govêrno que tiver por programa o aperfeçoamento integral das fontes de Irai, passará á benemerencia dos seus coestadoanos. Haja vista o exemplo recente de Antonio Carlos, em Minas Gerais, onde o seu nome constitue o padrão de administrador moderno, de idéas avançadas.

E' que o grande mineiro, lançando seu olhar preserutador em tórno dos problemas máximos, de interêsse ao seu Estado, não viu nenhum que sobrelevasse em magnitude ao da organização das estancias hidrominerais. E, resolutivo, levou a cabo o seu projéto, criando Poços de Caldas, que é um modêlo entre os congeneres do mundo inteiro!

Ao Rio Grande, preferentemente, referem-se os conceitos do Prof. Renato de Souza Lopes, catedratico na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, em seu recentissimo livro: "Aguas Minerais do Brasil": "Não ha problema de terapeutica geral que sobreleve em improtancia e utilidade ao estudo das aguas minerais" e mais adiante "... e si soubessemos explorar com criterio científico e comercial tão inextimavel dádiva com que a natureza pródiga nos brindou, poderá constituir-se o Brasil em centro americano de aquaticos e turistas, que em troca do **diamante líquido** nos deixarão o ouro tão necessario á construção do nosso progresso".

De concerto com essas oportunas observações, nenhuma unidade da Federação levará a palma ao Rio Grande, atendendo seu interior climatoterapico, suas praias e aguas minerais e, principalmente sua situação geografica, que o aproxima da Argentina e Uruguai, paizes que, por suas condições de riqueza e civilização, ocupam posição saliente entre os povos mais cultos.

Com efeito, do illustre e esforçado hidrologista, Dr. Teodoreto Nascimento, cito o incisivo periodo inicial de recente trabalho: "industria inestimavel e privilegiada, importadora do ouro que é, sem saída correspondente, sem ocasionar perda de substancia para a Nação, sem gasto de suas energias e reservas, o termoclimatismo, explorando a agua, o sol, o exigenio, os montes, as aréas, enriquece, por infimo preço, o Paiz e constitue um dos melhores esteios do orçamento nacional (Janot e Borrel, referindo-se á França)".

Confronto da crenologia no estrangeiro e no Brasil

Na França, a crenoterapia assume proporções de um problema nacional, entrelaçando e conjugando atividades, individuais, associativas e governamentais, em iniciativas e providencias de expressivo alcance utilitario e prático, humanitario, altruístico e social. Segundo o senador Raiberti, a quóta da renda bruta anual do turismo em França, em

1926, foi de dez bilhões de francos, o que representa a quarta parte do produto do comércio exterior daquele paiz. Só os excursionistas americanos, em número de 220.000 entraram com 4.975.520.000 francos. Em 1927 aquele paiz recebeu dois milhões de turistas.

O estado fascista, dispendendo de 1926 para cá 80 milhões de liras com suas termas, aumentou-lhes a frequência em mais de 25 %.

Na Alemanha, a consignação de 60 milhões de marcos realiza, neste momento, vasto programa de melhoramentos.

Na Tcheco-Slovaquia, onde se encontra Carlsbad, rival de Vichi, com também 200 mil visitantes por ano, os poderes públicos destinam somas consideráveis para o aperfeiçoamento de suas já modernísimas estancias.

A Espanha empenha-se igualmente na obra de conservação e de engrandecimento de suas 181 estancias, representando um valor comercial de 100 milhões de pesetas.

A Italia crea leis, regulando a frequência ás termas, e institue o crédito de 80 milhões de liras para melhoramentos nelas; a Rússia ensaia um vasto programa de defesa economica, visando evitar a emigração do ouro nacional, carreado ás estancias estrangeiras, e social mediante assistencia official a velhos, doentes e crianças, enviados aos centros de cura hidromineral.

Não possuímos estatísticas a respeito; senão verificaríamos que o Brasil, apesar de guardar em seu seio preciosas e abundantes fontes minerais, contribue também com seus mínguados recursos ouro para opulentar as arcas das nações menos necessitadas, porém mais avisadas do que nós.

E' de justiça, entretanto, confessar que o govêrno do nosso Estado, de ha muitos anos, vem cogitando em dar feição definitiva a Iraí, e si mais não realizou foi porque não lhe permitiram circunstancias de ordem social e superiores. Apesar de tudo, e não obstante a depressão economica que atravessamos, Iraí continúa a receber em seu sólo rêdes para agua e esgoto, que lhe garantirão salubridade; as propostas para a construção da linha ferrea de Passo Fundo á estancia balnearia estão sendo estudadas cuidadosamente; e, enfim, ha pouco mais de uma semana, o general interventor, applicando saldos de verbas, mandou re-construir o balneario existente, iniciar estudos geofisicos e geograficos de Iraí, bem como a construção de um balneario, cujo ante-projêto passo ás vossas mãos.

Não se trata de um solução definitiva, no tocante á organização da estancia; mas as instalações corresponderão amplamente ás necessidades atuais. Trata-se da construção de um balneario de concreto armado, constante de um cilindro estanque, de 26 metros de diametro e 14 metros de altura, circundando as emergentes principais e ligado á parte alta do terreno por meio de uma galeria, também de concreto armado. No interior do cilindro foram projetados tres planos de construção: no primeiro acham-se uma piscina, um jardim ao ar livre e 20 banheiras; o acesso a estas é feito por uma galeria envidraçada; a agua

as atinge por gravidade; no segundo piso ficam 20 banheiras, salas para duchas e inalações. Ha capacidade para 800 banhos por dia. No terceiro plano estão colocados o salario, salas de mecanoterapia e fisioterapia, assistencia médica, etc.

As obras do cilindro e do primeiro plano serão atacadas após concorrência a brève praso e no proximo ano estarão em pleno funcionamento.

Graças á orientação acertada impressa a Iraí por Antonio de Siqueira, diretor do Saneamento do Estado e Francisco Rodolfo Simch, secretario das Obras Públicas, o Rio Grande terá em brève uma esplendida estação de aguas, renomada pelo conforto que dispensará e grande e cubçada pela ação maravilhosa de suas aguas.

E' com verdadeiro contentamento que trago esses fatos ao conhecimento da Sociedade de Medicina.



Sobre a presença do *Phlebotomus fischeri*

Pinto 1926, no Rio Grande do Sul*)

por

R. Di Primio

Quando foi da minha ultima excursão ao municipio de Conceição do Arroio, para continuar os estudos sobre o nosso impaludismo e outras investigações parasitologicas, tive oportunidade de apanhar diversos exemplares de flebotomos, que pertencem á familia dos Psilodídeos e pela primeira vez assinalados no Rio Grande do Sul.

Justifica-se assim o presente trabalho, sobre um assunto, cuja importancia apresenta tres objetivos principais: parasitologico, higienico e medico.

O primeiro, além de contribuir para o conhecimento da mais larga distribuição geografica no Brasil desse parasito, envolve questões biologicas, porquanto as nossas condições climatericas diferem bastante de outros pontos do país, onde diversas especies do mesmo já foram assinaladas.

Depois de demonstrado que esses dipteros hematofagos transmitem a "febre de Pappataci" ou "febre dos tres dias", a "verruca peruana" ou "doença de Carrion" e as "leishmanioses", o seu estudo como transmissores desses males assumiu importancia notavel em patologia humana.

Destas considerações decorre tambem o valor desse estudo do ponto de vista higienico, pela possibilidade de transmissão de tais doenças, das quais a leishmaniose americana tem para nós, de um modo todo evidente, maior relevancia.

E como corolario, para logo resalta o valor medico do assunto.

O aparecimento de casos de leishmaniose em localidades onde predomina determinada especie de flebotomos, constitue uma prova natural do seu papel transmissor, além de indicar a possibilidade de adaptação de outras especies do mesmo genero.

Segundo Brumpt, a leishmaniose póde ser transmitida por varias especies de flebotomos, e, como ela se contráe em florestas virgens não habitadas, seria para o autor a *Leishmania brasiliensis* um parasito proprio dos flebotomos, cuja conservação na natureza se explicaria pela transmissão hereditaria.

*) Transcrito da Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, N.º 18. Ano XVIII.

E' bem possivel, entretanto, que exista um **reservatorio de virus** na natureza, asserção que se robustece visto Brumpt e Pedroso, em regiões endemicas, terem observado o parasito espontaneamente no cão.

E em todo caso, nas regiões onde abundam os flebotomos, nas condições climatericas favoraveis e em presenca de um **portador de germens** são possiveis as explosões epidemicas de leishmanioses como a que ocorreu nas Laranjeiras adiante referida, — o que, aliás, tinha sido previsto por Neiva.

Em resumo: o conhecimento previo da existencia de uma ou mais especies de flebotomos em qualquer região, além do interesse parasitologico abrange implicitamente dous outros não menos importantes: higienico e medico.

Com referencia á parte clinica não tive oportunidade de observar nenhum caso de leishmaniose, o que, aliás, não póde servir de fundamentada conclusão, em virtude de minha curta estada em Conceição do Arroio, impedindo mais prolongada observação dos naturais, cujas casas estão irregularmente disseminadas em vasta zona. Foi, tambem, de todo impossivel obter informações clinicas seguras, pois em todo o municipio de Conceição do Arroio sómente exercem a medicina curandeiros e quejandos.

Grande é a contribuição científica de autores estrangeiros de varios países sobre flebotomos e doenças por eles transmitidas.

Abordando este assunto no extremo sul do Brasil, lembro, ainda que de maneira sucinta, os trabalhos nacionais sobre esses dipteros hematofagos e da leishmaniose americana.

A ciencia deve a Gaspar Vianna, entre outras, duas aquisições scientificas notaveis. Em 1911 descreveu uma nova especie de leishmania, denominando-a **Leishmania brasiliensis** e em Abril de 1912, comunicou á Sociedade Brasileira de Dermatologia por occasião do 7.º Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia, realizado em Bello Horizonte, a cura da leishmaniose pelo tartaro emetico, cujas applicações com o mais absoluto exito, tinham sido iniciadas em 1911.

O. d'Utra e Silva, encarregado por Gaspar Vianna desde 1912, para estudar as reacções provocadas pelo medicamento, duração do tratamento, dosagem, etc. publicou em 1915, além da parte terapeutica, interessantes contribuições referentes á parasitologia, á clinica, experiencias de transmissibilidade e outras.

Lutz e Neiva publicaram o primeiro trabalho que apareceu no Brasil em 1912 sobre flebotomos, época em que os autores já salientavam o papel importante desses transmissores em patologia humana.

Além do estudo de muitos factores biologicos, distribuição geografica, habitos, etc. os autores, baseados nos indices palpal e alar, combinados com outros caracteres, descreveram tres especies novas: **Phlebotomus squamiventris**, **Phlebotomus longipalpis** e **Phlebotomus intermedius**.

Como contribuição ao historico da nossa leishmaniose, digno de

salientar é o trabalho realizado por Arthur Neiva em Buenos Ayres, quando esteve a organizar a Secção de Zoologia medica e Parasitologia no Instituto Bacteriologico daquela capital.

A proposito transcrevemos o seguinte trecho de Cesar Pinto:

"... a **Leishmania brasiliensis** de Gaspar Vianna devia prevalecer como especie á parte e responsavel por aquela parasitose existente no continente americano antes da descoberta da America por Colombo como provou através dos estudos realizados com os **huacos**, peças de ceramica do Perú, as quais alguns autores como Lehmann e Tello interpretavam como documentos comprobatorios da existencia da lepra ou da sífilis na America antes da sua descoberta.



R. di Primio, fot.

Fig. 1 — Fôco de flebotomos, proximidades da vila de Conceição do Arroio, na margem da estrada de rodagem que conduz á colonia Borussia, na encosta da Serra do Mar.

Foi Neiva quem chamou a atenção para o fato de Tamayo ter identificado o mal representado nos **huacos** como sendo a *uta* designação vulgar da doença, cuja identificação científica foi sómente feita pelo nosso mestre."

Em 1922, Aragão aproveitando um fóco de leishmaniose que se instalou em 1921, nas Aguas Ferreas, nas Laranjeiras até Santa Teresa, com um numero de casos clinicos aproximadamente de 60 a 70, conseguiu demonstrar a transmissibilidade da leishmaniose pelo **Phlebotomus intermedius** Lutz e Neiva, muito abundantes no referido fóco.

Os casos observados, sem predileção quanto às diferentes classes sociais, não ultrapassavam mais de seis meses de evolução, apresentando diversamente lesões cutâneas e mucosas.

Com um numero total de 207 flebotomos apanhados, pela dificuldade de mante-los vivos em captividade e como em geral recusassem picar, Aragão, com a emulsão de um certo numero desses insetos em agua fisiologica inoculou diversos cães novos no focinho e orelhas.

Em um destes animais obtive no focinho, ponto de inoculação da emulsão de cinco flebotomos, que tres dias antes tinham picado um doente, um nodulo que ao primeiro exame não revelou a presença de leishmanias.

Decorrido algum tempo e exame dos tecidos mais profundos, Aragão encontrou formas isoladas de leishmanias típicas, demonstrando assim, praticamente, que o **Phlebotomus intermedius** Lutz e Neiva, é capaz de veicular a nossa leishmania.

No segundo volume do importante livro de Cesar Pinto sobre "Artrópodes Parasitos e Transmissores de Doenças" publicado em 1930, em capitulo especial, de modo claro e didático, além das noções biologicas e outras sobre os flebotomos, vem a descrição de 19 especies desses parasitos da região neotropica.

Recentemente (1932) Costa Lima, com a grande autoridade do seu nome publicou excelente trabalho "Sobre os flebotomos americanos" analise e considerações sobre sistematica, descrição e estudo comparativo e detalhado das 32 especies americanas, das quais dez descritas pelo autor, chave para a determinação dos flebotomos americanos, com grande numero de admiraveis desenhos e fotomicrografias.

No nosso país contribuíram ainda diversamente para o estudo dos flebotomos e leishmaniose, Pirajá da Silva, Pedroso, Paranhos, Carini, A. Peryassú, R. C. da Silveira, Castro Cerqueira, Bayma, Dias da Silva, Euelydes Helmold e outros.

OS FLEBOTOMOS CAPTURADOS EM CONCEIÇÃO DO ARROIO

Com os caracteres adiante assinalados, classifiquei os flebotomos apanhados como **Phlebotomus fischeri** Pinto, especie descrita por Cesar Pinto, em 1926, e dedicada ao Sr. Rodolpho Fischer, que apanhou os exemplares em Butantan.

Os "Phl. fischeri" Pinto, que apanhei em Conceição do Arroio, municipio do nordeste rio-grandense, proximo ao Estado de Santa Catarina, onde Lutz capturou na Serra de São Bento, **Phl. brumpti** Larrousse, foram encontrados em duas zonas diferentes: a primeira nas proximidades da vila, na estrada que conduz á colonia Borussia nas encostas da Serra do Mar. (fig. n.º 1).

O segundo fóco, no Rio das Pedras, poucos quilometros adiante do primeiro, em plena mata, em zona muito baixa, relativamente abrigada dos ventos, com condições topograficas e outras, diferentes da primeira.

ALTITUDE

A altitude do fóco de flebotomos da Serra do Mar, foi por mim determinada pelo barometro-aneróide, em relação á vila de Conceição do Arroio em 98, metros 50 e sobre o nível do mar em 117 metros.

O segundo fóco, zona muito baixa, está a poucos metros acima do nível do mar.

Em Conceição do Arroio são os flebotomos vulgarmente denominados "mosquitos palha".

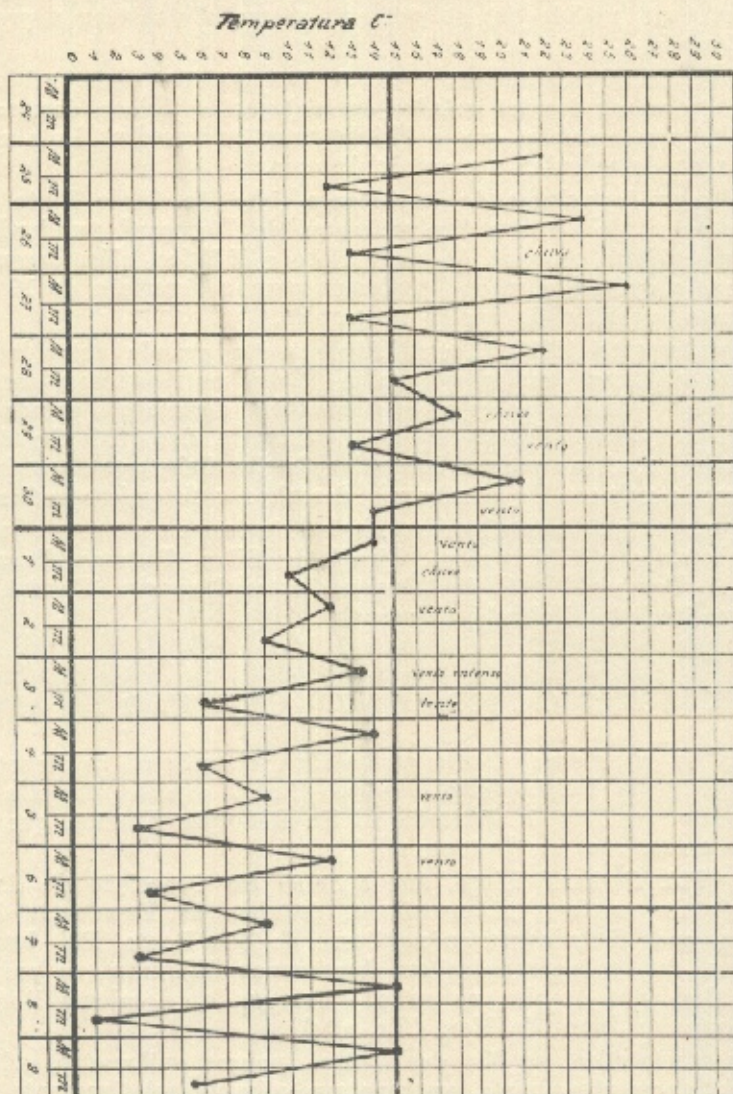


Fig. n.º 2 — Grafico das principais observações meteorológicas.
25 de Abril a 9 de Maio, 1931.

PICADA

A picada do *Phlebotomus fischeri*, como tive ocasião de verificar em mim e por mim, é dolorosa, deixa uma papula, que se dissipa depois de alguns dias, acompanhada de um prurido mais ou menos intenso.

Muitos naturais se queixam de serem incomodados dentro de suas habitações por estes dipteros hematofagos, que procuram sugar sempre as regiões do corpo onde a pele é mais fina.

INFLUENCIA DOS FENOMENOS METEOROLOGICOS

Dificilmente em um lapso de tempo relativamente curto, poderia ter tantas variações meteorologicas, em Conceição do Arroio, quantas as que me deram oportunidade de observar, na medida do possível, como os flebotomos se comportavam em face desses fállores.

O grafico n.º 2 publicado no meu ultimo trabalho sobre o impudismo no Rio Grande do Sul, é a respeito bastante assertivo.

INFLUENCIA DA TEMPERATURA

A captura de flebotomos só foi possível entre 25 de Abril a 1.º de Maio quando a temperatura média das máximas foi de 21º á tarde e 12º,8 a média das mínimas de manhã, oscilando entre os limites de 26º e 12º.

De 2 a 9 de Maio, quando a temperatura oscilou entre o máximo de 15º e o mínimo de 1º, os resultados foram inteiramente negativos.

Coincidiu com esta baixa térmica o aparecimento do nosso celebre minuano.

INFLUENCIA DAS CHUVAS

No interior da mata conseguí apanhar alguns exemplares de flebotomos, com chuvas fracas, o mesmo não acontecendo com as de média intensidade.

INFLUENCIA DOS VENTOS

E' sabido a influencia desfavoravel que os ventos exercem sobre os vôns desses inséto, o que constatei mesmo quanto aos de fra-ca intensidade.

INFLUENCIA DAS HORAS

A' sombra, em diversas horas do dia apanhei varios flebotomos, principalmente ao entardecer.

A' noite, atraídos pela luz projétada pela lanterna elétrica, procuravam picar.

MONTAGEM E EXAME

Os exemplares apanhados, conservados em álcool a 70°, foram montados entre lamina e laminula, segundo a técnica habitual.

Assim examinados obtive os seguintes resultados.

Exemplares femeas:

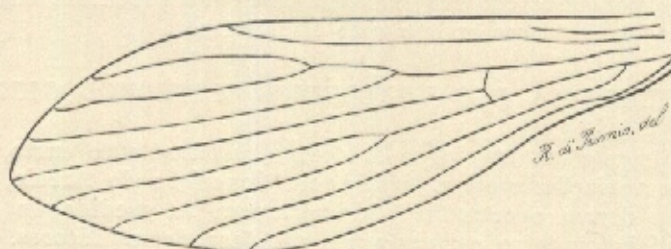


Fig. 3 — Asa do "Phl. fischeri" Pinto. Desenho com oc.4 (Zeiss), obj. 2 (Leitz). Altura da mesa. Redução 2/3. Segundo R. di Primio.

(Fig. n.º 3 e 7)

$$\text{Índice alar: } \frac{\alpha}{\beta} = 2,5$$

Índice palpal: 1, 4, (2,3) 5

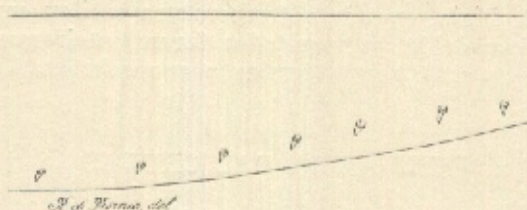


Fig. 4. Parte do femur posterior de **Phl. fischeri** Pinto, com a fileira de 7 dentes. Desenho feito com oc. 3, obj. DD. Altura da mesa. Redução: 2/5. Segundo R. di Primio.

Cesar Pinto no seu livro "Arthrópodes Parasitos e Transmissores de Doenças" assim descreve o **Phl. fischeri**.

Índice palpal: no macho o índice palpal desta especie póde variar: 1,4 (2,3) 5 ou 1, 4, 3, 2, 5.

Na femea o índice palpal é 1,4 (2,3) 5.

Índice alar do macho: $\frac{\alpha}{\beta} = 2,5$ Hipopigio: gancho inferior mais curto do que o segmento basal do gancho superior. Segmento terminal do gancho superior com quatro espinhos. Aparelho espicular: os dois espiculos apresentam na extremidade apical uma formação semelhante a um estribo. Pleuras escuras quasi negras.

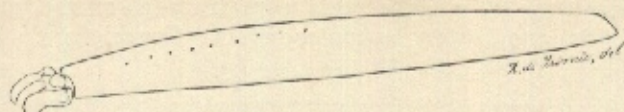


Fig. 5 — Femur posterior do *Phl. fischeri* Pinto, com a fileira de 9 dentes. Desenho feito com oc. 4 obj. A. Altura da mesa. Redução 2/3. Segundo R. di Primio.

Completando a descrição de tão interessante espécie, Cesar Pinto, conforme assinála Costa Lima, observou ultimamente "uma cerda espinhosa, curta e fina que se insére num pequeno tuberculo, situado um pouco para dentro do espinho terminal".

Tive ocasião de observar nos flebotomos capturados os caracteres ultimamente referidos por Costa Lima e de grande valor na respectiva determinação específica.

Presença no lado infero-interno do femur das pernas posteriores de uma fileira de 7 a 9 dentes (Figs. 4 e 5) guardando entre si certa regularidade indo até quasi o meio do femur.

Em um exemplar de *Phl. fischeri* Pinto, tive oportunidade de observar uma fileira de 11 dentes.

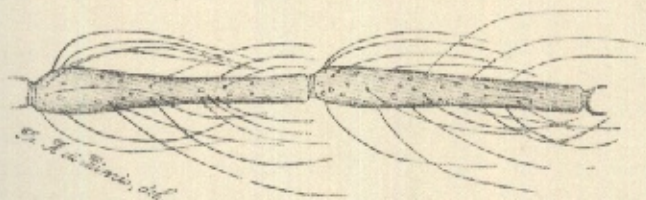


Fig. 6 — Nono e décimo articulos de uma antena de "*Phl. fischeri*" Pinto. Desenho feito com oc. 4, obj. DD. Redução 2/3. Segundo R. di Primio.

Costa Lima assinála que esses dentes ou espinhos não foram observados em outras espécies brasileiras, nem nas demais espécies sul americanas por ele examinadas, porem também não os viu em especimens montados em balsamo de *pappataci*, *minutus*, *perniciosus* e *sergenti*, determinados por Larrouse.

Igualmente, não os viu assinálados nas espécies de outros países.

Outro característico para o qual Costa Lima chama atenção é a diferença de coloração mais clara dos quadrís das pernas do par anterior do resto do torax, cuja côr uniforme e escura é igual a da cabeça e do notô.

Essa diferença de coloração se evidenciou nos flebotomos montados em balsamo, sem nenhum processo especial.

O mesmo autor lembra a separação desta espécie em um novo sub-genero — *Pintomyia*, como homenagem a Cesar Pinto no caso de serem admitidas as divisões sub-genericas.

A fig. 6 representa o nono e décimo articulos de uma antena de *Phl. fischeri* Pinto.

E' possivel que além da especie aqui tratada, outras, em diferentes estações do ano, sejam encontradas em Conceição do Arroio ou

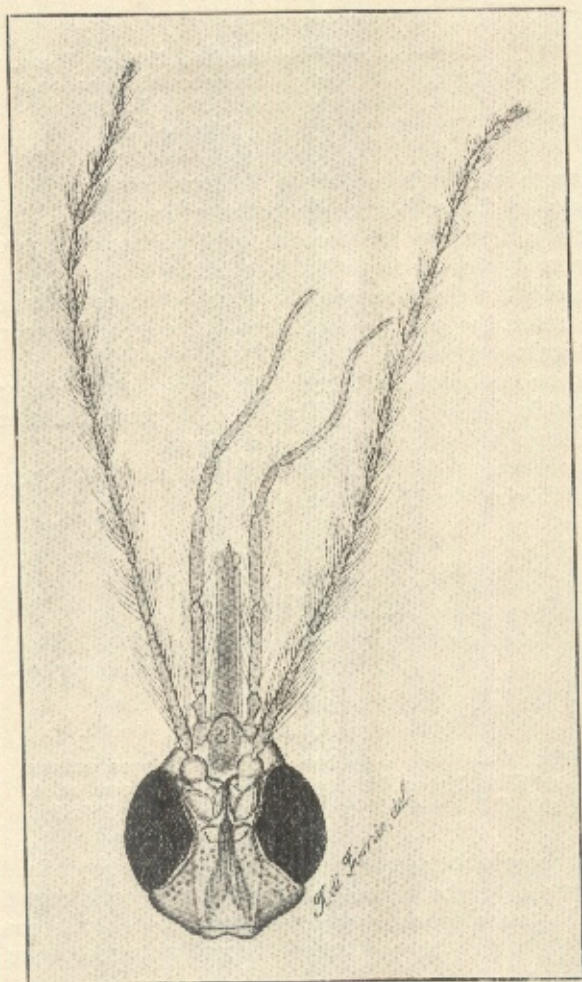


Fig. 7 — Cabeça de *Phl. fischeri* Pinto. Desenho feito com oc. 4, obj. 2 (Leitz). Altura da mesa. Redução: 7/9. Segundo R. di Primio.

em regiões do nosso Estado, onde as condições mesológicas favoreçam a vida dos flebotomos.

Prova da Nitrituria

por

Waldemar Castro

As pesquisas laboratoriais, de tão grande valia, na orientação diagnóstica, prognóstica e terapêutica, sofrem hoje, a tendência geral para a maior simplificação possível de suas técnicas. Técnicas simples e sensíveis, chamadas técnicas de escolha, entram hoje de modo franco na prática laboratorial diária.

Em relação ao líquido urinário, várias são as pesquisas que modernamente tem sido feitas, afim de que mais amplos conhecimentos se possam colher do seu estudo e de que mais amplas sejam as suas aplicações na clínica diária. Entre os estudos mais recentemente feitos, sobre o líquido urinário, está aquêlê que se relaciona com a Nitrituria. A prova da Nitrituria tem sido objeto, em varios centros científicos estrangeiros e, entre nós, no Rio de Janeiro, de minuciosas observações que vieram incontestavelmente conferir-lhe real valor semiológico. *)

E' fóra de qualquer duvida, a grande vantagem que representa, quer para o técnico de laboratorio, quer para o clinico, á cabeceira do doente, poder dispor de uma técnica, que a par de sua simplicidade, ofereça grande sensibilidade. Tais são as vantagens da prova da Nitrituria.

Semelhante prova urológica, ao ser por nós praticada, com fito de estudo, o foi mediante o emprego de varios métodos, afim de que pudessemos fazer sobre ela um juizo pessoal, não só no tocante a simplificação da técnica, mas sobretudo com relação a sua sensibilidade. Entre os métodos por nós experimentados, na prova da Nitrituria, destacamos como principais: Os de Schenbein, de Tromsdorff, de Griess-Hosway e de Desfourniaux.

Dentre estes, destacam-se ainda, quer pela sua simplicidade, quer pela sua sensibilidade o de Schenbein e o de Griess.

Nas nossas numerosas observações tomamos, para base de referencia e controle da infecção das vias urinarias, a maior ou menor abundancia de bacterias nas urinas não alteradas e a maior ou menor abundancia de elementos piocitarios. A apreciação pois, da flóra microbiana das urinas não alteradas e do processo piocitario ou purulento, reveladores de processo infeccioso das vias urinarias constituiram juizo seguro na apreciação da prova da Nitrituria.

E, nos foi dado verificar então, de modo seguro e sistematico, que

*) Ao escrever esta simples nota, não o faço na intenção de apresentar nenhum trabalho completo sobre o assunto, mas de dar a conhecer, de modo aliás superficial, as grandes vantagens dessa prova urológica.

a todas as provas de Nitrituria positiva correspondiam sempre uma flóra microbiana mais ou menos abundante e um processo piocitario mais ou menos acentuado; e, mais ainda que em muitos casos a intensidade da Nitrituria correspondia de perto a intensidade da piúria e da flóra microbiana observada.

De outro lado, em cerca de quatrocentos exames de urina, em que verificamos ausencia completa de puz e de flóra microbiana ou grande escacez desta (Bacteriuria accidental), a prova da Nitrituria mostrou-se sempre completamente negativa.

Póde-se pois afirmar, que a prova da Nitrituria, quando positiva, em urinas não alteradas ou recentes, indica, com segurança, presença nas vias urinarias de germes nitratos redutores tais como: Colibacilo, Staphilococco, Streptococco.

A negatividade da pesquisa, não permite no entanto afastar a hypothese de uma infecção das vias urinarias, pois esta póde ser determinada por micro-organismos destituídos de qualquer ação nitrato redutora, tais como o Gonococco de Neisser, o Bacilo de Koch e outros.

Assim sendo, constitue a prova da Nitrituria, quando positiva, mais um dado analitico de incontestable valor e que ao lado dos outros elementos da analise, auxilia poderosamente o clinico no diagnostico dos estados infecciosos das vias urinarias.

No método de Schoenbein usa-se como reativo uma solução de Goma de amido iodurada correspondendo a seguinte formula: Amido, 20,0 + Agua distilada 500 cc³ + 0,50 de iodeto de potassio (privado de iodato). Técnica da reação: Urina 5 cc³ + H²SO⁴ diluido 1/10 — 5 gotas + 5 gotas de reativo. Reação positiva: Côr azul (Iodeto de Amido). Esta técnica apresenta varias modalidades. Sensibilidade igual á 0,001 por ^o/₁₀₀₀.

No método de Griess usam-se como reativos o acido sulfanilico e a alfanaftilamina, e baseia-se na formação de um composto diazoico de coloração rosea ou vermelha obtido pela ação do acido sulfanilico em presença do HCl e na sua ação posterior sobre a alfa-naftilamina. Técnica da reação: Urina 5 cc. + HCl 1/5 — 1 gota, + solução saturada de acido Sulfanilico — 1 gota. Sensibilidade 0,001 por ^o/₁₀₀₀.

O método de Tromsdorff baseia-se na ação dos nitritos sobre o iodeto de zinco amidonado em presença do acido sulfurico diluido, dando uma coloração azul de iodeto de amido.

Técnica da reação: Urina — 5 cc³, + H²SO⁴ — 5 gotas, + reativo de Tromsdorff. Amido — 5 gr., + clorureto zinco — 20 grs., + agua distilada — 100 cc. Sensibilidade 0,001 por ^o/₁₀₀₀. A reação é valida quando a côr azul se produz em 2 á 3 minutos.

O método de Desfurniaux utiliza os reativos seguintes. Goma de amido — Iodeto de potassio á 1% — acido salicilico no alcool a 93' 1%. Técnica de reação: Urina — 5 cc³, + goma de amido — 2 cc³, + solução de iodeto de potassio — 2 cc³, + solução de salicilato até formação de um anel.

Reativo de Griess-Hosway: Solução A — Acido sulfanilico — 0,05 + Acido acético a 30% — 150 cc.

Solução B — Alfa naftilamina — 0,2 — Agua distilada 20,0 +
Acido actico a 30% 150 cc.

Reativo modificado por Greenhal: Acido sulfanilico 0,50 + Alfa
naftilamina — 0,20 + Acido citrico — 5,0 + Lactoze — 10,0 — Divi-

Observações sobre a prova da Nitrituria

Provas de Nitrituria positivas

Obscr- vação	Nome do doente	Medico	Piocitos	Bacteriuria	Fermentação amoniacal	Prova de Nitrituria
1	W. N.	Dr. C. Monteiro	Raros	Abundante	Ausencia	Positiva (tr. carregados)
2	F. C.	Dr. Figueiredo	Raros	Escassa	"	" " "
3	E. P.	Dr. A. Py	Numerosos	Abundante	"	" " "
4	H. S.	—	Raros	Abundante	"	" " "
5	A. N.	—	Raros	Regular	"	" " "
6	E. P.	Dr. A. Py	Numerosos	Regular	"	" " "
7	M. L.	—	Raros	Abundante	"	" " "
8	W. N.	Dr. C. Monteiro	Raros	Abundante	"	" " "
9	E. C.	Dr. L. Cezar	Varios	Regular	"	" " "
10	B. O. O.	Dr. A. Dias	Raros	Abundante	"	" " "
11	T. S.	Dr. Simch	Numerosos	Regular	"	" (tr. leves)
12	A. G.	—	Raros	Regular	"	" (tr. carregados)
13	F. B. A.	Dr. B. Araujo	Varios	Escasso	"	" (tr. leves)
14	M. L. T.	Dr. A. Dias	Varios	Abundante	"	" (tr. leves)
15	E. A.	Dr. B. Pinheiro	Numerosos	Regular	"	" (tr. carregados)
16	J. S.	Dr. Bordini	Raros	Regular	"	" " "
17	R. B. M.	Dr. M. Totta	Raros	Abundante	"	" " "
18	O. T.	Dr. W. Castilhos	Numerosos	Abundante	"	" (tr. leves)
19	A. E.	Dr. Bettiol	Raros	Abundante	"	" (tr. carregados)
20	J. R. B.	Dr. A. Barbedo	Raros	Abundante	"	" " "
21	N. B.	Dr. R. Moreira	Raros	Regular	"	" " "
22	S. C. L.	—	Raros	Regular	"	" (tr. leves)
23	L. R. V.	—	Raros	Abundante	"	" (tr. carregados)
24	I. L.	—	Varios	Abundante	"	" " "
25	E. N.	—	Numerosos	Abundante	"	" " "
26	J. N.	Dr. G. N. Vicira	Numerosos	Escassa	"	" " "
27	H. A.	Dr. B. Alves	Raros	Abundante	"	" " "
28	A. C.	—	Varios	Regular	"	" " "
29	A. G.	Dr. M. Totta	Varios	Abundante	"	" (tr. leves)
30	E. F. S.	Dr. A. Dias	Raros	Abundante	"	" (tr. leves)
31	M. G.	—	Varios	Abundante	"	" (tr. carregados)
32	A. G.	Dr. B. D. Castro	Raros	Abundante	"	" " "
33	M. F.	—	Varios	Escassa	"	" " "
34	J. M.	Dr. I. C. Meyer	Raros	Regular	"	" (tr. leves)
35	C. B.	Dr. Bettiol	Varios	Regular	"	" (tr. carregados)
36	C. P.	—	Numerosos	Regular	"	" (tr. leves)
37	A. T.	—	Varios	Abundante	"	" " "
38	H. T.	—	Raros	Abundante	"	" (tr. carregados)
39	N. F.	Dr. Simch	Raros	Escassa	"	" (tr. leves)
40	S. J.	—	Raros	Abundante	"	" " "
41	J. A.	Dr. Seixas	Raros	Abundante	"	" " "
42	J. L.	—	Raros	Regular	"	" " "
43	H. B.	Dr. J. Gomes	Raros	Abundante	"	" (tr. carregados)
44	C. F.	Dr. Leopoldo	Raros	Abundante	"	" (tr. leves)
45	C. S.	Dr. L. Duarte	Raros	Escassa	"	" " "
46	B. M.	Dr. F. David	Raros	Abundante	"	" (tr. carregados)
47	M. D.	Dr. Weber	Raros	Regular	"	" (tr. leves)
48	B.D.P.S.	Dr. Raeh	Raros	Regular	"	" " "
49	C. S.	Dr. Alfeu	Raros	Regular	"	" " "
50	O. F.	Dr. W. Martins	Numerosos	Regular	"	" " "

Sobre a Idiolia Mongoloide ou Mongolismo

por

Xavier da Rocha

(Santa Maria, Rio Grande do Sul)

A observação que, com alguns comentários, submeto a vossa douda critica, refere-se a um desses casos, não muito comuns, na prática diaria da clinica, mas em nossos dias, perfeitamente individualizados e conhecidos, por sua rica sintomatologia.

Da análise, mesmo ligeira, do quadro mórbido apresentado pelo infeliz doentinho, que tive oportunidade de examinar, resalta quão largas são as fronteiras da pediatria.

Não se trata da simples infecção gastro-intestinal (sem duvida igualmente digna de estudos) que, sempre corriqueira, mantém os consultorios cheios de clientes e as fabricas das mais variadas farinhas, irradiadas ou não, ativas e florecentes.

O caso em apreço, passou-me sob os olhos, em uma rápida consulta de porta de farmacia, despertando-me, desde logo, a atenção pelo facies típico da criança que, pelos braços de seu pai, andava em busca da saúde.

Levado pela curiosidade de melhor observar o quadro clinico, marquei um novo exame, para o dia immediato, no Hospital de Caridade.

Tão impressionante era o facies da criança que, ao penetrar no consultorio daquele hospital, em um grupo de colegas, onde nos encontramos, antes de qualquer exame, ou de qualquer referencia minha, o Dr. Francisco Mariano, cuja cultura reverencio, fazia acertadamente o diagnostico.

Resumindo a observação, que completei em exames sucessivos, póssó apresentar o seguinte apanhado do caso:

Trata-se de uma criança do sexo masculino, de tres anos de idade, de côr branca, nascida no vizinho povoado de São Martinho, onde vive até hoje.

Filho único de pais relativamente sadios, não acusando a mãe nenhum aborto, antes ou depois deste filho. Casaram-se em idade madura. Ele com quarenta e poucos anos e ela com quasi quarenta. Em seguida ela engravidou, sofrendo uma gestação acidentada por doenças de pouca importancia que, juntamente com as perturbações naturais deste estado, aumentavam as infalíveis preocupações, nacidias de uma série de pequenos abalos morais, oriundos da adaptação ao novo genero de vida que tardiamente lhe impusera o casamento.

O parto foi normal.

O pai é francamente sífilítico, sendo positiva (+) a reação de Wassermann no sangue, procedida no laboratório dos Srs. Alves e Costa.

M. E., assim é o nome do nosso doentinho, alimentou-se ao seio materno, exclusivamente, até seis meses de idade, e até um ano com essa alimentação associada com leite de vaca e farinhas diversas.

Não sofreu até a presente data grandes abalos gastro-intestinais. No segundo inverno de vida apanhou uma bronquite catarral que durou tres meses.

A pouca instrução de seu pai, que o acompanha ao consultorio, não permite maiores informações a respeito desta criança, que se nos apresenta abobalhada e com grande atraso psiquico.

O seu peso é de onze quilos. A estatura de 75 centímetros.

A fisionomia, lembra o aspéto dos individuos da raça mongólica. A cabeça, redonda, verdadeiramente braquicefala. A fronte ligeiramente saliente. O nariz baixo em fórma de sela.

No angulo interno dos olhos existe uma préga cutanea em fórma de epicanto.

Aumenta a expressão mórbida deste conjunto uma boca sempre aberta, de onde emerge a lingua em continuos movimentos e escorre uma viscosidade, atestando abundante sialorréa.

Dos vinte dentes que deveria ter, apareceram, por enquanto doze.

O estado hipotonico do sistema muscular é notavel. Todas as articulações permitem os mais bizarros movimentos passivos. Os dedos pôdem ser dobrados. Os membros inferiores cedem como si estivessem desarticulados. O pé é levado sem dificuldade até encontrar o queixo ou mesmo a nuca. A cabeça permite amplos movimentos para os lados e para traz. O pescoço é curto e exageradamente gordo.

As condições gerais do paciente parecem entretanto regulares.

Um espesso panículo adiposo recobre todo o corpo que, em harmonia com os característicos da raça mongólica, apresenta uma intensa coloração amarela.

A criança não caminha. Não fica de pé.

Mais forte do que todas essas anormalidade impressiona ao observador o acentuado retardamento do seu desenvolvimento mental.

Não sabe exprimir as mais rudimentares necessidades. O único movimento voluntario que parece saber fazer, é o de estender os braços ao pai que vê, coitado, nesse gesto o único vislumbre de inteligencia do filho querido.

Tudo para ele é inexpressivel. Não sorri. Não acompanha com o menor gesto os movimentos em derredor de si. Não apanha o bico para levá-lo á boca, embóra pendente do pescoço.

Emfim, uma falta de atenção absoluta para qualquer excitação sonora ou luminosa. O olhar é indiferente e quasi sempre dirigido para a frente e para baixo.

Os exames dos aparelhos circulatório, respiratório, e digestivo não revelam nada além do comum.

Para o lado do aparelho genito-urinário, a urina apresenta-se com levíssimos traços de albumina e com a densidade relativamente baixa de 1003.

A pesquisa de ovos de parasitas intestinais é negativa.

A reação de Wassermann no liquido cefalo-raquiano é positiva (+).

Na fórmula leucocitaria do sangue encontramos o seguinte resultado:

Polinucleares neutrofilos: 6 %	linfocitos	16,25 %
"	sinfilos: 0,25 %	Médios mononucleares 29,75 %
"	basofilos 00 %	grandes mononucleares 46,50 %
Fórmulas de transição, 1,25		

Por onde se verifica uma acentuada linfocitose que se mantém igualmente no liquido cefalo-raquiano com o seguinte resultado:

Polinucleares neutrofilos	3,75 %
Grandes mononucleares	0,75 %
Médios mononucleares	2,00 %
Linfocitos	93,50 %

Tal é em síntese a cadeia sintomatologica do caso que vos apresento. Sem duvida omito a discrição pormenorizada de um sem número de pequenos desvios da normalidade que, por este ou aquele motivo, não me foi possível documentar, como a radiografia das extremidades, para reparo dos pontos de ossificação, ou outros que passo por alto para não estender em demasia esta observação.

E mesmo basta! O que constatei e aqui desataviadamente fica dito, chega para a conclusão precisa de um diagnostico.

As perturbações somaticas verificadas; o chocante atrazo mental; o facies inconfundivelmente característico; a evidencia flagrante de mais alto grau de imbecilidade ou melhor, da mais franca idiotia; em tudo e por tudo impõe-se á afirmação de se tratar de um caso de **IDIOTIA MONGOLOIDE OU MONGOLISMO**.

A entidade mórbida esteriotipada no meu doentinho foi individualizada pelos trabalhos memoraveis de Langdon Dawn, em 1866, que lhe deu o nome de "Mongolian idiocy".

Daí para cá tem sido objéto de cuidadosos estudos executados por grandes observadores.

Em nossos dias, com as pesquisas endocrínicas, levadas até o exa-gero, múltiplos são os trabalhos que enchem as páginas das revistas médicas, interpretando esta anormalidade e discutindo as suas causas etio-patogênicas.

No Rio Grande do Sul, o Professor Raul Moreira apresentou, em 1925 à Sociedade de Medicina de Porto Alegre, um minucioso trabalho, que enche sete páginas da "Revista dos Cursos", da Faculdade de Medicina, daquela Capital, do mesmo ano.

O seu estudo girou somente em torno de um único caso, observado até aquela data, pelo que o autor acreditava na raridade dessa perturbação, em nosso meio.

Recentemente, em ligeiras linhas que teve a gentileza de nos dirigir, afirma ter verificado novos casos.

Ainda, antes deste rápido esboço, em nosso Estado, o Dr. Pi-guassú Corrêa, da Diretoria de Higiene e Saúde Pública, fez em Maio de 1930, uma desenvolvida comunicação, á mesma Sociedade, que se encontra publicada em o numero 4 dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", desse ano.

O autor documenta a sua observação com fotografias e esplêndidas radiografias e apresenta um trabalho por todas as notas digno de atenção.

Em outros países onde se tem organizado um serviço de estatística a frequência do mongolismo é relativamente elevada.

Assim, 5,5 % de todos os idiotas existentes nos hospitais irlandezes, segundo as notas de Van der Scheer, são mongoloides e, na Inglaterra, Shuttleworth admite que sobre 100 idiotas cinco são desse tipo, porcentagem que Langdon Dawn eleva a 10 %.

Comby apresentando 69 observações pessoais conclue pela frequência tão grande na França como na Inglaterra.

Na Italia Cozzolino, grande mestre da pediatria, aborda igualmente o assunto desenvolvendo considerações sobre 28 casos observados.

Finalmente, o Prof. Rocco Jemma, diretor da clinica pediátrica da Universidade de Nápoles, em recente monografia que encontrei na "Rassegna Clinica Scientifica", de Abril do ano passado, que me foi enviada pelo dilêto coléga Dr. Heitor Silveira, admite o mongolismo como doença típica da infância, porém de rara frequência, pois que sobre 35.000 doentinhos observados, nesses últimos dez anos, na clinica de que é diretor, ponde colher somente 94 casos que correspondem a 2,7 o/oo.

Emquanto um ou outro autor faça notar a frequência deste mal, maior nos homens ou nas mulheres, compulsando-os, notamos que ele interessa, em igual medida ambos os sexos.

Nenhum dos capítulos do estudo do mongolismo apresenta-se mais sugestivo e mais contraditório do que o da sua etio-patogenia.

Langdon Dawn procura crear uma teoria etnológica que, baseada sobre a semelhança física que os enfermos apresentam com os homens da raça mongólica, considerava a doença como um retorno atavico, determinado por leis de hereditariedade.

Comby, mesmo, procurando interpretar a presença da mancha azulada, que se verifica em grande número de crianças, localizada principalmente na região sacra, devido ao acúmulo no derma de células de forte pigmentação e que, constantemente existe nos mongoloides, vai ao ponto de considerá-la, como vestígio da antiga mistura de asiáticos e europeus nos grandes conflitos passados.

Por certo, esta teoria expandida, seja por quem fór, não merece muito credito porque, mesmo admitindo semelhanças exteriores com a raça amarela, a idiotia não é característica desta raça que, a par de grandes dotes intelectuais, manifesta-se, como no Japão, extremamente empreendedora e apta para todas as atividades humanas.

A hipótese mais viável sem dar, entretanto, por si só, uma explicação cabal, é a que considera a criança mongoloide como o produto do exaurimento dos genitores por privações e longos padecimentos morais e físicos, no período da gravidez, acrescido de uma acentuada hereditariedade luctica.

Sem duvida, a sífilis, com a sua notável tendência á ferir os centros nervosos e os órgãos de secreção interna contribue poderosamente para o terrível dismantelo do sistema nervoso em formação.

Outros autores, e são quasi todos, desde Feer até Appert aproximam o mongolismo da idiotia mixedematosa e afirmam, como este ultimo, que se trata de uma alteração do desenvolvimento, de uma perturbação da evolução e não de uma doença propriamente cerebral.

Acho, entretanto, que na idiotia mongoloide, como na simples idiotia, de que ela é uma variedade clinica, influe mais uma sinergia de causas raramente combinadas, do que fatores isolados.

Assim as causas que lhe determinam o aparecimento são traumáticas, infecciosas ou toxicas que vão atuar diretamente sobre o cerebro infantil.

Causas que se desenrolam quer no ato do nascimento, quer por intermedio da mãe, durante a vida intra-uterina ou mui raramente por uma herança paterna.

Pertencendo a estes grupos, conforme Julio de Mattos, os traumatismos de partos distocicos, as infeções e as furtuitas intoxicações que surgem na primeira infancia, e, mais os traumatismos físicos e psíquicos, as infeções e intoxicações agudas ou crônicas da mãe, durante a gestação.

Causas congenitas, enfim, que incidindo sobre o feto impliquem ou não a hereditariedade.

Não vejo absolutamente razão alguma para fazer a idiotia mongoloide depender do cretinismo.

O cerebro coordenando, até certo ponto as atividades multiplas do organismo e influenciando-se tambem por elas, é passivel de pertur-

bações anatomo-fisiologicas proprias. Executando as superiores funções concientes e presidindo a todas, troficas e de relação, está sujeito igualmente a doenças.

Si a glandula tireoide está em deficiencia temos o mixedema, individualidade mórbida perfeitamente individualizada, implicando simultaneamente a existencia da deficiencia glandular e da meiopragia cerebral.

O relativo resultado do tratamento imposto ao paciente da minha observação vem, até certo ponto, a meu modo de vêr, corroborar na separação das duas entidades clinicas que parecem estar em inteira dependencia — as idiotias mongoloides e mixedematosa.

Não tendo, no momento, encontrado, na cidade, um extrato glandular conveniente, limitei-me a um tratamento recalcificante e antisifilitico, empregando chlorocalcio e xarope de proto-iodureto de ferro.

E' bem de vêr que não obtive uma cura impossivel. Entretanto, decorrido pouco mais de seis mezes o doentinho voltou ao consultorio, caminhando, proferindo algumas palavras, mais ativo e, ainda meio chinês meio brasileiro, dava aos seus pais alegrias, talvez de esperanças illusorias, de verem desabrochar para a vida a promessa do seu único filho.

Mesmo sem ter feito desaparecer o terrivel prognostico condenatorio desta inteligencia estava acalentada a esperanza de alegrias futuras para esses infelizes pais.

E quem sabe, senhores, o amor e uma carinhosa educação, um dia, poderão compensar as deficiencias congenitas, somaticas e intellectuais desta criança.



Sociedade de Medicina

Presidente: Prof. OTAVIO DE SOUZA

Secretários: Prof. TOMAZ MARIANTE
Dr. NINO MARSLAJ

Comunicações

Meningite tuberculosa Ensaio terapeutico com o „Gadusan”

(Nota prévia)

por

Nino Marslaj

Assistente das cadeiras de Clinica Medica e Terapeutica da
Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Em sessão de 27 de Maio da Sociedade de Medicina de P. Alegre comunicamos a titulo de nota previa termos iniciado uma nova terapeutica da meningite tuberculosa pelo Gadusan, empregado simultaneamente pelas vias intra-raqueana e endo-venosa.

Só posteriormente tomamos conhecimento de um trabalho dos drs. Saprizza e Gaggero intitulado “Meningitis bacillares atipicas y ensaios del tratamiento intraraquideo con el morruato cuprico coloidal” e publicado na Prensa Medica del Uruguay, Outubro de 1930, pag. 364

Como entretanto o nosso tratamento não seguiu a mesma orientação do dos illustres colegas uruguaios, o qual não conheciamos, transcreveremos na integra as duas observações destes autores com suas conclusões, para então fazermos algumas considerações sobre os tres casos.

Apenas, como veremos, ao contrario do que afirmam Saprizza e Gaggero, propuzemos este metodo baseados em solida base scientifica.

O Gadusan é constituído pela reunião dos acidos graxos do oleo de fígado de bacalhau combinados com o cobre formando sais, postos em estado coloidal, em meio aquoso. (Paulo Seabra).

Com as propriedades que tem todo o produto coloidal e os morruatos de um modo geral, aliadas á ação nociva do cobre sobre o parasito da tuberculose e suas toxinas, fatos estes já amplamente documentados por inumeros autores nacionais e estrangeiros, e incontestaveis, fazem do gadusan de Paulo Seabra um medicamento de grande valor no tratamento da tuberculose.

Mas o que nos levou ao seu emprego na meningite tuberculosa

foram os trabalhos de Aresky Amorim e MacDowell, respectivamente, sobre o tratamento local dos abscessos frios e das cavernas pulmonares tuberculosas.

As comunicações de Aresky Amorim á Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, o seu artigo intitulado "La modification des foyers de la tuberculose" e publicado na "Revue de la Tuberculose" de Paris em Outubro de 1929 e muitos trabalhos mostram bem o valôr do morruato cuprico coloidal como modificador dos abscessos tuberculosos.

E a conferencia dos drs. Mac Dowell e Manoel de Abreu na Academia de Medicina em sessão de Agosto de 1931 sobre "Indicações e tecnica para o tratamento intracavitario da tuberculose pulmonar" nos revela um metodo novo no combate á peste branca, salientando ainda uma vês a grande ação terapeutica do Gadusan.

Baseado nestes fatos e na perfeita tolerancia que os doentes apresentam ás injeções endo-venosas deste produto é que imaginamos empregar-as simultaneamente com as injeções intraraqueanas. Deste modo pensamos, assim como Aresky Amorim e Mac Dowell, que ha vantagem em levar o medicamento em contato direto com a lesão, realizando desta forma um verdadeiro tratamento local da meningite tuberculosa, aliás já tentado com outros agentes medicamentosos.

Apenas uma observação de momento possuímos, porquanto para um rigoroso contrôle científico só tentamos este tratamento nos casos em que se encontre o bacilo de Koch no liquor.

Nela falhamos como falharam os autores uruguaios e quasi todos os que tem tentado salvar um doente atacado desta terrivel molestia. Entretanto é facil de notar que tanto nas nossas observações como nas duas de Saprizza e Gaggero o tratamento foi tardio e portanto com todas as probabilidades de insucesso.

Novos casos virão, nossos e de outros colegas, que nos esclarecerão si de fato o Gadusan tem algum valôr na tuberculose meningéa, quer modificando a tecnica ou as dosagens empregadas, quer associando-o a novas medicações.

Emfim é um novo caminho que poderá levar-nos a bom termo. Somos céticos, mas proseguiremos na luta convitos de que uma vida que se salve é o bastante para compensar as desilusões e criticas que porventura venhamos a sofrer.

Observação pessoal

O doente que tratamos foi um menino de 15 anos e que se achava recolhido ao serviço do prof. Otavio de Souza, de que somos assistente.

As informações anamnesticas nos foram prestadas pelo progenitor do paciente em vista deste achar-se em estado de coma. Ha dias nosso doente andava com dôres de cabeça intensas e prisão de ventre, tendo por isto tomado um purgativo com o qual não melhorou. Medicando-se posteriormente com guaraiña e chás caseiros sentiu-se aliviado. No dia seguinte, pela tarde, deitou-se e poucos minutos após acordou-se com forte cefaléa. Medicando-se como da vês passada

não melhorou. Advieram-lhe vomitos, os alimentos eram rejeitados logo após á ingestão, o mesmo acontecendo com as bebidas.

Este estado prolongou-se por tres dias, ao cabo dos quais seu estado agravou-se profundamente perdendo o conhecimento. Nesta inconsciência passou nove dias em sua residencia e como não melhorasse apesar de ser chamado um medico, baixou ao serviço do prof. Otavio de Souza, leito 5 papeleta n.º 4522, em 24 de Maio de 1932.

Apresenta-se em estado de coma. Contratura dos musculos da nuca. Sinal de Kernig positivo. Carfologia presente. Prisão de ventre e incontinência de urina. Presentemente não vomita. Taquicardia. Temperatura oscilando entre 35,8 pela manhã e 37,9 á tarde. Reflexos osteo-tendinosos abolidos. O paciente faleceu a 27/5/1932.

Exame do liquor feito pelo dr. Telemaco Pires em 26/5/1932.

Exame quimico: Albumina total — 3 grs. por litro.

Prova de Ravaut: Positivo forte + + + +

R. de Pandy: Positivo forte + + + +

R. de Weichbrodt: Positivo + +

R. de Nonne—Appelt: Positivo forte + + + + (côr leitosa).

Exames bioquimicos: R. de Takata e Ara — Coloração rosca imediata sem formação de precipitado. Tipo meningítico: Positivo + + + +

R. do benjoim coloidal: 002222002222000

R. de Müller: negativa

R. de Meinicke: negativa

R. de Wassermann: negativa

Exame citologico: Nageotte — 250 por mm³.

Coloração vital de Ravaut: a) tempo de coloração: A coloração foi feita após 6 horas da retirada do material. Todos os elementos tomam o corante imediatamente.

b) Formula citologica:	Linfocitos	69%
	Nucleos nús	2%
	Mononucleares medios	5%
	Grandes mononucleares	2,5%
	Polinucleares neutrofilos	18%
	Polinucleares eosinofilos	1%
	Pequenos plasmocitos	2%
	Plasmocitos medios	0,5%

Exame bacteriologico: Pesquisa do bacilo de Koch: positiva.

A seguir transcreveremos do trabalho dos drs. Saprizza e Gagge-ro o trecho em que se referem ao tratamento dos seus doentes.

Caso 1

"Depois de 14 dias do inicio clinico da meningite e confirmado o diagnostico pelo exame dito mais acima (pesquisa do bacilo de Koch no liquor positivo N. T.) injetamos com previa retirada de 15 cc. de liquido cefalo-raqueano que safu gota a gota, $\frac{1}{4}$ de cc. de gadusan misturado a $2\frac{1}{2}$ cc. de liquido raqueano.

A doente passou a noite mais ou menos igual, seguindo a molestia a sua marcha progressiva e aumentando um pouco a rigidês. Pela manhã nova punção tirando-se 10 cc. de liquido, que sai muito lentamente, e se injeta outro $\frac{1}{4}$ de cc., desta vês misturado a 5 cc. de sôro fisiologico. A enferma não notou aumento de sua cefalêa. Tem ligeira ambliopía e diplopía.

Faz-se 3.^a injeção de $\frac{1}{2}$ cc. com previa extração de 18 cc. de liquido cefalo-raqueano cujo exame dá:

360 elementos infocitarios — Albumina 2 grs, 10

Pandy e Nonne: positivos — Cloruroraquia 6 grs, 10

Encontra-se um bacilo de Koch depois de demorada pesquisa.

A meningite segue a sua marcha habitual. A cefalêa diminuiu um pouco, mas a rigidês aumentou, assim como a ambliopía, a diplopía e a sonolencia. Falleceu dois dias depois."

Caso 2

"Meningite tipica com Koch no liquido, que ingressou na sala quinze dias depois do inicio clinico.

Liquido raqueano: Aspeto xantocromico e malhas de fibrina.

Albumina: 2 grs. Cloretos 5 grs. 50. Pandy e Nonne: positivo intensos.

288 elementos por mm³. Linfocitos: 80%.

Setembro 9: A doente piorava; grande cefalêa; aumento da rigidês, delirio.

Punção lombar: injetamos 2 cc. de gadusan, misturado a 5 cc. de sôro fisiologico.

Setembro 10: A enferma depois da injeção passou um pouco melhor, a cefalêa tinha diminuido.

Nova punção. Extraem-se 15 cc. e se injetam 4 cc. de gadusan misturados a 10 cc. de sôro fisiologico. Um novo exame de liquido dá:

Albumina: 0 gr, 71. Nonne, Pandy e Weichbrodt: positivos.

388 elementos por mm³. Linfocitos: 95%. Não se encontra agora o Koch ao exame direto.

Setembro 11: Pela tarde e á noite passou bastante bem de suas cefalêas, rigidês aumentada, muita sonolencia.

Setembro 12: Outra punção. Só pudemos extrair 5 cc. Injetamos 2 cc. de gadusan com 5 cc. de sôro fisiologico. Exame do liquido: Não se encontra o Koch ao exame direto.

Setembro 13: Enferma decaída; responde com dificuldade.

Setembro 15: A doente continua mal e morre em 16."

De tudo o que foi exposto acima podemos concluir que, apesar de não termos obtido resultado com o gadusan no caso em que o empregamos não devemos por isto desanimar, pois assim como muito bem dizem Saprizza e Gagero "las meninges toleram el gadusan y por el echo de no haber encontrado bacilos de Koch después de algunas inyecciones, nos obliga a emplear lo, aunque sea con pesimismo, en otros casos tomados más precozmente".

No entanto achamos que não só a precocidade deve ser tomada em linha de conta, mas também é indispensavel que se use o gadusan puro, pois a diluição do mesmo, mesmo em sôro fisiologico, modifica a isotonia do produto e pode abalar o equilibrio coloidal (Paulo Seabra).

Além disto as doses por nós empregadas e pelos nossos colegas uruguaiois parecem-nos muito pequenas. Proporiamos o uso diario minimo de 5 cc. de gadusan intra-raqueano e 5 cc. endo-venoso, associados, naturalmente á medicação geral classica.

Esperamos que estas breves considerações sejam justificadas pelo desejo sincero de contribuir, ainda que com minima parcela, para o tratamento de uma molestia terrivel que praticamente ainda leva a pecha de incuravel.

Atas

Ata da sessão realizada a 19 de Agosto de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios drs. Otavio de Souza, Helmuth Weinmann, Villeroy Schneider, Poli Espirito, E. J. Kanan, Waldemar Job, Cassio Annes Dias, Decio de Souza, Heitor Silveira, Edgar Eifler, Carlos Hofmeister, Alvaro Ferreira, Heitor Annes Dias, Ivo Corrêa Meyer, Plinio da Costa Gama, Decio Martins Costa, Helio Medeiros e Nino Marsiaj, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida pelo 1.º secretario a ata da reunião anterior, foi a mesma aprovada sem emendas.

Tomou a palavra após o dr. Heitor Silveira, para lêr um estudo pessoal sobre as aguas de Iraí.

O orador faz uma exposição detalhada das propriedades fisicas, quimicas e biologicas das referidas aguas, estuda as diversas faces do seu grande valôr terapeutico, faz uma discrição do clima e da influencia dos diversos agentes metereologicos em Iraí e termina apresentando uma estatistica sobre mais de 1.500 casos por ele observados nestes ultimos 5 anos. Em seguida o dr. Heitor Silveira passa aos presentes fotografias das instalações de Iraí e os projéto, já em construção, do novo balneario e da rêde de agua e exgotos.

Uma salva de palmas saudou as palavras do conferencista.

Posto o assunto em discussão o dr. Plinio Gama pediu a palavra para cumprimentar o dr. Heitor Silveira e fazer considerações sobre

a estância de aguas do Arroio do Mel, pedindo que a Sociedade de Medicina se congratulasse com o Governo do Estado pelo inicio das diversas obras que vêm melhorar a situação de Iraí.

Ninguem mais querendo fazer uso da palavra o sr. presidente poz em votação a proposta do dr. Plinio Gama, a qual foi aprovada por unanimidade.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente declarou encerrada a sessão, marcando para Ordem do Dia da proxima reunião uma conferencia dos drs. Decio de Souza e Telemaco Pires sobre "O liquido cefalo-raqueano em psiquiatria".

P. Alegre, 23 de Agosto de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 26 de Agosto de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios drs. Otavio de Souza, Helmuth Weinmann, Decio de Souza, Telemaco Pires, E. J. Kanan, Poli Espirito, Luiz Fayet, Nicolino Rocco, Batista Hofmeister, Lupi Duarte, Decio Martins Costa, Nogueira Flôres, Carlos Hofmeister, Antero Sarmento, Carlos Bento, Tomaz Mariante, Edgar Eifler, Loforte Gonçalves, José Barata, Alvaro Ferreira e Nino Marsiaj, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida pelo 1.º secretario a ata da sessão anterior, foi a mesma aprovada sem emendas.

Do expediente constava um cartão do bibliotecario da Tohoju Imperial University (Japão) pedindo o ano I, 1920, dos Arquivos Rio Grandenses de Medicina, unica lacuna de sua coleção.

Passando-se á Ordem do Dia, tomou a palavra o dr. Decio de Souza para lêr uma conferencia feita em colaboração com o dr. Telemaco Pires sobre "O liquido cefalo-raqueano em psiquiatria".

O orador, depois de algumas considerações de ordem geral sobre o assunto, lê as conclusões a que chegou pela observação cuidadosa do liquido cefalo-raqueano em mais de 200 casos de paralisia geral, fazendo considerações por fim de ordem diagnostica, prognostica e terapeutica.

Durante a leitura do trabalho o dr. Decio de Souza passou aos colegas os diversos quadros estatisticos para tal fim organizados.

Posto o assunto em discussão, tomou a palavra o dr. Nino Marsiaj que, depois de felicitar os colegas, fez comentarios sobre as modernas pesquisas de Zoudek sobre o papel do bromo na psicose maniaco-depressiva, apelando para os conferencistas no sentido de repetilas no Hospital S. Pedro.

Após falou o dr. Helmuth Weinmann que, a proposito das reações observadas no liquido cefalo-raqueano salientou o valôr de seu exame nos casos de meningite tuberculosa. Diz aproveitar a oportunidade para expôr um processo para o diagnostico precoce e rapido da meningite tuberculosa de sua autoria. Retirado o liquor suspeito, injéta-se

o num cobaio; 24 horas após, si houver tuberculose, deve-se manifestar a inversão nuclear neste animal.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente declarou encerrada a sessão.

P. Alegre, 29 de Agosto de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.º secretario.

Ata da sessão da Sociedade de Medicina realizada na sala do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, em 16 de Setembro de 1932.

Presentes os socios drs. Otavio de Souza, Annes Dias, Nogueira Flôres, Lupi Duarte, Florencio Ygartua, Mario Bernd, Raul di Primio, Silvio Baldino, Luiz Fayet, Helio Medeiros, Poli M. Espirito, Carlos Bento, E. J. Janan e Alvaro Ferreira, foi a sessão aberta pelo sr. presidente, prof. Otavio de Souza.

Lida a ata da sessão anterior, foi a mesma aprovada integralmente.

Do expediente constou uma carta enviada pela Liga Riograndense Contra a Tuberculose, congratulando-se com a Sociedade pela feliz idéa de se ter dedicado um numero especial dos Arquivos, órgão da Sociedade de Medicina, sobre Tuberculose.

Em seguida passou-se ás comunicações verbais.

Fez uso da palavra, em primeiro lugar, o dr. Carlos Bento para apresentar uma serie de radiografias de tuberculose pulmonar, da sua clinica privada, com resultados satisfatorios após tratamento adequado. Chamou a atenção para a respiração interceisa como um sinal estetacustico de grande significação na Tuberculose Pulmonar. Mostrou, depois, um tipo de fichas para exame de tuberculosos adotado pelo dr. Placido Barbosa, na Clinica da Inspectoria da Profilaxia da Tuberculose.

Logo após, o dr. Poli M. Espirito apresenta uma observação de fistula do canal de Atenon, conseguindo fazer uma sialografia com o emprego de iodeto de sodio a 30%, e principalmente com lipiodol, obtendo linda imagem.

Em seguida, o dr. Raul di Primio fez uma comunicação sobre larvas de *Dermatobia hominis* (Linneu, Junior, 1781), determinando o parasitismo no nariz de uma menina, e na cabeça dum menino, parasitismo este conhecido ainda pelo nome de Berne. Mostra fotografias do local em que foi feita a identificação do parasita e dos pacientes acometidos pelo mesmo.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente deu por encerrada a sessão, marcando para a proxima reunião comunicações verbais.

Dr. E. J. Kanan — Secretario ad-hoc.

Assuntos de atualidade

P E D I A T R I A

XIV CONGRESSO ITALIANO DE PEDIATRIA

Florença — 23—25 de Setembro 1931

TRADUÇÃO DE FLORENCIO YGARTUA

DOCENTE E CHEFE DE CLINICA PEDIATRICA MEDICA

Os síndromos encefalíticos na infância

Etiopatogenia e anatomia patológica dos síndromes encefalíticos agudos

DE TONI (de Bolonha) — O relator recordando que o conceito de inflamação é essencialmente mórfológico, observa que nestes últimos tempos os clínicos alargaram o quadro das encefalites, de tal modo, que hoje são raras as que descansam realmente sobre um substractum inflammatorio. Os neuro-patologistas, pelo contrario, com a distincção entre reacção e enfermidade inflammatoria, tendem restringir cada vez mais o conceito da encefalite, limitando-o aos casos em que as particularidades histologicas inflammatorias apparecem espontaneamente, em fórma primitiva, e não em seguida a outros processos patológicos. Como se vê, divergem completamente em seus pontos de vista, os clínicos e os neuro-patologistas. Tratando-se de concilia-los, o relator propõe exhumar o antigo termo "Encefalopatia" que, em linguagem corrente, substituiria o de "Encefalite". Estuda, a seguir, a anatomia pathologica das encefalopatias agudas, examinando successivamente as alterações degenerativas agudas, celulares, desmielinizantes, totaes, do tecido nervoso, inclusive a neuroglia; as alterações circulatorias, estados edematoso-congestivos, hemorragicos, purpuras cerebraes, amolecimentos e as alterações inflammatorias agudas, infiltrações celulares supurativas ou não, vasculares e parenquimatosas.

Trata a histologia especial das encefalopatias agudas, de origem traumatica (traumatismos obstetricos; "Encefalite intersticial congenita") de origem toxica (alcool, chumbo, toxicose do lactente) e as de origem infecciosa. Os agentes infecciosos obram sobre o encefalo directamente ou por suas toxinas. Do estudo das alterações histologicas do encefalo no curso da infecção, na febre tifoide, coqueluche, febres eruptivas, parotidites, difterias, corea, aerodonia, etc. deduz-se que raramente se encontram lesões típicas e particulares a cada forma

patologica, encontrando-se em troca, lesões degenerativas, circulatorias e combinadas de tal forma, que impossibilitam um diagnostico diferencial morfológico. Esta diversidade de alterações microscópicas observa-se na criança, tanto nas encefalopátias gripaes como nas do Síndrome de von Economo, de tal modo que, ás vezes, é difficil sua diferenciação pelo quadro histopatológico.

Reerindo-se á descoberta no Heine-Medin e em outras formas de encefalopatias agudas de patogenia desconhecida, deixa estabelecido que a discussão sobre a entidade morfológica do Síndrome de von Economo não se pode ainda considerar-se concluída. Mais adiante, estuda a etiopatogenia das encefalopatias agudas. Dá-se em geral importância especial ao vírus; porem a existencia de um vírus encefalítico não está demonstrada e até problemática, nem se podem attribuir as encefalopatias, tipo von Economo, ao vírus poliomiéutico. No que concerne aos síndromes nervosos, observados nos individuos recém vacinados, pôde dizer-se que nenhuma das hipóteses etiopatogenicas enunciadas até hoje resiste á critica.

De tudo o que disse, conclue o relator que, nenhum fáto na atualidade, permite sustentar ou negar que as varias encefalopatias agudas infantis sejam devidas á ação directa de bacterias ou de virus ou sejam provocadas por simples ação toxínica ou toxica.

Finalmente, trata da possibilidade de classificar as encefalopatias agudas sobre bases anatomicas e etiologicas. Os criterios discriminativos sobre o tipo de lesão histopatologica, sobre a topografia segmentaria, sobre a topografia anatomica, modos de difusão do processo, sua etiologia, apresentam vantagens indubitaveis, porém, pôde discutir-se sua applicação pratica na clinica diaria. Por elle, até o presente, não existe classificação alguma que leve em linha de conta taes elementos.

ESTUDO CLINICO DOS ESTADOS AGUDOS

PROF. TACCONE (de Milão) — O relator refere-se ás encefalites agudas infantis, não supuradas, a partir do ponto de vista clinico. Dadas as incertezas resultantes dos estudos anatomicos e etiopatogenicos pergunta se a clinica permite a independencia e formação, em tipos, dos diferentes quadros que se observam. Analizando as classificações usuaes constata a pouca precisão, porém, não pleiteia outra nova, limitando-se a fazer a divisão dos diferentes estados em agudos e cronicos, valendo-se, por necessidade de exposição, de uma subdivisão, que reconhece formas primitivas e secundarias.

Inicia o estudo com a encefalite epidemica, talvez tão frequente na infancia como na idade adulta e que se manifesta atravez do tipo hiperkinesico em geral, dando com menos frequencia tipos oftalmoplegico-hipersomnico e raramente o quadro parkinsoniano. No periodo de incubação, os prodromos não apresentam maior particularidade que os dos adultos e no periodo de estado fóra de algum quadro especial (agripnia) particular da idade, succede o mesmo, nas fórmas crónicas e nas já curadas se notam com preferencia quadros psicicos. Fica tambem entendido que nas semelhantes a dos adultos persistem modificações proprias dos periodos da vida infantil, que complicam e dificultam seu diagnos-

tico. Considerando as formas atípicas de encefalite epidêmica, inclui entre elas, os casos, bem raros na infância, de princípios parkinsoniforme, de iniciação aparente algumas vezes, podendo apresentar o quadro um princípio remoto, despercebido por sua pouca importância e que sómente uma boa anamnese o evidencia.

Fala das formas mono-sintomáticas, bulbares, meningéas, neuríticas, paralíticas e psíquicas; das formas frustadas e abortivas, dando maior importância aos estados que apresentam analogia clínica com outros especialmente com a Heine-Medin, com a qual varios autores encontram certa identidade. O relator ainda admite formas atípicas de uma e outra entidade morbosa que podem simular-se reciprocamente e muito em particular, de formas cerebraes de Heine-Medin e formas medulares de encefalite epidêmica. Crê, que no momento atual, convenha separar as duas enfermidades e considera-las independentes no sentido etiologico. Tratando das formas psíquicas faz resaltar a falta, na infância, das formas puras, primitivas.

Nas formas neuro-vegetativas, assinala, junto aos transtornos do sistema neuro-vegetativo, a Acrodinia (trofodermo-neurose, neurose vegetativa da infância, eritro-edema, doença de Feer) doença particular da infância que clinicamente pôde aproximar-se da encefalite epidêmica, dada a astenia, a alteração do ritmo do sono, as modificações do liquido cefalo-raquidiano, alguns dados histologicos (Francioni e Vigi). A taquicardia, o aumento da pressão vascular, a hipotonia muscular, a cianose das mãos e pés, a hiperglicemia, hipercalecemia, o aumento da secreção nasal, a sialorréa, demonstrariam um tom simpatico diminuido, enquanto a transpiração indicaria uma excitação para-simpatica; as reações farmacodinamicas são duvidosas.

Uma vez descrita a sintomatologia e lembrado o que já se tem evidenciado em alguns exames (sangue, metabolismo) o autor se detem nas modificações do liquido cefalo-raquidiano que alguns não acharam ou acharam contrariamente a outros (hiperglicorraquia, em lugar de hipoglicorraquia); em conjunto, quando existem alterações humoraes são, em geral, ligeiras hiperalbuminose, hipercitose.

O prognostico, que na encefalite epidêmica é tambem inseguro, na infância é, em geral, bom nesta forma morbosa. O sangue dá, com certa frequencia, na encefalite epidêmica, um aumento de leucocitos e com ele uma neutrofilopenia, com queda dos eosinófilos. Estas modificações, porém, com moderada foliculose, encontram-se tambem na acrodinia, na qual ha com frequencia, retardamento na sedimentação dos eritrocitos, glicemia e curva glicêmica tipo diabetes e aumento do metabolismo basal (como no Basedow). No liquido cefalo-raquidiano da encefalite epidêmica, as alterações, frequentes são: hiperalbuminose, hiperglicorraquia (elemento diferencial importante) hipercitose, que é precoce, desde o começo da doença. São frequentes os desvios desta formula, no sentido de acentuação maior ou de disassociação de seus elementos, sobre tudo hiperalbuminose e a hipercitose, variedades que guardam certa relação com as diferentes epidemias. O sintoma quasi constante é a hiperglicorraquia.

Analiza e discute as epidemias de encefalite de outra natureza: Boston (1923) New York (1925) descritas por Simmers e Brow; Berna (1926) referida por Stoos; Leipzig (1928) descrita por Hassler, que inclui observações feitas em casos de Heine-Medin, pre-existentes (encefalites metapoliomictica). Descreve as epidemias japonezas que apresentam dois tipos: A e B; o primeiro

(1919) é igual á encefalite epidemica e o segundo se diferencia, constituindo um tipo autónomo, aparecido epidemicamente no Japão (11 vezes de 1870 a 1928) e a epidemia australiana ("Doença desconhecida") de 1917 a 1918) que tem, sob certos aspectos, analogias com a encefalite vacinal.

Tratando, em seguida, da encefalite esporádica, faz notar sua maior frequência na infancia e discute sua identificação com a encefalite epidemica como sua diferenciação. Reune suas manifestações nas fórmulas: meningítica, convulsiva, espástica, de tremor cerebral agudo, ataxia, tetaniforme, polineurítica, tumoral, frustadas e abortivas. Fala dos casos humores do liquido cefalo-raquidiano, semelhantes estes aos da encefalite epidemica. Referindo-se ás encefalites para-infecciosas evidencia a sintomatologia de iniciação em conjunto, dado que não existem quadros patognomonicos ou característicos de tal ou qual fórmula, reconhecendo que, ás vezes, predominam algumas manifestações. Considera especialmente as que se relacionam com enfermidades prediletas da infancia, as febres eruptivas, coqueluche e as encefalites, post-vacinaes, das quaes o relator tem varios casos pessoais (13, sendo 1 com anatomia patologica) comunicados em uma monografia recente (sobre 800 casos registrados na literatura 90 pertencem á Italia). Lembra as encefalites no curso da influencia das fórmulas bronco-pulmonares, da febre tifoide e da paratífica e as muito discentidas nas crises acetonemicas.

Considerando as fórmulas em relação ás enfermidades exantematicas co-existentes, vê-se como a gravidade de seu curso marcha paralelamente ao período de aparição, em alguma delas, especialmente (sarampo) no sentido de que a precocidade da complicação (período pre-exantémico e eruptivo) influe sobre a gravidade da enfermidade. Em algumas a idade tem influencia (coqueluche); em outras doenças, a falta de sintomatologia clinica, existem alterações do liquido cefalo-raquidiano. Relativamente á sintomatologia apresentam multiplas expressões, mais ou menos complexas, conforme o predomínio das manifestações revestem o quadro da encefalite epidemica, da parulisia cerebral aguda, da encefalo-mielite difusa, da fórmula meningea, coreica, ataxia cerebelosa, tremor cerebral agudo, das neurites e polineurites. Para algumas fórmulas ha tipos de predomínio, assim, para o sarampo, a fórmula hemorrágica; para a escarlatina, a fórmula embolica; para a varicela, a fórmula ataxica; para as parotides, a meningea, e para a coqueluche, a fórmula ecláptica. O prognostico é variavel e se relaciona não só com o período da aparição da complicação nervosa e seu tipo, como com a idade do atacado, especialmente, além de outros factores. As normas profilaticas são comuns e se limitam a medidas higienicas da desinfecção e disciplinas de vida; para as encefalites pos-vacinaes, intervem o criterio da idade a preferir para a vacinação (os primeiros mezes, segundo uns), a linfa a empregar-se, a tecnica a seguir-se (preferivel a intradermica) a previsão de vacinar a outro membro da familia, para dispôr eventualmente de soro de indivíduo recém vacinado e pela mesma linfa. A terapeutica, longe de ser especifica, conta com as tentativas immunoterapicas, sob todas as fórmulas e entre ellas, as mais adequadas a seu objeto tem sido: o uso do soro de convalescente da enfermidade primitiva e para a encefalite post-vacinal, o soro de vacinados recentes que, em conjunto tenha dado resultados vantajosos. Tem se experimentado séros animais especificos ou não; assim, para a Heine-Medin, o soro de Pettit; para a encefalite post-vacinal, o soro de Aldershoff. Foram tambem experimentados emulsões de substancia nervosa de animais infectados experimentalmente. A

auto-hemoterapia e auto-seroterapia foram empregadas com resultados nulos. Foram usados varios medicamentos; soluçao de Pregl, urotropina, metaes coloidaes, proteínas (leite) arseno-bensoes, preparados salicilados em fórmas variadas (com eficacia nem sempre evidente) escopolamina, atropina, hidroterapia. Ponceo empregada até agora, é roentgenterapia dos ganglios da base e do mesencefalo, no periodo agudo da caecfalite epidemica, pratica que, conforme alguns (Nuvoli) tem dado resultados positivos e favoraveis si se inicia precocemente. Na informaçao, o relator cita casos pessoais, nos quais se apoia para a descriçao clinica das diferentes concepçoes.

ERRATA

Por um lamentavel desenhido, o artigo — Tratamento das osteomielites na crianca — do Prof. Nogueira Flóres, publicado em julho, inclua-se em seguida a palavra **separar** da pg. 164 e linha 23 o seguinte: a parte cariada, mas não se falou na possibilidade de cariç...



Notas

A Direção dos "Arquivos" considerando as dificuldades creadas pela crise economica atual, resolveu suspender temporariamente a secção "Revistas e jornais" afim de baixar a importancia de cada edição sem prejuizo da produçao científica original.

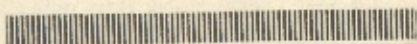
Encontra-se aberta na Secretaria da Faculdade de Medicina de Porto Alegre a inscriçao para concursos de Docencia livre que se realizarão em Novembro de 1932.

Em principios de Outubro p. f. serão realizadas as provas para concurso de Catedratico de Medicina Legal da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

Plantas medicinais

Tinturas
Extratos fluidos
Artigos de dieta

A. CASTRO & Cia. — Rua 15 de Novembro n. 94
Fone 5630 — Caixa Postal 922 — Porto Alegre

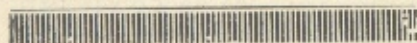


Cyargyl

INJECCOES INDOLORES
DE CYANETO DE MERCURIO
TRATAMENTO EFFICAZ
DE TODAS AS FORMAS
E PERIODOS DA SYPHILIS

Producto do LABORATORIO MOURA BRASIL
Rio de Janeiro

Queiram os Srs. Clinicos pedir amostras a
A. S. Loureiro
Galeria Municipal, 15 — P. ALEGRE



tosses
bronchites
resfriados?

**CREO-CALCIO
JOBIN !**

COLITES - DIARRHEIAS NAS GRENGAS - GASTRO ENTERITIS - ACNE - MELHORA A DERMATOSE - IMPEDE FERMENTACOES PUTRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTOINTOXICACAO INTESTINAL.

COMPRIMIDOS

BIOLATOL

PREPARADO NO
LABORATORIO QUIMICO BIOLOGICO
PORTO ALEGRE

YBERTUA