

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1934

PRESIDENTE

GABINO DA FONSECA

Cirurgião dos Hospitais

VIC-PRESIDENTE

PLINIO GAMA

Ex-Prof. de Cl. Prop. Médica

SECRETARIO GERAL

D. MARTINS COSTA

Docente livre de Cl. Ped. Médica

1.º SECRETARIO

HELMUTH WEINMANN

Doc. de Histologia

2.º SECRETARIO

CARLOS BENTO

Chefe de Cl. Prop. Médica

TESOUREIRO

NORMAN SEFTON

Doc. Medicina Legal

BIBLIOTECARIO

GERT SECO EICHEMBERG

Chefe de Cl. Cirurgia

DIREÇÃO CIENTIFICA

JACI C. MONTEIRO

Doc. Chefe de Cl. Cirurgia

DECIO DE SOUZA

Doc. Chefe de Cl. Psiquiatria

R. di PRIMIO

Docente e chefe de Lab. de
Parasitologia

SECRETARIO DA REDAÇÃO

ADAIR EIRAS DE ARAUJO

REDATORES

NOGUEIRA FLORES

ANNES DIAS

TOMAZ MARIANTE

P. MACIEL

PEREIRA FILHO

E. J. KANAN

H. WALLAU

MARTIM GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

WALDEMAR JOB

JACI MONTEIRO

— 0 —

Assinaturas:

Ano: 30\$000 — 2 anos: 50\$000 — Estrangeiro: 40\$000

Séde da Redação:

Rua dos Andradas n. 1493 — 1.º andar

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

Assuntos comerciais com o gerente Almanzor Alves, na séde da Redação

Gaixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originaes

PROF. RUBIAO MEIRA — Infiltrado precoce	Pag. 221
WALDEMAR NIEMEYER — O valor da campimetria nas cariodetinites ..	234

Sociedade de Medicina

Atas	208
Atas	237
Premio Dr. José Mariano da Rocha	239

Assuntos de atualidade

ADAYE FIGUEIREDO — Organização social e investigação científica ..	243
--	-----

Diros e téses

GUIART, GARIN e LEGER — Enfermedades de los países calidos	247
---	-----

Análises de Revistas

BELMIRO VALVERDE — Syphilis héréditaire tardive des reins	248
EMILIO MIRA Y LOPEZ — Manual de Psiquiatria	248

Notas terapeuticas

CARVALHO BARBOSA — Terapeutica das gonococcias	250
RENATO TEIXEIRA — Injeções locais de insulina nas ulceras cronicas ..	252

Biblioteca da Sociedade de Medicina

Bibliotheca da Sociedade de Medicina	253
--	-----

IODEFIS

PREPARADO COM IODOPEPTI-
DIOS ABIURÉTICOS
amp. de 2cc., contendo 10 centigrs. de Iodo
Via intramuscular ou endovenosa



O NOVO E PODEROSO ANTILUETICO

É YBIRAN INSOLUVEL
OLEOSO

INDOLOR - ATOXICO - MAXIMA EFFICACIA
Iodeto de Bismutyla e Lipoides Cerebraes

Laboratorio **CRISSIUMA DE TOLEDO** - Rio de Janeiro

Concessionarios para todo o Brasil:

C. BIEKARCK & CIA.

Rua 7 de Setembro, 209
RIO DE JANEIRO

Representantes p/ o Est. do R. G. do Sul:

ALFREDO SCHÜLER & F.º

Rua Voluntarios da Patria, 46
PORTO ALEGRE

Trabalhos originaes

Infiltrado precoce

Conferencia feita na Sociedade de Medicina desta Capital

pelo

Professor Rubião Meira

da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Sejam minhas iniciaes palavras de congratulação com a classe medica riograndense, em que se destacam vultos que honram a medicina nacional, com a demonstração de nosso sentimento de admiração aos que labutam no campo da sciencia de Hypocrates. Fazemos todos parte de uma familia unica, que de norte a sul deste grande e abençoado paiz, vem derramando sobre as populações os ensinamentos de nossa arte, cuidando da saúde e procurando com afan o engrandecimento fisico de nossa gente. Somos como um só em nosso destino, a mitigar as dores, aliviar os sofrimentos, embelezando a vida com illusões, trazendo em mãos os fogos da esperanza aos que se sentem proximos da hora final. Envergamos a tunica de sacrificios e damos-nos todos aos outros, sem olhar para nós que vamos viajando, sem perceber escolhos, pizando urzes, arrebrandando os pés na estrada — com a visão suprema de servir a humanidade sofredora. Vós sois o que somos, dedicados e bons, generosos e caritativos, porque medicos e é por isto que despertaes em nós esse sentimento de confraternisação, que nos fez vos querer bem, sem mesmo vos ter conhecido. Mas, agora, que este contacto de dias nos revela a magestade de sentimentos humanitarios, aumenta em cada um de nós esse fervór de vossa sabedoria e a pujança de vosso talento, e a imponencia de vossos admiração, com os votos que fazemos para que continueis dentro da mesma patria gloriosa, a batalhar pelo valor da medicina, com o vosso merecimento e o vosso amôr. Só assim poderemos, nos abraçando, e, sentindo os nossos corações baterem no isocronismo do mesmo affecto, servir a medicina e honrar o Brasil.

Senhores, um dos problemas mais complexos que agitam os campos da medicina é o da forma inicial da tuberculose, que inda hoje serve de discussão, e se acha no terreno tumultuoso de divergencias. Até poucos anos atraz, era no apice do pulmão o seu primeiro ponto de localização, e nenhuma duvida existia no espirito dos tisiologos, pois era ahí que as pesquisas necroscopicas concordavam com o que a clinica mostrava — o apparecimento das cavernas. D'ahi, partiam as lesões, em direcção cranco caudal, obedecendo o seu desenvolvimento a como dispositivo de

lei. Não vou expôr aqui, porque todos vós conheceis, a evolução do processo morbido, nem estudar convosco as classificações iniciais, extra apical, periscissural, axilar, hilar, justa-hilar, etc. que preocuparam o espirito clinico e dividiram as opiniões, cada uma baseada em certo numero de factos. Seria sair fóra do programa que me tracei e entrar na esterilidade de apresentar opiniões e theorias, que se encontram expostas nos tratados e revistas. Vou vos mostrar 10 casos de infiltrado precoce, que provam á evidencia ser esta uma forma de inicio da tuberculose pulmonar. A literatura medica se acha repleta de observações, embora a discussão ainda não tenha terminado.

Mas, o que é a expressão da verdade, é que o infiltrado precoce de Assmann e Redeker, é uma realidade. Manda, entretanto, a justiça, que se diga que antes do aparecimento dos trabalhos desses autores, que firmaram e descreveram com grande sabedoria o "*Früh infiltrat*", já recentemente autores francezes, com aquella penetração de vista e aquella descortino que sempre caracterisaram a sua sciencia, haviam afirmado, pondo de lado a theoria de Grancher, que queria ser o foco tuberculoso um agglomerado de foliculos, afirmando que a lesão primitiva da tuberculose é um processo pneumonico, sob a dependencia do bacilo de Koch, e mesmo Rist e Ameuille foram mais adiante, colocando esse foco não no apice, mas nas porções inferiores do lobo superior. Era o inicio do abalo da theoria apical, que recebeu maior golpe em 1922, quando Assmann afirma, então, que a tuberculose tem o seu aparecimento no adulto por aquilo que Simon chama de *infiltrado precoce* e Ulrich de "*infiltrado pretisico*". Aos trabalhos de Assmann seguem-se, completos e monumentaes, os de Redeker, em 1926, e tão exatos que os dois nomes se acham ligados na exposição dos factos, que constituem a sua doutrina, terminando com o estabelecimento das seguintes conclusões, que dominam o seu pensamento e resumem a sua theoria.

1.º) — A primeira manifestação das formas post-primarias da tuberculose não se localisa no apice, mas sim na região infraclavicular ou ainda mais abaixo;

2.º) — O achado inicial é revelavel só com o exame radiologico e não com a percussão e a auscultá;

3.º) — Frequentemente coexiste intumescencia dos ganglios linfaticos, ás vezes com inflamação perifocal.

4.º) — Neste estadio não ha disturbio subjectivo, principalmente não se verifica tosse, nem pontadas, nem fenomenos toxicos geraes; por isto, essas formas são descobertas, não porque o doente se apresente espontaneamente ao medico, mas só pelo contróle periodico, nos dispensarios, de pessoas expostas ao contagio, mas até então sadias.

5.º) — Essas formas desenvolvem-se principalmente em pessoas jovens, entre 15 e 20 anos, eventualmente tambem no quinquenio seguinte, apenas raramente nos annos ultteriores;

6.º) — Com grande frequencia encontra-se uma fonte recente de contagio, e

7.º) — Quando o paciente se apresenta espontaneamente ao medico com disturbios vagos como "gripe", "febre de duração de um dia" e "dôr reumatica nas costas", já passou o estado verdadeiramente inicial

da molestia. Até este estado o infiltrado pode reabsorver-se ou sofrer a transformação fibrosa”.

Nessas conclusões, se acham enfeixados os principaes característicos do infiltrado precoce, cabendo chamar a attenção para as pesquisas radiológicas, que foram ellas praticadas, em serie, cuidadas, que levaram os citados autores a construção de sua doutrina, que abate a velha propedeutica, deixando para a segunda plana a percussão e auscultação, e firmando o diagnostico com os raios X.

Bem se vê que os pesquisadores de outr’ora não poderiam chegar a essa conclusão, porque desarmados, e o “infiltrado precoce” é fruto do avanço da ciencia, a quem estarão reservadas naturalmente, no futuro, outras descobertas, capazes de resolver os problemas clinicos, que inda hoje se debatem na controversia de opiniões e theorias. Que foi a radiologia a reveladora desses processos, percebe-se da propria linguagem de Assmann, quando de sua primeira discussão, afirmando serem processos “que parecem ter inicio em pessoas completamente sadias até aquelle momento; radiologicamente são visiveis sombras pequenas ou maiores, confluentes, com um contorno não muito nítido, localizadas sómente na região infra-clavicular, em geral no segmento lateral, sendo os campos pulmonares restantes perfeitamente livres, inclusive tambem os apices”. A radiologia abriu novos horizontes á clinica, e é aqui que sobresahe o seu valor, porque se verificou — e Assmann e Redeker insistem — que os factos radiológicos não concordavam com o que a semeotica apurava, pondo em evidencia lesões que a propedeutica não encontrava. Insisto neste ponto, porque foi o clarão que illuminou as pesquisas e as observações de Assmann e Redeker, confirmadas por autores da competencia indiscutivel de Lydtin, Romberg, Alexúnder, Maurice Fishberg, Constantini, De Benedetti, Tamburri, Ulrice, Peterson e tantos outros. Mas, como sempre acontece, os seus trabalhos levantaram opositores e a concepção do infiltrado precoce, como inicio de tuberculose encontrou tambem tenazes adversarios.

E’ o destino dos factos novos, que para se imporem, têm que sofrer o choque das oposições. Essas basearam-se nas pesquisas anatomo-patologicas, campo difficil de prova, uma vez que é sabido que o infiltrado representando forma inicial da tuberculose, impede o exame cadaverico nesse periodo. Os casos examinados já tinham sofrido a evolução que os marca, desmanchando a possibilidade de se conhecer os seus característicos anatomicos. Mas, das controversias, das discussões, em que tomaram parte saliente Loescheke, Omodei, Zorini, Rubistein, Potzarisky e tantos outros, pôde-se concluir que nos infiltrados precoces ha alterações caracterisadamente exsudativas, o que se não pode discutir. Mas quem se levanta com peças em mãos para combater a origem inicial no ponto de Assmann é Löshecke, que dá toda importancia ao foco apical, firmando que é dahi que parte a disseminação. Tratando-se de molestia como a tuberculose, que envolve tanta responsabilidade, concebe-se o valor que possui o levantamento de theorias novas para combater idéas antigas, como si em medicina houvesse novo e velho, devendo tudo ser considerado como fruto da evolução da ciencia, cada teoria encerrando parte da verdade que o tempo, com os progressos que vem trazendo, vac mos-

trando melhor as cousas e elucidando os factos. Colocado neste ponto de vista, é evidente que o "infiltrado precoce" trouxe luz para a tisiologia, mostrando uma forma observada e que os medicos encontram, uma vez que a radiologia, que é, em summa, quem estabelece o diagnostico, pois que, o inicio e a evolução do mal passariam desaperecebidos, si não se recorresse a esse metodo de exame. Sobre a sua frequencia, sobre o valor que recebe como manifestação de inicio, respeito as lesões anatomico-pathologicas, inda se debatem os clinicos e as escolas se dividem. Querem uns que a doutrina de Ranke explique tudo, — aliás grandemente teorica, e como diz Constantini, é "construção indubitavelmente mais doutrinaria que pratica, fruto de raciocinio e de indução, um esquema mais que a real expressão dos factos em sua successão morbida, querem outros com Bernard, cercado de pleiade de autores francezes, que um processo de linfangite tuberculosa, partindo do hilo se difunda na rede linfangitica, comprehendida entre o hilo pulmonar e a clavicula, com tendencia para o apice; querem muitos, e os mais entusiastas da escola tedesca, á frente dos quaes Nicol, Bacmeister, Klingenstein, Bohme, Klemperer, Frischbier, Beckman, Douglas, Wessler, Times, que o foco de Assmann tem o maior valor na tisiogenese de adulto; muitos outros ainda se acham presos á idéia antiga de foco apicular, com Dionizi, Marchiafava, Peperc, Löschke, seguros ao velho pensamento de Laennec.

Essa é a situação actual do problema — que só o evoluir da medicina pode esclarecer.

Mas, o que venho vos mostrar é a existencia do infiltrado precoce, nas observações que vos vou ler, apresentando as chapas radiograficas afirmadoras do processo morbido. Já este anno em S. Paulo o Dr. Bechelli, de meu serviço, apresentou á Faculdade de Medicina de S. Paulo a sua tésede doutoramento colecionando 31 casos, em que os infiltrados precoces apparecem em 71,1% com os apices radiologicamente livres, patenteando a não existencia de focos nesses pontos. Trago 8 desses doentes e mais 2 ineditos, que vos mostrarão que, sem duvida, o infiltrado precoce representa o inicio da tuberculose pulmonar cronica, sem que se encontre lesões no apice do pulmão.

Observação n.º 1 — A. O., 20 annos, operario. S. Paulo (Dispensario C. Ferreira, Dr. Tisi Neto). Data da observação: 22—4—932.

Não existem antecedentes mórbidos para o lado do aparelho respiratorio. Nunca residiu em contato com pessoa tuberculosa.

Está doente ha um mês, sentindo fraqueza. Ha 10 dias deitou escarros hemoptícoes, razão por que veio nos procurar. Emagreceu um pouco desde o inicio da molestia. Nega febre (a temperatura tomada quando nos procurou era de 36º).

Ao exame fisico verificou-se tratar de um individuo cujo estado geral aparente era bom. Pulso 70. Pêso 56 kgs. Temp. 36º. Ao exame dos pulmões, respiração rude no ápice esquerdo.

Do exame de escarro resultou Koch positivo, 7 bacilos por visada, em média (5-3-932). A hemossedimentação atingiu a 18.

A radiografia (14-4-932) revelava uma sombra mais ou menos arredondada na região infraclavicular esquerda, extendendo-se um pouco

para o ápice. Os seus contornos são pouco nitidos, sendo ligada ao hilo por espessamento do desenho. Os outros campos pulmonares estão livres.

Tratamento e evolução — Foi iniciado o tratamento pelo pneumotorax artificial. Em maio o escarro deu ao exame Koch negativo. Em Agosto aumento de peso de 2 quilos. Não tem tosse nem expectoração. Nunca teve febre. O aumento de peso era de 5,100 kgs.

Em 13-2-933 nova radiografia; pneumotorax á esquerda. Bolha de ar de cerca de 2 cms. de espessura na base, crescendo progressivamente para o ápice. Pneumotorax eletivo do lobo superior esquerdo, notando-se algumas adherencias delgadas, que prendem a cupula desse lóbo ao ápice, não impedindo o seu colapso. Condensação no ápice do lóbo superior esquerdo, de limites pouco precisos, ligada ao hilo por espessamento do desenho.

Em Março de 1933, pesava 64,100 kgs. Bacilo no escarro negativo.

Outra radiografia, tirada em 15-8-33, mostrava reexpansão completa dos lóbos, com aspecto normal do campo pulmonar direito e do campo inferior esquerdo, notando-se apenas algumas estrias mais acentuadas, no lugar em que primeiramente estava localizado o processo.

Observação 2 — J. C., 37 anos, casada. (Observação do Dr. Décio Q. Teles).

Nos seus antecedentes refere sarampo, coqueluche, fêbre tifóide e gripe em 1918. Quilúria a partir do segundo filho. Nenhum caso de tuberculose na sua familia.

Em Abril teve duas "gripes", tendo a temperatura atingido a 40°. Depois das mesmas, sentiu um pouco de catarro que não tinha antes e forçava com a tosse para o expellir. Não escarrou sangue. Não se pesou depois de Abril, mas acha que emagrecceu.

Procurou-nos em Julho (17-7-933). O exame do aparelho respiratório ficou negativo. A radiografia revelou pequena infiltração do tamanho de uma moeda de 100 réis, localizada na região infraclavicular direita, no 1.º intercosto anterior. E' uma sombra homogênea, pouco densa, de limites imprecisos. Ápice e outros campos pulmonares livres

Exame de escarro — Koch positivo.

A doente foi enviada para Campos de Jordão, onde esteve internada em sanatório. Os dados que seguem foram gentilmente cedidos pelo Dr. Moura Coutinho, Director do Sanatorio S. Paulo.

Entrada (11-2-933)

Estado geral: regular, desnutrida
 Temperatura: ligeira ascensão ás vezes
 Pêso, 51,700 Kgrs.
 Tosse: pouca.
 Expectoração: pouca (mucosa)
 Coração

Saída (8-12-933)

Estado geral: muito bom
 Temperatura: apirexia
 Pêso: 64 kgs.
 Tosse: nula
 Expectoração: rara (mucosa)
 Baciloscopia: negativa
 Outros apar.

Entrada (11-2-933)		Saída (8-12-933)	
Ap. digestivo	Normais	Ap. digestivo	Normais
Outros apar.		Coração	
Pressão arterial: 12 × 8 (VA- QUEZ-LAUBRY)		Pressão arterial: 10,5 × 7 (repouso) (V. LAUBRY)	
Urina: quilúria abundante		Urina: quilúria abundante	
Exame clínico pulmonar		Exame clínico pulmonar:	
Inspeção e	nada	Inspeção e	negativa
percussão		percussão	
Ausculta: ligeiros sibilos e respiração rude no ápice E.		Ausculta: negativa	
Sedimentação: 21 em 23— 8—933			
15 em 19— 9— 933			
10 em 18—10—933			
12 em 21—11—933			

2.^a Radiografia: (Dr. Décio Queiroz Teles, 1932) — nenhuma lesão pulmonar.

3.^a Radiografia (Dr. Décio Queiroz Teles, 1932) — nenhuma lesão pulmonar.

Observação n.º 3 — L. A., 19 anos, estudante, solteiro. (Caso do Dr. Décio Queiroz Teles).

Pai tuberculoso. Teve gripe em dezembro de 1930, com escarro hemoptóico; melhorou depois de uma semana, morando fóra da cidade, vindo então para S. Paulo.

Exame de escarro: Koch positivo.

O exame físico foi negativo. Foi para Campos de Jordão onde tirou uma radiografia (25-1-931)..

Foi o seguinte o achado radiográfico: infiltração sob a forma de pequenos nodulos densos, conglomerados no ápice esquerdo, de limites difusos, irregulares. Espessamento da cisura horizontal. Reforço do desenho vaso-brônquico dirigindo-se para o ápice esquerdo e base direita. Nódulos de lesões antigas e calcificadas no pulmão esquerdo. Aderência do seio costo-diafragmático esquerdo.

Tinha febre 37º,2 — 37º,3: expectorava 4—5 cc. de escarro.

Foi feito tratamento higieno-dietético e Sanoerysina. Apesar disso a lesão excavou-se, como se vê pelas radiografias tiradas em 29-4 e 3-9-931. A primeira radiografia demonstrava a formação de pequena cavidade ovalar, de paredes lisas no ápice, ligada ao hilo por estrias delicadas e paralelas. Na segunda constatava-se um aumento considerável da cavidade do ápice. Pequena aderência na base esquerda.

O pneumotorax foi tentado, mas sem resultado, devido ás aderências. Foi feita, então, a frenicectomia, que determinou melhora considerável, quasi fechando a cavidade. Radiografia 8-12-931: diminuição muito pronunciada da cavidade, cujos limites tornaram-se irregulares e pouco nítidos. Ligeira elevação da cúpula diafragmatica. Desapa-

recimento de uma disseminação na base direita, revelada pela chapa anterior. Em um exame de escarro não se encontravam os bacilos.

Depois a cavidade reabriu-se e o escarro tornou-se positivo. Foi proposta e feita a toracoplastica, tendo o paciente falecido por choque operatório.

Observação n.º 4 — M. V., sexo feminino. (Observação do Dr. Décio Queiroz Teles e pessoal).

O paciente tem um filho tuberculoso, que está se tratando há um ano com o pneumotorax. Veio consultar-nos, em 18-6-933, por forte resfriado que não melhorava. Tosse um pouco. Apirética. Ótimo estado geral.

A radiografia (18-6-933) revelava pequena imagem cavitária, localizada na região infraclavicular direita, sendo envolta por ligeiro processo de condensação e ligada ao hilo por estrias paralelas. Pequenos focos na região subclavicular, ligados ao hilo por desenho vaso-bronquico acentuado.

Koch — positivo.

O tratamento consistiu em repouso e Solganal. A doente não observou porém as prescrições, não tendo feito repouso. A' segunda radiografia (6-11-933) tem-se a impressão que houve um aumento dos focos subclaviculares, notando-se pequenos nódulos no campo superior direito em torno da cavidade, que se encontra um pouco aumentada. Aumento do processo de condensação circundante da cavidade.

O tratamento recomendado consistiu ainda no repouso e Solganal oleoso.

Observação 5 — C. P., 20 anos, S. Paulo (Observação do Dr. Tisi Neto, Dezembro de 1932).

A doente não refere contágio. Procurou o consultorio porque teve escarro hemoptóico.

Exame de escarro — Koch positivo.

Ao exame fisico, respiração soprosa na região infraclavicular direita.

A radiografia revelou uma imagem cavitária de paredes lisas, situada na região infraclavicular direita, sendo envolta por ligeiro processo de condensação. Ápices e outros campos pulmonares livres.

Foi iniciado o tratamento pelo pneumotorax. Em 2-7-933, nova radiografia; pneumotorax á direita. Bolha de ar de espessura de 5—7 cms. Colapso parcial do lóbo superior, notando-se apenas aderências que o prendem á parede costal.

A radiografia tirada em 5-1-34 demonstrava a reexpansão do pulmão direito e o desaparecimento da cavidade.

Observação 6 — C. V., 17 anos, solteiro, S. Paulo. (Hospital Jaçanã. Serviço do Dr. Jairo Ramos. Obs. pessoal).

Antecedentes familiares: Pai sadío. A sua mãe também está internada neste Hóspital; ela está doente há 2 anos, tendo sempre morado

junto com o paciente. Tem dois tios tuberculosos, com os quais não teve convivência.

Antecedentes pessoais: Sempre foi bastante forte. Refere ter tido coqueluche aos 6 anos de idade.

Queixa e história da molestia atual: — O doente nada sentia. Como o paciente tivesse sempre contato com sua mãe, doente de tuberculose pulmonar, submeteu-se a um exame do aparelho respiratório no Dispensário Clemente Ferreira, a conselho médico. O paciente achava desnecessário esse exame, pois não sentia absolutamente nada: não tinha febre, não emagrecia, não tinha suores noturnos; não teve gripe nos meses anteriores. Não expectorava nada, tanto que, para conseguir-lhe o escarro deram-lhe V gotas de iodo; no dia seguinte tossiu e escarrou um pouco. Quando soube o resultado do exame de escarro, no qual foram foram verificados bacilos de Koch e da radiografia, achou isso impossível pois nada sentia. Nos dois meses e meio que espera para haver vaga nesse Hospital, largou do serviço a conselho dos médicos do Dispensário. Internou-se no dia 22-9-933, sem sentir nenhuma perturbação para o lado do aparelho respiratório; não tinha nem escarro, expectorando com muita dificuldade, uma quantidade mínima de escarro amarelo, afim de ser pesquisado o bacilo de Koch.

No interrogatório dos aparelhos refere apenas palpitação ao deitar-se.

Exame físico: — Individuo forte, bem constituído, sendo bom o seu estado de nutrição.

A inspeção do torax, fossas supra e infraclaviculares mais deprimidas á esquerda; o ápice esquerdo expande-se menos que o direito, dando-se o contrario nas bases.

A percussão revelava submaciez ligeira na fossa infraclavicular esquerda, sendo mais evidente no côncavo acilar. Pela ausculta, respiração rúde no côncavo da axila esquerda; ausencia de estertores, mesmo com a tosse.

Do exame do aparelho circulatório: área cardiaca não aumentada e desdobramento da 1.^a bulha na ponta.

Amídalas um pouco aumentadas e hiperemiadas. Ligeira congestão da corda vocal esquerda.

A temperatura atingia alguns dias 37°2 em outros 37°, sendo quasi sempre afebril. Pêso 64,500 kgs. O escarro variava entre 0 e 5 grs. por dia, positivo para Koch 1,5 por campo; nas fezes idem 1,1 por campo. Reação de sedimentação 13,75. Contagem dos glóbulos brancos 5.600. Wassermann — negativo.

A radiografia (30-9-933) revelou uma pequena cavidade na região infraclavicular esquerda. E' envolta por ligeiro processo de condensação, sendo ligada ao hilo por um espessamento pronunciado da trama. Desenho vaso-brônquico que se dirige para a base e ápice direitos, bem acentuado.

Foi submetido a repouso absoluto. Depois de um mês e meio, foi tirada nova radiografia (1-11-933), que demonstrava uma diminuição da cavidade.

O escarro permanecia ainda positivo; a sedimentação era 17,75. Pêso 67,800 kgs.

Início do pneumotorax artificial esquerdo em 10-11-933.

A radiografia, tirada 3 dias depois, mostrava o pneumotorax eletivo do lóbo superior esquerdo; não se nota a imagem cavitária.

Nos primeiros dias após o pneumotorax, a expectoração continha um numero incontável de bacilos. Depois desapareceu o escarro, tendo antes se tornado negativo. Não teve mais febre. A sedimentação caiu à 9,75. Peso atual 65,700 kgs. Continúa em observação.

Observação n.º 7 — A. C. P., 21 anos. (Observação do Dr. Tisi Neto, Dezembro de 1931).

O paciente refere nos seus antecedentes que já teve pleuriz. Nega contágio. Em Dezembro de 1931 estava passeando na cidade, quando expectorou um escarro sanguineo. Procurou logo o medico por essa razão. O exame clínico foi negativo. Temperatura subfebril. Koch positivo (homogenisação).

A radiografia (4-12-931) demonstrou pequena cavidade, localizada na região infraclavicular direita, envolta por ligeiro processo de condensação e ligada ao hilo por duas estrias paralelas delimitando um espaço claro (bronquio de drenagem). Pequeno fóco apicilar direito (?). Os outros campos pulmonares estão livres. Acentuação da trama vaso-brônquica.

Foi recomendado o repouso. A segunda radiografia (25-2-932) revelou a diminuição quasi completa da cavidade acima descrita, a qual está quasi desaparecida. As 13 e 14 demonstra cura pela esclerose. O desaparecimento da cavidade foi constatado na terceira radiografia (26-11-932), sendo substituída por um processo de esclerose.

Observação n.º 8 — I. S., 16 anos, sexo masculino. (Observ. do Dr. Decio Queiroz Teles).

Foi para Campos de Jordão acompanhando um tio que o criára e com o qual convivia. Desde o dia 5 de junho de 1929, começou a sentir-se fraco e sem coragem para trabalhar; acordava sempre muito cansado. Falta de apetite. Não tossia, nem expectorava. Uma manhã expectorou escarro sanguinolento, procurando então o medico que tirou uma radiografia e fez o exame de escarro que deu Koch +. O exame fisico revelou submaciez ao nível do angulo interno do omoplata direito.

Ao exame radiológico (12-6-929), infiltração localizada no campo médio direito, projetando-se sobre o arco anterior a 3.ª costela. Os seus limites são um pouco imprecisos, mas assim mesmo destaca-se bem do resto do parênquima pulmonar. E' ligada ao hilo por um espessamento da trama. Acentuação do desenho vaso-brônquico que se dirige para a base direita. Ápices, seios e cúpulas diafragmaticas livres.

O tratamento indicado foi o repouso e sais de ouro.

A segunda radiografia (23-9-929), feita apenas três meses depois da primeira, mostrava o desaparecimento da infiltração localizada no campo medio e descrita na chapa anterior. Continúa o espessamento da trama vaso-brônquica da base direita.

O exame do expectorado era Koch negativo. Engordou 4 kgs, tendo voltado para o trabalho.

Observação n.º 9 — L. A., brasileira, feminino, 22 anos, parda, solteira, doméstica. Lençóes, 24-6-1934. (Hospital São Luiz de Gonzaga — Jaçanã).

Queixa: Dôr no hemitorax direito ha 3 mezes.

Molestia atual: Ha 3 mezes quando trabalhava como servente na 2.ª Medicina de Mulheres, serviço do Dr. Ribeiro de Almeida, começou a sentir dôr no hemitorax direito e ao mesmo tempo notou o aparecimento de febre (37,2). O exame clinico nada revelou, entretanto uma radiografia demonstrou uma infiltração na região infraclavicular esquerda (radiografia n.º XVII) com nítida formação de imagens cavitária.

Os exames de escarro na 2.ª M. M. foram sempre negativos. Outras radiografias sempre revelaram a mesma imagem. A doente foi removida em 24-6-1934 para o Hospital S. Luiz de Gonzaga, em Jaçanã.

Antecedentes pessoais e habitos de vida: Molestias próprias da infancia: Impaludismo ha 5 anos.

Vindo de Lençóes trabalhou como servente na 2.ª M. M. onde teve contáto com doentes tuberculosas.

Antecedentes hereditarios: Não informa antecedentes de tuberculose em sua familia.

Exame fisico: Peso 64,800. Temp. 36,4. Pulso 80 — Respiração 20. Posição no leito indiferente, não apresenta dispnéa, cianóse. Boa nutrição.

Nada de anormal revela para o lado do segmento cefálico.

Ap. respiratório: Torax bem constituído sem abaulamentos ou depressões anormais. Lillen presente de ambos os lados. Frenito toracovocal normal.

Não se notam alterações percussórias, assim como pela auscultação.

Ap. circulatório: Choque da ponta no 5.º espaço intercostal, na linha mamilar. Bulhas normais em todos os focos.

Abdomen: Nada de anormal a inspecção. Ceco palpavel, gargarejante e doloroso.

Nada mais de anormal foi verificado.

Exame radiografico (chapa n.º XVII): Zona de processo exudativo de limites difusos, ligada ao hilo por estrias de desenho espessado e com pequena perda de substancia central, localizada na região infraclavicular esquerda. Pequeno nódulo denso logo abaixo da clavícula esquerda. Ganglio calcificado no hilo esquerdo. Espessamento do desenho da base direita.

Exame de escarros: Varios exames com homogenização foram negativos, inclusive uma inoculação em cobaia.

Encontrou-se um bacilo alceo-acido-resistente no liquido de lavagem gastrica, realizada em jejum.

Terapeutica: Pneumotorax á esquerda.

Observação n.º 10 — C. C. C., portugueza, domestica, 22 anos, feminina, branca, solteira (Hospital S. Luiz de Gonzaga).

Queixa: Doente ha 1 mez com pontadas nas costas e insônia.

Molestia atual. Ha cerca de 1 ano sente pontadas no hemitorax esquerdo porem julgava-se sã. Até abril do corrente ano podia trabalhar bem. Ha 1 mez teve um resfriado febril. Ha 8 dias consultou o Dr. José Ignacio Lobo que verificou submaciez na clavícula esquerda e estertores secos na fossa supra-espinhosa e humidos na região infra-clavicular, não muito numerosos.

Enviada ao ambulatorio do Hospital São Luiz de Gonzaga, após varias pesquisas negativas, encontrou-se, nos escarros a presença de bacilos alcco-acidos-resistentes. A radiografia (chapa n.º XVIII) revela inumeros pequenos fôcos conglomerados no apice e região infraclavicular, ligados ao hilo esquerdo pelo desenho vaso-bronquico espessado.

Integridade radiologica do pulmão direito e da base esquerda.

Foi instituido o pneumotorax curativo á esquerda e a paciente está passando bem, com integridade clinica e radiologica do pulmão direito.

Da apreciação destas observações tira-se a conclusão de que é a radiologia o methodo de exame unico que impõe o diagnostico. Viu-se por ali, que a sintomatologia é escassissima e nunca poderá firmar opinião. São fenomenos tão vagos que não impressionam nem ao doente e não importunariam o espirito do medico si desaperecebido e alheio á existencia desses fatos. E' uma gripe banal que passa sem inconfôdo, um escarro hemoptoico que é tido por sair da garganta, uma temperatura pequena que o termometro marca á tarde, ligeira tosse e emagrecimento, são as perturbações pequenas que não tem poder para indicar que grave lesão se acha instalada no parenchyma pulmonar. E' o exame radiologico que vem desvendar a afeção, já quasi sempre em periodo avançado de sua evolução, naquella fase em que a escavação é o substratum anatomo patologico. Se faltam os fenomenos subjetivos costumeiros no decórrer do processo tuberculoso, o resultado do exame fisico é tambem quasi nulo, como pereebestes da leitura destas observações. Em uma ou outra observação, como na 5.^a, por exemplo, o medico encontra respiração soprosa na região infraclavicular direita, mas já a radiografia marca imagem cavitaria de paredes lisas, envolta por ligeiro processo de condensação. Na 6.^a, que de todas que vos apresento é a mais elucidativa e instrutiva, em que o medico forçou a expectoração para nella encontrar os bacilos de Koch, havia apenas submaciez e respiração no cavo da axilla esquerda. Nos demais, ou a semeiotica foi absolutamente nula ou apareciam ligeiros sibilos de bronquite. Vê-se, portanto, que o diagnostico tem de ser procurado com atenção e sem o auxilio da radiografia o infiltrado precoce passará ignorado. Conclue-se por ai que é lesão que não pode ser verificada, senão em meios em que esse elemento de diagnostico estiver em mãos do clinico.

O infiltrado precoce, sob o ponto de vista propedeutico, se enquadra dentro das condições assinaladas por Venglides, que mostra os casos em

que não ha fenomenos auscultatórios, e que são 1.º foco pequeno, profundamente situado nno parenquima pulmonar, distante mais de seis centimetros da parede toracica; 2.º focos que são cobertos por parede espessa ou que não se alargam suficientemente com a respiração; 3.º processos pulmonares encapsulados ou circundados por pulmão são, edema, exudato, ar, tecido fibroso e por pleura espessada; 4.º processos pulmonares que não secretam ou se secretam não são communicantes com os bronquios". Ha, pois, no infiltrado precoce, pobreza de fenomenos subjetivos e penuria de fenomenos fisicos, razão pela qual o diagnostico clinico tão sómente se torna impossivel. Ha casos, entretanto, em que a semeiotica é mais rica, mas nesses, entende Fishberg, já o processo ultrapassou o seu estadio inicial e se acha por demais avançado, trazendo perturbações geraes que denotam a gravidade do mal. São occurrencias, entretanto, mái raras para constituirem valôr.

A séde do infiltrado precoce é em regra na região infraclavicular esquerda, pelo menos é o que resalta da consulta á estatistica dos autores. Entre nós, Bechelli em 31 casos, encontrou 22 na região infraclavicular esquerda, 1 no ápice, 8 no campo medio, sem que se possa ao certo interpretar o motivo dessa preferencia, divergindo os autores na sua opinião, quando procuram explical-a. Não penseis que o infiltrado precoce seja raridade clinica. Ao contrario. Trazendo-vos como vos mostro estes casos e annunciando ter coligido um medico de S. Paulo 31 doentes, verifica-se desde logo que a oportunidade clinica é de encontro frequente. Si procurardes, na literatura estrangeira, verificar esta frequencia, vereis que é grande. Alexander em 1384 casos estudados, de 1926 a 1931, encontrou 130 infiltrados precoces, o que dá uma percentagem de 9,3%; estatistica de valor, porque os casos foram selecionados no inicio e todos vós sabeis que estes doentes tardiamente procuram os clinicos. Frischbier e Bechman em 4.172 radiografias encontraram 137 tuberculosos no ápice e 390 infiltrados precoces. Nogueira Cardoso, que é clinico de vasta nomeada em Campos do Jordão, consciencioso e sincero, em 167 doentes encontrou 9% de infiltrados precoces. Bem se vê que não se pode dar a essas estatisticas valor absoluto, pois que, como já vos disse, os doentes procuram os medicos já em estado adeantado de sua afeção. Mas, inda assim esses algarismos brutos e percentuaes atestam a frequencia dessa lesão inicial da tuberculose pulmonar.

Installado o infiltrado, a sua evolução segue tres caminhos: 1.º — Regressão do infiltrado pela reabsorção; 2.º — cicatrização, havendo então o processo de fibras e 3.º — caseificação central do processo, havendo ahí a producção de caverna.

Essa evolução tem sido notada por todos os autores e vistas, em nossas observações, esses fatos perfeitamente elucidados. Dessas forams em que se trifurca a evolução do processo morbido deveis comprehender que existe uma unica cheia de gravidade, que é o anolecimento e a instituição da caverna.

O prognostico tem de ser estabelecido deante da manifestação radiologica e deve se ter em consideração sempre que o infiltrado é passivel de cura ou pela regressão ou pela cicatrização. Como se tratar o infiltrado?

Si o infiltrado não apresenta sinais de excavação, se se acha na sua manifestação inicial, a terapeutica deve ser apenas dietetica e climatica, fugindo o clinico de qualquer intervenção outra, não usando nem abusando de medicamentos. E' o repouso, e é a ação climaterica que conseguem a restituição de parenchima pulmonar lesado. Deve haver tambem o emprego de ação psychica, procurando o clinico levantar o moral do doente convencendo a benignidade da afeção e a sua eurabilidade. E', pois, o repouso fisico e psiquico a grande alavanca debeladora de casos taes. Mas, si ha a formação de caverna, a terapeutica hoje se acha grandemente armada com o pneumotorax artificial, que é gora a grande medicina da tuberculose pulmonar.

Existe nas observações que vos mostrei o seu efeito salutar e medicação que enche o espirito do medico de esperanças e confiança. Si houver adherencias pleuraes que impeçam a produção do colapso, pelo pneumo, ali tendes a intervenção da frenicectomia. E si esses recursos não puderem ser efetuados, temos ainda a suprema intervenção da toracoplastia, com a tecnica de Jacobeus.

Tudo isto, senhores, depende do caso bem observado, do diagnostico feito em tempo oportuno e do emprego de terapeutica, variavel em cada oportunidade, ao criterio do clinico, que dirige sua ação, com conhecimento de causa.

São essas as notas que quiz vos mostrar sobre essa entidade patologica, para a qual se acham voltadas as vistas dos fisiologos.

Bem sei não ter vos trazido novidades, mas apenas uma contribuição ao estudo desse problema interessante, fixando vossa atenção sobre essa manifestação clinica digna de apreço.

E assim fazendo, mostro o respeito que tributo ao vosso saber e a admiração sincera que não regateio ao vosso valor medico.

**AMOSTRAS
AOS SRS. MEDICOS
CAIXA POSTAL
3383
RIO**

PHILAGYNA
THEODULE WOLFF
PRESERVATIVO
DA MULHER
CÁCAO - ACIDO
SOLÚVEL

SENHORAS

O valor da campimetria nas corioretiniles

por

Waldemar Niemeyer
Oculista em Porto Alegre

Resumo do Trabalho apresentado na Sessão de 20 de Janeiro de 1935 no Primeiro Congresso de Oftalmologia, em São Paulo, e lido na Sessão de 7 de Junho de 1935 na Sociedade de Medicina de P. Alegre.

Entre as afecções da retina, as corioretiniles — de origem sifilitica, tuberculosa, infetiosa, verminotica etc. — são das que maior porcentagem oferecem aos serviços dos oftalmologistas. No entanto é do conhecimento geral a insuficiencia da terapeutica e a dificuldade de estudo meticuloso da marcha d'esta molestia, dada a precariedade do valor comparativo da oftalmoscopia, do desenho dos focos, das retinografias e dos exames da agudeza visual.

Na ancia de achar um método de real valor comparativo, o autor dedicou-se de ha quatro anos para cá, ao estudo da campimetria nesta afecção. A campimetria, i. é, no caso concreto: a verificação dos escotomas, das falhas no campo visual, correspondentes aos focos retinianos, exige do observador uma série de cautelas e rigores de observação, sob pena de incorrer em erros grosseiros, que deterpem o resultado.

Os resultados apresentados n'este trabalho foram colhidos pelos métodos comuns: da Perimetria no perimetro de Foerster, e para a zona central de 0° até 30°, pela Campimetria no pano preto de Bjerrum, a 1 e 2 m de distancia, com adaptação á luz do dia. O objeto movido — o "stimulus" — branco e côrado, tinha o diametro de 1 mm, 2 mm, 5 mm e 10 mm, correspondendo dest'arte á designação internacional de 1/1000 até 1/10.000, os angulos de visibilidade dos objetos eram portanto variaveis entre 3½' e 34½' de arco aproximadamente.

Para os papeis de côr foram usadas as côres classicas saturadas de Heidelberg, não podendo recorrer ás de Engelking, que apresentam as mesmas isópteras para azul e amarelo, ou vermelho e verde respectivamente, por não se conservarem em nosso clima.

Um método de pesquiizas, que está sujeito a tantas condições variaveis, é necessario que seja empregado pelo mesmo observador e nas condições mais identicas possiveis, só assim podemos confiar em seu valor comparativo.

Fomos mais longe para assentar sobre bases solidas os nossos achados. Recorremos ao método combinado de registro, publicado por Paul, de Lueneburg (Allemanha) (em 1933, Klinische Monatsblätter T. 90, p. 730), em que descreve um método engenhoso e simples para a localização exáta de pontos ou focos retinianos, e propõe a combinação da re-

gistro em esquemas transparentes: de um lado do fóco patológico retiniano (afecções da coróide e retina de qualquer natureza, inclusive os rasgões da retina descolada), e do outro, devidamente invertido, o escotoma do campo visual, precisado e fixado pela campimetria.

Deve ser feita a devida correção localisatoría na relação dos pontos determinados, pelo método matemático indicado por Paul, o que vem a ser o mesmo processo usado na projeção clássica de Mercator, no desenho do mapa-mundi, tratando-se de uma transferência dos pontos situados numa esfera para um plano.

Chegámos assim a um bom método comparativo para verificar a relação entre a extensão de um processo patológico da retina e da falha que se projeta para o campo visual.

Tivemos oportunidade de estudar com este método 20 (vinte) casos de coriorretinite de fundo sífilítico, tuberculoso, ou de causa obscura, inclusive a retinite juxtapapilar de Jensen. Deixamos de lado nesta observação as coriorretinites actínicas, as formas degenerativas e as retinites mórmente das camadas mais externas da retina, qual a retinite albescente, macular, exsudativa, proliferante etc.

Quanto ás *côres* achámos que na evolução da molestia aparece em nossos casos um fáto interessante, que até agora não pudéramos encontrar na literatura. E' em resumo o seguinte: *emquanto a molestia evolue, os fócos se acharem ativos, a pigmentação estiver em vias de migração, a distancia entre as isópteras das côres e a do branco acha-se aumentada, e de tal maneira, que da maior dissociação entre estas isópteras é possível concluir para o prognóstico, sendo que o fóco sempre tende a aumentar exatamente para o lado que apresenta a maior diferença entre as isópteras.* Nos casos em que nos foi dado observar a afecção desde cedo e por mais tempo, temos sempre verificado este fáto. Ao passo que, quando o fóco era antigo, a pigmentação fosse intensa, emfim no processo estacionario, a diferença entre as isópteras do branco e das côres era nula ou muito pequena, não excedia de 2º ou 3º — o que ainda deve ser considerado dentro dos limites da falha do método.

Julgamos que o fenomeno talvez deva ser atribuído ao edema ao redôr do fóco inflamatório.

Verificámos sempre o fáto citado por Malbran (1934, Buenos-Aires), em seu magistral livro sobre o campo visual, ser a redução da isóptera para o azul geralmente maior do que para o vermelho e verde, ou ao menos estar em desproporção com estas.

Tambem verifica-se com facilidade o aumento da mancha cega, nos casos de congestão ou edema papilar, frequentemente observado nas coriorretinites. E' fáto conhecido ser o escotoma em geral maior do que se supõem pela imagem oftalmoscópica. Em certos casos, porém, verificámos a existencia de um escotoma sómente relativo que correspondia ao fóco, havendo uma agudeza visual bem conservada, que surpreendia, dadas as condições justamente de um fóco da zona macular.

Para desvendar pequenos fócos iniciais, ás vezes difficilmente visíveis ao exame oftalmoscópico, tem-nos prestado grande auxilio o método de Igersheimer: movimentámos o objéto em sentido vertical ao trajéto das fibras nervosas.

Em resumo: Empregando os métodos de perimetria e campimetria ao alcance de todo oftalmologista, foi possível fazermos um critério exáto sobre a marcha das corioretinites. Pelo sistema *Paul* é possível estudar acuradamente a relação entre o escotoma do campo visual e a extensão do fóco retiniano.

É possível fazer um prognostico sobre o fóco, considerando a dissociação das isópteras das côres e do branco. A aproximação d'estas isópteras serve de critério para julgar do estacionamento da molestia.

Um fóco ativo tende geralmente a evoluir para o lado, ao qual corresponde a maior dissociação das isópteras das côres. *Com a Campimetria das côres julgamos, pois, ter achado um método que muito bem orienta sobre a marcha e o prognostico de um fóco de corioretinite.*

(Segue-se a projeção dos campos visuais e fócos de 3 casos, de corioretinites de etiologia tuberculosa e sífilítica, com 11 figuras, documentando o estudo comparativo da campimetria das côres).

S^{rs} CLINICOS	DI - SOLVENTE (LIQUIDO)
QUEBRA PEDRA - BOLDO - CHA MINEIRO - RUIBARBO - ABACATEIRO	
MATE - LITINA - FORMINA - CITRATO SODIO - SULFATO SODIO	
CONTRA O ACIDO URICO	Ph^{co} JULIO E. SILVA ARAUJO

Novo! Octinum

$C_8 H_{15} \cdot NH \cdot CH_3$

«Knoll»

**Espasmolítico e analgésico
nas dores devidas a espasmos.**

Não é alcaloide,
age mais forte e mais duradouramente do
que a papaverina,
não provoca sensação de secura na gar-
ganta, como a atropina.

Indicações principais:

Espasmos gastro-intestinais.
Úlcera gástrica e duodenal.
Dores gástricas devidas a secreção excessiva.
Espasmos da biliar, dos rins, da bexiga.
Obstipação espasmodica.
Dismenorrea espasmodica.

Embalagens originais: Comprimidos de 0,15 g (de bitartrato de Octinum), tubos com 10 comprimidos. — Líquido (de cloridrato de Octinum a 10%), vidros com 10 c.c. — Empôlas de 1,1 c.c. 11 c.c. contem 0,1 g de cloridrato de Octinum, caixas com 5 emp.

Posologia: Comprimidos e líquido: 1 comprimido ou 15 a 20 gotas, 3 vezes ao dia — Empôlas: por via subcutânea 2 a 3 vezes ao dia 1/2-1 empôla, por via intramuscular 2 ou 3 vezes ao dia 1/2 empôla. Em caso de necessidade, a dose oral pode ser duplicada.



KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN ^SRO RHENO

Para amostras e literatura é favor dirigir-se à Caixa postal 1651, Rio.



ANDROSTINA

EXTRACTO ORCHITICO INTEGRAL
BIOLOGICAMENTE ESTANDARDIZADO
(TEST DA CRISTA DE GALLO)

CIBA



INSUFFICIENCIA TESTICULAR
IMPOTENCIA
INFANTILISMO
SENILIDADE PRECOCE
ADIPOSIDADE
TRANSTORNOS NERVOSOS E
PSYCHICOS DE ORIGEM GENITAL
NO HOMEM E NA MULHER

DRAGEAS, VIDROS COM 30 DRAGEAS
AMPOLLAS, CAIXAS COM 6 AMPOLLAS
(3 AMPOLLAS A e 3 AMPOLLAS B)



PRODUCTOS CHIMICOS CIBA LTDA.
RIO DE JANEIRO SAO PAULO
CAIXA POSTAL 3437 CAIXA POSTAL 3678

Sociedade de Medicina

Atas

Ata da sessão realizada no dia 7 de Junho de 1935 em uma das salas do Sindicato Medico.

Na presidencia acha-se o dr. Gabino da Fonseca. Os trabalhos são iniciados com a presença dos seguintes socios: drs. di Primio, Valdemar Niemeier, Luiz Paiet, Mario Bernd, Telemaco Pires, Florencio Igartua, E. J. Kanan, Carlos Hofmeister, Vieira da Cunha, Helio Medeiros, Norman Sefton e Luiz Barata.

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

Passando-se á ordem do dia é dada a palavra ao dr. Valdemar Niemeier que lê um trabalho de sua especialidade subordinado ao titulo "valor da campimetria nas corioretinites". Faz o dr. Niemeier uma serie de interessantes considerações sobre o assunto que ha muito vem estudando com particular cuidado. O trabalho do conferencista é illustrado com graficos originaes em que é sempre focada a importancia do tema com o qual prende a atenção da casa por longo espaço de tempo.

O dr. Mario Bernd faz referencias elogiosas ao trabalho do dr. Valdemar Niemeier.

Mais adiante o dr. Florencio Igartua pede que seja lançado em ata um voto de louvor ao dr. Valdemar Niemeier pela sua brilhante atuação no 1.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, recentemente realizado em São Paulo. O homenageado agradece a distincção que acaba de ser alvo.

O dr. di Primio pede a palavra para fazer uma comunicação por escrito de disenteria balantidiana; começa mostrando a raridade de semelhante parasitose em nosso meio e reforça esta afirmativa com a apresentação de enorme estatística de exames coprológicos, na qual somente dois casos de balantidiose foram observados. Um deles, mais recente, passa a relatar minuciosamente.

O dr. Weinmann, comentando o trabalho que a casa acabou de ouvir, felicita o dr. di Primio pela originalidade costumeira de suas investigações científicas.

Mais adiante o dr. Carlos Hofmeister cita dois casos de formas nitidamente meningíticas de paralisia infantil. As duas observações são expostas com toda a minucia e o dr. Hofmeister termina declarando que ambos os doentes curaram sem sequelas de maior importancia.

O dr. Florencio Igartua cita igualmente diversos casos de paralisia infantil, casos estes em geral pouco graves.

O dr. Kanan comunica um caso de sequela de paralisia infantil nu-

ma criança de 4 anos e meio, que fôra atingida pelo processo infeccioso ha 2 anos e meio. Trata-se de uma sequela não muito frequente, constituída por um pé varo-equino em consequencia da paralisia dos musculos antero-externos da perna. A criança deverá ser operada, consistindo a intervenção preliminarmente no alongamento do tendão de Achilles para que se possa aplicar um aparelho de deambulação. Mais tarde, em devido tempo, deverá submeter-se a outras intervenções afim de readquirir a função do membro inferior, facilitando o andar sem o auxilio de aparelhos.

O dr. Norman Sefton apresenta, a seguir, em linhas gerais, um plano de organização em seções da Sociedade de Medicina. Trava-se forte discussão em torno do assunto, na qual tomam parte os drs. di Primio, Hofmeister, Igartua, Sefton, Niemeier, Barata e Gabino da Fonseca.

Por proposta do dr. Hofmeister o sr. Presidente péde ao proprio dr. Sefton uma formula definitiva do projeto para ser submetida a estudo pela diretoria.

Ainda por proposta do dr. Carlos Hofmeister é lançado em ata um voto de profundo pesar pela morte do dr. Alexandre Snel.

Logo em seguida o dr. Gabino levanta a sessão.

Porto Alegre, 7 de Junho de 1935.

Dr. Helmuth Weinmann

1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 21 de Junho de 1935 em uma das salas do Sindicato Medico.

Com a presença dos seguintes socios: drs. Carlos Hofmeister, Alvaro B. Ferreira, Bruno Marsiaj, Hugo Ribeiro, Valentim, Manoel Rosa, Luiz Rothfuchs, Mario Bernd, Helio Medeiros, Tomaz Mariante, Florencio Ygartua, Vieira da Cunha, Antero Sarmiento, Edgar Eifler, R. di Primio, Alfredo Grumser, Norman Sefton, Carlos Medeiros, Kanan e Decio Martins Costa, o presidente, dr. Gabino da Fonseca, declara aberta a sessão.

Lida pelo 1.º secretario, a ata da sessão anterior não sofre emendas.

O expediente consta de uma carta dirigida ao Sr. Presidente pelo Dr. Adair de Figueiredo, na qual a "Noticia Medica", de São Paulo, péde por seu intermedio a colaboração dos socios da Sociedade.

O dr. Adair de Figueiredo, residente nesta capital, é proposto como socio efetivo pelo Dr. Helmuth Weinmann.

Passando-se á ordem do dia é dada a palavra ao prof. Tomaz Mariante para lêr sua conferencia sobre o tema: "da função hydroreguladora hepatica". O conferencista depois de mostrar a complexidade do assunto, salienta o papel do figado posto em evidencia por estudos recentes das escolas francesa, espanhola e vienense. Focalisa os tres aspectos sobre os quais é encarada a influencia hepatica, o mecanismo ou de barragem, o glandular e o hormonal. Analisa com minucias estes tres mecanismos, citando provas clinicas experimentais e laboratoriais, todas elas demonstrando a hidroregulação hepatica. Finalmente faz

O melhor Tônico é a
Phospho-Calcina-Iodada

PRESCRIPTA DIARIAMENTE PELOS MAIS
NOTAVEIS MEDICOS

O SEU VALOR THERAPEUTICO SE IMPÕE PELO SEGUINTE:

- 1.º — Não contém fluoretos (discalcificantes).
 - 2.º — Não contém phosphatos acidos (assimilação nulla);
 - 3.º — Não contém phosphato monocalcico e phosphato bicalcico (fraca assimilação);
 - 4.º — Não contém glycerophosphatos (assimilação 18%);
 - 5.º — Na sua confecção entram como elementos principaes os HYPOPHOSPHATOS de calcio e de sodio e o IODO combinado em forma organica, componentes estes possuidores de um poder absoluto de assimilação (90%);
 - 6.º — Não contém alcool, não produz iodismo, augmenta o numero de globulos sanguineos e restitue as forças, tornando-se um grande agente de estimulação nutritiva e de renovação sanguinea, e
 - 7.º — E' o tônico que possui maior numero de valiosos attestados de illustrados clinicos (vide documentos annexos ao vidro).
-

Para obter amostra queira dirigir-se ao:

Laboratorio da PHOSPHOCALCINA - Rua Senador Feijó 22

CAIXA POSTAL 1578 — S. PAULO

ACETYLARSAN

O PADRÃO DOS
ARSENICAES
POR VIA
MUSCULAR

PARA ADULTOS
Caixas de 10 e 100
ampolas de 3 c.c.

PARA CRIANÇAS:
Caixas de 10 e 100
ampolas de 2 c.c.

Correspondencia :
Rhodia
CAIXA POSTAL 2916
SÃO PAULO.

Specia
FRÈRES
PARIS

The advertisement features a central illustration of a muscular man in a dynamic, athletic pose, leaning forward with arms outstretched. A large, detailed syringe is positioned in the foreground, angled towards the man's lower back. In the background, a large, stylized letter 'A' is formed by a thick diagonal bar. The word 'ACETYLARSAN' is written in large, bold, sans-serif capital letters across the top of the 'A'. The overall design is high-contrast and graphic, typical of early 20th-century medical advertising.

notar a grande importancia resultante de tal interpretação do metabolismo da agua no organismo, pela existencia indiscentível de edemas e ascites estreitamente ligadas á insuficiéncia do figado. Tais edemas e derrames que não se distinguem por caracteres especiais dos cardiacos e renais, só regridem com a terapeutica adequada visando a glandula jecoral.

O prof. Mariante prende a aténção da cada por espaço de uma hora e ao finalizar é vivamente aplaudido pela sua magnifica conferencia.

O dr. Florencio Ygartua, dentro da sua especialidade, faz comentarios elogiosos ao trabalho do prof. Mariante.

Toma a palavra o dr. Mario Bernd, após salientar a invulgar frequéncia de colegas que acorreram a ouvir a dissertação do prof. Tomaz Mariante, entra em considerações sobre as provas de suficiéncia hepatica. Descreve a prova da diurese fracionada, conforme metodo de Violle, a prova de imbibição de Labbé e Violle, a prova cutanea de hidrofília de Aldrich e Mac Clure, a prova do balanço da agua do sangue e dos tecidos conforme a tecnica de Daniel e Högel e a prova da transudação de Sandor e Olivier que nada mais é do que a prova da integridade vascular de Fiessinger. Diz ainda o Dr. Mario Bernd que fazia estas considerações como homenagem ao orador do dia.

O prof. Alvaro B. Ferreira, depois de felicitar a casa pela oportunidade que teve de ouvir a palavra autorizada do prof. Mariante, faz considerações em torno do assunto principalmente sobre os edemas hepaticos. Cita ainda a nova teoria sobre a patogenia dos diferentes edemas, dependentes da influencia dos imidazoes principalmente da histamina sobre as células do endotélio vascular e tecidual.

Passando ás comunicações verbais, o presidente dá a palavra ao dr. Mario Bernd que se externa sobre a reacção de Gregersen para prova de diagnostico do cancer gastrico. Analiza o fundamento bioquímico da pesquisa do sangue oculto nos líquidos do organismo e nas fezes, para, ao depois emitir uma opinião pessoal sobre o mecanismo da investigação citada.

Sobre o assunto manifesta-se o dr. Norman Sefton que subscreve as afirmações do dr. Mario Bernd.

Em seguida o dr. Gabino da Fonseca suspende a sessão.

Porto Alegre, 21 de Junho de 1935.

Dr. Helmuth Weinmann — 1.º secretario.

Premio Dr. José Mariano da Rocha

Foi com grande satisfação que recebemos a noticia da instituição deste premio, conforme se verá pelo officio que abaixo é transcrito. Nada mais util de fato do que tais concursos, para estimular áqueles que trabalham em prol do progresso das ciencias médicas. Não tanto a recompensa material, méro simbolo de uma victoria, mas principalmente o feitor moral e a satisfação de ver um esforço proprio coroado de louros

encoraja todos aqueles que se lançam num concurso como o que acaba de ser organizado. A ancia de vencer, de superar os seus concurrentes, fazem com que os candidatos dediquem o maximo de sua cultura, todo o seu talento á tarefa que empreendem. E com isso, o premio atinge á sua finalidade ultima: a maior perfeição possível no sentido de trazer algo de novo, algo de util á humanidade á qual se dedica a Medicina. No caso presente ainda acresee a circumstancia de ser mais um comemorativo á data Farroupilha que o Rio Grande se prepara para festejar tão solenemente. E', pois, com a maior simpatia que aconselhamos todos que nos lerem, a estudarem atentamente as bases do concurso, afim de que nêle se inscreva o maior numero possível de candidatos, para lhe dar maior brilho e realce.

Santa Maria, 12 de Junho de 1935.

Ilmo. Snr. Dr. Presidente do Sindicato Medico

P. Alegre.

A Sociedade de Medicina de Santa Maria, desejando associar-se ás comemorações do centenário farroupilha, deliberou conceder um premio ao melhor trabalho, original e inédito, que lhe fôr apresentado sobre medicina ou cirurgia.

Em homenagem a seu socio, autor da idéa e doador do mesmo, resolveu a Sociedade de Medicina denominar o "Premio José Mariano da Rocha". Este consistirá em artistica medalha de ouro.

A inscrição fica considerada aberta nesta data e será encerrada a 31 de outubro do ano corrente, obedecendo ás condições estabelecidas.

Convidando o distinto colega a concorrer ao premio, pedimos, outrosim, seus bons officios no mesmo sentido junto aos demais medicos dessa cidade.

Com os protestos de elevada estima e distinta consideração, apresentamos as nossas

Cordaeis sandações

as. *Raymundo João Canduro*, presidente.
as. *Domingos Crossetti*, secretario.

BASES DO CONCURSO:

Artigo 1.º — A sociedade de Medicina, para comemorar o centenário farroupilha, concederá o premio José Mariano da Rocha, ao melhor trabalho original e inédito, que lhe for apresentado sobre medicina ou cirurgia.

Artigo 2.º — Poderão concorrer ao premio, todos os medicos residentes no Estado e diplomados pelas Faculdades officiais do paiz ou a elas equiparadas.

Artigo 3.º — Os trabalhos dos concorrentes ao premio, deverão ser datilografados, conter no minimo 20 paginas de texto, e ser entregues á Sociedade mediante recibo até 31 de outubro do corrente ano, data do encerramento do concurso.

- Artigo 4.º — Os trabalhos serão firmados apenas por um pseudonimo e acompanhados de um envelope laçado, trazendo exteriormente o pseudonimo e interiormente o nome e o endereço do autor.
- Artigo 5.º — Para o julgamento do melhor trabalho, que se fará no decorrer do mês de novembro, a Sociedade de Medicina elegerá previamente uma comissão de cinco membros que, depois do exame meticoloso de todos os trabalhos apresentados, dará seu veredictum em ata firmada por todos os componentes da comissão.
- § 1.º — A comissão julgadora poderá recusar todos os trabalhos, si não os achar dignos do premio.
- § 2.º — Os membros da comissão julgadora não poderão concorrer ao premio.
- Artigo 6.º — Na sessão em que for apresentado o veredictum, será feita a abertura do envelope contendo o nome do autor do trabalho premiado.
- § 1.º — Os outros envelopes serão destruidos sem serem abertos.
- Artigo 7.º — No mês de dezembro, em dia previamente designado, a Soc. Med., em sessão solene e publica, fará a entrega da medalha ao autor do melhor trabalho ou ao seu representante.
- Artigo 8.º — O autor poderá publicar este trabalho com a declaração de ter sido premiado pela Soc. Med. S. M., não podendo entretanto modificar o texto primitivo.
- Artigo 9.º — Os trabalhos que não forem premiados deverão ser retirados dentro de 30 dias, mediante devolução do recibo fornecido no ato da entrega; findo esse prazo, os que não forem procurados, serão incinerados pela comissão julgadora.

Foi recebido pela Sociedade de Medicina o scientista japonês Dr. Hisajo Jamaguchi, que pronunciou uma conferencia sobre cancer. Fez a saudação em nome da Sociedade o Dr. Mario Bernd.

Exmo. Snr. Dr. Hisajo Jamaguchi.

Coube-me a honra sem par de saudar a V. Ex.^a em nome da Sociedade de Medicina de Porto Alegre e por delegação especial de seu egregio presidente Dr. Gabino da Fonseca.

Malaventuradamente não me é possível fazê-lo numa das linguas mais antigas do mundo. Creio, no entanto, que o prazer seu não será pequeno pois o alemão é o idioma familiar e simpatizado entre os intellectuais do Sol Levante.

Não podia ser maior a alegria desta Sociedade ao receber em seu gremio em sessão extraordinaria a um membro tão destacado do corpo medico niponico.

Verificamos aqui como a nossa profissão de modo tão sensível desperta os sentimentos de camaradagem mesmo ao se tratar de um visitante das mais longinquas plagas da terra.

Vem V.^a Ex.^a aureolado com o titulo de professor da Universidade da cidade de Osaka, a segunda em importancia no imperio do Japão.

Traz a laurea cintilante da Faculdade de Tokio, tão celebre pelos sabios tão eminentes que alberga.

E' relativamente moço e no entanto a sua bagagem scientifica é já respeitavel pela qualidade e pelo numero dos trabalhos.

A conferencia que vai prolatar subordina-se a um assunto dos mais palpitantes, o cancer.

E' tambem V. Ex.^a um profundo conhecedor da bioquimica, como tive oportunidade de verificar ao visitar meu Laboratorio ontem, e onde me descreveu com rapidez as mais complicadas formulas quimicas.

Saudando ao mesmo tempo em sua pessoa a sua grande patria, posso dizer que ela chamou sobre si a admiração do mundo pelas maravilhas que realiza no dominio da tecnica e da ciencia, pelo valor e morigeração de seus heroicos filhos!

Solicito, Exmo. Snr. Hisajo Jamaguchi, queira aceitar nossos cumprimentos calorosos e transmiti-los á culta classe médica do Japão.

MARIO BERND.

INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA

Citrobi

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
 CADA EMPOLA CONTEM 0,026g DE BISMUTHO METALICO
 MEDICACAO INDOLOR E ATOXICA PARA INJECCAO INTRA-MUSCULAR
 TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGIICO

YAMBI

MODERNO ESPECIFICO IODO BISMUTHICO LIPOSOLUVEL

Temos a satisfação de apresentar, á distincta classe medica, o nosso preparado em condições aperfeiçoadas.

Removidas as difficuldades technicas, conseguimos finalmente a solubilisação do sal em oleo de olivas purificado, tornando as injeções

◆ e de perfeita absorção. ◆
absolutamente indolores

Enriquecemos o composto com a introdução de lecitina, de acção tónica.

De nulla toxidez e perfeita tolerancia, o "Yambi" se comporta efficaç e decisivamente no tratamento de todas as formas da syphilis.

Para Adultos: Caixa de 10 amp. de 2 c. c.

Para Crianças: Até 8 annos de idade, dosagem especial,
em caixas de 6 ampolas de 1 c. c.



INSTITUTO PAULISTA DE BIOCHIMICA

São Paulo

Caixa Postal, 3329

Teleph. 7 - 2265

Rio de Janeiro

Av. Nilo Peçanha, 151

Teleph. 2 - 5566

Representantes no Rio Grande do Sul:

FAUSTO SANT'ANNA

Rua Siqueira Campos, 1257

Porto Alegre

BOHNS & CARNEIRO

Rua Marechal Floriano, 115

Pelotas

Para as Crianças e as Pessoas Fracas que Necessitam do Oleo de Fígado de Bacalhau



Fabrica para a produção do oleo de fígado de bacalhau, estabelecida por Scott & Bowne em Estabul, Illas Lofoten, Noruega.

Cada dia se torna mais avultado o numero de medicos que reconhecem as vantagens da

HA cincoenta e cinco annos que a classe medica reconheceu o oleo de fígado de bacalhau como um importante correctivo da nutrição deficiente em todas as suas manifestações; porém nem todo o mundo podia gozar de seus beneficios totaes na sua forma natural. Foi então que a casa Scott & Bowne apprehendeu, como resultado de suas longas experiencias, a Emulsão de Scott de purissimo oleo de fígado de bacalhau da Noruega, com glicerina e saes soliveis de calcio e de phosphoro, para beneficio daquelles que, não podendo assimilar o oleo natural haviam sido privados de sua accção benfazeja.



EMULSÃO DE SCOTT

Assuntos de atualidade

Organização social e investigação científica

por

Adayr Figueiredo

Mais de uma vez, tivemos oportunidade de manifestar o quanto desconsola a ausência, nos nossos cursos médicos, de uma cadeira consagrada á orientação doutrinária e prática daquêles que cursam as nossas Escolas médicas.

E' do velho Bouchard a afirmação de que *il n'y a pas de pratique médicale sans doctrine*. E o ilustrado mestre que é Lins e Silva, de Pernambuco, subscreeve e reforça o acerto de tal afirmação, destacando nas suas considerações toda a importancia de um estudo que *substancia o espirito da Medicina*, indiscutivelmente feito de maneira insuficiente nas Escolas patricias.

E acertado anda, porquanto é honesto reconhecer que, enquanto multivários ensinamentos de ordem técnica — da mais pronunciada relevancia, embora — se proporcionam aos nossos estudantes, outros ha — interessantes num sentido geral de orientação doutrinária e prática — que não merecem as honras de um comentário suficiente e produtivo.

E porquê não diplomamos unicamente praticantes da medicina — antes, profissionais diante dos quais estão abertos os campos vastissimos da investigação científica — quér nos parecer que deva interessar, com bastante propriedade, o rumo a que tal investigação póde levar os jovens diplomados das nossas Faculdades.

E sem quaesquer preconceitos sociológicos — antes detestando a todos — havemos de reconhecer que ao espirito geral de cada espécie de organização social tem estado sempre sugêito o sentido de tal investigação, da mesma fórma que outros departamentos da atividade cultural humana.

—o—

O mundo civilizado, no momento presente, oferece o aspêto de um campo de batalha. E dentro dêle, assistimos ao degladiar de duas correntes econômicas que se igualam na fôrça e disputam o poderio suprêmo na orientação política do mundo: o imperialismo e o comunismo — os burguezes conservadores e o proletariado incontinênte.

Mas a sabedoria que só a experiência confere ainda constitue uma terceira fôrça, que vela sobre os destinos da humanidade, procurando conduzi-la ao equilibrio, áquêle meio-térmo que o prudente C. W. Leadbeater dizia ser o *superlativo do bom-senso e da medida*.

A Russia concretizou a doutrina de Lenine, extremando o poder dos proletarios inexperientes da governança. E a Itália póde ser considerada a representante máxima do espirito imperialista.

O ocidente preferiu, em cada paiz, milhares de modalidades dos dois sistêmas. Porém houve um que soube encontrar aquêlo médio-térmo de C. W. Leadbeater.

Ha um departamento da humana atividade em que as conquistas não pertencem ao domínio estrêito da vaidade ou do interêsse de cada um — é o científico.

E eis porquê Bernardino Mena Brito é tão rigoroso, no julgamento dos métodos de investigação até aquí uzados: *La ciencia desde su origen ha sido torcida poniendola al servicio del individualismo. Aunque se ha generalizado por medio del libro, en los campos de investigación ha sufrido grandes retrasos porque los investigadores nunca hacen partícipe de sus experiencias a los demás, sino que procuran ir guardando el secreto para darlo a conocer cuando se consiga su éxito. Y en muchos casos se ha coronado este éxito; pero en la mayoría de ellos los investigadores no han tenido bastante vida para llegar hasta la meta.*

Gran número de los trabajos científicos han quedado en la más completa ignorancia, porque los iniciadores no han querido que otros se enteren y ayuden a resolver lo que ellos han concebido.

Se nos merece fé o concêito que, acerca da ciência, tinha Montaigne — referido pelo saudoso N. Cairo da Silva e que resava ser o *conjunto coordenado de cousas altas e baixas, primeiras, últimas e médias, que pertencem a tal ou tal ordem de conhecimentos humanos* — ; se assim é, já não assiste qualquér razão para defêsa daquêle individualismo exagerado a que se refere M. Brito.

E' ainda o mestre do Paraná quem afirma que um simples objetivo de enumerar fâtos, sem os ligar entre si por médio de relações que exprimam sua dependência — um tal objetivo não acabaria jamais sinão em esbôços...

E a título de simples exemplo, bastaria que recordassemos os obstaculos que as mais inocêntes questões de terminologia, como sabiamente exemplifica Léon Moynac, oferecem á exata compreensão de muitos fenômenos estudados pela ciência médica.

Oscar Fontenelle, em seu livro publicado em 1931, ainda nos fornece abundantes elementos demonstrativos da legitimidade da orientação de M. Brito.

E Paul Le Gendre, mestre entre os mestres, em materia de orientação profissional médica, documenta toda a importancia de uma colaboração tão ampla quanto possível, já no início de suas lições sobre deontologia profissional, dizendo do quanto a própria experiência vem de mistura com a dos antecessores, em sua predicação.

Decorre de tudo isso a indiscutivel existência de um fenômeno até

certo ponto de ordem moral, porém de não-menór importancia para a evolução da ciência em geral, e muito particularmente da Medicina.

A elite científica do mundo vai se apercebendo da infiltração de uma orientação nôva, do início de uma nôva fase, nos quadros das atividades de investigação.

Um espírito de cooperação, de solidariedade mental se difunde intensamente — e de modo especialissimo entre os cultores da Medicina.

Chegou-se á compenetração nítida de que a colaboração permite investigar com êxitos mais felizes, é mais racional e conduz a maiores benefícios coletivos.

E tudo isso é expressão dêsse mesmo espírito de auxilio recíproco dentro do qual os partícipes de uma mesma atividade ou os estudiosos de um mesmo ramo do humano conhecimento buscam uma atingência mais rápida do objetivo próprio.

E coube ao pensamento latino-americano a corágem de codificar, em primeira mão, o sistêma de investigação que o ocidente, por fôrça mesmo da experiencia feita, terá de ir adotando em brêve.

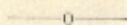
Coube ao Mexico o ânimo quase incrível de enfrentar os preconceitos de uns e a vaidade de outros, ensinando ao mundo inteiro que o campo vastissimo da investigação científica é, por-assim-dizer, a parte nôbre do patrimônio evolucional da humanidade, e que por isso mesmo não pôde ficar sugêito ao humano egoismo.

E se a codificação surgiu no Mexico, façamos justiça aos investigadores latinos da America, que sucessivamente aí estão fornecendo nôvas e irrefragaveis próvas de que o continente reconhece a legitimidade da doutrina.

E a título de exêmplo, poderíamos citar a modestia e o altruismo de Hélio Simões, nosso ilustrado e distinto companheiro na Escola bahiana, revelando sua valiosa descoberta, acerca da produção do fenômeno de Babinski pela compressão da fôssa ilíaca.

Não esperou mesmo a interpretação physio-patologica do sinál de Hélio Simões — confôrme denominamos lógo á manobra —, e difundindo-o em sessão plenaria da Sociedade A. Alfredo Britto, superou na técnica e na atitude moral a muitos mestres consagrados, oferecendo aos estudiosos da neurologia um sinál de frequencia muito superior á dos de Openhein, Gordon, Schaefer, Austregesilo e outros.

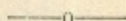
E numa nôta prévia publicada em 1933, ainda procurou dar maior difusão ás constatações que fizera no ano anterior, quando ainda simples doutorando.



Estudando as tendências da investigação, de acôrdo com os rumos a que marcha a compreensão do trabalho humano, diz ainda Mena Brito que: *La organización de la investigación científica, dentro del nuevo Estado, debe hacerse por células para que todos tengan derecho a recoger las experiencias y a participar en el desarrollo de ella, llegándose a los inventos colectivos que regularía y sancionaría el consejo de ciencia a fin que una vez perfeccionado con todo el engranaje de la ciencia moderna se dieran a la luz como cosa resuelta por el consejo central.*

E como reflexão dessa idéia, exemplifica com o que ocorre presentemente nas grandes indústrias fabrís, no tocante aos problémas da construção e do aperfeiçoamento dos produtos de cada uma, e em que a resolução científica succede a resolução técnica e a construção.

Das resultantes de uma tal orientação, bem poderemos formar uma idéia, refletindo sobre a muita-razão com que o culto autôr mexicano recorda: *En esa forma, dan las factorías grandes sorpresas utilizando muchas veces la idea o el ensueño de un cerebro genial que nunca pudo haber realizado solo sus pensamientos por no tener conocimiento de tantos detalles especiales para la resolución.*



E confrontando as tendências da sociedade, num sentido geral de organização, força é confessar que, ante a batalha já por nós referida, sómente uma orientação eficiente das atividades científicas pôde permitir que a cultura humana preencha o próprio fim, conservando-se livre da anarquia progressivamente imperante na vida dos povos ocidentais.

Qual, porém, o conceito de uma tal eficiência?

A especialização foi a tal ponto e a sôma de conhecimentos acumulados dentro de cada departamento da cultura subiu tão alto que, irremediavelmente, cada vez nos convencemos mais de que só a cooperação pôde conservar a ciência livre das influências mencionadas.

E no âmbito de todo e qualquer aspéto da investigação científica, uma semelhante cooperação só se pôde exprimir pela colaboração dos investigadores e pelo expurgo dos resultados recolhidos.

E eis a fórmula pela qual, para o nosso sentir, o pensador mexicano tem razão.

BIBLIOGRAFIA:

- Bernardino Mena Brito — MAQUINISMO — Mexico, D. F.—1933.
 Prof. Linz e Silva — Recife — Carta de abril de 1932.
 Paul Le Gendre — Paris — Carta de abril de 1933.
 Prof. Nerio Rojas — Buenos Aires — Carta de março de 1933.
 Prof. H. Roger — Paris — Carta de junho de 1933.
 Prof. Ch. Achard — Paris — Carta de abril de 1933.
 Voltaire — NOVELAS ESCOGIDAS — Trad. Abade J. Marchena — Paris.
 Prof. N. Cairo da Silva — ELEMENTOS DE PATOLOGIA GERAL — Curitiba — 1925.
 Léon Moynac — MANUEL DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE — 1903.
 Hélio Simões — BAHIA MÉDICA (30/1/933) — Cid. Salvador.
 Oscar Fontenelle — FLAGÉLOS DA RAÇA — Rio de Janeiro — 1931.
 Paul Le Gendre — COLEÇÃO SERGENT (Vol. I) — Paris — 1920.

Livros e teses

ENFERMEZAS DE LOS PAISES CALIDOS

Drs. Guiart, Garin e Leger

Um volume de 448 paginas illustrado com 84 figuras no texto. Brochura 20 psetas. Encadernado 25.50. Salvat Editores, S. A. 41 — Calle Mallorca — 49 Barcelona.

Neste manual de colaboração, seus autores, que são eminentes patologistas, introduziram um novo plano, estudando as molestias não só segundo o seu agente patogenico mas tambem segundo o modo pelo qual penetra no organismo e em seus capitulos aparece a responsabilidade de tão experimentados medicos.

Atualmente já desapareceu o pouco caso com que os medicos afastados das zonas equatoriais olhavam o que se referia á patologia dos países quentes. Nos tempos modernos os rapidos meios de comunicação tornam possivel a existencia de doentes affectados por processos patologicos que antes estavam unicamente circunscritos ao que poderiamos chamar uma geografia médica.

A obra está editada com o mesmo carinho e esmero com os editores Salvat S. A. costumam apresentar os livros que constituem esta Bibliotheca del Doctorado de Medicina.

GLYCOSORO

O melhor contra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratório
Gross
Rio de Janeiro

NEURILAN

Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.
Indicado na excitação nervosa,
nos desequilibrios vasomoto-
ricos, palpitações insuportáveis,
dispepsia nervosa.
À base de estroncio bromado,
crotagus, leptolobium, meimendo.

Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua
assucarada às refeições.

Lab. Gross - Rio

NAO DEPRIMENTE

NEURILAN

Analises de Revistas

RESUMOS

Syphilis héréditaire tardive des reins

Belmiro Valverde, Journal d'Urologie, tomo 39, n.º 1, Janeiro de 1935, pg. 36.

Conclusões:

1.º — Todas as vezes que um doente acusa hematuria de causa duvidosa devemos pensar na sífilis do aparelho urinario. Os exames endoscópicos demonstrarão donde ela póde vir: ureter, bexiga ou rins.

2.º — No diagnostico da sífilis hereditaria tardia dos rins, a reacção de Wassermann positiva e o resultado do tratamento anti-sifilitico, alem dos sintómas gerais de heredo-sífilis são os elementos de valor decisivo.

3.º — A hematuria da sífilis hereditaria tardia dos rins resiste ao tratamento e aumenta a injtensidade no inicio da terapentica. Devemos saber isto para não abandonar a medicação especifica comprometendo assim o diagnostico e a cura do mal.

4.º — A sífilis hereditaria tardia dos rins é uma molestia rara e mal conhecida.

MANUAL DE PSIQUIATRIA

com um apêndice e bibliografia catalogada

pelo

Dr. Emilio Mira y López

Professor de Psiquiatria na Faculdade de Medicina do Universidade de Barcelona
Forma um volume in-8º, com 758 paginas, caprichosamente impresso, ilustrado com 63 figuras no texto. Pregos: brochura 36 pesetas, encadernado 40 e 42 pesetas. Salvat Editores, S. A. 41 — Calle de Mallorca — 49. Barcelona.

Esta obra constitui o primeiro trabalho espanhol de conjunto sobre a difficil e complexa ciencia psiquiatrica que aparece em nossa época. Ha muitos anos já que o formidavel impulso de investigação psi-

quiátrica se mantinha limitado aos especialistas no campo dos trabalhos monográficos, sem se atrever a publicar uma exposição sistemática e completa do seu campo de ação. Por isso na Espanha se limitavam a pleitear e a aceitar, como o menor dos males, as traduções dos manuais de psiquiatria estrangeiros; esta conduta oferecia o grave inconveniente de fornecer aos estudantes e ao povo médico espanhol idéas exóticas, obtidas pela observação de casos de estrutura mental diferente da nacional. Por isso é de aplaudir o esforço titanico de compôr um manual de psiquiatria genuinamente espanhol, quer dizer, que seja um fiel reflexo da ciência psiquiátrica nos países de língua castelhana, sem deixar de levar em conta o que ha de mais relevante e atual nas concepções mundiais, tarefa levada felizmente a cabo pelo Dr. Emilio Mira y López, professor universitario desta ciência na Faculdade de Medicina da Universidade de Barcelona.

A apresentação material é muito boa, como já nos acostumou a casa Salvat.

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES POPRICO E CHALMIDOGRILO, SUPERSATURADOS DE LIPIDES TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA e AMOSTRAS a DISPOSIÇÃO DA CLASSE MEDICA

PIO, MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

Notas terapeuticas

THERAPEUTICA DAS GONOCOCCIAS

Dr. *Carvalho Barbosa* — Publicações Medicas, anno VI, n.º 8, março de 1935.

Vasta é a terapeutica das gonococcias. *Carvalho Barbosa*, que é Assistente do Serviço de Cirurgia da Policlínica do Botafogo — Rio de Janeiro, dá-nos um trabalho de cunho eminentemente pratico onde, em traços geraes, esquematiza a orientação moderna em relação á terapeutica das blenorragias. Agrupa-a, á moda de Bertoloty, em: a) Therapeutica hygienica; b) Therapeutica Geral; c) Therapeutica local.

A) Em Therapeutica hygienica dá normas de regimes alimentares e conductas de hygiene.

B) Em Therapeutica geral fala das:

1.º medicação especificas: vaccinas. Aconselha o seu uso precoce, intramuscularmente nos casos communs e, endovenosamente, nas complicações. A vaccina mais usada pelo A.: neodmagon.

2.º medicações inespecificas — saes de prata (electragol, collargol) e proteinoterapia (dmelcos, protinjectol, etc.).

3.º medicações chimiotherapicas — acridinotherapia (gonacrine, rivanol, tryptaflavina, etc.). O A. dá suas preferencias á gonacrine (chloromethylato de diamino-acridina), usando-a endovenosamente nas doses de 1/200, 1/100 e 1/50 de 5 a 20 cc., espaçando-se de 48 horas entre si. Sua orientação é para que se use a gonacrine endovenosa nos casos de blenorragia, super-aguda, quando qualquer tratamento topico não é supportado pelo doente. Lógo, porem, que os phenomenos de hypersensibilisação desappareçam, indica passar immediatamente á therapeutica local.

C) Em Therapeutica local trata dos:

1.º Agentes mecanicos (beniqués, dilatador de Kollmann, massagem).

2.º Agentes physicos (calor, quer como banhos quentes, lavagens mornas, alta frequencia, galvanocauterio, quer principalmente como diathermia).

3.º Agentes chimicos. Estes ultimos elle os agrupa em medicamentos por *via buccal* (bicarbonato de sodio, urotropina, benzoato de sodio, salol, brometos, camphora, balsamicos — sandalo, cobahyba, cocantes — neotropina, pyridium) e em medicamentos de *uso local* (permanganato de potassio, argyrol, protargol, nitrato de prata, oxycyaneto de mercurio, sublimado corrosivo, permanganato de zinco, sulfato de zinco, sulfato de cobre e gonacrine).

Para mostrar, por exemplo, o modo pratico utilizado pelo A. em sua exposiçãõ, valerá a pena transcrever a norma para o tratamento da blenorragia aguda e chronica pela gonacrine:

Tratamento bortivo	}	Instillações de sol. de gonacrine a 3, 4, 5% de accordo com a receptividade individual, 2 vezes ao dia durante 3 dias; nos 5 dias que se seguem uma instillação apenas.
Urethrite anterior superaguda	}	E' o unico estado da blenorragia que a gonacrine é usada por via venosa, dada a extrema sensibilidade da urethra a qualquer tratamento topico. No entanto, logo que os phenomenos de hypersensibilisação desappareçam, passar immediatamente ao uso das lavagens.
Urethrite anterior aguda	}	Lavados de solução de gonacrine a 1/4.000, 5.000, ou 6.000, conforme a receptividade individual. Observar de 5 em 5 dias uma pausa nas lavagens á base de gonacrine; fazer durante 2 dias lavados com permanganato de potassio. Controlar de 5 em 5 dias a secreção urethral, por intermedio do microscopio.
Urethrite posterior aguda e ble- norragia chronica	}	Lavados com a mesma solução empregada no caso precedente, observando-se a mesma conducta e o mesmo controle microscopico.

O A. frisa que, com as dosagens acima indicadas das soluções de gonacrine, obteve resultados plenamente satisfactorios. Resaltem-se as 12 observações citadas pelo A. em seu trabalho e que por elle foram consideradas das mais interessantes da sua clinica.

O melhor elogio que se possa fazer ao trabalho de Carvalho Barbosa é de que elle merece leitura attenta em seu proprio original.

INJEÇÕES LOCAIS DE INSULINA NAS ULCERAS CRONICAS

J. T. 52 anos.

RESUMO DO HISTORICO DA DOENÇA — Após uma ligeira escoriação na perna esquerda, consecutiva a um pequeno golpe, appareceu uma ulcera de 3 a 4 cms. de diametro, bordos elevados e o fundo apresentando pús; iniciado o tratamento local, desapareceu o pús, persistindo constante irritação. Durante 11 mezes de doença, teve acessos de erisipela. Ausencia de elementos anormais na urina em varios exames feitos.

DIAGNOSTICO — Ulcera atonica.

TRATAMENTO — Iniciado pelas vaporisações locais de Fenosalil.

que foram feitas durante 10 meses, sem interrupção. Tratamento geral visando a sífilis sem resultados apreciáveis. Outras aplicações tópicas sob a forma de pomadas e pós secativos, sem resultado. Por ultimo, aplicações de INTO-INSULAN em injeções peri-ulcerosas, num total de 80 unidades (10 U. diarias). Aplicações tópicas á base de Ectogan. Repouso. Cura definitiva em 25 dias. Cicatrização perfeita, ausencia de linfangite datando de 3 meses.

A) *Dr. Renato Teixeira.*
Baía, 6—11—34.

O reumatismo muscular, neurite, ciatica, lumbago, torticolis, assim como todas as outras formas de fibrosite, são molestias que incapacitam a muita gente, em todas as atividades da vida moderna.

No tratamento fisico desses estados, a Antiphlogistine, melhor que qualquer outra medida, proporciona ao paciente o maior alivio, pelo calor uniforme que mantém durante muitas horas.

Normaliza a circulação local do sangue e da linfa, melhora a inflamação e a congestão, reduz a dôr, e facilita os movimentos na parte afetada.

As suas qualidades terapeuticas, com a vantagem da sua constituição plastica e adesiva, contribue muito para que o paciente possa atender diariamente á sua occupação.

O mais energico medicamento contra
os **espasmos dolorosos** do
pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios
(asthma), dos ureteres, do utero, etc.

ATROVERAN
SEM ENTORPECENTE

Á base de papaverina, belladana, meimendra e boldo.
XX a XXX gettas per 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

Bibliotheca da Sociedade de Medicina

Franqueada aos socios, diariamente das 10 ás 12 horas e das 15 ás 17 horas, na sede da Sociedade á rua dos Andradas 1493, 1.º andar. Acham-se á disposição para consultas, as seguintes revistas, que são recebidas regularmente:

São Paulo

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia
Arquivos de Biologia
Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo
Folia Clinica et Biologica
Gazeta Clinica
Medicina Practica
Novoterapia
Pediatria Practica
Publicações Medicas
Revista da Associação Paulista de Medicina
Revista Oto-Laringologica

Rio de Janeiro

Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria
Arquivos de Pediatria
Boletim do Sindicato Medico Brasileiro
Brasil Medico
O Hospital
Imprensa Medica
Jornal de Pediatria
Jornal de Sifilis e Urologia
Revista da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro
Revista Siniatrica
Revista Clinica e Farmaceutica
Revista Brasileira de Cirurgia
Revista Brasileira de Tuberculose
Revista de Ginecologia e D'Obstetricia
Revista Medico-Cirurgica do Brasil
Revista de Medicina Militar
Revista Therapeutica
Resenha Clinica Cientifica
Vida Medica

Florianopolis

Arquivos Catarinense de Medicina

Porto Alegre

Arquivos de Clinica Oftalmologica e Otorrinolaringologica
Justica
Revista de Radiologia e Clinica

Fortaleza

Ceará Medico

João Pessoa

Medicina

Belo Horizonte

Revista Medica de Minas

Recife

Arquivos de Cirurgia e Ortopedia
Revista Medica de Pernambuco

São Salvador

Revista Medica da Bahia
Bahia Medica

Argentina

Arquivos de Clinica Oftalmologica — Buenos Aires
Arquivos Argentinos de Pediatria — Buenos Aires
El Dia Medico — Buenos Aires
La Prensa Medica Argentina — Buenos Aires
Revista de Criminologia, Psiquiatria y Medicina Legal — Buenos Aires
La Semana Medica — Buenos Aires
Revista Medica — Cordoba
Revista Medica Latino-Americana — B. Aires

Equador

Anales de la Sociedad Medico-Cirurgica del Guayas — Guayaquil

Uruguai

- Arquivos Uruguaios de Medicina, Cirurgia e Especialidades — Montevideo
 Arquivos de Pediatria do Uruguai — Montevideo
 Revista de Tuberculosis — Montevideo

França

- Archives Hospitalière — Paris
 Bulletin e Memoires de la Société de Médecine de Paris — Paris
 Bulletin Medical — Paris
 Concours Medical — Paris
 Gazette Hebdomadaire de Sciences Médicales de Bordeaux — Bordeaux
 Gazette de Hopitaux — Paris
 Journal Médical Français — Paris
 Journal des Sciences Médicales de Lille — Lille
 L'Information Médicale — Lille
 L'Analyse Le Nouvel Argus Medical — Paris
 Journal de Médecine de Lyon — Lyon
 Journal de Médecine — Bordeaux
 Marselhe Médical — Marselha
 Paris Médical — Paris
 Philosophons — Paris
 La Presse Médicale — Paris
 Revue Therapeutique des Alcaloides — Paris
 Revue Moderne de Médecine et de Chirurgie — Paris
 Revue Médicale de L'Est — Nancy
 Strasbourg Médical — Paris

Italia

- Bolletino dell'Istituto Sieroterapico Milanese — Milano
 La Pratica Pediatrica — Milano
 Rassegna Medica — Milano
 La Rassegna di Clinica Terapia e Scienze Affini — Roma
 La Rivista Medica — Milano
 Terapia — Milano

Est. Unidos

- Bolletim de La Officina Sanitaria Pan-americana — Washington

Canadá

- Bulletin de la Société Médicale des Hopitaux Universitaires — Quebec

Belgica

- Bruxelles Médical — Bruxelles
 Le Scapel — Bruxelles

Espanha

- El Siglo Medico — Madrid
 La Clinica — Barcelona
 Ecos Espanhois de Dermatologia e Sifiliografia — Madrid

Perú

- La Cronica Medica — Lima
 La Reforma Medica — Lima
 Revista Medica Peruana — Lima

Cuba

- Cronica Medico Quirurgica de Havana — Havana

Mexico

- Gazeta Medica de Mexico — Mexico D. F.
 Revista Mexicana de Biologia — Mexico D. F.

Venezuela

- Gaceta Medica de Caracas — Caracas

Inglaterra

- The Lancet — Londres
 Maine Medical Journal — Portland

Portugal

- Lisboa Medica — Lisboa

Colombia

- Revista Medica de Bogotá — Bogotá