

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1934

PRESIDENTE

GABINO DA FONSECA

Cirurgião dos Hospitais

VICE-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. Cirúrgica

DIREÇÃO CIENTÍFICA

R. de PRIMIO

Docente e chefe de Lab. de
Parasitologia

JACI C. MONTEIRO

Doc. Chefe de Cl. Cirúrgica

SECRETARIO DA REDAÇÃO

ADAIR EIRAS DE ARAUJO

REDADORES

FOGUEIRA 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

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originaes

VIDAL DE OLIVEIRA — Aspectos actuaes da Amebiase	Pag. 465
AMERICO VALERIO — Colites espasmodicas	481

Sociedade de Medicina

Ata	483
-----------	-----

Assuntos cientificos

Assuntos cientificos	485
----------------------------	-----

Notas terapeuticas

LECERCLE — Fracturas da base do craneo e propidon	486
---	-----

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

Aspectos actuaes da Amebíase

por

Didal de Oliveira

Senhor Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.
Senhor representante do Governo do Estado.
Meus collegas.

Quero inicialmente congratular-me com os illustrados collegas aqui presentes pela realização deste Congresso Medico Syndicalista, de que estas jornadas medicas são o complemento necessario, pelo esforço que representa.

A direcção do Syndicato Medico do Rio Grande do Sul e da Sociedade de Medicina de Porto Alegre; particularmente aos profs. Thomaz Mariante, Plínio da Costa Gama, Gabino Fonseca, apresento, e nisto penso traduzir o sentimento unanime da classe medica Sul Riograndense, as mais calorosas felicitações e a segurança da nossa inteira solidariedade á cruzada meritoria do reerguimento do gremio profissional, em que tão afanosamente estão todos empenhados.

Quero tambem que me seja permittido aproveitar a oportunidade excepcional que se me offerece para testemunhar ao culto corpo medico desta capital a minha profunda gratidão, pelo acolhimento fidalgo que me tem dispensado, não me regateando atenções e demonstrações inequivocas de amizade e boa camaradagem.

Senhores.

Por suggestão imperativa dos amigos que aqui me fiz e que traduz mais fielmente os sentimentos de leal e sincera amizade, que um exacto conhecimento de minhas possibilidades; estimulado além disso pelo vosso exemplo, de pioneiros que sois da elevação cultural do Rio Grande do Sul, cobrei animo para trazer-vos um pequeno trabalho que outro valor não tem mais do que procurar vulgarisar os novos aspectos da amebíase, bebidos na lição dos mestres que se vem occupando do assumpto e de minhas proprias observações em mais de dez annos consagrados ao estudo da questão.

Não me conduz a mais leve pretensão de vos dizer coisas novas, pois que sei que tudo que aqui vos digo, já foi melhor dito por outros; tudo que pretendo é deter vossa attenção para um capitulo interessantissimo da Pathologia regional que por sua importancia deve preoccupar os medicos e scientistas sobre cujos hombros pesa a responsabilidade da saúde de nossos conterraneos.

Os trabalhos que vêm sendo publicados no mundo scientifico nestes ultimos vinte annos, têm posto em fóco a AMEBIASE, com as difficuldades do diagnostico pela abundancia e multiplicidade das fórmulas anômalas, e a todos surpreendido com a evidencição de sua frequencia verdadeiramente insolita, ultrapassando de muito o que se imaginava.

Aqui no Rio Grande do Sul, os trabalhos de Olintho de Oliveira, de Basil Sefton, de Octavio de Souza, recentemente a notavel monographia de Nino Marsiaj, e, se nos é permittido a referencia, um estudo que a respeito apresentamos ha dez annos passados á Sociedade Médica de Livramento, têm chamado insistentemente a attenção do corpo médico para esta molestia que começa a impressionar clinicos e auctoridades sanitarias de varios paizes.

Do trabalho acima referido de Nino Marsiaj, o qual constitúe um dos estudos mais completos que conhecemos entre nós sobre o assumpto, destacamos uma citação de Castex e Greenway, em que transcrevem palavras de profissionaes americanos que asseguram que só em 1933 as auctoridades sanitarias da grande republica da America do Norte, se convenceram finalmente, de que a AMEBIASE constitua "um perigo nacional".

E' possivel que não tarde muito a época em que se a classifique de "perigo universal" ao mesmo titulo que a tuberculose ou a syphilis, tal a frequencia com que é encontrada, sempre que se a procura, em todos os paizes.

Hoje a AMEBIASE não mais póde ser considerada uma molestia tropical como era descripta faz alguns decaenios, e capitulada como "molestia exotica" nos livros classicos europeus, porque está verificado que a sua geographia abrange todos os paizes do mundo, a qualquer continente que pertençam e seja qual fór a sua latitude. Aliás, a sua origem tropical era duvidosa uma vez que a améba entrevista na Hungria foi descoberta na Russia por Lösch, em um camponez vindo de Archangel.

Se por tantos annos a dysenteria amebiana foi considerada uma molestia propria ou pelo menos originaria das zonas tropicaes, foi isso devido a que a acção da améba nas regiões quentes se manifesta sob forma aguda e com uma symptomatologia violenta e caracteristica que a tornam facilmente diagnosticavel, enquanto que nos climas frios e temperados a sua feição clinica é multissimo mais apagada e incolor, sómente demonstravel com a identificação do parasita.

Não é de extranhar que a améba vegete melhor nos climas quentes, sobretudo no verão, alcançando o maximo de virulencia, por ser isso uma regra em relação á numerosos microorganismos pathogenicos, e que dahi mais violenta seja a sua acção á medida que se approxima do equador e encontre condições mais favoraveis para o seu desenvolvimento.

Entretanto, tem se verificado ultimamente que a acção nociva da améba nos climas frios e temperados é incontestavel, e até certo ponto, talvez mais perigosa pelo seu ataque insidioso mas lento e seguro, e que, não raro, se furta ao diagnostico.

Dada a nossa situação geographica, aqui no Rio Grande do Sul, onde desfructamos as vantagens de um clima ameno, poucas vezes teremos occasião de presenciar os accessos violentos de dysenteria com seu cortejo symptomatico inconfundivel. Isso entretanto pôde acontecer, senão excepcionalmente, pelo menos com diminuta frequencia. A regra entre nós é que, ou taes crises não existem, ou são apenas esboçadas, e tão rapidas em sua evolução que em grande numero de casos o paciente cura ou se julga curado, sem ter que appellar para os serviços profissionaes de um clinico e, o que é peor, sem guardar muitas vezes uma leve recordação que seja do mal que soffreu.

A importancia desta noção é capital, para que não afastemos de toda a possibilidade de uma AMEBIASE, pelo simples facto de que os dados anamnesticos não refiram no passado do doente dysenterias, colites, crises dysenteriformes.

O historico da AMEBIASE na Europa é extremamente interessante para nos fazer comprehender, não sómente o titulo de molestia exotica que se lhe dava, como tambem o porque da sua grande frequencia hoje, em opposição á sua raridade no periodo de ante-guerra.

O confronto de algumas estatisticas illustrará bem o assumpto.

Em publicação na "Presse Medicale" de 25 de março de 1914, Landouzy e Debré conseguiram reunir em França apenas 14 casos de AMEBIASE autochtones; em trabalho publicado no "Journal Medical Français" de agosto de 1919, Ravaut e Charpin asseguram que no hospital de contagiosos em Steenvoord, 17% dos doentes attingidos de perturbações intestinaes apresentaram amébas ou kystos em suas fézes.

Facto semelhante ocorre em nosso meio onde ha 15 ou 20 annos os casos de dysenteria amebiana se não constituíam raridade, eram de frequencia relativamente diminuta, enquanto que hoje, informações que nos seria facil colher nos laboratorios desta capital, evidenciam o extraordinario numero de casos positivos nas pesquisas do parasita, mostrando-nos a frequencia insolita da molestia. E mesmo assim estamos seguros que numa pesquisa systematica em todos os doentes de symptomatologia digestiva, e mesmo em individuos aparentemente sãos, os casos positivos seriam ainda muito mais numerosos.

Dobell e seus collaboradores na Inglaterra, procedendo a exames systematicos encontraram sobre 3.000 individuos não tendo nunca sahido das Ilhas Britannicas e não dysentericos, uma percentagem de 3,4% de portadores de kystos, isso verificado em uma unica pesquisa.

Carter, Mackinnon, Mathews, Smith e outros mestres da Escola de Liverpool, obtiveram uma percentagem de 11 a 12% praticando 3 exames successivos, elevando-se essa percentagem a 18% com seis exames, e acreditando os pesquisadores que a cifra verdadeira deve alcançar de 20 a 23%.

Dopter, no seu artigo "Dysenteria amebiana", do Nouveau Traité de Médecine, attribue a diffusão da molestia em solo francez ao contágio proveniente das tropas coloniaes já contaminadas, quando de sua passagem pela França e estadia no Front.

Parece-nos pouco solida esta affirmação diante de uma segunda estatística de Ravaut e Charpin, já então organizada em Marselha, em que os auctores discriminam a percentagem dos casos positivos segundo a sua proveniencia.

Dizem elles que assim se distribuem :

Evacuados do Oriente	19,5 %
Coloniaes	25,0 %
Doentes do front francez	15,0 %
Doentes do interior	27,3 %

E accentuam que a maior percentagem de casos positivos foi achada entre os doentes que nunca tinham sahido de França, e que na maioria nunca tinham estado nas zonas do front.

Assim sendo, seria talvez mais razoavel reconhecermos que a maior, muito maior frequencia da AMEBIASE nos ultimos decenios, seja naturalmente devida ao facto de ser pesquisada a améba e seus kystos não sómente nas formas classicas da dysenteria, como tambem nos doentes de syndromas digestivas, entre os quaes se recrutam as legiões das formas anômalas da AMEBIASE.

Como diagnosticar, por exemplo, AMEBIASE em individuos que nunca tiveram dysenteria, nem sequer diarrheas, e cuja symptomatologia segundo os médicos americanos, muitas vezes se reduz a dores abdominaes mais pronunciadas á noite, acompanhadas de flatulencia e constipação de ventre? (Musgrave).

É no entretanto na autopsia de alguns desses pacientes, foram encontradas no intestino grosso algumas ulcerações caracteristicas.

Porque, insistem os auctores, e todos nós temos comprovado o seu acerto, de que na caracterisação da AMEBIASE nos climas frios e temperados a syndroma dysenterica tem perdido muito de sua importancia primitiva, sendo que em numerosos casos não é encontrada nem no passado, nem no estado actual do doente.

Nas nossas observaões e na dos médicos que têm prestado sua attenção ao assumpto, constituem maioria os casos em que o symptoma dysenteria nunca existiu ou não existe, podendo-se no entretanto referir á entaméba certos phenomenos morbidos apresentados pelos doentes que em nada indicam a acção do parasita, mas demonstram a sua origem pela acção curativa do tratamento especifico.

A egualdade: améba-dysenteria, nas zonas temperadas e frias está sériamente prejudicada pela evidencia dos factos, de tal modo que as chamadas formas anômalas representam hoje a grande maioria dos casos, merecendo a qualificação de forma normal da molestia, não obstante a diversidade de aspectos clinicos. Foi porque assim pensava que Ravaut, em 1917, na "Presse Médicale", reviveu o termo AMEBIASE, até então pouco usado, substituindo-o á denominação classica de dysenteria amebiana, que não podia abranger a grande maioria dos casos.

Sómente a necessidade durante a guerra de se proceder systematicamente ao exame das fezes dos doentes de symptomatologia digestiva, empregando methodos mais sensiveis de pesquisa, entre os quaes avulta

o da Simili-homegeinisação de Barthelemy e Jacques Carles, permittiu aos auctores a identificação de grande numero de formas clinicas em que estava ausente a syndroma dysenterica.

Justifica-se, além disso, a discordancia sobre a frequencia da AMEBIASE no passado, comparada á dos ultimos annos, pela grande confusão que durante muito tempo reinou sobre o conhecimento da améba e de sua acção pathogenica.

Desde Lambl que, em 1859, em Praga, entreviu nas fezes de uma creança de dois annos de idade, atacada de dysenteria, corpusculos moveis que classificou como amébas; passando por Lewis que as verificou na India; Cumingham que, investigando na mesma região, confirma o achado, é sómente com Lösch, em 1875, que ficou definitivamente provada a presença da améba no intestino de dysentericos.

A descoberta feita na Russia é logo depois confirmada na Europa, Egypto, Asia, Estanos Unidos e aqui na America do Sul, levando Blanchard a affirmar desde 1896 que a améba era "um parasita terrível". Não obstante, persistia a duvida e surgiam controversias em torno da acção pathogenica da améba, havendo quem admittisse não ser ella a causa dos phenomenos morbidos observados, mas apenas testemunha. Ademais, a multiplicidade das amébas parasitarias do homem, de que auctores como Celli e Fiocca em 1894 identificaram cinco variedades, era de natureza a obscurecer o debate.

Em 1893, Quineke e Roos fizeram um ensaio de classificação, reconhecendo tres variedades de amébas: 1.^o — *Améba coli felis*, pathogenica para o homem e para o gato; 2.^o — *Améba coli mitis*, pathogenica para o homem e não para o gato, com kystos maiores que os da precedente, e, 3.^o — *Améba intestinalis vulgaris*, não pathogenica para o homem nem para o gato.

Pouco depois, o proprio Roos identifica as duas ultimas variedades.

E' preciso chegar a Schaudinn para se estabelecer sem contestações a acção pathogenica da améba, sendo aceita por todos sua classificação de *entaméba coli* de Lösch e *entaméba kystolitica* de Schaudinn. Mas, mesmo assim, publicações ultteriores demonstram que a descripção e as figuras de Lösch sobre a sua améba coincidem exactamente com a *entaméba kystolitica*.

Em 1907, Viereck descobre a améba tetragena que considera uma variedade da *entaméba coli*.

Finalmente, em 1911, Walker estabelece definitivamente a unidade da améba dysenterica, mostrando que *entaméba kystolitica* e *entaméba tetragena* eram phases evolutivas da mesma *entaméba*.

Despertada a attenção para a entidade nosologica e achados os meios para identifiical-a com segurança, a molestia foi perdendo s suas características primitivas, de origem e symptomaticas, e multiplicando-se assombrosamente as suas modalidades clinicas.

Ao conhecimento das localisações intestino-colicas, hepaticas, com o espectacular abscesso do figado, foram sendo acrescentadas outras suppurações, pulmonares, cerebraes, renaes; as hepatites que não chegam a suppuração, as cholecystites, as cystites, adenopathias illiacas, genera-

lisadas, simulando o Hodgkin-Paltauf Sternberg, localizações brônchicas de que apresentam numerosas observações Petzetakis, Madame Panayotou, Petridis; localizações uro-genitales, musculares, sob a forma de abscessos multiples como no caso de Scarp e Morriison, localizações splenicar, nephrites, formas generalisadas, septicemicas, etc., etc.

Todos os orgãos, todas as regiões do corpo humano hospedando a améba e soffrendo-lhe a acção pathogenica.

Creemos que com o conhecimento desta infinidade de formas pseudo-anomalas, verificadas graças ao melhor conhecimento do parasita e uma technica de laboratorio mais aperfeigoada, alem da prova therapeutica insophismavel trazida pela emetina, podemos, sem grande risco de errar, affirmar que a améba sempre foi um parasita pathogenico habitual do homem em todas as latitudes, e mais, que hoje não é mais frequente do que no passado, é apenas melhor diagnosticada. Simples differença de acção segundo os climas.

Como explicar que sendo a entaméba dysenterica pathogenica para o homem e existindo numa tão grande percentagem segundo os investigadores inglezes, não se manifeste com mais frequencia? Necessariamente, em primeiro lugar pelas formas anomalas e larvadas que só agora vamos aprendendo a identificar pela pesquisa do parasita e os resultados da therapeutica especifica, e em segundo lugar por certas particularidades do cyclo evolutivo que hoje vão sendo melhor conhecidas.

Resumindo esses conhecimentos para não sermos demasiado extensos, lembraremos apenas que está admittido que a contaminação se faz pela ingestão de kystos. Estes atravessam indemnes o estomago e chegam ao intestino delgado, onde liberam quatro pequenas amébas. Destas por copulação surge outra améba que augmenta de tamanho, tomando os caracteres da entaméba tetragena, se alimenta com os succos intestinaes e é inoffensiva para o homem. Mas se sobrevem uma modificação intestinal em que se realize uma alteração minima da mucosa, trazendo uma pequena hemorragia, immediatamente um certo numero de amébas evoluem para a forma hystolitica, tornam-se hemotophagas e adquirem poder necrosante sobre as cellulas, o que caracteriza sua acção. A symptomatologia depende, é facil deduzir-se, do numero de entamébas evoluídas e da importancia e numero das ulcerações consequentes.

De ha muito é conhecida a tendencia manifesta da AMEBIASE para a chronicidade, mas se admittia, de um modo geral, que, iniciando-se por uma phase aguda de dysenteria, a phase chronica se estabelecia pela alternancia de periodos de constipação de ventre, com periodos de evacuações diarrheicas, offerecendo estas o aspecto caracteristico das da phase aguda.

Esta crenga não contribuiu pouco para o desconhecimento da AMEBIASE nos numerosos casos em que não havia dysenteria inicial, habitual ou periodica, nem mesmo diarrheas vulgares. Entretanto, avultam os casos positivos quanto á améba — formas vegetativas ou kystos — em que o doente soffre permanentemente de constipação de ventre, melhorando senão curando com o tratamento especifico.

Casos como estes nos fazem enfrentar dificuldades de diagnostico que sómente a convicção da frequencia extrema da molestia, ajudada pelo conhecimento das chamadas formas anômalas e o auxilio do laboratorio, nos permittirá desmascarar um mal que desafia o nosso desejo de acertar.

E', pois, este um ponto que deve ser firmado: o de que a ausencia de crises dysenteriformes, quer no inicio, quer na evolução da molestia, não exclue a possibilidade de uma AMEBIASE.

Mathis, de cujos trabalhos colhemos alguns dados para esta exposição, no seu artigo "Amebiase" da Collecção Brouardel-Gilbert-Carnot, comparando o resultado das estatísticas inglezas e norte-americanas ao numero de casos de dysenteria amebiana, conclue que nos climas europeus a entamêba dysenterica não encontra condições necessarias para o seu desenvolvimento e para exercer sua acção nociva.

Nada nos informa porem sobre a hygidez dos pacientes observados, contentando-se em assignalar apenas a ausencia de dysenteria. Referindo-se, porem, ás formas frustas, diz elle: "Todas essas formas não modificam sensivelmente o estado geral, e o individuo continua a se entregar aos seus quefazeres habituaes. Quando porem ellas se prolongam, acabam por determinar emmagrecimento, perda de forças, consequencia da perturbação das funcções digestivas e da má utilização dos alimentos, dos quaes alguns são mal tolerados".

Não nos parece que esta conclusão do mestre justifique a affirmacão da não nocividade da entamêba nos climas europeus. E cremos que esta ultima affirmacão, quer lá, quer entre nós, se destrua por completo á medida que a molestia se torne mais bem estudada, maxime no que diz respeito ás perturbações humoracs de grande importancia, embora com a manutenção de um estado de saúde apparente.

Outro aspecto que os estudos modernos, baseados em observações rigorosas, têm trazido á luz, é o que diz respeito á localisação primitiva do parasita em outros orgãos que não o tubo gastro-intestino-colico.

Naturalmente esta affirmacão sómente pôde ser feita depois de um estudo exhaustivo em que, quer pelos exames de laboratorio, quer pela endoscopia rectal ou pela tubagem duodenal aconselhada por Broquet e os americanos Boyers, Kofoid e Swezy, se verifique a ausencia total de amêbas ou kystos no tubo digestivo.

Sendo indiscutivel que a localisação digestiva é a mais frequente de todas, distanciando-se das demais, não é menos verdade que outras localisações primitivas têm sido verificadas, com exclusão da localisação intestino-colica-hepatica habitual.

E' o que parece verificado em certas cystites amebianas observadas por Petzelakis, cholecystite amebiana, caso referido por Tanon e Traubaud, bronchites primitivas com pesquisa positiva de kystos e formas vegetativas na expectoração e negativa nas lézes, segundo observações de madame Panayotatou.

Seja qual fôr, porem, a porta de entrada da amêba e sua localisação inicial, o que nos deve interessar acima de tudo é o conhecimento de que as manifestações morbidas para o lado do tubo digestivo pôdem ser

nullas ou insignificantes, emquanto que as manifestações em outros órgãos e tecidos caracterizam o quadro clinico.

Esta noção que devemos ao trabalho paciente e esclarecido de numerosos investigadores, foi magistralmente desenvolvida pelo prof. Guido Izar na sua magnifica obra "As metastases amebianas", de cujo estudo resulta a convicção de que, mais do que uma molestia local, é a AMEBIASE uma molestia geral com manifestações multiplas e desconcertantes, induzindo não raro em erro o clinico desprevenido.

São estes novos conhecimentos que decorrem das observações dos auctores que tiveram oportunidade de examinar, acompanhar, tratar e revêr os seus numerosos casos de AMEBIASE, que impõem uma nova concepção da molestia, concepção retardada no seu conhecimento, pelas hesitações decorrentes da noção, segundo a qual o que caracterizava a molestia, era o aspecto dysenteriforme das dejeções.

A noção da virulencia da améba segundo as condições climatéricas e segundo outros factores individuais, como a fadiga extrema, a depressão nervosa do tempo de guerra, a má alimentação, ataques anteriores, permite estabelecer duas grandes variedades da molestia, uma se enquadrando nas descrições classicas da dysenteria amebiana, outra mascarada, com ou sem surtos diarrheicos, constituindo a fórma que determinou a adopção do termo geral de AMEBIASE, e que é a fórma habitual observada nos climas frios e temperados.

Na primeira forma a améba age localmente pela sua acção hystolitica, chegando muitas vezes — e normalmente nos climas tropicaes e em condições vantajosas de vegetação — á formação de abcessos, só ou por associações com pyogenos.

Na segunda cathgoria de casos, alem da acção destructiva sobre os tecidos em que se alberga, ella parece exercer uma acção á distancia cujo estudo deve chamar a attenção dos investigadores.

Ravaut, a quem se deve sempre recorrer em tudo o que diz respeito á AMEBIASE, nos seus notaveis trabalhos em que estuda as formas de infecção generalizada, emite hypothese extremamente interessante como a da secreção de toxinas pela entaméba. Admittindo quatro typos para essas formas generalizadas, elle os classifica de: — typo septicemico; typo cholericforme; typo typhico; e typo enteritico, este ultimo bem descrito por Bloch. Todos estes quatro typos têm como symptoma fundamental a hyperthermia notavel e hemocultura negativa, mas, especialmente o typo cholericforme apresenta uma insufficiencia supra-renal indiscutivel, traduzida por uma symptomatologia caracteristica e confirmada pelo successo da therapeutica pela adrenalina.

Esta acção á distancia, sem localisação sobre a glandula e tão favoravelmente influenciada pela administração de adrenalina, com, alem disso, a hyperthermia, é que leva o grande mestre francez a admittir que a améba secreta toxinas diffusiveis, porquanto toxinas necrosantes para os elementos cellulares com que está em contacto já não faz duvida a sua existencia.

Esta hypothese parece perfeitamente justificavel e é de lamentar que a copro-cultura da améba não tenha dado ainda resultados plena-

SEM IODO

Sem reacções
congestivas ou Thyroideas

SUBSTITUE O IODO

RHOCYA

RHODANATO DE POTASSIO PURO

BIBLIOGRAPHIA

DR. FINEBERG - (America do Norte) - PROF. LOEPER - DR. BENICHOU -
DR. CLAPIER, - DR. VERNE - DR. SIMONNET - DR. BINET - (França)

HYPERTENSÃO ARTERIAL

SCLEROSES PULMONARES

SCLEROSES VASCULARES

SCLEROSES VISCERAES

NENHUMA INTOLERANCIA

AMOSTRAS
SOB PEDIDO

AMOSTRAS
SOB PEDIDO

Unicos Distribuidores

Rua Alfandega 114 - R. AUBERTEL & CIA L^{DA} - CAIXA 1344 - RIO

Aviso

As colunas dos „Arquivos” estão ao dispôr dos srs. medicos quer do Estado como de outras partes do País.

Os artigos devem ser datilografados e acompanhados do respectivo resumo e, si possivel, de conclusões.

A Redação não assume a responsabilidade dos conceitos emitidos nas colaborações.

Os autores de artigos terão direito á 5 exemplares e as „separatas”, no caso de as solicitarem, correrão por conta dos mesmos que se entenderão diretamente sobre o assunto, com a tipografia editora dos „Arquivos”.

A partir de Fevereiro
O
Antipiogeno Bruschetti
custará menos 7\$000
por caixa de 5 ampolas

Correspondendo á honrosa preferencia dispensada aos seus produtos, pelos Srs. Medicos de todo o Brasil, e desejando com eles colaborar, permitindo uma mais larga prescrição aos seus elientes de posses modestas, o Laboratorio Bruschetti aliou os seus esforços aos de seus representantes, conseguindo uma redução sensivel no custo de seus produtos.

Assim, apraz-nos comunicar aos senhores medicos, que, a partir do mês de Fevereiro, os produtos Bruschetti serão encontrados á venda, aos novos preços, sendo que o ANTI-PIOGENO com uma redução de 7\$000 por caixa de 5 ampolas.

ANCONA LOPEZ & C.

mente satisfactorios, não obstante a communicação de Guérin e Pons que affirmam que usando o meio de Book e Drbohlav, modificado por elles, obtiveram culturas de amébas, e muitos outros autores que tambem tiveram insuccessos.

Por sua vez, Jacques Carles, em 1921, estuda longamente o futuro dos amébioticos, admittindo cinco eventualidades:

- a) a AMEBIASE cura completa e definitivamente;
- b) ella cura completa e definitivamente, mas deixa atraz de si sequellas não parasitarias;
- c) conserva-se em estado sub-agudo ou chronico por insufficiencia de tratamento;
- d) complica-se de accidentes multiplos, imprevistos e de gravidade variavel;
- e) não cura nunca.

Estudando a segunda eventualidade, a que diz respeito á cura completa com desaparecimento de formas vegetativas e kystos, mas com permanencia de lesões irremediaveis da mucosa intestinal e ganglios de Meissner e Auerbach, com celalgias, pulsações epigastricas dolorosas á pressão, espasmos permanentes do cólon sigmoide e talvez, embora não o mencione o auctor, diverticulose da alça sigmoide, que transformam o paciente curado de AMEBIASE, num "eclopé" do intestino, — elle explica esse estado por uma "sympathose" definitiva que sobreviveu ás reacções inflammatorias.

Se alludimos a uma possivel diverticulose motivada pelo enfraquecimento ulceroso e cicatricial da mucosa e favorecida ainda pelo espasmo sigmoideo permanente, é porque tivemos oportunidade de assistir a um doente em que o diagnostico de diverticulite em um amebiasico se impoz, confirmado pela intervenção cirurgica.

Aliás, na 5.^a série das suas admiraveis Lições de Clinica Médica, no capitulo "Diverticulite", o sabio professor Annes Dias, quer em uma de suas observações, quer descrevendo no texto a fórma colitica da diverticulite, verificou a presenca de amébas no intestino dos doentes, não se manifestando a respeito da provavel acção pathogenica da améba no caso, por se limitar ao estudo da lesão constituida, com a indicação cirurgica immediata.

Conhecida porem a acção hystolitica do parasita e tambem a constancia do espasmo colico consequente, se se tiver presente a anatomia pathologica das lesões sigmoidianas na AMEBIASE, de que Mathis e Dopfer nos deram um estudo completo, torna-se facil estabelecer relações de causa e effeito, podendo-se attribuir á AMEBIASE quando ella existe a genese da diverticulose e os accidentes inflammatorios dos diverticulos que pôdem chegar á perfuração, formação de abcessos e peritonites.

Essas observações são de grande interesse clinico pela contribuição que pôdem trazer para a therapeutica preventiva e curativa da diverticulose com diverticulite, permittindo talvez deter a molestia antes do apparecimento de accidentes graves.

Dentre os novos aspectos da AMEBIASE estudados depois que o conhecimento das fórmulas anômalas estendeu o quadro da moléstia, avulta pela sua constância e intensidade o estado nervoso do doente que vai desde a irritabilidade maior até a psychopathia já da esphera do psychiatria. Desde que começamos nossas observações sobre as fórmulas anômalas da AMEBIASE, impressionou-nos profundamente o psychismo dos nossos doentes. Verificamos que em seu excellento trabalho, o eminente dr. Nino Marsiaj, por sua vez, assignala em suas estatísticas a constância e intensidade das repercussões nervosas que se apresentam em 93,4% dos casos.

Poderia parecer isso uma constatação banal e ser tudo attribuido a um estado nervoso justificavel em qualquer moléstia.

Mas em clinica não ha phenomenos banaes, ha apenas conhecimentos deficientes que um dia se completam, desvendando-nos novos horizontes. Por isso essa constância e intensidade do nervosismo dos amebiasicos nos deve deter.

Do que expuzemos dos estudos de Ravaut e Jacques Carles resulta a necessidade de explicar a acção á distancia exercida pela améba, o que o primeiro tenta fazer lembrando uma possivel secreção de toxinas nas fórmulas agudas, e o segundo justifica pela sympathose. Demonstrada a hypothese de Ravaut para os casos agudos estaria ipso-facto demonstrada para os casos chronicos e assim se explicariam admiravelmente os phenomenos observados.

Ora, essa hypothese que mais dia menos dia pôde ser completamente demonstrada, parece-nos tão admissivel como a sympathose de J. Carles que se impõe tão naturalmente que a ninguém repugna admittil-a.

Mas, quer admittamos uma, quer admittamos a outra, ou mesmo as duas hypotheses, porque não se excluem, não basta acceital-as em bloco e seguir além. O espirito scientifico exige que usando os materiaes conhecidos se formulem novas hypotheses que imprimam rumos a novas investigações que as demonstrem ou evidenciem a sua falsidade.

A nova orientação dos estudos médicos que graças ao melhor conhecimento do metabolismo intermediario por disfunção endocrina e vago-sympathica tende a restituir ao terreno individual a importancia que lhe subtrahiu o entusiasmo da phase pasteuriana, indica o caminho a seguir para a solução dos problemas que a clinica planteia.

O aphorismo "não ha moléstias, ha doentes", que os clinicos de todos os tempos perceberam na argucia de sua observação, vai adquirindo hoje bases scientificas com o conhecimento das perturbações metabolicas que tende a se substituir á noção da especificidade das toxinas microbianas.

A influencia das mesmas causas sobre temperamentos diferentes, explica a diversidade de reacções num departamento tão sensivel como o é o systema nervoso, e sómente o exame do chimismo do sangue poderá trazer alguma luz na apreciação dos phenomenos observados.

O nervosismo verificado nos amebiasicos adquire em alguns casos tal intensidade e manifestações tão systematisadas, que exigem para

sua interpretação diagnostica, como já dissemos, a intervenção de um *psychiatra*.

No terreno exclusivamente médico, limitar-nos-emos a assignalar as modificações da nutrição que revelam perturbações funcionaes das glandulas de secreção interna, ou pelo menos accentuação de temperamentos endocriнос preexistentes.

E como essas acções se exercem permanentemente, enquanto existem amébas ou *kystos*, se admittimos a secreção de toxinas amebianas, e sempre, se reconhecemos a *sympathose* de Jacques Carles ou mesmo a concomitancia das duas *hypotheses*, é obvio que o tratamento especifico da AMEBIASE, removendo a causa, deixa no entretanto subsistir consequencias que já adquiriram individualidade e exigem *therapeutica complementar*.

Em apoio desta argumentação, data *venia*, referiremos informações que nos foram prestadas pelos *drs.* Nino Marsiaj e Helmut Weinmann a proposito de estudos a que estão procedendo, bem como algumas observações nossas que não apresentaremos na integra porque ainda incompletas — além de dados que tiramos dos trabalhos já citados.

Nas fórmias agudas generalisadas do tipo *cholericforme*, estudadas por Ravaut, bem como nas fórmias assignaladas em outra publicação em *collaboração* com Kronulitsky, os auctores estudam a insuficiencia *supra-renal* funcional. A descripção feita pelos auctores, não deixa margem a duvidas quanto á *hypo-epi-nephria*, assim como parece facil deprehender não se tratar de lesões anatomicas da propria glandula, pelo desaparecimento completo e rapido da *symptomatologia* pelo tratamento pela adrenalina, como complemento do tratamento da AMEBIASE pela *therapeutica especifica*. Outras glandulas de secreção interna parecem soffrer a acção á distancia da améba, como verificamos em relação á *thyroide*.

Em uma das nossas doentes, ainda em observação e tratamento, em consequencia de uma AMEBIASE mal tratada, pela intolerancia da paciente para todas as medicações especificas empregadas, emetina, arsenicaes sob varias formas, *yatren 105*, amebiasina e até mesmo a pasta de Ravaut, vimos que a um temperamento *thyroideu* apenas esboçado se veio substituir um *hyperthyroidismo* accentuado do tipo *pseudo-tuberculoso*: *tachycardia*; augmento da tensão arterial; febricula de 37,3 graus permanente, resistindo a toda medicação inclusive o repouso absoluto no leito; perturbações menstruaes com repetição de hemorragias logo após o periodo normal sob a influencia de qualquer exercicio; *hyperexcitabilidade* vaso motora, e em geral *tachypragia*; apenas não tendo sido feita a determinação de metabolismo basico por falta de *apparellamento* necessario. O exame radiologico auxiliado pelo exame clinico ponde afastar a ideia de uma tuberculose em evolução, não obstante aquelle referir "lesões do tipo fibroso involutivo do lobo superior direito". Por sua vez o *gynecologo* nos affirmou a integridade anatomica do *utero*.

(A proposito desta observação lembramos que seria interessante investigar se as causas da intolerancia que muitos doentes apresentam em

relação ao yatren não poderiam ser encontradas na intolerância conhecida dos hyperthyroidianos pelo iodo).

Faremos notar quanto este aspecto da AMEBIASE é extremamente difficil de ser estudado pelas condições particularissimas que o cercam, taes como a falta de conhecimento anterior do paciente, sob este ponto de vista, para a verificação de transformações que se vão operando, e que naturalmente escapam ao interessado e á sua "entourage".

O que occorre na clinica particular accentúa-se na clinica hospitalar, porque nesta em geral as condições do doente não exigem o seu internamento nem a sua longa permanencia na enfermaria.

Os drs. Nino Marsiaj e Helmuth Weinmann, com o seu profundo conhecimento da molestia, impressionados por esta face da questão, o nervosismo dos doentes, vem procedendo a estudos sobre o chimismo do sangue nos amebiasicos, que estamos seguros virão a seu tempo trazer bastante luz sobre o assumpto demonstrando sua importancia e explicando a smptomatologia nervosa desses doentes que se enquadram perfeitamente dentro das descrições da oxalemia que refere Lœper.

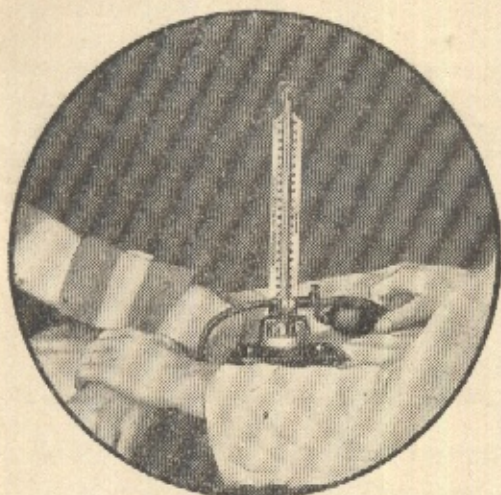
Por nossa parte, não obstante a escassez do material de que dispomos actualmente para observações, já tínhamos iniciado pesquisas nesse sentido, as quaes, se resultarem positivas num numero sufficiente de casos, nos permitirão talvez conclusões dignas de apreço.

Como estejam ainda muito em inicio estas pesquisas, para que mereçam ser apresentadas num trabalho que visa apenas a vulgarisação de alguns modernos aspectos da AMEBIASE, se a ellas fazemos referencias, vagas embora, é na esperança de despertarmos interesse por estudos orientados neste sentido. E' esse todo o nosso intuito, que de sermos attendidos, teremos chamado a attenção sobre estas particularidades, para que o esforço de cada um consiga trazer uma contribuição para o esclarecimento do assumpto.

Se em medicina os factos positivos são os elementos decisivos para as construcções duradouras, não devemos entretanto negar a nossa sympathia a hypotheses mais ou menos fundamentadas que se nem sempre se crystalisam posteriormente em verdades incontestaveis, revelam sempre, apezar disso, um esforço notavel e o desejo meritório de arrancarmos á natureza os seus segredos.

A titulo informativo, para bem evidenciarmos as difficuldades de diagnostico que assoberbam o clinico deante de certas formas mascaradas da AMEBIASE e tambem como subsidio para a argumentação que estamos desenvolvendo com o fim de firmarmos os novos aspectos da molestia, apresentamos aqui um extracto da observação do primeiro caso que nos chamou a attenção para as formas anômalas do mal que estamos estudando.

L. . . . 32 annos, casado, examinado em 23 de abril de 1924. Antecedentes hereditarios: pae fallecido em idade avançada, mãe viva, quatro irmãos sadios e um curado de tuberculose pulmonar. Nenhum contacto com este. Antecedentes pessoas: sempre gozou saúde, não se lembrando de ter estado jamais doente. Interrogado insistentemente sobre qualquer accesso dysenterico no seu passado, mesmo na adolescencia e in-



Iodo-Calcio-Diuretina «Knoll» na Hypertensão

Asthma cardiaca • asthma bronchica • angina de peito •
dyspnea cardiaca chronica • esclerose dos vasos cere-
braes • aortite syphilitica • prophylactico contra os
ataques do homem de idade superior a 40 annos.

Doses: 1—2 comprimidos, 3 vezes ao dia, depois das refeições.
Embalamentos originaes: Tubos de 20 comprimidos.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN SOBRE O RHENO
FABRICAS DE PRODUCTOS CHIMICOS
(ALLEMANHA)



Para amostras e literaturas é favor dirigir-se a Caixa Postal, 1469.
Rio de Janeiro.

GONOTRAT

Constitue, nestes ultimos tempos, a maior aquisição do arsenal urológico. Infelizmente, por maior que seja o desvello dos Srs. urologistas pelos seus clientes, surgem frequentemente as desagradaveis orchiepididymites. Não se pôde incriminar, por isso, ao medico, ou mesmo a uma inadvertencia do doente. O que cumpre fazer é promover a cura do mesmo.

O calcio, o cianureto de mercurio, a proteinotherapia, a physiotherapia, tudo baqueia diante da acção immediata e especifica do GONOTRAT. O tratamento local, supprimindo immediatamente o phenomeno dôr e condicionando o descongestionamento, trazendo consequentemente a involução da complicação. Caixa com duas empolas de 2 cc.

Literatura e amostras a disposição dos Srs. clinicos no DEPARTAMENTO DE PRODUCTOS SCIENTIFICOS, Matriz, á Av. Rio Branco 173—2.º, Rio de Janeiro e Filial, á Rua S. Bento 49—2.º S. Paulo.

fancia, negou peremptoriamente que jamais tivesse soffrido de desarranjos intestinaes. Bom appetite, bôa digestão. Ventre funcionando normalmente. Estado actual: Apresenta-se ao exame por se ter repetido na vespera um facto que lhe occorreu faz dois mezes. Diz elle que naquella data, sem nenhum motivo plausivel, sentiu dôr fortissima na fossa illiaca direita, propagando-se essa dôr até o epigastrio onde se localizou por espaço de uma ou duas horas. Findo esse tempo sentiu-se perfeitamente bem, sómente se renovando o incidente no dia anterior á consulta e nas mesmas condições. Afóra isto, goza perfeita saúde que o seu physico não desmente.

O exame minucioso dos varios aparelhos, respiratorio, circulatorio, genito-urinario, nada revelam de anormal. Reflexos pupillares á luz e á acomodação e reflexo patellar exaggerados. Fígado de dimensões normaes. Nervosismo evidente. Todo o interesse do exame está na fossa illiaca direita, onde á palpação profunda, tornada facil pela perfeita depressibilidade da parede muscular, se consegue apprehender um tumor volumoso, cylindrico, de 10 centimetros de comprimento, muito pouco doloroso e movel. Nada para o resto do colon ascendente, transverso, descendente, illiaco. Repetido o exame no dia seguinte na esperança de colher novos indicios orientadores, nada se consegue alem do que já foi referido. Na falta de investigações de laboratorio, de que carecia o meio, e pela escassez de dados colhidos, não foi feito diagnostico. Sendo uruguayo o doente e residindo sua familia em Montevidéo, para lá se transferiu, consultando um professor da Faculdade, primaz da clinica. Submettido aos exames indispensaveis, o Wassermann foi negativo, exame do sangue normal, quanto a globulos brancos, verificando-se apenas ligeiro augmento de eosinophilos, hematias e hemoglobina normal, e normal tambem o eame de urina qualitativo e quantitativo. O exame de fézes a que se procedeu por tres vezes com intervallos de uma semana, negativo quanto a amébas, fórmas vegetativas, kystos, ovos de helminthos. O exame radiologico interessantissimo, mostrava a luz do colon na região cecal e primeira porção do colon ascendente muito diminuida e afunilada para baixo. Alça sigmoide espasmodica. O appendice não era visivel.

O doente ficou sem diagnostico e em observação durante um mez, até que um quarto exame de fézes revelou a presença de raros kystos de améba dysenterica. Tratado pela emetina e narsenol, aos quinze dias desapareceu completamente o tumor cecal, ficando em definitivo curado o doente até hoje, com a pequena ressalva que o seu estado nervoso sómente depois de alguns annos se normalizou.

Ha nesta observação, entre outros pontos interessantes, a negatividade dos exames de fézes repetidos varias vezes nas condições optimas recommendadas pelos auctores, o que confirma os dizeres de Bansaude referidos pelo dr. Nino Marsiaj, no seu trabalho, os de Ravaut e Charpin, Jacques Carles, Castaigne, Françon, Paillard e muitos outros sobre uma phase negativa em que não se encontra a améba ou seus kystos. Constitúe este facto uma das maiores difficuldades para o clinico firmar seguramente o diagnostico, pela relutancia dos doentes em acceder

ao pedido de exames repetidos que se lhes afiguram inúteis por terem sido negativos os primeiros. Nessas condições justifica-se o recurso ao tratamento de prova, mais fácil de ser instituído e que embora de modo mais demorado dissipa inteiramente as dúvidas, com real proveito para o doente nos casos positivos, e sem maiores inconvenientes nos casos negativos. É o método preconizado por Castaigne nas formas hepáticas e pseudo tuberculosas que poucas vezes se deixam identificar pela pesquisa do parasita, quasi sempre ausente nas fezes.

Ao escrevermos esta exposição, não pretendemos fazer um estudo systematisado da AMEBIASE, não só por ser ella perfeitamente conhecida dos doutos collegas que nos ouvem, como tambem porque deante do trabalho magistral de Nino Marsiaj, importaria isso numa redundancia.

Tudo o que pretendemos foi despertar o interesse pelo estudo de uma molestia tão commum no nosso meio que bem merece um lugar de destaque na pathologia regional, e que, estudada nos livros europeus, que teimam ainda em apresental-a com o feitiço classico, não se nos mostra com os verdadeiros caracteres que a clinica auxiliada pelo laboratorio nos revela no trabalho diario.

Alem disto, quiz nos parecer que o cabedal de factos positivos que o labor de innumerados investigadores tem trazido ao conhecimento dos estudiosos, já permittê o estabelecimento de algumas conclusões que se impõem pela transparencia dos casos publicados.

Entre essas avulta, ao lado da sua frequencia, a noção de ser a AMEBIASE uma molestia geral, embora se verifiquem localisações evidentes, e que dentre as suas manifestações mais constantes se pôde destacar o "nervosismo accentuado" que traduz com toda a certeza a dysfunction dos órgãos ineretores e do systema vago-sympathico, cuja demonstração nos será dada pelo exame systematico do chimismo do sangue que revelará as perturbações metabolicas existentes.

Para clausurarmos este rapido estudo, julgamos poder formular, pela exposição feita, algumas conclusões cuja prioridade não pleiteamos por nos parecer muitissimo provavel já se acharem ellas contidas em trabalhos que não conhecemos, alem de se acharem seguramente em essencia nos por nós citados.

RESUMINDO DIREMOS QUE:

1.º — A entaméba hystolitica vegeta em qualquer latitude e em qualquer latitude, é pathogenica para o homem;

2.º — As manifestações mórbidas que provoca, differem fundamentalmente segundo as condições climatericas do meio e segundo particularidades individuais;

3.º — Nas zonas tropicaes e nos climas quentes a virulencia da entaméba hystolitica determina o grande accesso agudo de dysenteria, chegando facilmente ás grandes suppurações visceraes, especialmente hepatica. Nos climas frios ou temperados como o do Rio Grande do Sul, sua acção é lenta e mascarada, "camoufle" na expressão de Ravaut, manifestando-se habitualmente sob a fórma chronica;

4.^o — No nosso meio a dysenteria não é necessaria nem indispensavel para caracterisar a AMEBIASE, que em numerosos casos se installa e evolúe sem accessos dysentéricos ou mesmo qualquer diarrhéa;

5.^o — Quer pelas fórmas agudas septicemicas, quer pela sua localisação primitiva extra-intestinal, quer sobretudo por sua acção á distancia, a AMEBIASE deve ser considerada uma molestia geral com localizações visceraes ou tissulares;

6.^o — No nosso meio a AMEBIASE é quasi sempre uma molestia chronica "d'embé" e muito frequentemente a phase aguda quando existe passa inadvertida;

7.^o — A entaméba dysenterica actua localmente pela sua acção hystolitica e á distancia por transformações humoracs, provavelmente devidas á acção de toxinas ou de acções vago-sympathicas sobre as glandulas ineretoras;

8.^o — Localisando-se, inicialmente, de preferéncia no tubo digestivo, colon, ha casos comprovados de localisação inicial extra-intestinal;

9.^o — Seja qual fór a sua localisação primitiva ou definitiva, as perturbações do psychismo são constantes, imprimindo uma feição característica ao quadro clinico;

10.^o — Os phenomenos nervosos observados nos amebiasicos exigem, ao lado de diagnostico etiologico, o diagnostico physio-pathologico visando a therapeutica auxiliar indispensavel;

11.^o — A acção da AMEBIASE sobre os orgãos endocricos deixa prever perturbações metabolicas que o estudo do chimismo do sangue esclarecerá;

12.^o — Não sendo a AMEBIASE toda a pathologia do Rio Grande do Sul, ella deve no entretanto ser procurada com insistencia pela sua frequéncia desoladora, despertando o nosso interesse pela pathologia regional.

(ADDENDA)

Depois de já escripto este trabalho, tivemos oportunidade, graças á gentileza dos eminentes collegas e professores Saint Pastous e Nino Marsiaj, de lêr estudos recentes publicados alguns no "El Dia Medico" de Buenos Aires pelos prof. Castex e Greenway, Marotta e Staffieri, relatores no V Congresso Argentino de Medicina, e outro "Las localizaciones extra-intestinales de la amebiase" do titular de Clinica Medica da Universidade de La Plata, dr. David Staffieri.

No primeiro dizem Castex e Greenway: "Como se vê, es indudable la existencia de individuos infectados, sin simptomatologia manifiesta", mas logo em seguida corrigem: "Desde años atraz sostuvimos e sostenemos que los llamados portadores sanos amebianos, son enfermos con la apariencia de sanos y que tales enfermos ocultos, se hallan en un grave peligro y a su vez lo entrañan para la colectividad". E para que não paire a menor duvida accrescentam: "Hemos llegado a la conclusion, en cuanto a la morbilidad de la amebiase, que todo amebiasico es un enfermo, y debe ser tratado desde el punto de vista de la higiene individual y publica".

No mesmo artigo os auctores fazem referencias a manifestações morbidas, que não classificam sob o ponto de vista pathogenico, mas que se enquadram admiravelmente dentro das descrições feitas por Pende como característico da disfunção das glandulas de secreção interna. Mencionam tambem as manifestações nervosas e psychicas, embora não insistam como seria de desejar e como procuramos fazel-o no nosso trabalho sobre a sua constancia.

Da leitura dos trabalhos apresentados pelos mestres argentinos já citados, verificamos que na Republica Argentina, como na America do Norte, a importancia attribuida naquelles paizes á acção pathogenica da entaméba, coincide exactamente com a que procuramos affirmar no presente estudo.

E o que mais nos interessa é que na exposição feita pelos eminentes professores porteños, encontramos elementos que justificam plenamente a nossa opinião de que na AMEBIASE, e principalmente nos casos em que ha uma apparente conservação da saúde, taes portadores de kystos devem ser considerados doentes necessitados de tratamento especifico intensivo, como tambem de um tratamento auxiliar, como mencionamos, visando as manifestações nervosas e endocrinicas. De onde cremos que se justificam as opiniões que manifestamos no corpo deste trabalho e que todas tendem a chamar a attenção para as perturbações metabolicas que existem no decurso das formas chronicas da AMEBIASE, a disfunção das glandulas incretoras e a sympathose toxica ou por irritação, oriunda das lesões da mucosa, que formando circulo, e influenciando-se reciprocamente, transformam os doentes em eternos frequentadores de consultorios médicos.

Para terminar, julgamo-nos obrigados a oppôr alguns reparos a affirmações contidas no magnifico livro "Las localizaciones extra-intestinales de la amebiase", do professor Staffieri, com as quaes não estamos de accôrdo, por nos parecer que não correspondem exactamente á realidade dos factos divulgados pelos estudos e observações recentes. -

A primeira é quanto ás duvidas apresentadas por Brumpt em relação a certos trabalhos de Petzetakis e de madame Panayotatou, em que o factor tempo e distancia não permite uma apreciação impecavel, visto os preparados terem sido examinados muito tempo depois de terem sido feitos.

A segunda é quanto á negação de valor diagnostico á prova therapeutica quando não foram verificadas amébas nos exames. O processo não terá o rigor scientifico exigido pelo mestre porteño, mas de accôrdo com nossas observações que reproduzem innumeradas observações de numerosos investigadores, parece-nos aquella prova offerecer um critério sufficiente para um diagnostico exacto. Outras infecções de germes ainda desconhecido, são confirmadas pela referida prova.

Finalmente, o auctor, rejeitando a opinião dos médicos americanos, de Petzetakis e de Izar, mantem-se na doutrina classica da AMEBIASE, molestia local. Reconhecendo embora que existem ainda pontos obscuros no estudo da pathogenia, acreditamos entretanto que já possuímos elementos que justifiquem as opiniões daquelles scientists, induzindo-nos a um estudo que muito provavelmente nos levará áquella concepção.

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 principais 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 — É o tônico que possui maior numero de valiosos attestados de illustros 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

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORGULO E CHALMOGRUCO SUPERSATURADOS DE LIPIDES TOTAES DO CEREBRO

LITTERATURA e AMOSTRAS A DISPOSICÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

Tratamento da **Sífilis** em qualquer período, em adultos e crianças.

Natrol

(Tartaro-bismutato de sódio)

Espirilicida energico, hidro-solúvel, atoxico, indolor á injeção.

Magníficos resultados nas anginas agudas não específicas, conforme observação do autor do processo, Dr. Aristides Monteiro ("O Hospital", Outubro 1934).

2 c. c. = 0,038 Bi

NATROL (pomada) — Cicatrizante, espirilicida de ação local.

Na

INERCIA UTERINA

Quer no período de expulsão, quer no de livramento

RETROPHYSINA

(Extrato da lóbulo posterior da hipófise),

tem cabal indicação.

Hemorragias — Paralisia
intestinal e vesical.

EMPÓLAS

Na

INFEÇÃO PUERPERAL

Dois bons produtos L. C. S. A., que prestam aos Clínicos os melhores serviços:

UTEROCALDO — filtrado de culturas da flora genital feminina.

Vacinação local

Empólas de 5, 10 e 30 c. c.

VACINA PUERPERAL — L. C. S. A.

(Coli-estafilo-estreptococica)

Imunização geral.

Carlos da Silva Araujo & Cia. — Caixa Postal, 163 — Rio de Janeiro.
Agente em Porto Alegre — Fausto Sant'Anna — R. Siqueira Campos, 1257.
Agente em Pelotas — Bohns & Carneiro — Rua Marechal Floriano, 115.

Colites espasmodicas

por

Dr. Americo Valerio

O quadro radiologico espasmodico de todo ou parte do cólo caracteriza a colite espasmodica: transito colico retardado, incisuras profundas, perperdas de contacto da baryta, dôres á lavagem de contraste. A moldura coprologica nada tem de significativo nestas colites. O cortejo endoscopico é util. As colites espasmodicas dividem-se em primitivas e secundarias. As primitivas ligam-se ás espinhas irritantes endócrino-neuro-vegetativas. As secundarias são causadas pelas espinhas irritantes dentro e fora do intestino. A espinha irritante das colites espasmodicas primitivas é o disturbio endócrino-neuro-vegetativo, que eu englobo na rubrica — sympathóses e para-symphathóses digestivas. Para chegar ao diagnostico de colite espasmodica primitiva é necessario o maximo cuidado. Acabo de observar mais um caso. Trata-se de N., de 30 annos, solteira, normolinea. Nega lucas. Wassermann e Kahn no sangue negativos. Soffre desde os 12 annos de colite espasmodica. Porém as irregularidades do intestino são de familia. O exame clinico, laboratorial, radiologico e endoscopico de L. nada accusou quanto ao estomago, duodeno (radiographias em série), e vesicula biliar. A coprologia nega a idéa de colite muco-membranosa e parasitaria (muco, sangue, albumina soluvel- parasitas). O quadro neuro-vegetativo era manifesto: angustia precordial, palpitações, acrocyanóse, resfriamento das extremidades, desordens psychicas, vivo terreno emotivo. Havia indicios dysthyroideos: pelle espessa, dystrophia dos phaneros. Mas o metabolismo basal era apenas ligeiramente diminuido. A opherapia thyroide e hepato-enterica, o uso dos banhos de mar e a diathermia, em sessões diarias de 40 minutos, dois mezes a fio, curaram este caso de colite espasmodica primitiva, rebelde a diversos tratamentos locais e geraes. As endoscopias, radiographias em série e laboratorio, contrólam a cura. As colites espasmodicas secundarias ligam-se ás causas abdominaes (desordens dos rins, vesiculo-hepaticas, vasculo-cardiacas e gynecologicas) e entericas e extra-entericas (duodenaes, appendicitis chronicas, ptóses do ventre, desordens do recto, peri-ileo-colites, epiploites, etc.

Durante ou após as crises de colicas nephreticas e hydronephróse e pyelonephrites e nephroptóses, tenho encontrado a colite espasmodica. o mesmo nas congestões do figado, dos ethylistas e cholecystites calculosas ou sem calculos. O atheroma da aorta abdominal e disturbios irritativos dos plexos que circumdam os vasos tenho-os visto ligados ás colites espasmodicas. Metrites do colo ou corpo, salpingo-ovarites, desvios do utero, maximé retroversão, deparos causando colites espasmodicas. Ulceras do duodeno e duodenites causam colites espasmodicas e estes casos

tornam-se corriqueiros em minha clinica. As ptóses do estomago, colo e rins, sobretudo o direito, responsabilizo-as por certo numero de colites espasmodicas. Hemorrhoidas, anorectites, ulceras, fissuras, ligam-se ás colites espasmodicas e mostram-se muito frequentes em meus serviços clinicos. Acabo de observar novo caso em moça L., de 25 annos, casada, brevilinea. Nega lues e gono-blenorrhagia. Wassermann no sangue negativo duas vezes. O seu grande mal é a "colite chronica", que tem zombado de multiplas therapeuticas locais e gerais. Os exames clinicos, endoscopicos, radiologicos e de laboratorio provam-me que havia "colite espasmodica secundaria á fissura da margem do anus". A extirpação cirurgica da fissura curou a colite. As peri-ileo-colites e epiploites acarretam colites espasmodicas. Tive nova prova ultimamente. V., 19 annos, solteiro, normolineo. Nega lues e gono-blenorrhagia. Wassermann e Kahn negativos no sangue. Aos 18 annos operei-o de appendicite de repetição. Cinco mezes depois apparece-me portador de colite espasmodica. Fallo-lhe em adherencias. O enfermo fôge e volta-me ha dois mezes, muito peor da colite. Usara atropina, eserina, pilocarpina, sedativos nervosos, opotherapie diversa, sem êxitos. O inquerito clinico, radiologico, endoscopico e de laboratorio firma a causa da colite espasmodica: peri-viscerite post-operatoria. Ao moço repugna nova operação, sob o receio de novas adherencias. Affirmo-lhe o êxito absoluto, reopero-o e curo-lhe a colite espasmodica secundaria á peri-viscerite post-appendicular.

INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA



Citrobi

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
CADA EMPOLA CONTEM 0.026^{gs} DE BISMUTHO METALICO
MEDICACAO INDOLOR E ATOXICA PARA INJECCAO INTRA-MUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGIICO

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

ATROVERAN
SEM ENTORPECENTES
A base de papaverina, belladonna, meimendo e boldo.
XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

NEURILAN

*Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.*
Indicado na excitacao nervosa,
nos desequilibrios vegetativos
taquicos, palpitaçoes, insomnias,
dyspepsias nervosas.

A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo.

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

Lab.^{rio} Gross - Rio

NAO DEPRIMENTE
NEURILAN

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Praça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Sêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas



Instituto Pereira Filho

Praça Oswaldo Cruz esquina Pinto Bandeira

PORTO ALEGRE

Analyses medicas, productos pharmaceuticos
e microbiologicos

Analgyl Filper **Terbyl Filper**

(COMPRIMIDOS)

(COMPRIMIDOS)

ANALGESICO

EXPECTORANTE

SEDATIVO

BALSAMICO

ANTITHERMICO

ANTI PASMODICO

Glyco-Salyl

(EMPÓLAS)

Tricalcyl Filper

(COMPRIMIDOS)

RECALCIFICANTE

RHEUMATISMO ARTICULAR AGUDO

RHEUMATISMO CHRONICO

ARTHROPATHIAS GOTTOSAS

NEURALGIA SCIATICA

Sociedade de Medicina

Ata

Ata da sessão de 20 de Dezembro de 1935.

Presentes os socios Drs.: Adair Figueiredo, Luiz Rothfuchs, Emiliano dos Santos, Luiz Fayer, Francisca Marques Pereira, José Eboli, Edgar Eifler, Octavio Couto Barcellos, Jacy Carneiro Monteiro, Raul di Primio, Bruno Marsiaj, Sady Hofmeister, Luiz Barata, Nicolino Rocco, Florencio Ygartua, Brandão de Mello, Natal Paiva, Eduardo Assis Brasil, Jandyr Failace, Custodio Vieira da Cunha, Norman Sefton, Vidal de Oliveira, Raul Moreira, Thomaz Mariante, Mario Bernd, Coradino Duarte, Saverio Truda, Basil Sefton, Enio Marsiaj, Waldemar Castro, Leonidas Machado, Othon Freitas, Gastão de Oliveira, Eliseu Paglioli, Gabino da Fonseca, Leonidas Escobar, Carlos Bento, Alvaro Ferreira, Manuel Madeira Rosa, o senhor presidente Dr. Gabino da Fonseca declara aberta a sessão e diz que de acordo com o artigo 2 dos estatutos irá proceder a eleição dos novos dirigentes da Sociedade de Medicina (Presidente, Vice-presidente e Secretario Geral); assim como a eleição de uma comissão para dar parecer sobre um trabalho entregue na secretaria intitulado "Noções gerais relativas á função mechanica respiratoria", para concorrer ao premio "Pedro Benjamin de Oliveira".

Feita a eleição o senhor presidente convida os Drs. Alvaro Ferreira e Saverio Truda para apurarem os votos,

O resultado final foi o seguinte:

Dr. Aurelio Py	33	votos
" Thomaz Mariante	32	"
" Alvaro B. Ferreira	32	"
" Leonidas Escobar	32	"
" João Lisboa de Azevedo	24	"

Suplentes:

Dr. Anthero Lisboa	33	“
“ Luiz Fayet	33	“
“ José Flôres Soares	33	“

Passando-se a eleição da nova diretoria, verificou-se, após a contagem de votos, terem sido eleitos, para presidente:

Dr. Mario Totta, com 21 votos;
para vice-presidente:

Dr. Florencio Ygartua, com 22 votos;
para secretario geral:

Dr. João Lisboa de Azevedo, com 19 votos.

Obtiveram ainda votos os Drs. Aurelio Py, para presidente 16 votos; Ivo Corrêa Meyer, 16 votos para vice-presidente; Raul di Primio 17 votos, Octavio Couto Barcellos, 1 voto e Saverio Truda 1 voto, para Secretario Geral.

Foram propostos para socios efetivos os Drs. Carlos Brito Velho, pelo Dr. Thomaz Mariante e Carlos Carrion pelo Dr. Custodio Vieira da Cunha.

Nada mais havendo a tratar, o Senhor presidente marca nova sessão para o dia 27 de Dezembro para a posse da diretoria eleita e declara encerrada a sessão.

Dr. Carlos Bento

2.º secretario.

Assuntos científicos

Os "Arquivos Rio Grandenses de Medicina" que sempre registaram com a maior satisfação os factos que se relacionam com a Sciencia Medica do Brasil, inserem neste numero o convite que a "Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene" de Londres, fez a tres scientistas brasileiros que ha muito tempo honram o Brasil: Drs. H. de Beaurepaire Aragão, C. B. Magarino Torres e Cesar Pinto.

Esta insigne gloria reflete-se de modo particular no Rio Grande do Sul, que assiste com immenso prazer a homenagem prestada ao seu filho illustre, o Dr. Cesar Pinto.

Participando desta homenagem os "Arquivos Rio Grandenses de Medicina" incluem aqui a copia do convite que a "Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene", por intermedio do Ministerio das Relações Exteriores fez ao Dr. Cardoso Fontes, Director do Instituto Oswaldo Cruz.

"Ministerio das Relações Exteriores. Rio de Janeiro. Em 6 de Fevereiro de 1935.

A sua excelencia o Senhor Doutor Cardoso Fontes, Diretor do Instituto Oswaldo Cruz.

Senhor Diretor.

Tenho a honra de levar ao conhecimento de Vossa Excelencia que a Real Sociedade de Medicina de Londres, de acôrdo com o programa organizado pelo professor Guedalla com a Sociedade Brasileira de Cultura Inglesa, auxiliada com a Universidade do Rio de Janeiro e o Instituto Oswaldo Cruz, resolveu convidar um medico brasileiro eminente para fazer uma conferencia em sua séde.

A Embaixada do Brasil em Londres, ao transmitir-me esse convite, informou-me que a aludida Sociedade Real, deixando embora a escolha do conferencista ás nossas autoridades, lembrara contudo os nomes dos Doutores Aragão, Magarinos Torres e Cesar Pinto.

Aproveito o ensejo para apresentar os protestos da perfeita estima e distinta consideração com que me subscrevo. De Vossa Excelencia. (Assignado). *M. de Pimentel Brandão*, Secretario Geral.

Notas terapeuticas

FRACTURAS DA BASE DO CRANEO E PROPIDON

Lecercle — La Presse Médicale, n.º 95, 27 de novembro de 1935.

As fracturas da base do craneo podem ser seguidas de meningite infecciosa, especialmente aquellas que interessam á lamina crivada.

Visando prevenir esta complicação, o A. usa com exito as injeções de propidon.

Utilisa-se dessa vaccina de Delbet nas fracturas da base pura sou irradiadas, porem, cirurgicamente inacessiveis.

Nos traumatismos da abobada, a exploração systematica e a desinfeção, effectuada desde as primeiras horas, evitam as complicações infecciosas.

O propidon deve injectar-se precocemente. Passadas 10 a 12 horas do traumatismo, já será tarde.

Lecercle reuniu 50 casos de fracturas da base, preventivamente tratados com propidon e que evoluiram sem complicação infecciosa.

Em 6 casos appareceram phenomenos de meningismo de intensidade variavel: grande elevação do pulso e temperatura, rigidez da nuca, Kernig, que desapareceram ao cabo de 2 a 3 dias.

Sem dúvida, tratava-se de signaes de hipertensão ventricular traumatica e não de meningite abortada.

Concomitante a estas 50 observações, refere 4 casos não explorados ou não submettidos em momento adequado á injeção de propidon, e que morreram.

Esta vaccina, quando empregada a titulo curativo, é inefficaz.

A injeção será feita na dose de 1 cc., em crianças, até 4 ou 5 cc., em adultos, e se repetirá duas vezes com dois dias de intervallo.

Na analyse de suas observações de fracturas de craneo, Lecercle observou 8% de mortes por meningite infecciosa, antes do uso do propidon.