

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XV

FEVEREIRO DE 1936

N. 2

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1936

PRESIDENTE

MARIO TOTTA

Prof. da Fac. de Medicina

VICE-PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatría

SECRETARIO GERAL

JOAO L. DE AZEVEDO

Director da Enf. Octavio de Souza

1.º SECRETARIO

HELMUTH WEINMANN

Doc. de Histologia

2.º SECRETARIO

LUIZ S. BARATA

Doc. de Cl. Urologica

TESOUREIRO

CORADINO L. DUARTE

Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

IVO CORRÊA MEYER

Cat. de Cl. Oftalmologica

THOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medicina

J. MAYA FAILLACE

Doc. e Chefe do Lab. de Higiene

SECRETARIO DA DEDACAO

ADAYR FIGUEIREDO

REDADORES

NOGUEIRA FLORES

ANNES DIAS

R. DI PRIMIO

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

H. WALLAU

AMERICO VALERIO

ALVARO FERREIRA

MARTIN GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOABES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

WALDEMAR JOB

JACY MONTEIRO

FLORES SOABES

HUGO RIBEIRO

— 0 —

Assinaturas:

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

Sede da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fór relativo á Redação

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

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originaes

RAUL MOREIRA — Cogitações clinicas sobre paralisias infantis, de origem cerebral	Pag. 57
LEONIDAS SOARES MACHADO — Obitos por cancer na cidade de Porto Alegre	” 75
WALDEMAR NIEMEYER — O valor da Campimetria nas Corioretinites	” 91

Bibliografia

F. RATHERY e M. DÉROT — As doenças medicas dos rins em 1935	” 102
THOMAZ MARIANTE — Estudos de Patologia e Clinica	” 104
J. DARIER — Compendio de Dermatologia	” 104
V. CORDIER — Compendio de Propedeutica e Technica Médica	” 105
R. DEGWITZ, A. ECKSTEIN, etc. — Tratado de Pediatria	” 105

Analises de revistas

EDWARD L. COMPERE — Transformações patológicas e bioquimicas nas distrofias ósseas	” 106
--	-------

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

Cogitações clinicas sobre paralisias infantis, de origem cerebral*

pelo

Prof. Raul Moreira

NO ESTABELECEER TIPOS DEFINIDOS...

No estabelecer tipos definidos das paralisias infantis de origem cerebral e sub-cortical, resalta, desde logo, evidente confusão. E' que alguns tipos clinicos, intermediarios, sem localização precisa, têm sido incluídos na descrição das duas fórmulas caracteristicas: a hemiplegia e a diplegia.

E' por mais que procuremos reunir de modo preciso, formando limites, a cerebroplegia continúa, entretanto, proteiforme, ante a multiplicidade das lesões anatomicas, das diferenças de etiologia e mesmo porque, ao quadro morbido, juntam-se complicações secundarias, disturbando a delineação classica do mal.

Eis porque creio não ser demais acender luz mais clara, no campo escuro do interessante problema da neuro-pediatria.

As paralisias infantis, de origem cerebral, são bem uma expressão clinica, conseqüente das mais variadas lesões que atingem o cerebro e nucleos pardos centrais, antes do nascimento ou na primeira infancia.

Os autores que mais aprofundadamente têm encarado a questão, colocam a cerebroplegia no conjunto da "Síndrome de Little", descrita pelo celebre parteiro inglês, em 1861, como uma *congenital spastic rigidity of limbs*.

Evidentemente, a ele cabe o merito do primeiro estudo detalhado da síndrome em questão, sobretudo na variedade congenita e na dependencia de um parto distocico.

Antes de Little, autores como Audry, Delpech e Meine, Baume e Bililard, haviam descrito fatos identicos, cabendo, porém a Little a primazia de opôr decidida barreira á confusão até então estabelecida, expondo o retrato claro de tal rigidez congenita.

E' bem certo que, na exigencia de uma decisão, que estabeleçamos aqui a eloquencia do fator clinico, atravez da etiologia, patogenia, anatomia patologica e das classificações e prestemos homenagem a William

* Conferencia realizada durante as "Jornadas medicas" do Centenario Farroupilha.

John Little, que tão bem englobou todas essas síndromes, em arguta e exata descrição.

Outros observadores têm relatado síndromes semelhantes, como Strohmeier que falou em *tetano permanente das extremidades*, em crianças. Volk e Adams, Erb e Chareot estudaram, no adulto, a *tabes dorsal espasmodica*, logo reconhecendo-a na infância.

Pierre Marie, Förster, Raymond, Brissaud, Déjerine e Thomas, Van Gehuchten foram tantos outros que ventilaram, exaustivamente, o assunto debatido.

No Brasil, podem-se citar, como mestres na questão, entre outros, Austregesilo, Aluisio Marques, Aluisio de Castro, Austregesilo F.^o, Odilon Gallotti, Pernambuco Filho, Pacheco e Silva, Costa Rodrigues, Ary Borges Fortes.

Escritores ingleses, alemães e americanos concluem que a síndrome de Little abraça todas as diplegias cerebrais, na infância, enquanto os franceses, sobretudo a escola da Salpêtrière, distinguem-na de outras entidades dessa natureza.

Van Gehuchten, em um curso, na Universidade de Louvain, descreve, mediante a escola francesa, uma *fôrma espinhal*, considerando-a como aparecida em crianças nascidas antes do termo, e cuja anatomia patológica se resume na parada do desenvolvimento da fibras cortico-espinhais e uma *fôrma cerebral*, cujo substrato anatomico é devido á legítima lesão destrutiva. Certo é, porém, que seus sintomas se assemeham, fundem-se por dizer, estabelecendo fôrmas intermediarias.

Brissaud, o primeiro que procurou isolar a cerebroplegia infantil, afirmava que sômente existe síndrome de Little, quando ha rigidez espasmodica congenita, como resultado de partos prematuros, ligada á agenesia do feixe piramidal e de origem cerebral.

Assim pensam Pierre Marie e Van Gehuchten. Em desacôrdo com esses autores, levantam-se Feer, Osier, Ross, Freud, Raymond e Cestan, para considerar todas as diplegias cerebrais, como verdadeiras síndromes de Little.

Jakob, cuja concepção hei de relacionar, no tocante á patogenia e anatomia patológica, coloca a Síndrome de Little na dependencia direta do ataque aos centros extra-piramidais.

Förster distingue-a, em quatro tipos:

- 1) Fôrma de caráter regressivo;
- 2) Síndrome congenita do *pallidum*;
- 3) Fôrma congenita de espasmos musculares, de movimentos atetósicos e coreicos;
- 4) Fôrma de rigidez progressiva, com atetose terminal.

Freud assinala as seguintes diplegias cerebrais:

- 1) A rigidez generalisada (síndrome de Little, no sentido estrito).
- 2) A rigidez paraplegica;
- 3) Hemiplegia bilateral (ou diplegia total);
- 4) A corea generalisada;
- 5) A atetose dupla;
- 6) A paralisia pseudo-bulbar infantil;
- 7) A síndrome atonica de Förster.

Incluem-se ainda as fôrmas mixtas, familiares e as fôrmas abortivas, de origem sífilítica, ocorrência para a qual já Friedmann, em 1892, chamou atenção, a respeito de dois casos que batizou de *paralysias infantis espasticas reincidentes de origem luetica*.

Encontram-se, igualmente, tipos cerebroplegicos unicamente psicicos e, vice-versa, muitas fôrmas paraliticas que não se acompanham de disturbios mentais. Daí a utilidade desta simples classificação de Tanzi:

- 1) Cerebropatias com paralysias: *cerebroplegias verdadeiras*.
- 2) Cerebropatias com leves alterações das funções motoras e troficas: *cerebroplegias frustas*.
- 3) Cerebropatias com simples deficiência ou regressão das funções intellectuais: *cerebroplegias psicicas*.

Austregesilo e Aluizio Marques, na tese magistral: "La maladie de Little et son concept actuel", passando, em minuciosa revista, toda a concepção da síndrome que nos ocupa, desde a mais antiga á mais recente, concluem, de caracter original, seu ponto de vista da debatida questão, de modo a nos permitir abracemos suas conclusões, por eminentemente consentaneas com as ultimas pesquisas clinicas e anatomo-patologicas.

E eles terminam o precioso trabalho, asseverando que, de modo ecletico, podem admitir as seguintes conclusões:

- 1) "Que se conserve o nome de Síndrome de Little para as paralysias espasmodicas congenitas ou da primeira infancia.
- 3) Que se ajunte á denominação generica de doença ou antes de Síndrome de Little, a expressão anatomo-clinica: *estado marmoroso do corpo estriado e estado dismielinico do pallidum* ou outra qualquer que possa sobrevir."

ETIOLOGIA, PATOGENIA E ANATOMIA PATOLOGICA

Necessario se faz tomar em conta, e sobretudo na condição pre-natal, que ha, nessa época do desenvolvimento do individuo certa deficiência, por assim dizer, dos elementos cerebrais, franca agenesia, maximé do feixe piramidal, por consequencia do neurónio motor superior. Este só é bem formado no nono mês da vida intra-uterina e completamente desenvolvido, no segundo ou terceiro mês que segue o nascimento.

As celulas nervosas ainda não atingiram a perfeição anatomica; grande parte das fibras carecem de envolvero de mielina. Daí o concluir-se a pouca resistencia que tais elementos basicos oferecem ao agente patogenico, e como a luta é incompleta para opôr-lhes bastida.

As causas infecciosas, toxicas ou traumaticas, vêm provocar a reação duma neuroglia nova, em pleno vigor de proliferação, onde ha o trabalho normal do crescimento, o que ultrapassa as necessidades de defesa do sistema nervoso, comprometendo-lhe a evolução e a atividade. Tambem em certos casos teratologicos, com modificações profundas do cerebro, nos elementos constituintes, observar-se-á a presença de paralysias accentuadas ao nascer, pela pouca resistencia que tal órgão oferece aos agentes toxi-infecciosos.

Deduz-se, pois, que a natureza do processo varia muito com a época na qual é lesado o sistema nervoso, quer se trate de agenesia da via piramidal, quer de suas lesões degenerativas.

Os meios patológicos eficientes das paralisias cerebraes infantis, atacando o cerebro e seus entoltorios, têm sua aparição quer antes, quer durante, quer depois do parto.

Embora grande a dificuldade em precisar o tempo em que se manifestam os fatores que irrompem o quadro morbido, comprehende-se que um critério seguro de classificação só poderá ser feito, mediante o conhecimento de sua data de origem.

Analiseemos, pois, as causas da cerebroplegia infantil, nessas tres fases.

E' através do organismo materno que trabalham os agentes mórbidos a atingir o feto, derivando de doenças, quer da parte materna, quer paterna.

Toda causa morbida, durante a gravidez, vae agir sobre o organismo fetal, de maneira direta, sejam os estados caqueticos, sejam as infecções agudas ou cronicas, sejam os traumatismos fisicos ou psiquicos. Mas, nessas circunstancias, devemos assinalar, ante de mais nada, o preponderante papel do alcoolismo e, principalmente, da sífilis.

Sabe-se que num caso de cerebroplegia infantil, uma das primeiras perguntas a fazer, no estudo anamnésico, é a que se refere á intemperança dos pais, pois o abuso do alcool, em todos os tempos, tem sido reconhecido como agente eficaz em produzir alterações graves do desenvolvimento individual, mesmo no instante da fecundação.

Citada por Vlavianos, lembrar-vos-ei a frase celebre de Diogenes a um rapaz idiota: "Moço, teu pai estava bastante ebrio, quando tua mãe te concebeu".

Facil a diagnosticar, pela anamnese dos pais, pelo exame somático, pela reacção de Wassermann, no sangue e no liquor, é a influencia inegavel da sífilis, no construir tipos patológicos e cujo estudo poderia formar capitulo á parte. Algures mesmo, tive occasião de chamar a esse sequito de infelizes: a descendencia dolorosa...

Afirmando a predominancia da sífilis, como agente patogenico primordial, na formação das paralisias cerebrais infantís, incluem-no numerosos autores, como Déj;rine, Thomas, Fournier e Cénéstan, Money, Ankle, Bréton, Gilles de La Tourette, Ganhoffer, Mya, Donnagio, Friedmann e tantos outros.

E' ela que explica o numero vasto de partos prematuros de individuos, nascidos com rigidez generalizada.

Quanto ás causas que ocorrem durante o parto, encontram-se as que Little descreveu, mórmente os traumatismos por parto distócico, pela applicação do forceps e mesmo a asfixia que, tantas vezes, segue os partos laboriosos. E com tais manobras é claro serem as lesões mais comumente encontradas na região parietal, dando ensejo a hemorragias, logo seguidas de paralisias bilaterais; por ataque á zona motora cerebral.

A etiología, a influir após o nascimento, em épocas variadas da vida, é representada maximé pelas infecções, a produzirem distintos processos encefalicos.

Vêm, em primeira linha, a coqueluche, o sarampo, a difteria, a gripe, a escarlatina, a varíola.

● Tem sido comprovado, ultimamente, o papel que, sobre o cerebro, vem desempenhar a dispepsia crônica, levando a criança ao gráo avançado de caquexia, assim como o virus da poliomielite anterior aguda, num terreno predisposto.

São causas capazes de produzir embolias cerebrais e encefalite, tanto que uma parte dos casos representa a polioencefalite aguda de Strümpell.

Afóra a pouca resistencia do cerebro infantil, ha a assinalar, no aparecimento de tais fenomenos, franca predisposição congenita, observando-se grande numero de casos, senão a maioria, em crianças cujos ascendentes manifestam inconfundiveis perturbações nervosas, como sempre verifiquei.

Quasi todos são provocados pela sífilis e o alcoolismo, incluindo-se ainda a tuberculose.

Portanto, a encefalite aguda traz consequentemente, muitas vezes, a sintomatologia dos hemiplegicos e diplegicos, cujas causas determinam lesões características na substancia cerebral.

Em parte a encefalite é consequencia da lesão diréta, provocada pelas respectivas bactérias, em parte é resultado da ação tóxica.

De acôrdo com as observações de Concetti são de preferencia as toxi-infecções gastro-intestinais que deixam vestígios de encefalite aguda, resultando em hemiplegia ou diplegia.

São pois as intoxicações endogenas e exogenas e as infecções as causadoras mais temiveis, citando-vos ainda, além das que já falei, as pieli-tes, as pneumococias, a crisipéla, o reumatismo articular agudo, a endocardite infecciosa e as septicemias, por agentes diversos, não esquecendo ainda hoje as tripanosomiasas, e entre nós, a Esquizotripanose de Chagas.

Não será inútil, mas antes necessario que tal fator etiologico não passe despercebido, dada sua importancia em gravidade nosologica e seu carater regional, embora sua distribuição geografica assuma ainda atributos de confusão, por imperfeitamente conhecida.

Achando-se o fóco primacial da doença no norte de Minas Gerais, as pesquisas de experimentação levam a crêr que o mal não se limite a esse Estado, nem tampouco ao Brasil, mas tenha invadido países outros do Continente Americano.

Com relação ao nosso Rio Grande do Sul, ouçamos as palavras do Dr. Aristides Marques da Cunha, em conferencia na noite de 28 de Junho de 1918, na nossa Faculdade de Medicina:

“Em nosso Estado tem sido constatada a presença de *triatomas* conhecidos vulgarmente pelos nomes *fincão* ou *chupão*, e no interior do inseto ultimamente verificada a presença de *Crithidias* sem que pela inoculação desses flagelados em animais de experiencia, se chegasse a uma conclusão definitiva. Tambem se tem observado doentes cujos sintomas fazem suspeitar que estejam atacados da molestia sem que as pesquisas de laboratorio só agora iniciadas, lograssem chegar a resultado positivo.

Infelizmente, porém, tudo faz crêr que a continuação das pesquisas

terminarão por demonstrar a existencia da molestia já ha muito suspeitada."

A natureza do processo da cerebroplegia traz notaveis variantes, segundo a época em que é atingido o sistema nervoso central, a séde da lesão, que pôde ganhar em profundidade ou extensão, levando ainda em conta o tempo desse processo.

São em grande parte devidas as paralisias cerebrais infantís a alterações circunscritas dos vasos sanguineos e á encefalite, mais ou menos difusa.

Si se tratar de uma encefalite, todas as porções do cerebro podem ser interessadas, mais ou menos profundamente, maximé a cortex e os ganglios da base.

E' assim que se observam degenerações das celulas da corticalidade e das partes visinhas, celulas que se mostram congenitamente pequenas rarefeitas, escassamente coloridas.

O certo é que pequenos focos primitivos, a pouco e pouco, aumentam de extensão, invadindo, alfim, o cerebro, em sua totalidade.

A agenesia do feixe piramidal, sobretudo, é das modificações que, com mais frequencia, se encontram, assim como qualquer defeito cerebral, datando da vida intra-uterina, a redundar, fatalmente, na impossibilidade do crescer, carregando alterações graves na formação dos hemisferios, dos núcleos cerebrais etc... Amiúde, percebe-se a atrofia do feixe piramidal, atingindo dest'arte, intrinsicamente, o neuronio motor superior. Outras vezes é atrofia por esclerose lombar primitiva, quasi sempre congenita, em alguns casos unilateral, e então o hemisferio é atrofiado em toda sua massa.

Ou a esclerose invade um só lobo (frontal ou occipital), ou prefere destruir grupo de circunvoluções, adquirindo o character bi-lateral.

Tais atrofias, tais escleroses primitivas deixam inevitavelmente porções vasias que o líquido cérebro-espinhal occupa, havendo, por feitas, espessamento concomitante dos ossos craneanos.

E' por embolia, trombose ou pela rutura que se percebem as lesões mais freqüentes dos vasos sanguineos.

As necropsias têm constatado ser a séde de predileção da embolia a arteria silviana, dando-se a trombose, com mais facilidade, nos seios venosos.

Investigações de Spencer, Mc Nitt e Litzmann vêm mostrar a assiduidade de hemorragias nas meninges cerebrais e espinhais durante o nascimento, sendo a causa mais comúm das asfixias dos recém-nascidos. A quantidade desse sangue extravasado responde pelos phenomenos observados, quer como paralisias residuais, quer por morte immediata do recém-nado.

Tal'ocurrencia sobrevem por traumatismo ou processo infeccioso.

A evolução total da hemorragia leva a substancia cerebral á esclerose mais ou menos difusa, que inibe seu crescimento, diminuindo-lhe a capacidade funcional.

Encontram-se, não raro, em necropsias, formações cisticas, indistinguiveis do processo da porencefalia. Esta, que se caracteriza por cavi-

dades na superfície dos hemisferios resulta ou da parada do desenvolvimento, arquiteando a porencefalia verdadeira, ou se estabelece a pseudo-porencefalia, quando é a terminação das lesões destrutivas do encefalo.

Jakob, no Curso de Anatomia patologica do sistema nervoso, realizado de Maio a Julho de 1928, no Rio de Janeiro, frisou, nitida e magistralmente, as diferentes fórmias de "Síndrome de Little", distintas de fórmula crônica, onde existe um processo patologico unico, constante e especial, que é a porencefalia. E ele explica:

"O insulto intra-uterino, durante o parto ou na primeira infancia, atinge um cerebro normalmente desenvolvido e produz no orgão ainda não completamente mielinizado pequenas e grande perdas de substancia, que têm relações evidentes com a distribuição dos vasos, e por fim se traduzem por grandes ou pequenas cavidades ou cicatrizes no parenquima cerebral. Estes lesões primarias conduzem frequentemente ás degenerações progressivas do parenquima nervoso da proximidade ou mesmo de pontos dos focos e levam assim a microgurias secundarias ou fenomenos semelhantes. Todo este grupo nós reunimos sob a denominação de porencefalia."

Dando termo, agóra, ao estudo anatomo-patologico da Síndrome de Little, é curioso remata-lo com o quadro de Sachs:

GRUPOS	LESÕES ANATOMICAS
I) <i>Paralísias de início intra-uterino</i>	Alterações cerebrais profundas. Desenvolvimento imperfeito do feixe piramidal. Agenesia cortical, envolvendo os elementos nervosos principais.
II) <i>Paralísias do nascimento</i>	Hemorragia meningéa, raramente intra-cerebral. Condições ulteriores: meningo-encefalite crônica, escleróses, cistos, atrofia parciais.
III) <i>Paralísias adquiridas</i>	Hemorragia meningéa, raramente cerebral. Trombose, por endoarterite. Embolia. Condições ulteriores: atrofia, cistos, escleróse difusa e lohar. Meningite crônica. Hidrocefalia. Encefalite primaria e a polioencefalite aguda de Strümpell.

Portanto, é necessario se estabeleçam, nitidamente, a fórmula crônica, caracterizada pela porencefalia, e as formas agudas e sub-agudas, podendo nelas haver acometimento anatomico dos diferentes nucleos pardos centrais, tais as distingue o Prof. Jakob:

“Todas as malformações congênitas do cérebro no sentido da macro e microencefalia, macro e microgiria, o hidrocefalo interno congênito, todos os tumores, inclusive os do plexus, apresentam lesões semelhantes à porencefalia, mas não podem ser incluídas no grupo anatomico das paralisias infantís, de origem cerebral.

Pertencem, porém, a este grupo, “todas as afecções de caracter estriopalidario, que, em geral congênitas, pertencem ás diversas fórmulas da “doença de Little”. Entre elas ocupam, sobretudo, um lugar de destaque a “rigidez de Little” como manifestação de sífilis congênita, o status dismielinisatus do Pallium e as suas fórmulas mixtas. Além disso, a “doença de Wilson”, a coréa crônica infantil e o parkinsonismo infantil como consequência de encefalite epidêmica”.

OS TIPOS CLINICOS CLASSIFICADOS

Sintetizando, portanto, a classificação dos tipos clínicos, podemos reuni-los ou sob o momento do insulto primario, e aí o quadro de Sachs, já citado, é bem elucidativo, ou sob uma classificação etiologica ou sintomatica.

Na classificação etiologica, segundo Jacob, reúnem-se:

- a) diversas doenças infecciosas, seja da mãe, antes do parto ou da propria criança. Neste grupo, representam um grande papel, a sífilis, a escarlatina, o tifo, a gripe, e, no Brasil, também a doença de Chagas;
- b) o traumatismo intra-uterino, durante o parto e depois do parto;
- c) a “polioencefalite de Strümpel”, que tem provavelmente parentesco com o virus da poliomielite anterior aguda ou “Doença de Heine-Medin”.

A classificação sintomatica engloba:

- 1) paresias espásticas,
- 2) paresias espásticas com atetose,
- 3) paresias espásticas com rigidez,
- 4) só vestígios de paresias espásticas.

A todas estas fórmulas se juntam, em geral, epilepsia e imbecilidade.

A localização e extensão do fóco, sobretudo a lesão concomitante dos centros extra-piramidais, determinam, tal afirma Jacob, essa classificação sintomatica.

Por varias vezes, tenho registrado na clinica, quer particular, quer de hospital, diferentes e numerosos casos de paralisias cerebrais, na criança. Umias sob o feitiço crônico da porencefalia, outras sob o feitiço agudo e sub-agudo; uns exibindo marcha arrastada, de impossivel reintegração, outros — melhorados, alguns, enfim, curados.

Para fugir á possível prolixidade, tão facil neste terreno complexo, aqui citarei alguns desses doentinhos, talvez os mais curiosos.

Apareceu-me no Consultorio da Santa Casa, levado por sua mãe, o menino Ottoni, de cor branca, natural deste Estado e com 9 anos e 3 meses de idade.

A mãe do pequeno informou-me ter sofrido alguns abalos morais, durante a gravidez, sobretudo nos últimos meses e o menino nasceu bem, em parto normal, a termo. Confessa que teve 3 abortos, antes do nascimento do paciente. E' seu marido declaradamente sifilitico e, acrescenta, da parte dele, ha varias pessoas nervosas na familia.

Tem ainda 6 filhos, fortes. Perdeu um de febre tifoide.

O meu observado foi nutrido até 1 ano e 8 mezes exclusivamente ao seio materno, sem metodo algum, tanto que até 2 anos diz que o pequeno sofreu de diarréas contínuas e de vômitos. Foi acometido, com a idade de 15 meses, de colíte disenteriforme, e, logo em seguida, teve sarampo.

Com 40 dias de existencia já manifestava firmeza nos músculos do pescoço, mantendo a cabeça em posição eréta. Entretanto, nunca se sentou, nunca ponde ter-se de pé, nem conseguiu dar um passo. Por tal, percebeu a familia que o menino, desde muito cedo, manifestou embaraço nos movimentos, com mais evidencia para os membros inferiores, que eram hirtos, dificultando, sobremaneira, qualquer attitude. Eguamente, jamais articulou uma só palavra e jamais conheceu uma só pessoa da familia.

Tem 92 cms. de altura. Méde seu diâmetro torácico — 51 cms. e o diâmetro craneano — 46 cms.

Desde a idade de 2 anos sofre de incontinencia de urinas e fézes, apresentando sialorréa abundante.

Membros, tanto superiores, como inferiores, de difficil afastamento, rígidos, em attitudes determinadas. As coxas, em virtude da espasticidade dos adutores, são applicadas fortemente uma contra outra; os joelhos se tocam, e penoso é afasta-los, procurando posição normal.

Colocado em postura vertical, mais nítida se revêla tal attitude, e os membros inferiores cruzam-se um sobre o outro desde que nos esforcamos, por fazer a criança andar. Posto sentado, o paciente exhibe seus membros inferiores em posição horizontal, em rigidês notavel, e é com extrema dificuldade que se lhes consegue a flexão.

Embora não tão acentuada, a espasticidade invade os membros superiores, e aí se nota, como nos inferiores, abolição inevitável dos movimentos voluntarios.

Tal era a rigidês dos membros inferiores que consegui, num dos exames, te-lo quasi em situação vertical, segurando-o pelo pés e levantando-lhe o corpo, a cabeça apoiada sobre a mesa, e como haste inflexivel todo ele ficou firme, nessa attitude.

Gráo ligeiro de microcefalia. Fácies inexpressiva.

Boca entreaberta, a salivar abundantemente.

De quando em vez, riso incoerçível, quando escancára enormemente a fenda bucal, riso desconexo, que deixa vêr dentes mal implantados, defeituosos.

Faculdades psiquicas — completamente abolidas.

Como acabamos de vêr, revela-se nele o comprometimento grave da motilidade, quer se encare o tono muscular, quer se fixem os movimen-

tos voluntarios, involuntarios e passivos. Apresentam-se os membros inferiores em evidente paraplegia, com nitidas contraturas, e os superiores paresiados.

Refletividade superficial normal, a não ser leve acentuação do cremasterico e porque nele se verifica o sinal de Babinsky, tanto na pesquisa classica, como em suas variantes.

Ante o gráo inferior da capacidade mental, impossivel se torna a pesquisa da sensibilidade subjetiva, e difficil a objetiva superficial e profunda, que deu indícios de normalidade.

Reflexos tendinosos — exagerados nos membros inferiores, onde se vê a vivacidade grande do patelar, de ambos os lados.

E' incapaz de qualquer áto voluntario, de retêr fézes e urinas, levando vida inteiramente vegetativa.

Atenção e memoria — nulas; afasia absoluta, restringindo-se-lhe a linguagem a sons desarticulados, antes sussúrros da voz, sem expressão, chorando e rindo, alternativamente.

O exame do sangue e da urina, procedidos no Instituto Oswaldo Cruz, deram como resultados: o primeiro — *positivo muito fraco 0 +*, e o segundo:

Volume remetido	— 40 cc.
Aspéto	— turvo
Côr	— amarelo carregado
Cheiro	— amoniacal
Consistencia	— fluída
Reacção	— francamente alcalina
Densidade	— a + 15° C. — 1029,1.
Albumina	— pequena quantidade
Pseudo-albumina	— traços carregados
Assucar	— não tem
Pigmentos biliares	— não tem
Acidos biliares	— traços levissimos
Sedimento	— Regular quantidade de côr bran- suja. Ha poucas celulas epite- liais, alguns leucocitos, diversos granulos de urato amorfo e cris- tais de acido urico.

A variedade leucocitaria e a dosagem da hemoglobina foi a seguinte:

Leucocitos	— 10.000 p. m. m. ³
Hemoglobina	— 90%
Polinucleares neutrofilos	— 51,4%
Polinucleares basofilos	— 6,3%
Grandes e médios monucleares	— 18,0%
Linfocitos	— 17,2%
Fórmas de transição	— 3,0%
Fórmas não caracterizadas	— 3,1%

Agora este outro caso:

Oreco, menino de 3 anos e 4 mezes de idade. De pais nervosos, excitaveis. Avó paterna sofre de epilepsia.

Informam os progenitores que a natimortalidade de seus filhos se eleva ao numero de 5. Ausencia de abortos. A reacção de Wassermann, no sangue paterno, procedida no Instituto Osvaldo Cruz, deu resultado francamente negativo. O pai do pequeno nega qualquer antecedente venereo, confessando, porém, usar e abusar, de quando em vez, do alcool.

A criança foi alimentada, convenientemente, ao seio materno, até a idade de 9 meses, tendo-se lançado mão, daí por diante, da alimentação mixta, com leite de vaca.

Até aos 4 meses nada se notou no meu paciente, cujos movimentos eram faceis, embora incoordenados, como aliás se revelam, nessa epoca da vida. Já procurava sentar-se, e a cabeça era firme. Daí em diante, porém, notaram os pais com triste surpresa, o desaparecer dos movimentos voluntarios de seu filho, cuja cabeça veio então a cair bamba, para os lados, e o esforço para sentar-se inutil. Transformou-se-lhe o corpo, desde então, qual massa mole que, aos poucos, por espaço de dias, redundou em fenomeno contrario, por se quedar rigido, sem atitudes definitivas e coordenadas. Daí o concluir-se que, como dizem os pais, já não conseguiu firmar-se em pé, senão amparado por outrem, e tinha as pernas muito hirtas, tensas. Afirmam que dorme bem, mas chóra, freqüentemente. Não olha fixamente para ninguem e jamais veio a conhecer qualquer pessoa, fosse embora de sua circumstancia.

Exame somatico:

Fácies apatica, indifferente. Pranto continuo; sialorréa abundante. Impossivel se lhe torua a mais simples posição, em virtude da hipertonicidade exagerada dos membros inferiores, em franca paraplegia.

De pé, segurado fortemente, denota logo cruzamento das pernas, os joelhos, com insistencia, adherentes um ao outro. Hipertensão de ambos os pés, em varo-equino, quando em decubito dorsal. Membros superiores em ligeiro gráo de parestesia.

Exagero notavel dos reflexos tendinosos, nos membros inferiores, clono da rotula, presença do sinal de Babinsky. Ausencia de qualquer qualidade psicologica. Afasico. Má implantação dentaria. Existe nele uma micropoliadenopatia generalizada, sendo criança de estatura inferior ás outras de sua idade.

Sensibilidades — integras. O exame dos outros aparelhos deu resultado negativo.

Achamo-nos assim diante de dois casos, cuja etiologia desvenda, num com certeza, noutro provavelmente, a presença da sífilis, havendo ainda, afóra o alcoolismo paterno no segundo, neuropatias evidenciadas, nos antecedentes dos enfermos. Aí estão, por consequencia, dois tipos de diplegia cerebral, onde existe, ao lado do terreno predisposto, verdadeira intoxicação paterna.

Ambos revelam sintomas característicos da cerebroplegia, de forma diplegica, com ataque bi-lateral á zona motora da carticalidade. Apresentam-se com a classica descrição da Síndrome de Little, sinais sobre-vindos quando lactentes, portanto meses após o nascimento.

De fáto, neles não faltou a observação dos pais, ao ve-los inabéis, si lhes era dado executarem movimentos comuns, cuja incoerência natural dos primeiros mēses, não foi suficiente, para mascarar a incapacidade frisante que se instalou, inibindo o infante de seus gestos e de suas atitudes. Depois, nas proximidades de um ano, as crianças que nunca se sentaram, menos ainda eram capazes de terem-se de pé e fazerem, por si só, um único passo. Mesmo amparadas e incitadas a tal manobra, as pernas, excessivamente hipertônicas, em frisante rigidês, tiravam logo ás articulações o jogo preciso de locomoção. Os membros inferiores se cruzam. Os pés, em extensão forçada, de pontas voltadas para dentro, mais estorvavam o movimento. E' justamente pela contratura dos musculos lombo-sacros, si sentadas, as crianças ameaçam a quéda, a cada instante.

Em Abril de 1921, levaram-me ao Ambulatorio de Crianças da Santa Casa, um pequeno, de um ano de idade, que ficou matriculado sob numero 1258, e cuja cena morbida se revêste de certa raridade, enquadrando-se justamente na classificação de Freud, por isso que constitúe a Síndrome de Förster, típica.

De principio, á primeira inspeção, ressalta aos olhos a miatonía congenita que, em 1901, nos descreveu Oppenheim. Exame mais atento, porém, para o lado somático, assim como as informações maternas, deram-me a certeza do diagnostico e não hesitei em declarar aos alunos, a quem mostrei o doente, nos acharmos ante um caso típico de fórma atónica-astática de paralisia cerebral infantil.

Declara a mãe do pequeno que seu marido é sifilitico.

A reacção de Wassermann, no sangue materno, deu resultado negativo.

O observado tem o tono muscular excessivamente diminuído, as articulações hiperestensíveis, a ponto de fazer a extensão das pernas sobre as coxas e destas sobre o abdomen. Coloca-se a cabeça da criança entre os pés, com grande facilidade. Por consequência, é-lhe evidente a hipotonía muscular.

Reflexos tendinosos, maximé o rotuliano, exagerados.

O paciente demonstra nitidos sintomas de retardamento intelectual. Nota-se-lhe o fechamento precoce das fontanelas. Nunca se sentou, nem se firmou sobre as pernas, tendo a cabeça bamba, caíndo em todos os sentidos. Urina e evacúa normalmente.

Para distingui-lo da Miatonía congenita de Oppenheim basta-lhe a presença do exagero dos reflexos tendinosos e o surgir, de quando em vez, de determinada resistencia dos musculos aos movimentos passivos, assim como cruza os membros inferiores, quando se lhe obriga a dar um passo, como na fórma paraplegica da diplegia cerebral.

Lastimo não tornar a vêr a doentinha. Unicamente veiu sua mãe informar-me estar o filhinho em francas melhoras, com as frições de unguento napolitano que lhe receitei.

Casos dessa natureza foram publicados por Förster, em 1909, Pierce Clark, em 1913, Thomas e Jumentié, em 1914, Batten e Wyss, em 1915 e Vaglio, em 1917.

Evidentemente, a síndrome de Förster é das formas mais raras das paralisias cerebrais da infância.

Em maio do ano p. p. o Dr. Rinaldo de Lamare publicou no nosso excelente "Jornal de Pediatria", do Rio, um bem comentado caso dessa forma das encefalopatias na criança.

Aí o autor ressalta a divisão atual da síndrome de Förster, em 3 tipos.

Primeiro tipo — Tipo puro, denominado padrão, onde a atonia muscular domina o quadro; ha também comprometimento da intelligencia. Este tipo também é chamado astásico-abásico.

Segundo tipo — É o denominado atáxico.

Terceiro tipo — É o mixto. Entre todos é o mais freqüente, onde se observa, além dos sinais da síndrome, outras alterações. Babonneix tem um caso de amiotonia, mais convulsões. Odilon Galoti e Costa Rodrigues, um de amiotonia, mais rigidês, descerebrada. Vaglio um com estrabismo, e Collares e Costa Rodrigues, com córcio-atetose."

É também a diplegia o característico da forma nervosa crônica da Doença de Chagas. Miguel Couto classificou alguns desses doentes como casos típicos de paralisia supra-bulbar.

Encontram-se ás vezes crises convulsivas generalizadas, com perturbações da linguagem, evidenciando-se, não raro, a cena acabada da afasia.

Já bem acentuou Carlos Chagas, em magistral narrativa, a associação da forma nervosa diplegica a outros sintomas intrinsecos da doença, tais a infiltração mucóide, a esplenomegalia, o bócio, a micropoliadenite generalizada, etc.

E completando o quadro, não faltam o retardamento evidente das funções psíquicas e casos de infantilismo, abrindo o pano ao drama da idiotia.

Eis outro caso interessante:

Menino Lauro, com 8 anos de idade, de côr branca, brasileiro, residente nesta capital.

De pais relativamente fortes. Tem 3 irmãos, sadios. Avós vivos e fortes. Um tio materno está internado no Hospital S. Pedro.

O pequeno foi alimentado até um ano ao seio materno. Daí em diante, alimentação mixta, comum. Teve sarampo, coqueluche, gripes repetidas.

Nutrição — regular. Atitudes normais no primeiro ano de vida.

Ha 2 anos, notaram os pais um tremor acentuado do lado direito, seguido de mioclonias fenomenos vago-tonicos, sobretudo para o lado da face, acompanhados de disartria e disfagia, sintômas esses que duravam poucos minutos.

Dias depois e até hoje, contrações no membro superior direito, seguidas de perda de consciencia, com franco opistotono, com convulsões generalizadas, sinais que duram, em geral, de 2 a 3 minutos. Por vezes, os movimentos eclampticos são seguidos de incontinencia de urinas.

Apresenta estado nutritivo regular, com 22 ks., bôa estatica, ligeira alteração do equilíbrio, nas posições vertical e de côcoras. Bôa orientação. Denôta disturbio na motilidade ativa voluntaria, no atinente á mareba, que é em foice, no lado direito. Para o lado da motilidade ativa involuntaria, percebem-se esbôços de atetose nos membros superiores, com contratura leve do lado direito. As sensibilidades estão integras. Refletividade profunda — exagerada, sobretudo os reflexos patetaes. Não ha sinal de Babinsky. Relativamente bem os orgãos dos sentidos. Não se lhe notam alterações visceraes. Quanto á mentalidade, exhibe faculdades psiquicas normais, notando-se-lhe ligeira disartria.

A punção lombar revelou o seguinte resultado:

Exame citologico:

Raros polinucleares
 " linfocitos
 Raras hemacias.

Reacção de Wassermann:

Francamente negativo.

Albumina: 0,25%
 Cloretos: material insuficiente
 Glicose: 0,50%.

Devo acrescentar que as crises epiletiformes e a grande insônia, que atormentavam o paciente, não mais se repetiram desde o dia 20 de Outubro deste ano, depois da punção lombar e o uso das injeções de *Lipocarbisan B* e *Opoblastol*, afóra o sedativo *Sedormid* Roche.

Para evitar a extensão demasiada do assunto, deixo de citar outros casos, de menos importancia, para concluir com o seguinte:

No dia 19 de Junho deste ano, entrou para minha enfermaria (27.^a) da Santa Casa de Misericordia, a menina Maria Luiza, com 5 anos de idade, de côr preta, residente nesta capital, tendo alta, a pedido, no dia 15 de Julho p. p.

São bem escassas as informações da mãe da pequena, a respeito dos antecedentes do mal e do estado actual.

Consegui, em todo o caso, alguns dados, suficientes para não deixar duvidas, quanto ao diagnostico.

Pai — individuo de bôa saúde, amante do alcool.

Mãe — teve 3 gravidêses a termo, é relativamente forte, sofrendo, porém, de ataques, parecendo, pelos seus dados, de origem epiletica.

A observada nasceu a termo, de parto normal, com alimentação materna até 6 mêses, seguindo daí o regime mixto. Saíram-lhe os primeiros dentes com 13 mêses, tendo iniciado a marcha tambem com essa idade. Acusa-se no seu passado morbido, unicamente, o sarampo, e que, com 11 mêses teve uma crise convulsiva generalizada que durou alguns minutos. Essas convulsões repetiram-se com intervalo de poucos dias, até ha pouco, quando entrou para a enfermaria.

Com 4 anos, após a convulsão, ficou paralytica do lado direito, fenomeno que persistiu por varios meses, recuperando, depois, os movimentos.

Tres meses antes de ingressar na enfermaria, teve novo surto epileptoide, ficando paralytica do lado direito, membros superiores e inferiores, apresentando relaxamento dos esfinctéres.

Leve atrofia muscular do lado direito, membros e face. Impossiveis as posições de pé, de cócoras e sentada.

Marcha — impossivel; hemiplegia do lado direito, ligeiros tremores nas mãos, movimentos atetosicos caracteristicos, sobretudo na face e nas mãos, mioclonias nos mesmos territorios, contraturas da perna sobre a coxa e do braço sobre o ante-braço direitos. Sensibilidade geral — boa. Reflexos tendinosos — exagerados. Positivo fraco o sinal de Babinski. Turgor — relativamente bom. Tonicidade muscular — diminuida do lado esquerdo; exagerada do lado direito. Apatica, indifferente, articula sons desconexos. Verdadeira disartia.

Do exame do liquor, embora outras requisições, só me foi fornecido o seguinte:

Cloréto — 5 gramas 733 ‰

Glicóse — 0,300 ‰.

Creio não restar duvidas que esses dois ultimos casos são nitidamente englobados nas perturbações dos nucleos pardos centrais, pertencendo aos sintomas das entidades do sistema extra-piramidal.

Quem lê a ultima classificação etiologica de Ibrahim, na Alemanha, a esse respeito, relacionada á infancia, fica convencido das lesões anatomicas extra-piramidais, nesses dois doentinhos, pois entre tantas modalidades clinicas, ela incluye a *Distonia de torsão*, a *atetose bi-lateral progressiva*, a *epilepsia mioclonica*, a *hemi-atetose primaria e secundaria*, onde podem muito bem ser includidos os dois casos precedentes.

E entre todos os sectores do sistema motor extra-piramidal, certamente, pela sua interessante sintomatologia, é o *pallidum* que foi mais atingido nos meus doentinhos.

O saudoso Prof. Jakob faz nitidamente ressaltar que a *sindrome pallidal* se caracteriza:

- 1) Em casos de lesões parciais, por atetose e movimentos de torsão com estados hipertonicos.
- 2) Em casos de vastas lesões do *pallidum* por uma rigidés completa, com forte aumento do tono muscular que dá as fórmias plasticas.
- 3) Não ha perturbações da sensibilidade, dos reflexos e da intelligencia, nem vaso-motoras, nem da temperatura.

Si no meu segundo caso, houve a presença do sinal de Babinski e disturbios francos da mentalidade, isto indica a multiplicidade, nelle, das lesões, atingindo, igualmente, o sistema piramidal.

QUANTO AO PROGNOSTICO E TRATAMENTO

Quanto ao prognostico, é de vêr-se, até certo ponto com satisfação, que muitos espasticos generalizados, muitos hemiplegicos possuem ten-

dencia espontanea para melhorar, assim como certas fórmias abortivas que vão cedendo, mediante terapêutica adequada.

Ensombra-se o prognostico, ante o progredir do estado de idiotia, quando já se não pôde contar com a capacidade intelectual do individuo, a mais e mais deficiente, e ainda si á cena morbida vem se associar, de caracter progressivo, o quadro alarmante do ataque epilético.

A não ser casos que nos levam a considerar a sífilis, como fator etiológico essencial, para o que se recorre ao tratamento específico, devemos, em qualquer outra circunstancia, ter em mira restabelecer a função motora, de modo mais favoravel possível.

Mas, para isso, é necessario contarmos com a integridade, ao menos relativa, das funções psiquicas dos doentes, capaz de nos auxiliar na sequencia do tratamento, com sua compreensão e boa vontade.

Tal fáto, como é natural, vai exigir do medico grande paciencia, que pôde ser compensadora, si o paciente denotar apenas preguiça intelectual. Pois sabe-se serem os melhores resultados ortopédicos obtidos com aquelas crianças, onde a inteligencia, energia e vontade estiverem em melhor gráo de cultura.

Portanto, além do tratamento médico e do cultivo da inteligencia e da vontade, ha a educação da sinergia muscular e as correções ortopédicas, citando-vos ainda a arrojada operação de Förster ou radicotomia posterior.

A evolução notavel da neuriatria faz admitir que as células dos cornos anteriores de medula estão em conexão:

1) com as fibras das raizes posteriores, por colaterais sensitivo-motoras.

2) com todas as fibras descendentes, longas e curtas, a ligarem diferentes porções do encefalo aos cornos pardos motores da medula.

Daí a realização da idéa de Förster, em sua intervenção reparadora, cuja tecnica, para não ser prolixo, aqui não citarei.

Concebida e estudada, nos seus detalhes, sobre o cadaver, pelo autor, foi praticada no vivo, pela primeira vez, por Tietze, em 1907, e os primeiros resultados dela publicou-os o Congresso de Cirurgia, em 1908.

Util é lembrar que a radicotomia posterior não deve ser procedida nos casos de paraplegia espastica, onde ha evidente lesão evolutiva, cujo resultado, por fim, será nulo, pois o doente vem fatalmente a sucumbir á marcha de sua afecção causal, como succede na siringomielia e esclerose lateral amiotrofica.

Unicamente se deve recorrer a tal meio terapêutico em casos onde a lesão produtora concluiu a evolução, e os sintomas permanecem estacionarios.

Quanto ao tratamento ortopédico, recorrem-se a processos variados, de fórmula a manter o individuo em posição forçada, assim que, no membro inferior, ficam os joelhos em extensão, os pés em agulho agudo sobre as pernas, as coxas em abdução energica, desde que não haja atitude viciosa.



Caso citado da 27.^a enfermaria da Santa Casa. Observação que indica o comprometimento dos nucleos pardos centrais.

Em caso contrario, teremos que lançar mão do alongamento plastico do tendão de Achilles, á tenotomia do tensor do fascia lata, de ambos os lados, dos adutores, dos flexores do cavo poplíteo, etc....

Pode-se tambem empregar a injeção de alcool no tronco nervoso dos musculos em contratura, tal a praticou Van Gehuchten, em dois casos de histeria. Igualmente utiliza-se a operação de Stoffel, agindo, não sobre a fibra centripeta, pela radicotomia posterior, mas sobre a centrifuga, na propria espessura dos troncos nervosos perifericos.

A respeito, finalmente, da sinergia muscular, é processo que pertence antes aos pais do que ao medico, pois para corrigir a marcha do individuo e os movimentos, mistér se faz a presença de metodos rigorosos, em anos de paciência e de energia, procurando quer êle deitado, quer sentado, quer de pé, dar-lhe exercicio aos membros rijos e tórpes. A marcha deve ser feita, exigindo do pequeno que coloque os pés sobre impressões plantares, desenhadas sobre o sólo, dedicando-lhe enfim, toda abnegação que se abraça, ao ensinar animais sábios!...

E não desanimemos em empregar-lhes tratamento decisivo, porque os vemos carregados de afecção nervosa grave!

Pois, como afirmou o Prof. Austregesilo, é, sem duvida, o capitulo mais difficil de toda a neuropatologia. E' bem verdade que esse quadro interessante de estudos é desprezado, em geral, pelos pediatras, quando o diagnostico precoce e bem orientado consegue, tantas vezes, um efeito terapeutico surpreendente.

Consideremos que eles aí vão, arrastando o corpo ou levados por mão piedosa, qual massa rígida, num riso alvar que comove, em gestos incoordenados e atitudes incoerentes, a uns despertando gargalhadas e a outros — compaixão!

Façamos que possam contar, — embora em rudimentos — com a vibratilidade de seus nervos, com a força de seus musculos, com a energia de seu cerebro!

Porto Alegre, 3 de Dezembro de 1935.

55-DE



CONTRA AFECÇÕES HEPATICAS E BILIARES

TEMOEBILIN

(A BASE DE ELEMENTOS PURAMENTE VEGETAES)

COLAGOGO E COLERETICO CONTRA
AFECÇÕES HEPATICAS E BILIARES



O remedio estandardizado
preparado com a droga
colagoga "Temoe Lavak"

EMBALAGENS:

Vidros de 10 e 25 comprimidos.

UNICOS CONCESSIONARIOS PARA O BRASIL:

RIO DE JANEIRO
Caixa Postal 3707

Farmaco Ltda

SÃO PAULO
Caixa Postal 9717

O VERÃO E A GRIPPE

Não raro são os senhores clínicos abordados pelos seus clientes com surtos intercorrentes de gripe, surtos estes que se avolumam sobremaneira no verão. Desnecessário é lembrar ser justamente a época em que as pessoas mais se expõem a imprudencias.

No Brasil, onde as oscillações de temperatura são tão frequentes, a gripe torna-se endêmica. O modo mais seguro dos senhores clínicos preservarem seus clientes é ministrarlhes o TONISAN, preparado específico contra as affecções respiratorias cuja forma complexa tem uma sinergia adequada á preservação daquellas doenças.

FORMULA

Esteres etilicos de oleo de sapucainha.....	0,80 grs.	Gommenol	0,25 grs.
Esteres etilicos de oleo de figado de bacalhau	0,20 "	Camphora	0,10 "
Oleo de figado de bacalhau	0,20 "	Cholesterina	0,05 "

O gommenol, a camphora, a cholesterina e os oleos de sapucainha e de figado de bacalhau desta maneira associados, agem como a barreira segura contra os surtos grippaes. TONISAN, o específico antigrippal e de suas complicações pulmonares, além de tonico e analeptico, prescreve-se em injeções diarias ou em dias alternados.

Os Snrs. clínicos que desejarem amostras e literatura, poderão requisital-as aos fabricantes e distribuidores geraes: 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.

Injeções indolores
de

MERCURIO-CYCLOPICTOSYLATO-CACODYLATO

PHOSPHARGYRO

A associação tónica corrige a acção depressora do mercurio
e combate a anemia secundaria da syphilis.
Uma injeção diaria ou em dias alternados.

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

Obitos por cancer na cidade de Porto Alegre (*)

por

Leonidas Soares Machado

Clipe docente de Higiene da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Embora áridos, os trabalhos estatísticos são uteis e indispensáveis aos que se dedicam ao estudo das doenças, mórmente quando se trata do cancer, essa terrível e destruidora molestia para cujo estudo existem espalhados pelo mundo todo, numerosos institutos que ocupam a atividade, muitas vezes por toda a existencia, de inumeros cientistas.

Não tem sido, porém, por falta de estudos e pesquisas, nem de teorias engenhosas, que o cancer continúa desafiando a argucia dos sabios.

Teorias antigas: microbiana, parasitaria, embrionaria, celular. Teorias recentes: microbiana, da associação dum virus e dum fator quimico, teoria da doença celular, teoria quimica ou glicolitica, teoria mitotica e outras, tem procurado resolver o grande problema da origem do cancer, mas em vão, pois todas essas teorias não não mais que hipoteses e o "primum movens" do cancer, permanece sem solução. Este fato sempre cooperou e continúa cooperando, para que o problema do cancer aumente de importancia e tem feito muitos paizes se preocuparem com essa insidiosa e temida molestia, justamente considerada uma molestia social. Os institutos para o estudo do cancer são em grande numero, mas a molestia segue inflexivel e traçoceira na sua faina de flagelo da humanidade. Em 1926 houve, só na França, 34.056 obitos por cancer; na Inglaterra 53.202, cabendo a Londres 6.720 obitos. No mesmo ano a Alemanha teve 66.255 mortos por cancer. Em 1923 a Italia teve 23.005 vidas ceifadas pelo cancer e em 1927 essa molestia causou, só nos Estados Unidos, 95.504 victimas.

No nosso Estado, embora existente uma preocupação constante com o problema do cancer, não são muitos os trabalhos surgidos relativos ao assunto.

Para facilitar a tarefa dos estudiosos, fornecendo-lhes os elementos necessarios para os seus estudos, é que organizámos a estatistica do cancer na cidade de Porto Alegre, nos ultimos 25 anos.

Com isto, satisfazemos o pedido que nos foi feito de cooperarmos para as Jornadas Medicas e damos á publicidade um trabalho inédito.

O CANCER EM PORTO ALEGRE

No nosso Estado, e principalmente na capital, grande é o numero de pessoas victimadas pelo cancer, como adiante veremos.

(*) Trabalho apresentado ás Jornadas Medicas realizadas em Porto Alegre, em 1935.

Sendo a estatística a base dos estudos, que se fizerem sobre o cancer entre nós, o nosso trabalho consiste justamente na estatística do cancer na nossa cidade e encerra o numero de obitos pelo cancer em Porto Alegre, nos ultimos 25 anos (1910 a 1934), o coeficiente de mortalidade por 100.000 habitantes, obitos pelo cancer segundo o sexo, idem segundo a côr, cancer e estado civil, obitos por cancer segundo a nacionalidade, idem segundo a idade e, por fim, a estatística do cancer segundo a localização da molestia.

O tempo e os esforços que dedicámos ao nosso trabalho serão fartamente recompensados, se os que voltarem a atenção para o angustiante problema do cancer, encontrarem nestes graficos e tabelas algo de aproveitavel.

"Fac quod in te est" e para mais não deram as nossas possibilidades.

1 a — Numero de obitos pelo cancer na cidade de Porto Alegre e respectivos coeficientes para cem mil habitantes e para mil obitos gerais.

Anos	População da cidade	Obitos gerais	Obitos por cancer	Coeficiente de mortalidade do cancer	
				Para 100.000 habitantes	Para 1.000 obitos gerais
1910	113.584	2.702	53	46,6	19,6
1911	125.000	3.488	62	49,6	17,8
1912	135.300	3.821	53	39,1	13,8
1913	143.500	3.689	57	39,7	15,4
1914	150.300	3.360	63	41,9	19,0
1915	154.700	3.311	60	38,7	18,1
1916	159.500	3.305	68	42,6	20,5
1917	162.000	3.845	67	41,3	17,4
1918	163.500	5.087	71	43,4	13,9
1919	165.000	3.091	81	49,0	26,2
1920	168.500	3.864	108	64,0	27,9
1921	172.000	3.515	101	58,7	28,7
1922	176.500	3.580	118	66,8	32,9
1923	180.750	4.124	115	63,6	27,8
1924	190.450	4.269	106	55,6	24,8
1925	200.100	4.080	104	51,9	25,4
1926	210.000	4.250	136	64,7	32,0
1927	247.960	4.501	94	37,9	20,8
1928	258.500	4.252	143	55,31	33,6
1929	270.000	4.843	146	54,07	34,2
1930	280.890	4.259	157	55,89	36,8
1931	290.570	4.586	152	52,31	33,1
1932	297.600	4.572	167	56,11	36,5
1933	303.700	4.174	165	54,32	39,5
1934	310.000	4.223	229	73,87	54,2

Como vemos, o numero de obitos por cancer vem subindo junto com a população da cidade. (Vide o grafico no fim).

As autoridades no assunto, porem, dizem que tal fato não exprime uma maior disseminação da molestia e, sim, depende da melhoria de diagnostico, do maior numero de medicos, das melhores condições da vida que fazem com que seja maior o numero de pessoas que alcançam a idade preferida pelo cancer, 40 a 60 anos, etc. etc.

Não sendo cancerólogo, aceitamos a explicação dos entendidos, mas não sem uma certa duvida, pois nos parece que aqui em Porto Alegre a explicação não é aplicavel.

Por exemplo, em 1919 houve 81 obitos por cancer e já no ano seguinte houve 108; em 1927 houve 94 obitos e em 1928 143; houve 105 obitos em 1933 e 229 em 1934. Que melhoria de diagnostico teria havido dum ano para o outro?

Não se fundaram institutos para o estudo do cancer, não surgiram novos cancerólogos; o que havia em 1920 já havia em 1919, o mesmo se dando para 1928 e 1927 e para 1934 e 1933. Um outro fator a considerar é o fato de Porto Alegre ser um centro medico para onde afluem numerosos cancerosos em busca de recursos. Apesar de tudo, somos de opinião que a maior incidencia da molestia contribuiu, ainda que com pequena parcela, para o aumento do numero de obitos pelo cancer nesta Capital.

O coeficiente de obitos por cancer para cem mil habitantes, embora, nos ultimos anos, tenha subido até atingir 73,87, o que o fêz alcançar os coeficientes mais altos das cidades brasileiras, está ainda, muito aquém do das cidades estrangeiras, como mostram os dois quadros seguintes.

Quanto ao coeficiente de obitos por cancer para 100.000 habitantes, cumpre salientar que ele é nitidamente aumentado em Porto Alegre, pelo fato desta capital ser procurada por cancerosos de outros municipios que muitas vezes aqui morrem, sendo esses obitos incluidos na estatística local. Entretanto, esse fator é, em parte, anulado pelo numero dos cancerosos que morrem sem assistência médica ou sem diagnostico firmado ou com o diagnostico de molestia intercorrente.

I b — CANCER — Coeficiente de mortalidade para 100.000 habitantes em Porto Alegre e outras cidades nacionais.

Cidades brasileiras	ANOS		
	1928	1927	1926
São Luiz	3,31	21,66	30,0
Macció	9,02	11,38	6,74
João Pessoa	21,15	22,22	11,53
Belém	29,71	26,95	
Florianopolis	32,50	33,86	
Aracajú	34,0	21,27	
São Salvador	34,46	30,62	36,80
Rio de Janeiro	36,53	34,33	35,55
Fortaleza	38,0	47,0	29,0
Vitória	49,33		48,60
Niterói	49,34	37,89	
Natal	51,66	62,85	
São Paulo	51,68	52,31	52,47
PORTO ALEGRE	55,31	37,90	64,7
Curitiba	64,83	29,05	63,97
Belo Horizonte	73,45	77,85	64,28

I c — CANCER — Coeficiente de mortalidade para 100.000 habitantes em Porto Alegre e algumas cidades estrangeiras

CIDADES	ANOS				
	1928	1927	1926	1925	1924
Cairo	23,64	29,62	29,55	28,35	28,35
PORTO ALEGRE	55,31	37,9	64,7	51,9	55,6
Mexico	65,61	75,56			
Moscou	97,16	101,87			
Washington	110,50	105,29			
Madrid	114,20	112,26			
Buenos Aires	116,68	116,58			
Paris	127,60	125,82	130,03	129,26	129,26
Nova York	128,37	124,85			
Estocolmo	136,89	142,24	150,72	127,59	127,59
Haia	138,78	129,48	123,58	129,09	126,99
Bruxelas	153,04	101,50	175,29	90,0	85,05
Copenhague		155,73		154,60	154,60
Oslo	156,23	150,73	167,75		145,11
Hamburgo	166,82	169,01	158,56	147,43	147,43
Budapest	171,88	157,95	155,95	115,66	115,66
Montevidéu	178,10	174,25	161,91		189,35
Viena	194,36	221,78			

Cardiazol- Efedrina «Knoll»

contra a asma

indicada principalmente na asma cronica com alteração do coração direito, asma bronquica com estados de bradicardia ou de hipotonia, asma-bronquite, enfisêma,

combate a debilidade circulatoria

recomenda-se muito em colapso vascular, insuficiencia cardiovascular, bradicardia, blocagem cardiaca, hipotensão, minus-descompensação, intoxicações, e tambem profilacticamente antes da narcose.

Posologia: 20 gotas ou 1 comprimido ou 1 empôla (contendo cada 0,1 g de Cardiazol + 0,015 g de clorhidrato de Efedrina «Knoll») uma ou varias vezes ao dia, se fôr necessario. Empacotamentos originais: Tubos com 10 comprimidos. Vidros com 10 g de liquido. Caixas com 6 empôlas de 1,1 c.c.



KNOLL A.-G., Fabricas de Productos Quimicos Ludwigshafen/Rheno (Alemanha)

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

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

Natrol

(Tartaro-bismutato de sódio)

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

Magnificos 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 periodo de expulsão, quer no de livramento

RETROPHYSINA

(Extrato de 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.

VAGINA 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.

II — *Cancer e sexo, na cidade de Porto Alegre*

Quanto ao sexo, o cancer se porta em Porto Alegre como em toda a parte, isto é, o numero maior de vitimas é constituído de pessoas do sexo feminino. O grande numero de cancers do utero e seios, justificam essa desvantagem do sexo fraco. O quadro seguinte permite verificar que sómente em seis dos ultimos vinte e cinco anos o numero de mulheres vitimadas pelo cancer foi menor que o dos homens: a radiologia, porém, permitindo despistar cancers profundos, principalmente digestivos, que são mais frequentes no sexo masculino, pôde-se admitir que a proporção nos dois sexos tende para a igualdade.

Anos	Obitos por cancer	Obitos e sexos		Porcentagem	
		Masculino	Feminino	Dos masculinos	Dos femininos
1910	53	23	30	43,4	56,6
1911	62	28	34	45,2	54,8
1912	53	18	35	34,0	66,0
1913	57	26	31	45,7	54,3
1914	63	35	28	55,6	44,4
1915	60	24	36	40,0	60,0
1916	68	38	30	55,9	44,1
1917	67	36	31	53,8	46,2
1918	71	32	39	45,1	54,9
1919	81	43	38	53,1	46,9
1920	108	59	49	54,7	45,3
1921	101	44	57	43,6	56,4
1922	118	53	65	45,0	55,0
1923	115	49	66	42,7	57,3
1924	106	46	60	43,4	56,6
1925	104	45	59	43,3	56,7
1926	136	67	69	49,3	50,7
1927	94	36	58	38,3	61,7
1928	143	73	70	51,1	48,9
1929	146	67	79	45,9	54,1
1930	157	54	103	34,4	65,6
1931	152	54	98	35,6	64,4
1932	167	60	107	36,0	64,0
1933	165	74	91	44,9	55,1
1934	229	107	121	47,2	52,8

III — *Cancer na cidade de Porto Alegre: obitos segundo a côr*

O quadro abaixo mostra que é entre as pessoas de côr branca que se dá o maior numero de obitos por cancer, o que facilmente se comprehende, sem se precisar levar em conta o fator côr, considerando-se que

as pessoas de cor preta constituem a minoria da nossa população. Entretanto, é classica a afirmação de que o cancer é mais frequente no homem branco. Investigações modernas tendem a modificar essa velha opinião.

Anos	Total de obitos por cancer	Obitos de cor branca	Percentagem de obitos de cor branca	Obitos de cor mixta	Obitos de cor preta	Percentagem de obitos de cores mixta e preta
1910	53	38	71,6	8	7	28,4
1911	62	51	82,2	6	5	17,8
1912	53	42	79,2	8	3	20,8
1913	57	48	84,2	4	5	15,8
1914	63	49	77,7	11	3	22,3
1915	60	48	80,0	9	3	20,0
1916	68	53	77,9	10	5	22,1
1917	67	56	83,5	8	3	16,5
1918	71	54	76,0	11	6	24,0
1919	81	66	81,4	6	9	18,6
1920	108	87	80,5	12	9	19,5
1921	101	81	80,1	11	9	19,9
1922	118	94	79,6	15	9	20,4
1923	115	84	73,0	22	9	27,0
1924	106	85	80,1	13	8	19,9
1925	104	84	80,7	17	3	19,3
1926	136	119	87,5	12	5	12,5
1927	94	76	80,8	14	4	19,2
1928	143	122	85,3	14	7	14,7
1929	146	123	84,2	12	11	15,8
1930	157	132	84,0	12	13	16,0
1931	152	123	80,8	19	10	19,2
1932	167	129	77,2	21	17	22,8
1933	165	140	84,8	17	8	15,2
1934	229	193	84,2	27	9	15,8

IV — Cancer e estado civil na cidade de Porto Alegre

Sendo o cancer uma molestia cuja incidencia é muito maior depois dos 30 anos, explica-se que sejam as pessoas casadas e viúvas as que pagam maior tributo á molestia, o que, aliás, demonstra o quadro seguinte:

Anos	Obitos por cancer	Obitos segundo o estado civil			
		Soltellos	Casados	Viúvos	Ignorados
1910	53	13	23	15	2
1911	62	15	28	19	0
1912	53	16	25	11	1
1913	57	13	31	13	0
1914	63	20	27	16	0
1915	60	14	34	12	0
1916	68	10	44	14	0
1917	67	23	33	11	0
1918	71	39	22	10	0
1919	81	29	36	16	0
1920	108	37	46	25	0
1921	101	20	48	33	0
1922	118	25	62	30	1
1923	115	32	46	36	1
1924	106	22	53	31	0
1925	104	22	48	34	0
1926	136	33	65	38	0
1927	94	19	44	31	0
1928	143	29	77	37	0
1929	146	26	84	36	0
1930	157	32	69	56	0
1931	152	27	70	52	3
1932	167	33	67	67	0
1933	165	26	86	47	6
1934	229	32	131	64	2

V — *Cancer na cidade de Porto Alegre*
Obitos segundo a nacionalidade

O quadro seguinte (e o respetivo grafico), mostra que as vitimas do cancer em Porto Alegre são, na grande maioria, brasileiras, o que encontra justificativa no fato da nossa população, proporcionalmente, ser constituída por um numero muito maior de brasileiros.

Mas, assim mesmo, o coeficiente de obitos, por cancer para 10.000 brasileiros e para 10.000 estrangeiros, é maior para estes.

Anos	Obitos por cancer	Nacionalidades		
		Brasileiros	Estrangeiros	Ignorados
1910	53	43	10	0
1911	62	49	12	0
1912	53	40	13	0
1913	57	40	17	0
1914	63	49	14	0
1915	60	43	17	0
1916	68	43	25	0
1917	67	50	17	0
1918	71	57	14	0
1919	81	66	15	0
1920	108	86	16	6
1921	101	81	20	0
1922	118	92	26	0
1923	115	94	21	0
1924	106	76	30	0
1925	104	90	14	0
1926	136	121	15	0
1927	94	74	20	0
1928	143	101	42	0
1929	146	109	37	0
1930	157	129	28	0
1931	152	117	34	1
1932	167	135	30	2
1933	165	126	34	5
1934	229	160	65	4

VI — *Cancer na cidade de Porto Alegre, obitos segundo a idade*

A estatística do cancer em Porto Alegre, no que diz respeito á idade dos mortos, é mais uma confirmação do que se dá em toda a parte; o cancer é uma molestia da idade adulta, sendo as pessoas com mais de 30 anos as acometidas de preferencia. O cancer, porém, não aumenta regularmente com a idade, nem é apanagio da velhice e tanto é assim que a partir dos 60 anos ele aparece em proporção igual á das afeções banais e, fato digno de nota, é igual nos dois sexos. Vejamos o quadro respectivo:

ANOS	I D A D E S																	Total		
	0 a 6 mezes	6 mezes a 1 ano	1 a 2 anos	2 a 3 anos	3 a 4 anos	4 a 5 anos	5 a 10 anos	10 a 15 anos	15 a 20 anos	20 a 30 anos	30 a 40 anos	40 a 50 anos	50 a 60 anos	60 a 70 anos	70 a 80 anos	80 a 90 anos	90 a 100 anos		Mais de 100 anos	Ignorados
1910	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	7	16	15	8	1	1	0	0	0	53
1911	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9	16	17	13	4	0	0	0	0	62
1912	0	1	0	0	0	0	1	1	0	2	5	12	16	7	5	2	1	0	0	53
1913	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3	16	19	10	2	3	0	1	0	57
1914	0	2	0	0	2	0	2	0	1	2	9	7	19	13	5	1	0	0	0	63
1915	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	14	16	14	6	1	0	0	0	60
1916	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	12	14	20	14	6	0	0	0	0	68
1917	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	8	11	17	15	8	2	0	0	0	67
1918	0	0	0	0	0	0	1	1	2	5	9	12	18	12	10	1	0	0	0	71
1919	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4	20	14	18	18	3	0	0	0	81
1920	0	1	0	0	1	0	0	1	0	5	10	31	23	20	12	5	0	0	0	108
1921	0	0	0	0	0	1	0	0	2	7	16	17	29	20	5	2	1	1	0	101
1922	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5	20	22	20	28	14	6	0	0	1	118
1923	0	0	0	0	0	1	0	0	1	6	10	24	38	18	12	4	1	0	0	115
1924	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	11	16	23	31	14	7	1	0	0	106
1925	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	7	18	26	24	19	4	0	0	1	104
1926	0	0	0	0	0	0	0	0	3	5	13	22	33	37	17	4	3	0	0	136
1927	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	6	16	29	26	10	3	0	0	0	94
1928	1	0	0	0	0	0	0	0	0	5	14	24	36	39	22	1	1	0	0	143
1929	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	12	26	42	37	18	6	0	0	0	146
1930	0	0	0	1	0	0	0	0	2	15	34	26	32	27	18	2	0	0	0	157
1931	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3	15	34	33	32	25	5	2	0	1	152
1932	0	0	0	0	0	0	0	0	5	7	37	42	48	21	6	0	1	0	0	167
1933	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	12	36	48	35	23	6	0	1	0	165
1934	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	23	34	62	54	44	7	2	0	0	229

VII — Cidade de Porto Alegre — Cancer segundo a localização

Embora a rubrica que encerra os órgãos não especificados nos atestados de obitos e os órgãos não constantes da classificação internacional sejam muito grande, o seguinte quadro não deixa de ter grande valor, além de que mostra a importancia dos medicos preencherem os esclarecimentos constantes nos atestados de obitos.

Anos	Cavidade bucal	Estomago e figado	Intestino	Orgãos genitales da mulher (utero etc.)	Seios	Pele	Outros orgãos ou orgãos não especificados	Total
1910	1	19	2	12	0	0	19	53
1911	4	17	3	15	5	3	15	62
1912	3	11	0	7	1	0	31	53
1913	2	13	0	8	0	0	34	57
1914	1	19	1	10	1	6	25	63
1915	0	11	3	10	1	1	34	60
1916	3	15	1	5	3	0	41	68
1917	1	10	1	4	2	0	48	67
1918	0	2	0	9	0	0	60	71
1919	4	20	3	2	2	3	47	81
1920	5	30	9	16	1	0	47	108
1921	2	25	7	20	3	1	48	101
1922	1	34	13	13	4	0	53	118
1923	5	36	5	23	1	2	40	115
1924	6	25	6	19	2	2	46	106
1925	2	36	8	14	4	0	40	104
1926	3	45	10	23	8	2	45	136
1927	4	34	9	17	3	0	27	94
1928	2	50	14	21	2	0	54	143
1929	4	55	8	17	5	0	57	146
1930	2	37	10	35	14	0	59	157
1931	1	45	9	34	10	3	50	152
1932	6	42	12	44	8	2	53	167
1933	2	50	11	39	9	3	51	165
1934	8	68	24	39	13	11	66	229

CONCLUSÕES

Do que atraz ficou dito, varias conclusões pódem ser tiradas, entre as quais destacaremos as cinco seguintes:

I

A mortalidade do cancer em Porto Alegre, é das mais altas das ca-

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 HY-POPHOSPHATOS 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, aumenta 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 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

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRUCO E CHALUMORRUCO SUPERSATURADOS DE LIPIDES TOTAIS DO CEREBRUM

LITTERATURA e AMOSTRAS A DISPOSICÃO DA CLASSE MEDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

RIO

O Laboratório Doria - Campinas, Est. de S. Paulo

Recomenda a prescrição para Úlceras não específicas,
— Eczemas, — Rachaduras, (dos seios) Assaduras, (crianças) — e em todas as manifestações cutâneas da Diatese exsudativa,

a "Pomada Dermatisan Doria"

o mais moderno dos produtos para os casos a que se destina.

Formula: — Oleo de Chaulmoogra, Lanolina, Vaselina,
Ox. Zinco e tinturas vegetaes.

Aviso

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

Os artigos devem ser datilografados e acompanhados do respectivo resumo e, si possível, 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 dirétamente sobre o assunto, com a tipografia editora dos „Arquivos“.

pitais brasileiras, mas se o confronto fôr feito com cidades estrangeiras, ao contrario, é das mais baixas.

II

Em Porto Alegre, o numero de obitos pelo cancer é maior no sexo feminino do que no masculino.

III

Quanto ao estado civil, em Porto Alegre, os obitos determinados pelo cancer são muito mais numerosos entre os casados e viuvos do que entre os solteiros.

IV

Em Porto Alegre o maior numero de obitos pelo cancer se dá dos 30 aos 80 anos, sendo que o maximo da mortandade se verifica dos 40 aos 70 anos.

V

Quanto á localização, em Porto Alegre, são os canceres do estomago que determinam o maior numero de obitos seguidos dos canceres dos órgãos genitais da mulher.

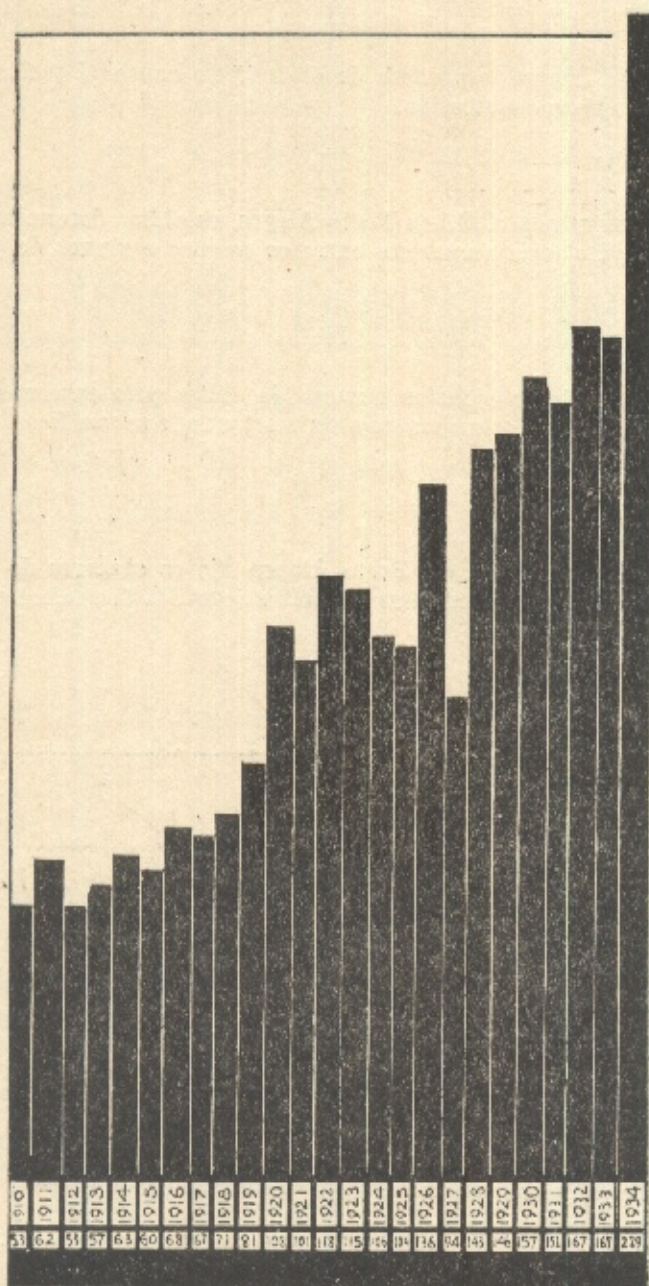
GLYCOSORO

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

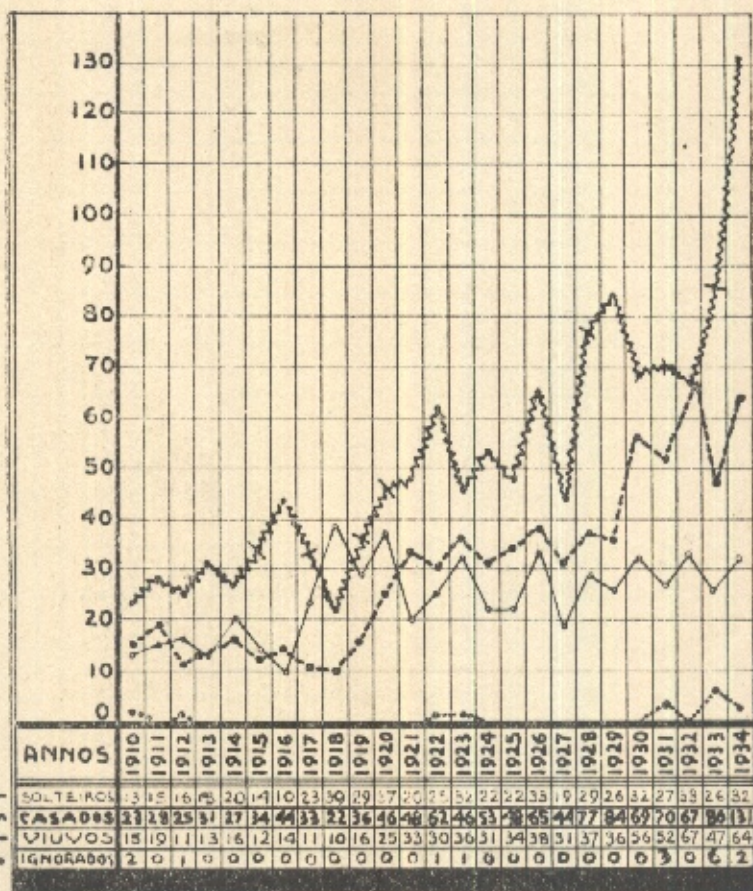
SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratório
Gros
Rio de Janeiro

Cidade de Porto Alegre
 Numero de obitos por cancer de 1910 a 1934

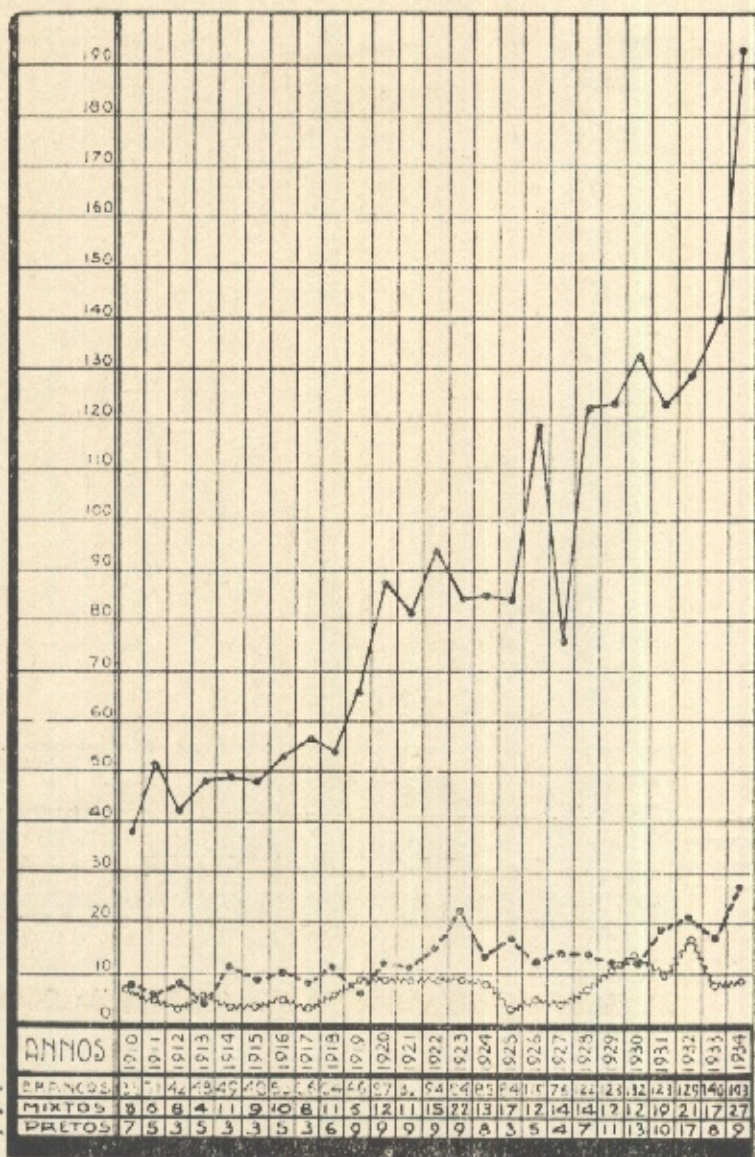


Cidade de Porto Alegre Obitos por cancer segundo o sexo.



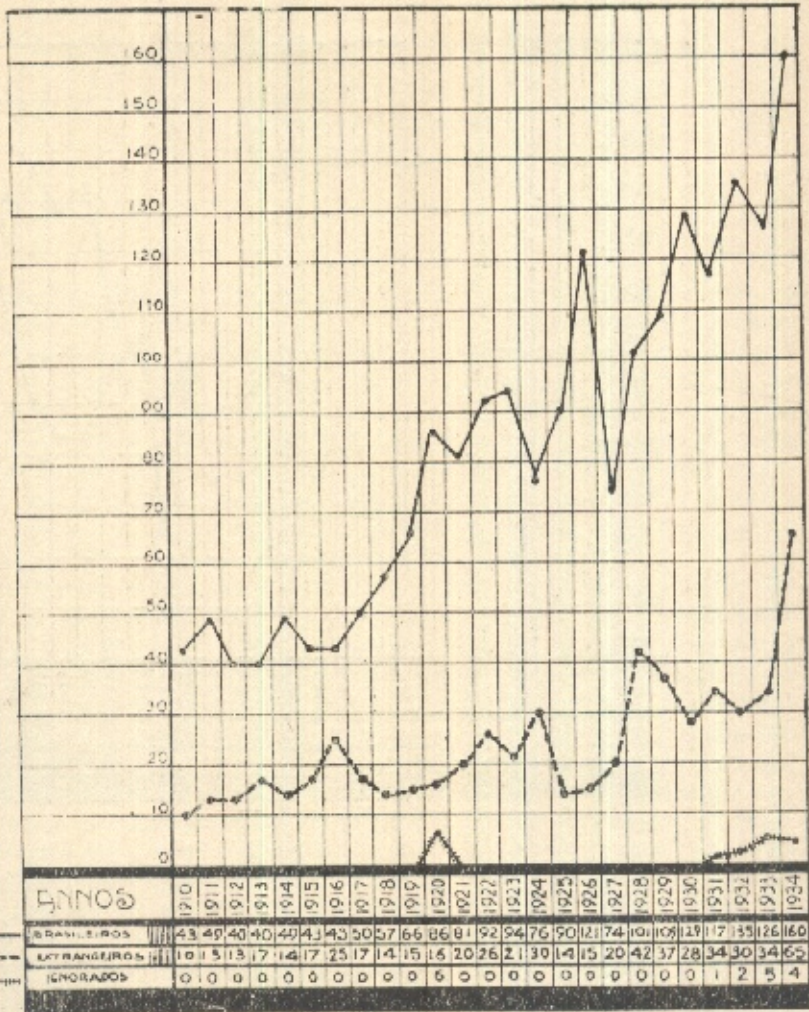
RUMALD

Cidade de Porto Alegre Obitos por cancer segundo a côr.



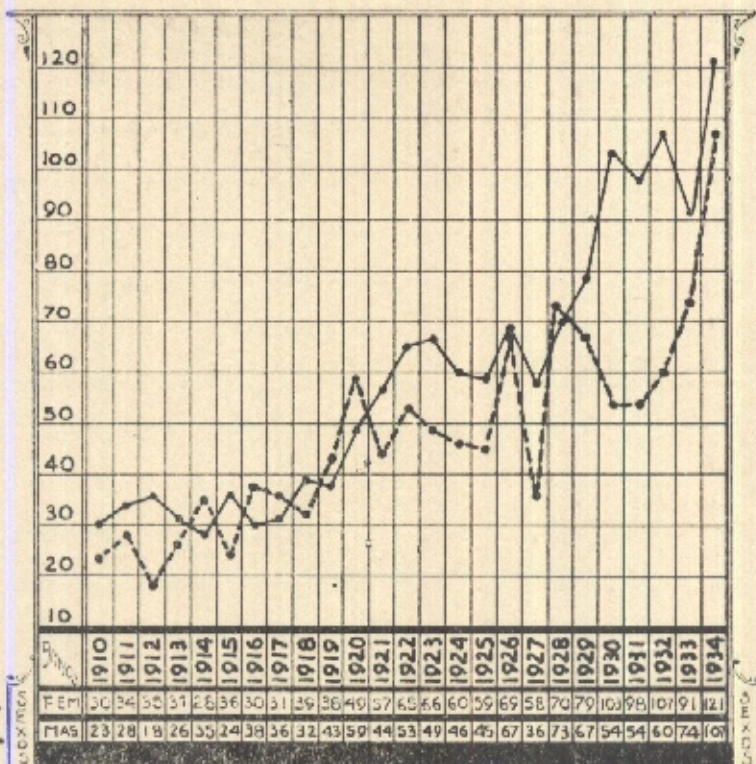
R. G. M. A. G.

Cidade de Porto Alegre Obitos por cancer segundo a nacionalidade



SCMARIO

Cidade de Porto Alegre Obitos por cancer segundo o sexo



O valor da Campimetria nas Corioretinites*

por

Waldemar Niemeyer

(Porto Alegre)

Todos nós temos experimentado a insuficiência da terapeutica em certos casos de coroidites ou corioretinites. Assim também faltam-nos métodos exatos para podermos precisar o prognostico de uma afeção tão séria e tão comum qual a corioretinite. A *oftalmoscopia*, repetida em condições exatas e identicas, não nos satisfaz, porque é impossível guardar na memoria todos os particulares da imagem quanto ao tamanho, condições vasculares, conformação, côres, pigmentação, bordos, edema etc. O *deseño* dos fôcos nem sempre é praticavel na clinica diaria. As *retinografias*, feitas em condições identicas, também pôdem variar em seus reflexos accessorios e induzir para enganos.

Finalmente a agudeza visual, mesmo nos casos, em que existe fôco central ou paracentral, não está em relações diréttas com o fôco, podendo p. ex. manter-se, enquanto o processo patológico evolúe. Assim, no desejo ancioso de ter em mão um método de controle exato, dedicámo-nos, de alguns anos para cá, ao estudo da *campimetria* nas corioretinites.

Sem que possamos afirmar, que com este método tenhamos achado um processo infalível, sempre será uma pesquisa a mais, e — feita a rigôr e sempre em condições bem identicas — será um método *comparativo* dos melhores, o qual, de verdade, exige do oftalmologista muita dedicação, paciencia e criterio especial para não deixar-se enganar. Acrescem as dificuldades, que conhecemos das afeções do nervo ótico e de todo trajéto nervoso até aos centros visuais, por tratar-se nas corioretinites de uma afeção, que nos casos de acometimento da zona macular oferece *escotomas centrais*, que exigem cautelas, que se nos impõem pela necessidade de fixação central pelo olho não examinado. Para tal temos recorrido ao auxilio de aplicar ao olho não examinado vidros de côr exatadamente complementar; não houve assim necessidade de lançar mão de métodos mais difíceis.

Temos colhido os dados e resultados, que apresentamos neste trabalho, pelos métodos comuns de perimetria, no perimento de Foerster, e para a zona central de 0° até 30° ou 35° pela Campimetria no pano preto de Bjerrum, a uma distancia de 1 ou 2 metros. Os objétoes brancos e de côr tinham diametro de 2, de 5 e de 10 mm, correspondendo ás designações internacionais de 2/1000, 5/1000 e 10/1000, os angulos de vi-

* Trabalho apresentado na sessão de 20 de Janeiro de 1935 ao Primeiro Congresso Brasileiro de Oftalmologia, em São Paulo.

sibilidade dos objetos movidos eram portanto variáveis entre 4' e 35' de arco, aproximadamente.

Para os papeis de côr usámos as côres classicas de Heidelberg (saturadas), não podendo recorrer ás de Engelking, que apresentam as mesmas isópteras para azul e amarello ou verde e vermelho, respectivamente — por não se conservarem em nosso clima. A *iluminação* em geral tem sido a luz solar, procedendo-se aos exames sempre no mesmo quarto, á mesma hora do dia e escolhendo sempre que possivel, dias serenos para praticamente evitar maiores diferenças.

Um método de pesquisas, que está sujeito a tantas condições variáveis, é necessario seja empregado pelo mesmo observador e nas condições mais identicas possíveis, 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, em 1933, (*Klinische Monatsblätter f. Augenheilkunde*, 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 do registro em esquemas transparentes: de um lado do fóco patológico retiniano (afeções da coróide e retina de qualquer natureza, inclusive os rasgões da retina descolada) e do outro lado, devidamente invertido, o escotoma do campo visual, precisado e fixado pela campimetria.

Deve ser feita a devida correção localisatoria na relação dos pontos determinados, pelo método matematico indicado por Paul, o que vem a ser o mesmo processo, usado na projeção classica de Mercator no desenho do mapa-mundi, tratando-se de uma transferencia 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 projéta para o campo visual.

Tivemos oportunidade de estudar com este método vinte casos de corioretinite de fundo sifilitico, tuberculoso, ou de causa obscura, inclusive a retinite juxtapapilar de Jensen. Deixamos de lado nesta observação as corioretinites actinicas, as formas degenerativas e as retinites mórmente das camadas mais externas da retina, qual a ret. albescens, macular, exsudativa, proliferante etc.

Quanto ás côres, achámos que na evolução da molestia aparece em nossos casos um fáto interessante, que até agora não pudemos encontrar na literatura. E' em resumo o seguinte: enquanto a molestia evolue, os focos se acharem ativos, a pigmentação estiver em vias de migração — a distancia entre as isópteras das côres e a do branco acha-se aumentando, e de tal maneira que da maior dissociação entre estas isópteras é possivel concluir para o prognostico, sendo que o fóco sempre tende a aumentar exátamente para o lado que apresenta a maior diferença entre as isópteras. Nos casos em que nos foi dado observar a afeção desde cedo e por mais tempo, temos sempre verificado este fáto. Ao passo que, quando o fóco era antigo, a pigmentação fosse intensa, enfim no processo estacionario, a diferença entre as isópteras do branco e das cô-

res 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 fenômeno talvez deva ser atribuído ao edema ao redor do fóco inflamatório.

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

Também verifica-se com facilidade o aumento da mancha cega, nos casos de congestão ou edema papilar, frequentemente observados nas corioretinites. É fato conhecido, ser o escotoma em geral maior do que se supõe pela imagem oftalmoscópica. Em certos casos, porém, verificámos a existência 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 focos iniciais, às vezes dificilmente visíveis ao exame oftalmoscópico, tem-nos prestado grande auxílio o método de Igersheimer: movimentámos o objeto em sentido vertical ao trajeto das fibras nervosas.

Para exemplificar, juntamos nossas *figuras*, que mostram em primeiro lugar: o esquema para registro do campo visual (fig. nr. 1) e do fóco da retina (com correção matemática) (fig. nr. 2), impressos no anverso e no verso de papel transparente (O. D.). Os eixos pela numeração do sistema internacional.

A figura nr. 3 apresenta o aparelho para a oftalmoscopia localisatória de Paul, baseado na taxação do angulo de incidência, função de relação entre as duas cordas de um elipsoide constante (veja fig. nr. 4), representadas no aparelho por uma fita metríca ou um cordão.

As figs. nr. 5 e nr. 6 pertencem a um caso de retinite juxtapapilar tipo Jensen (homem de 30 anos) (O. E.) com escotoma (fig. nr. 6) em forma de setor, partindo da mancha cega, correspondente aos filetes acometidos; as isópteras de branco e das côres coincidem, por ser um fóco antigo e extinto.

As figs. nr. 7 e 8 mostram o campo visual e o fóco retiniano de um fóco recente de corioretinite central sífilítica numa moça de 19 anos (O. E.). Agudeza visual de 15%, escotoma paracentral positivo absoluto, mínimo, havendo escotoma central relativo para as côres com isópteras maiores.

As figs. 9 e 10 pertencem a um caso de corioretinite tuberculosa recente (no O. D.) com escotoma paracentral, diferença grande (dissociação acentuada) entre as isópteras das côres em direção para baixo e temporal. Caso em plena fase de evolução.

As figs. nr. 11 e 12 mostram o mesmo caso das figs. nr. 9 e 10, após 2 mezes de tratamento intenso; as isópteras coincidem quasi, o fóco acha-se pigmentado, a mancha cega diminuiu e a agudeza visual, leve-

mente abalada, voltou a 100%. O fóco aumentou para o lado temporal inferior, aonde havia, 2 mezes antes, (v. fig. nr. 9) a maior dissociação.

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

E' possível fazer um prognostico sobre o fóco considerando a dissociação das isópteras das côres e do branco. A aproximação de estas isópteras serve de criterio para julgar do estacionamento.

Um fóco ativo tende geralmente 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.*

ZUSAMMENFASSUNG.

Der Wert der Gesichtsfeldmessungen bei Chorioretinitis.

Der Autor hat stets den grossen Mangel empfunden, den die verschiedenen Untersuchungsmethoden aufweisen, um über den Verlauf einer Chorioiditis disseminata oder Chorioretinitiden im allgemeinen ganz präzise urteilen zu können. Die Untersuchung des Gesichtsfeldes und besonders der Farbenskotome hat ihn seit einigen Jahren dazu geführt, ein besonders für die Prognose und das Urteil, ob ein Prozess zum Stillstand gekommen ist, wichtiges Kriterium in den Farbenskotomen zu finden.

Mit ganz einfachen Methoden (Untersuchung am Bjerrumschirm mit 1 und 2 m Entfernung, weissen und farbigen Objekten von 2, von 5 und 10 mm, also 2/2000 bis 10/1000), die jedem in der Praxis erreichbar sind, hat er bei 20 Fällen von Chorioretinitis verschiedenster Aetiologie vergleichende Messungen angestellt. Die Skotome, sowohl für weiss wie für Farben wurden nach den Angaben von Paul (Lueneburg) (Klin. Mbl. f. Aghkd. 1933, Bd. 90, S. 730), registriert, auf transparenten Papier auf der einen Seite das Skotom, auf der anderen mit der von Paul angegebenen Korrektur der Herd in der Retina, sodass ein interessantes Vergleichsmaterial auch in Bezug auf den durch den Herd verursachte Ausfall zustande kam.

Auf Grund dieser 20 Fälle (Chorioretinitis syphilitica, Chorioretinitis tuberculosa, Chorioretinitis juxtapapillaris) und dem Verlauf der dabei beobachteten Veränderungen bezgl. der Skotome, glaubt sich Verf. zu folgenden Schlussfolgerungen berechtigt: Während der Prozess fortschreitet, die Herde aktiv sind, das Pigment noch in Verschiebung begriffen ist, sind die Isopteren von weiss und Farben durch grössere Distanzen getrennt, dh. es besteht eine erhebliche Dissoziation der Isopteren; und zwar hat meist der Herd eine Tendenz, genau nach der Richtung hin fortzuschreiten, in der die

Larosán

"ROCHE"

Medicamento dietético
da diarrhéa infantil.



Caixa de 100 grs.
Saquinho de 20 grs.

Amstras e litteratura

PRODUCTOS ROCHE S. A. -- C. Postal, 329 -- RIO.

O QUE A LIVRARIA DO GLOBO EDITOU

Semiologia Cirúrgica

Diogo Ferrás

Formato do vol. 16x24 cms.

Páginas: 430.

Gravuras: perto de 150.

Prego do vol. encad. 40\$, aprox.

O dr. Diogo Ferrás, professor catedrático de Propedêutica Cirúrgica na Faculdade de Medicina de Porto Alegre — figura de destaque no mundo médico brasileiro — acaba de reunir num volume admirável a matéria de sua cadeira. No seu prefácio nos diz o autor: “Nada apresenta de novo (o livro) para os homens de ciência: foi para os Srs. Estudantes que o escrevi. Não hávendo obra alguma sobre este assunto que corresponda ás exigências do Programa de nossa Faculdade, resolvi publicar esta com o fim de facilitar-lhes o estudo dessa disciplina.”

Damos a seguir um sumário da matéria:

1.º Capítulo — Semiologia cirúrgica, seu objeto e importância. Sintomas e sinais. Diagnóstico anatômico, funcional e etiológico. Métodos de exploração cirúrgica em geral. — 2.º Capítulo — Anamnese próxima. Anamnese remota. Anamnese familiar. Anamnese fisiológica. — 3.º Capítulo — Inspeção geral do doente. Atitude e eustase. Fácies. Estado psíquico. Estado de nutrição; peso e altura. Constituição e tipos morfológicos. — 4.º Capítulo — Exame da região. Alteração na coloração. Alteração na forma. Alteração no volume. Alteração na posição. Exames diafanoscópicos e endoscópicos. — 5.º Capítulo — Palpação. Alterações de consistência; da sensibilidade, flutuação; mobilidade; mensuração, estalidos, batimentos e fremitos. — 6.º Capítulo — Temperatura. Pulso. Tensão arterial. Febres cirúrgicas. Alterações na relação entre o pulso e a temperatura. — 7.º Capítulo — Percussão. Auscultação. Ruidos espontâneos e ruidos provocados. — 8.º Capítulo — Exame das regiões em relação com a região doente. Topografia regional. Pele e tecido sub-cutâneo. Sistema linfático. Sistema venoso superficial. Aparêlho muscular. Articulações. Esqueleto. — 9.º Capítulo — Intervenções exploradas. Punções evacuadoras. Exames sob anestesia. — 10.º Capítulo — Exame dos aparelhos circulatório, respiratório, digestivo, gênito-urinario e sistema nervoso. — 11.º Capítulo — Semiologia laboratorial. Colheita e conservação para exames. Interpretação dos resultados. Prática da biopsia. — 12.º Capítulo — Exames radiológicos. Adenda e Sinopse de uma Observação de Clínica Propedêutica cirúrgica.

grösste Dissoziation anzutreffen ist. Wenn dagegen der Herd zur Ausheilung kommt, der Prozess stillesteht, ist die Differenz zwischen dem Skotom für weiss und dem für Farben entweder gleich null, oder so klein (2° bis 3°), dass dieser Unterschied noch innerhalb der Fehlergrenzen der Methode liegt. Die Dissoziation der Isopteren dürfte auf das den Netzhautherd umgebende Orden zurückzuführen sein.

Der Verf. glaubt somit in der Farbenperimetrie eine Methode gefunden zu haben, die den Verlauf einer Chorioretinitis genauer zu beobachten und zu beurteilen gestattet als andere Untersuchungsmethoden.

RESUMÉ

La valeur de la Campimétrie dans les Chorioretinites.

L'auteur a toujours senti le grand manque, inhérent a toutes les méthodes d'exploration, pour pouvoir juger avec précision la marche d'une Choroidite disséminée ou des Chorioretinites en général. L'examen attentif du champ visuel et maximé des escotomes des couleurs ont porté l'auteur á juger — il y a déjà quelques années — les escotomes des couleurs un facteur important pour le pronostic et pour juger du stationnement du procès.

Avec des méthodes bien simples, accessibles á tous, dans la clinique quotidienne (examen sur la toile de Bjerrum, á la distance de 1 a 2 mètres, correspondant á la désignation 2/2000 jusqu'á 10/1000) l'auteur a fait une étude comparative du champ visuel en 20 cas de Chorioretinites d'étiologie diverse. Les escotomes aussi bien pour le blanc que pour les couleurs furent enregistrés d'accord avec la méthode de Paul (Lunenburg) (Klin. Monatsbl. f. Augenheilkd. 1933, T. 90, p. 730), se trouvant au recto du papier transparent l'escotome, et au verso le foyer de la rétine, suivant la juste correction indiquée par Paul, acquérant ainsi un matériel comparatif, intéressant également en ce qui vise la relation entre l'escotome et le foyer de la rétine.

S'appuyant sur ces vingt cas (Chorioretinite syphilitique, Chorioretinite tuberculeuse, Chorioretinite juxtapapillaire) et sur les observations faites á propos des transformations des escotomes de ceux-ci, l'auteur se juge justifié de tirer les conclusions suivantes: Tandis que le procès évolue, le foyer est actif, le pigment se trouve en voie de migration, les isoptères de blanc et des couleurs se trouvent séparées par une plus grande distance, il existe par conséquence une dissociation accentuée des isoptères. Le foyer généralement tend á évoluer justement du côté, où il y a la plus grande dissociation. Le foyer assaini, stationnant le procès, la différence entre l'escotom du blanc et des couleurs disparaît ou devient si petite, (2° ou 3°), que cette différence est encore dans les erreurs de la méthode.

La dissociation des isoptères a peut-être sa cause dans l'oedème entourant le foyer de la rétine. L'auteur juge donc avoir trouvé dans la Campimétrie des couleurs une méthode qui permette d'observer mieux le cours des Chorioretinites et de juger de son pronostic, que d'autres méthodes d'examen.

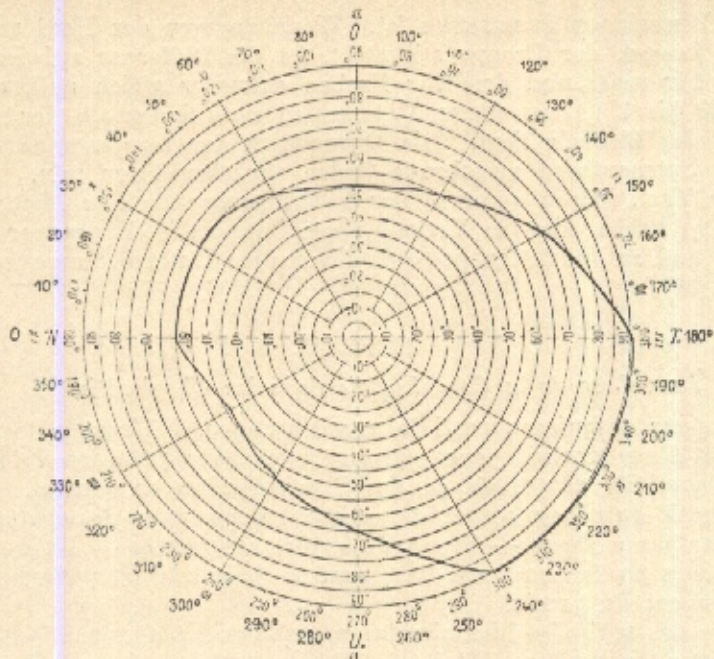


Fig. nr. 1. Esquema para o campo visual (O. D.), no anverso de papel transparente, seg. Paul.

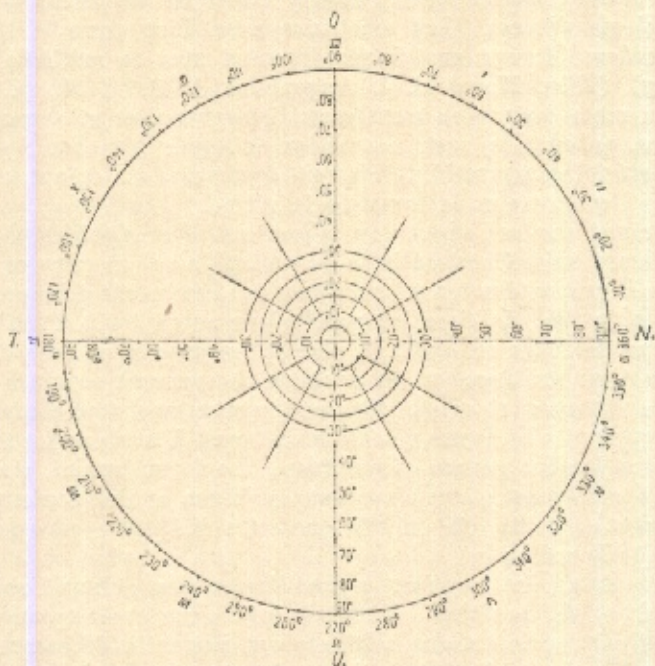


Fig. nr. 2. Esquema para o fóco retiniano (O. D.), no verso de papel transparente, seg. Paul

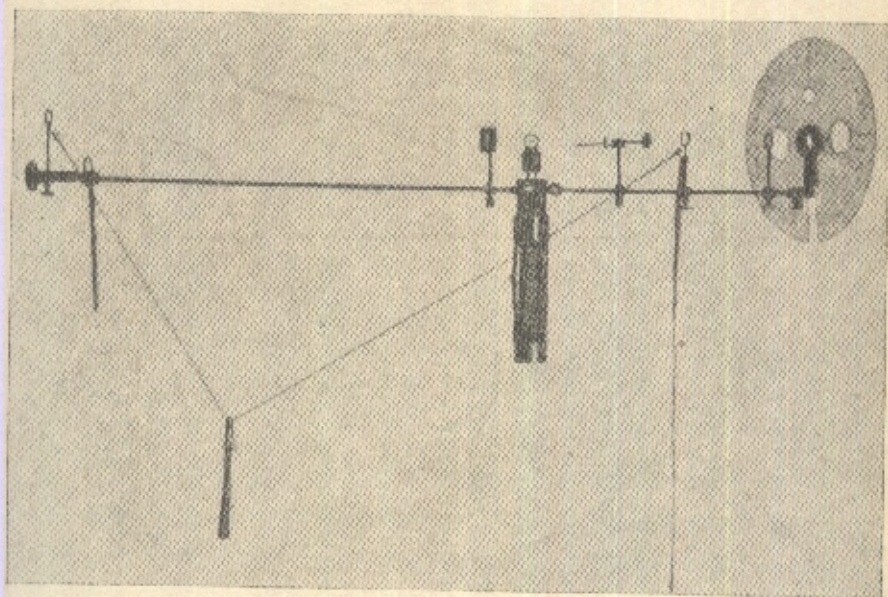


Fig. nr. 3. O aparelho para oftalmoscopia localisatoria seg. Paul (1933).

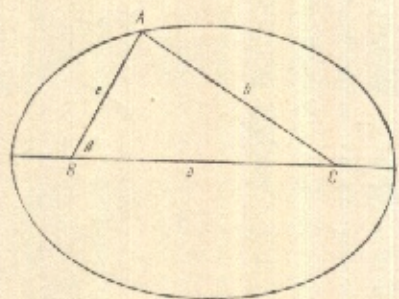


Fig. nr. 4. O elipsoide, cujas cordas no aparelho de Paul são representadas pelo cordão ou pela fita metrica.

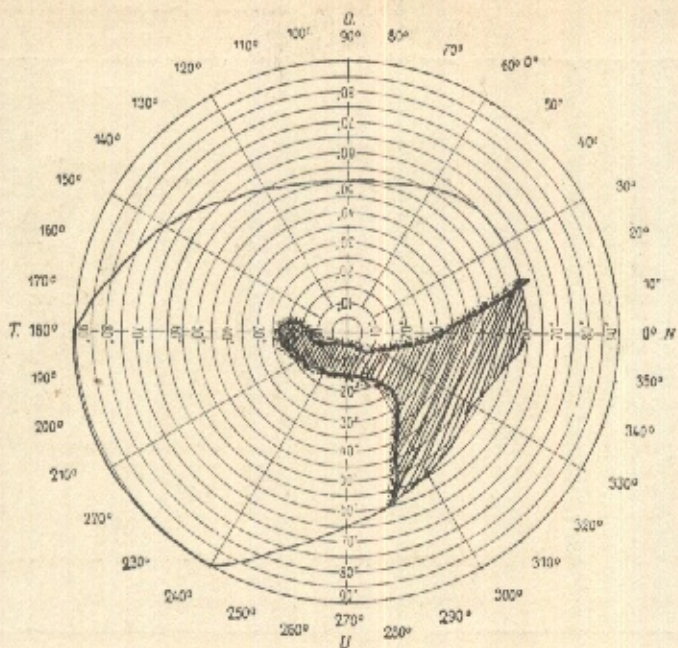


Fig. nr. 5. Campo visual (V. E.) com escotoma em forma de setor em um caso de coriorretinite juxtapapilar tipo Jensen.

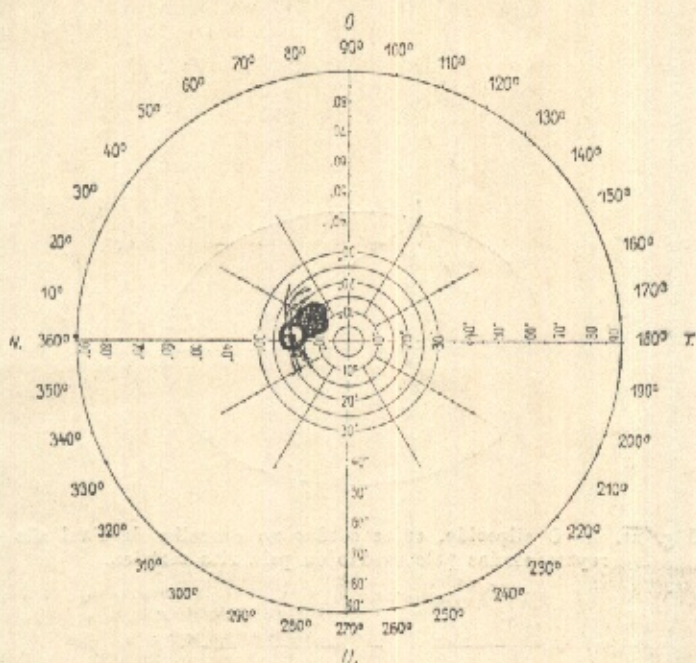


Fig. nr. 6. Fôco de coriorretinite juxtapapilar tipo Jensen (O. E.) ao qual corresponde o campo visual da fig. nr. 5.

INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA



SAL SOLUVEL DE BISMUTHO
CADA EMPOLA CONTEM 0.026_{gs} DE BISMUTHO METALICO
MEDICAÇÃO INDOLOR E ATOXICA PARA INJECCÃO INTRA-MUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGIICO

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

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTE
A base de papaverina, belladonna, meimendo e baldano.
XX a XXX gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

NEURILAN

Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.
Indicado na excitação nervosa,
nos desequilibrios vasoproprio-
céticos, palpitações, insônia,
dyspepsia nervosa,
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

NÃO DEPRIMENTE
NEURILAN

TERAPEUTICA DA SIFILIS

Lipocarbisan

L B C

(ELEBECÊ)

Foi a primeira associação

— carbonato de bismuto + lipoides cerebrais —

em suspensão

em agua bi-distilada

licenciada pelo D. N. S. P. em 30—12—1927

FORMULA:

Serie A

Carbonato de Bismuto.	0,02
Lipoides do Cerebro	0,0025
Agua bi-distilada... qs.	1 cc

Serie B

Carbonato de Bismuto.	0,05
Lipoides do Cerebro	0,0025
Agua bi-distilada... qs.	1 cc

Serie C

Carbonato de Bismuto.	0,10
Lipoides do Cerebro	0,005
Agua bi-distilada... qs.	2 cc

PRODUTO DO

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

(ANALISES MEDICAS — PRODUTOS BIOLOGICOS)

DIREÇÃO CIENTIFICA

DIRETOR:

DR. MARIO PINHEIRO

Diretor do Instituto de Neurobiologia
da Assistência a Psicopatas do
Distrito Federal

ASSISTENTE:

DR. HELION PÓVOA

Docente da Faculdade de Medicina e Assistente
do Instituto de Neurobiologia da Assistência
a Psicopatas do Distrito Federal

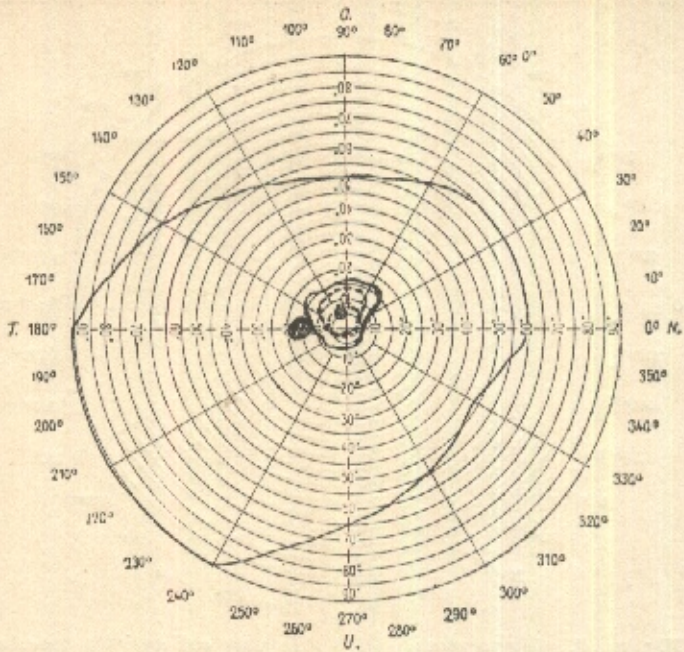


Fig. nr. 7. Campo visual de uma corioretinite central sífilítica (O. E.), em uma jovem de 19 anos.

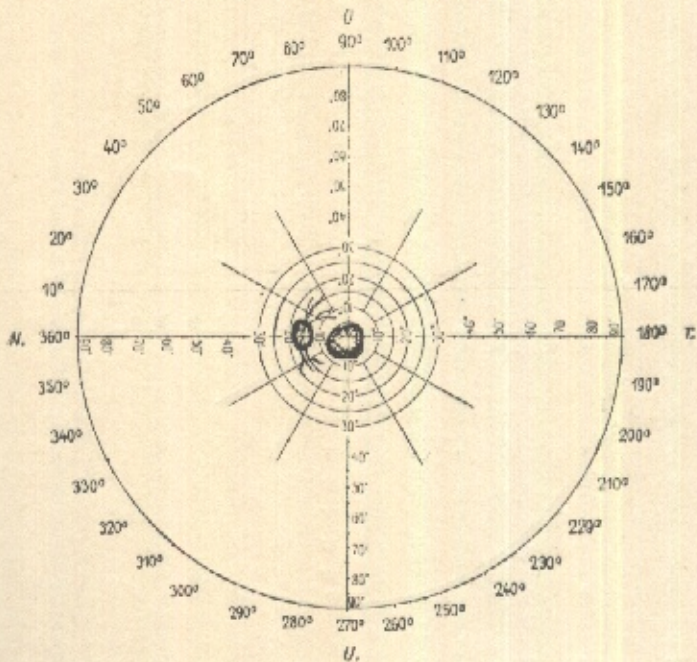


Fig. nr. 8. Corioretinite central sífilítica (O. E.), ao qual corresponde o campo visual da fig. nr. 7.

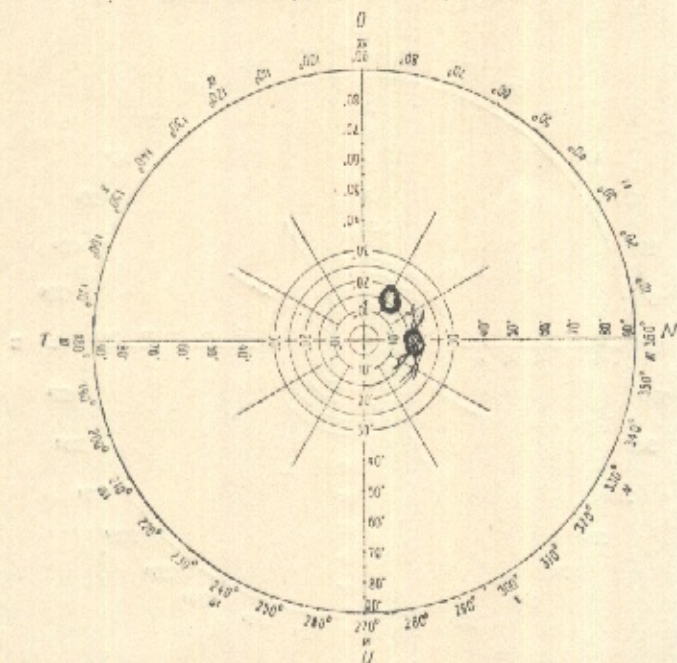
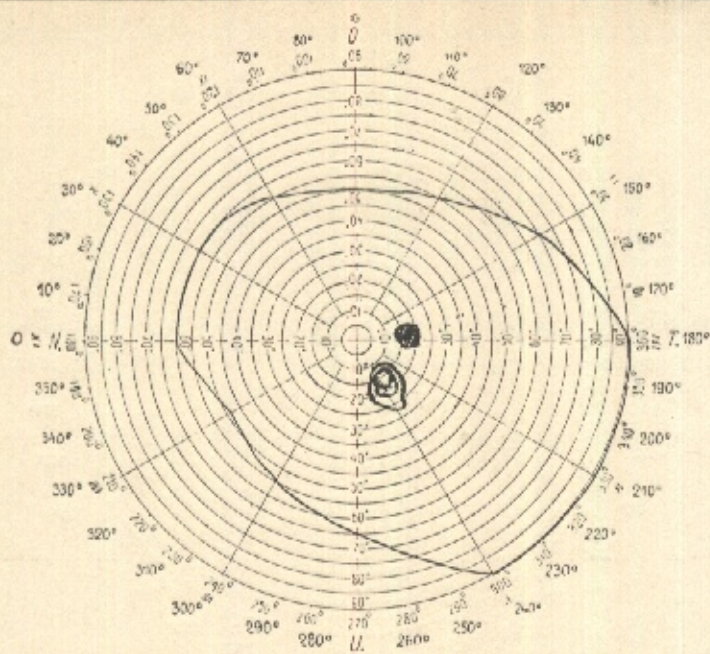


Fig. nr. 10. Fóveo retiniano de uma coriorretinite tuberculosa recente, (O. D.), ao qual corresponde o campo visual da fig. nr. 9.

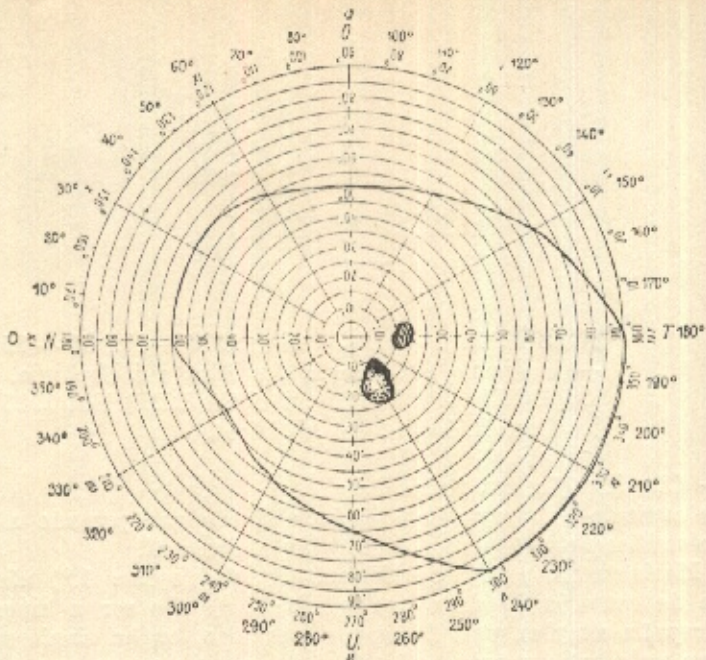


Fig. nr. 11. Campo visual (O. D.) do mesmo caso apresentado na fig. nr. 9, após tratamento. Processo estacionario; as isópteras de branco e das cores apresentam dissociação mínima.

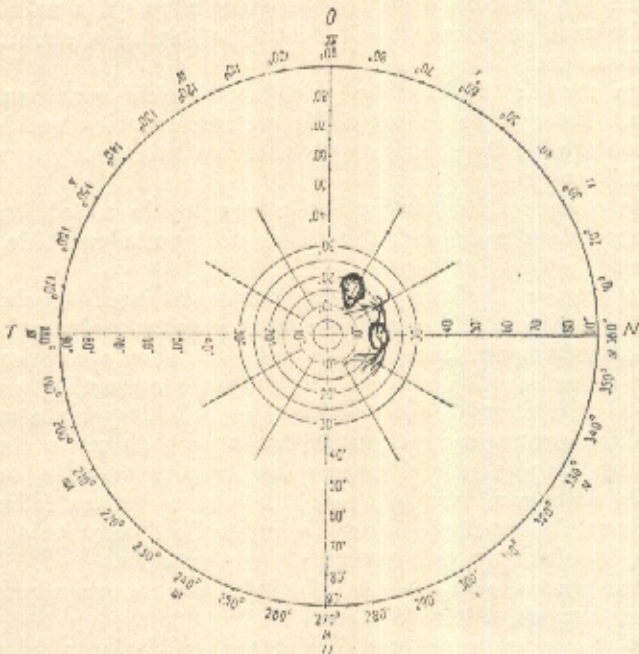


Fig. nr. 12. Fôco retiniano do mesmo caso das figs. nrs. 9—11. Processo estacionario, o fôco evoluiu em direção supero-nasal, aonde na fig. nr. 9 havia a maior dissociação das isópteras de branco e das cores, correspondente.

Bibliografia

Paris Médical — 19 Outubro 1935 — N.º 42 — 25.º anno
— Dedicado ás Doenças dos Rins e á Urologia.
AS DOENÇAS MEDICAS DOS RINS EM 1935 — pe-
los Drs. F. Rathery e M. Dérot.

I — Classificação das nefrites:

Esse capitulo foi longamente desenvolvido o ano passado a proposito da classificação proposta por Rathery e Froment.

Th. Mariante faz a essa classificação três objecções: 1.º) não levar em linha de conta as intolerancias renais; 2.º) não ser a hipertensão uma nefropatia simples, pois de duas coisas uma, ou ha sinais renais e não é uma nefropatia simples, ou não os ha, e nada prova que seja uma afecção dos rins; 3.º) a nefrose lipoídica, a nefrose amiloide são doenças com alterações complexas do metabolismo, são distintas das nefropatias simples, como o é também a doença tão especial que é a nefrite gravidica. Th. Mariante se propõe, pois, “corrigir” assim a classificação de Rathery e Froment:

Primeiro grupo: Nefropatias sem insuficiencia renal ou nefropatias simples. Este grupo se subdivide em intolerancias renais, albuminurias alimentares, albuminurias e hematurias medicamentosas, albuminurias anafiláticas.

Segundo grupo: Nefropatias com alterações do metabolismo. Este grupo compreende a nefropatia lipoídica, nefropatia amilóide, nefropatia gravidica.

Terceiro grupo: Nefropatias complicadas de insuficiencia renal ou nefropatias complexas. Este grupo compreende as nefropatias edematosas agudas, subagudas, cronicas, as nefrites secas azotemicas agudas ou cronicas, as nefropatias mixtas: edematosa e azotemica, azotemica e cloretemica seca, azotemica e hipocloretemica, hipertensiva e uremica.

Nosso sábio contraditor parece aceitar a base da nossa classificação em nefropatias simples sem alterações das funções renais e em nefrites propriamente ditas com insuficiencias funcionais. Somos felizes em verificar que essa diferenciação, que é o principio fundamental da nossa classificação, receba uma assim completa confirmação.

Os outros pontos, segundo nós, são inteiramente secundarios; e nos permitiremos, contudo, discuti-los.

O trabalho que serve de base á memoria de Mariante foi publicado por Rathery e Froment na “Presse Medicale”, após, temos procurado completar a nossa classificação, e é provavel que estas pesquisas ul-



UM PRODUCTO
NESTLÉ



é um leite em pó,
meio gordo, muito
indicado para a
alimentação dos
lactentes privados
do seio materno,
sobretudo para os
prematuros ou para
os que não suppor-
tam o leite com-
mum.

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, L^{tda.}**Medicados pela illustre classe medica**

- Vitamina — Farinha alimentar por excellencia.
- Néo-Vitamin — Tonico de extracto de frutas e vegetaes.
- Insulina — Diabetes.
- Synergon A. B. C. — Blenorrhagia e complicações em ambos os sexos.
- Fermento tridigestivo — Perturbações digestivas.
- Sôro Lipotonico (Mef) — Tonico do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Sôro Liposedativo (Mef) — Tonico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Ovariomastina — Dysmenorrhœa (comprimidos e amp.)
- Glandula Pituitaria — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
- Lipocholepatina — Tuberculose (ampolas).
- Cholepatina — Affecções do figado e vias biliares.
- Gl. Thyreoide — Insufficiencia thyreoideana.
- Choleactina — Desordens intestinaes.
- Encephalina — Tonico nervino (compr. amp. e extracto).
- Polyendocrinico — insufficiencias das glandulas associadas.
- Hemosplenina — Paludismo. Anemias geral.
- Pancreas — Insufficiencia pancreatica. Diabetes.
- Renina — Diuretico por excellencia (compr. e amp.)
- Suprarenal — Insufficiencia da gl. suprarenal.
- Orchidan — Fraqueza sexual (compr., amp. e extr.)
- Extracto hepatico — Insufficiencia hepatica.
- Lipocarbon (A. B. C.) — Syphilis e suas manifestações.
- Bismarsen — Syphilis e suas manifestações.
- Quinoparsen — Impaludismo.
- Paulaxil — Prisão de ventre.
- Biotoxil — Opothèrapia associada nos estados toxi-infecciosos.
- Iopepsan — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opo-therapico digestivo glicerinado. Arteriosclerose, hipertensão arterial — arterites especificas — lymphatismo e obesidade.
- Thyrolteina — Perturbações da menstruação.
- Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.
- Nutrosan — Biscoitos calcificantes — Cascinato de calcio e feculentos. Alimentação infantil além dos seis mezes. No decurso de gravidez e de amamentação. Acção alimentar. Fixação do calcio.
- Vitamina — Injectavel. Extractos concentrados de vitaminas. A vitamínicos, escorbuto, rachitismos, polynucrites. Enfraquecimento, convalescença.
- Extracto Hepatico — Injectavel. Opothèrapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorragicas etc.
- Biocalcio — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralização de certas toxi-infeccções, periodos de crescimento, convalescências, esgotamento nervoso, affecções ossæas.
- Iofornil — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardionephro-esclerose, toxi-infeccções, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
- Néohemosteno — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Polioptèrapia.

Direcção scientifica:

Dr. Mario Pinheiro (Director) -- Dr. Helion Pouda (Assistente)

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Bahia e Recife

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609

teriores tenham passado desaperecidas ao contraditór. Em um artigo do "Journal de Médecine et de chirurgie pratique", nós distinguimos afecções renais, com ou sem repercussão sobre o organismo, e assim respondemos á sua principal objecção.

Mariante creou um segundo grupo: nefropatias com disturbios do metabolismo, compreendendo a nefropatia lipoidica, a nefropatia amiloidé e a nefropatia gravidica. Não vêmos a sua necessidade, pois, rompe assim o principio diretor da classificação. Pouco importa que a alteração renal seja secundaria a uma infecção, intoxicação, alteração primitiva do metabolismo. O que deve importar é o estado das funções renais.

Na nefrose lipóidica pura de Epstein, por exemplo, o rim está lesado, pois deixa passar a albumina, mas estas lesões não provocam, durante muito tempo, nenhuma alteração grave das funções renais; a azotemia está ausente, as alterações da secreção eloretada não existem; é sómente após um lapso de tempo, mais ou menos longo, que o rim acaba por se alterar mais profundamente, que a azotemia se eleva e que alterações das funções renais aparecem; a nefrose lipóidica deixa então de ser uma nefropatia simples, para se tornar uma nefrite.

Uma outra acusação que nos dirige o autor é a de collocarmos a nefrite hipertensiva no grupo das nefropatias simples, porque, nos diz ele, ou ha sinais renais e não é uma nefropatia simples, ou não os ha, e nada próva que seja uma afecção renal.

Não pretendemos que toda a hipertensão dependa sempre de uma lesão renal e que a hipertensão não exista em certas nefrites com insuficiencia funcional. Pensamos que um grande numero das pretensas hipertensões primitivas seja de origem renal. Mas que essa lesão renal não se manifeste por nenhuma alteração funcional justamente porque existe a hipertensão. Fazer baixar acidentalmente a esta e vereis fenomenos de insuficiencia funcional fazer a sua aparição; a hipertensão constitue, para o nefritico, um processo de defesa e de adaptação. A próva reside nesse fáto, que na necropsia de individuos mortos acidentalmente de uma outra afecção que não a renal, e não tendo apresentado senão esta nefropatia hipertensiva simples), encontram-se lesões renais evidentes.

Insistimos, para terminar esta controversia, sobre o fáto que é necessario distinguir a lesão da alteração das funções. Um órgam pôde estar lesado e funcionar normalmente. A constante de Ambard indica o estado de uma função e não um estado anatomico; Ambard voltou á sua concepção primitiva e não considera as variações da constante sinão como variações funcionais.

THOMAZ MARIANTE — ESTUDOS DE PATOLOGIA E CLÍNICA — 1.^a série — Edição da Livraria do Globo — Porto Alegre — 1936.

A vida comporta dessas ironias... E eu devo comentar — não criticar — o trabalho de um Mestre que possui a estatura moral e científica de Thomaz Mariante.

Seu livro é uma jóia da literatura médica brasileira. E não sei mesmo que mais admirar no contexto: se a liberalidade mental que afronta a barreira dos preconceitos, se a pureza e a beneditina abnegação que sabe vestir com os mantos diafanos da modestia tudo quanto representa consciencia-de-saber e direito-de-ensinar.

Falando sobre esse volume trazido á luz da publicidade, não é preciso que o julgamento faça quaesquer concessões a essas ligações que o coração faz em detrimento da verdade, do direito e do bem.

Resumindo tudo quanto conhecemos sobre constitucionalismo, enveredando pelo terreno reservado á infecção, discorrendo sobre as aplicações da física em terapeutica, não esquece o autor todas as facetas sedutoras que o problema dos distúrbios funcionais hepaticos e renais oferecem á percepção do clínico.

As nossas estações hidro-climaticas encontram cuidado especial de análise na maneira pela qual o Prof. Thomaz Mariante encara as vantagens dessa ordem de recursos no mistér terapeutico.

Digredindo sobre a acidose na fébre tifoide, dá-nos, no final da primeira série de seus estudos, um novo elemento de orientação, no que se refere ás insuficiencias do ventriculo esquerdo.

E por todos os títulos, ninguem se poderia negar, lendo seu livro, ao dever de reconhecer-lhe a condição de extremamente útil ao estudante e ao médico (especializado ou não), para enriquecimento da cultura médica e para robustecer a capacidade prática.

A classe médica, de tal forma, deve a Thomaz Mariante um novo e grande serviço, ante essa preciosidade com que seu espirito eleito houve por bem brindar aos profissionais do Brasil.

A. F.

J. DARIER — COMPENDIO DE DERMATOLOGIA — Ed. 1936 — 1 vol. com 945 pgs. e 220 figs. no texto — Salvat Editores, S. A. — 41, Calle Mallorca — BARCELONA — ESPANHA.

Esse livro tem tão grande valor para o estudante como para o pratico que, sem preocupações de especialização, necessita estar ao corrente das últimas conquistas de uma clinica que se entremesela diuturnamente com as demais, oferecendo aspétos originalísimos e do maximo interesse á observação.

Conheço o texto original da obra. E tanto me capacita a dizer de todo o valor de uma edição espanhola, sabiamente entregue a Salvat Editores, S. A., pelo muito de escrúpulo com que a empresa soube sempre escolher trabalhos que honram as letras médicas da latinidade.

A. F.

V. CORDIER — COMPENDIO DE PROPEDEUTICA E TECNICA MÉDICA — 1 vol. de 1470 pgs., com 471 figs. — Salvat Editores, S. A. — BARCELONA — Espanha.

Auxiliado por A. Davie, Cordier nos oferece á leitura uma nóva obra-prima de alta cultura médica, já em linguagem com que estamos perfeitamente identificados, em rasão das nossas condições geograficas.

Trata-se de um livro que, lido serenamente, confirma o conceito pressuposto pela simples indicação do autor.

Cordier é um benemérito da ilustração científica no mundo latino. E tanto nos bastaria para possuir a segurança de que o trabalho apresentado por Salvat Editores, S. A. representa uma peça de valor inegavel.

A. F.

R. DEGKWITZ, A. ECKSTEIN, ETC. — TRATADO DE PEDIATRIA — 1.^o vol. — 727 pgs., com 271 gravuras no texto — Editorial Labor — BARCELONA — Espanha — 1935.

A pediatria alemã é tudo quanto se pôde conceber de mais perfeito, no estado atual da nossa cultura médica.

Finkelstein, Meyer e outros fundaram uma escola nóva, cujo desdobramento transpira nas páginas do volume que nos é apresentado.

Os editores produziram um trabalho que vem beneficiar largamente a nossa cultura científica.

E eis por quê o início da publicação que fazem se nos depara como uma nóva conquista das letras médicas ibero-americanas, conseguida para felicidade do nosso anseio de saber cada vez mais.

A. F.

Analises de revistas

TRANSFORMAÇÕES PATOLÓGICAS E BIOQUÍMICAS NAS DISTROFIAS ÓSSEAS — *Edward L. Compere* — *Archives of Surgery*, vol 32, n.º 2, fev.º 1936, pag. 232.

E' uma análise dos resultados do tratamento das osteóses paratireoidéas, isto é, das osteites fibroquísticas generalizadas. E' um estudo longo e fartamente documentado com radiografias, microfotografias, esquemas, quadros e curvas de exames bioquímicos.

Após algumas considerações gerais sobre o esqueleto humano, em relação á sua estrutura e composição química, o a. fás os seguintes estudos:

- História das distrófias ósseas generalizadas;
- Análise dos casos relatados das osteóses paratireoidéas;
- Osteomalacia e raquitismo;
- Poliartrite anquilosante;
- Osteite deformante (Doença de Paget);
- Discondroplasia;
- Lesões patológicas do esqueleto nas osteóses paratireoidéas;
- Tumores das paratireoides;
- Tratamento das osteóses paratireoidéas.

As osteóses paratireoidéas pódem ser diferenciadas das outras distrófias ósseas, apesar de serem clinicamente semelhantes. As primeiras são caracterizadas pela fraqueza, dór nos óssos longos, osteoporóse generalizada, deformidades, alta percentagem do calcio no sóro, uma hipofosfatenemia, um aumento de exereção do calcio urinário, e um balanço calcico negativo; ademais, ha um adenoma de uma ou mais paratireoides, sempre observado pela necrópsia, e quasi sempre durante a operação, enquanto que as glandulas paratireoidéas existentes são de tamanho e estrutura normais. São analisados os resultados dos 124 casos estudados, em que o diagnostico foi verificado á operação ou á autópsia.

Não ha certeza que a doença de Paget seja causada pelo hiperparatireoidismo. Neste caso o calcio e o fósforo inorganico do sangue são normais; o balanço calcico na fase negativa da molestia é acentuadamente positivo; o calcio urinário é diminuído, e as glandulas paratireoidéas são geralmente de tamanho e estrutura normais.

A poliartrite anquilosante não é provavelmente causada pelo hiperparatireoidismo: porque nesse estado, ainda que a taxa calcica no sóro seja ligeiramente mais alta do que a normal, o fósforo inorganico no

plasma é normal, o balanço calcico é positivo. As paratireóides mesmo que, segundo alguns relatórios, sejam aumentadas algumas vezes, este aumento é geralmente simétrico, envolvendo todas as glandulas, e é semelhante aos casos referidos de raquitismo ou de osteomalacia associada com uma hipocalcemia. Nos animais com raquitismo, o aerecimo da vitamina D, do calcio e fósforo á dieta determina a diminuição no tamanho das paratireóides aumentadas, assim como a cura da doença óssea.

A paratireoidectomia nos casos de poliartrite anquilosante ou da doença de Paget não é justificavel, a não ser que haja maior evidencia duma mudança patológica ou disfunção das paratireóides do que as descritas até então. A desmineralização óssea nos casos de poliartrite anquilosante córre por conta duma atrófia ou usura.

Mesmo que a ablação dos tumores das paratireóides não resultaram em completo restabelecimento nos casos relatados, a melhora dos sintomas, o abaixamento da taxa calcica no sôro e o aumento da densidade óssea nas radiografias, asseguram a garantia da operação que, aliás, oferece pequeno risco de perigo.

O diagnostico precoce favorece os resultados, especialmente na prevenção de danos renais.

E. J. Kanan.

ESTANCIA DE AGUAS MINERAIS DE IRAÍ

PARTICULARMENTE INDICADA

nos estados dispépticos;
nos padecimentos do duodeno;
na litíase biliar;
nas colites crônicas;
na litíase úrica;
nos eczemas;
nas piodermites;
nos reumatismos;
na diabete;
na sífilis;
para restauração orgânica.

Iraí está ligada à Santa Bárbara, estação da viação férrea mais próxima, por ótima estrada de rodagem. Além dos automóveis particulares, ha luxuosos e confortáveis ônibus que correm diariamente entre essas duas localidades, cobrando apenas 30\$000 por passagem simples e 54\$000 por passagem de ida e volta. De qualquer estação da V. F. R. G. S. se podem comprar passagens directas a Iraí, com direito a 45 dias de permanência. Iraí tem luz eléctrica, água e esgôto, e conta com ótimos hotéis, cujas diárias oscilam entre 9 e 16\$000. Ha serviço médico gratuito para o uso das águas. Finalmente ha em Iraí grandioso balneário, notavel obra da engenharia nacional, cujo custo ascendeu a quasi 1.000 contos de réis.

Dr. recomende uma cura em Iraí a seu cliente

Instituto de Radiologia Clinica

Sorto Alegre

Rua Senador Florencio, 21 - Edifício Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Sedro Maciel

Dr. Norberto Segas

Radiodiagnostico

Electrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Electroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

COLITES - DIARRHEIAS NAS CREANÇAS - GAS-
TRO ENTERITIS - ACNÉ - MELHORA A DER-
MATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PU-
TRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-IN-
TOXICAÇÃO INTESTINAL

COMPRIMIDOS

BIOLATOL

FERMENTO LACTICO

PREPARADO NO
LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO
PORTO ALEGRE

YEERTUS

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o

Café 35

do
famoso

Café Nacional



Tipografia Gundlach

Germano Gundlach & Cia.

Confeciona-se com brevida-
de impressos para comércio
e industria

Porto Alegre
Rua Voluntarios da Patria n. 51

Telefones: 4900, 4234



Departamento de Informações e Cobranças

Anexo ao Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

Séde: General Camara, 261 — Fone 61-32

Caixa Postal, 928 — Porto Alegre — R. G. do Sul — Brasil

Ilmo. Snr. Dr.

Temos o prazer de comunicar-lhe que o “Departamento de Informações e Cobranças”, que funciona anexo ao Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, destinado a proporcionar aos srs. Médicos serviços de relevante importancia, está funcionando com grande eficiencia, especialmente com relação a cobranças de contas relativas a serviços profissionais.

O “Departamento”, está perfeitamente aparelhado para, mediante modica comissão, atender imediata e eficazmente ao encargo que lhe fôr cometido, preenchendo desta fórmula a sua finalidade.

O “Departamento” encarrega-se de:

- encaminhar e dar andamento com a brevidade necessaria a qualquer requerimento dirigido ás repartições desta Capital;
- tirar copias de trabalhos científicos, etc.;
- pagar impostos de qualquer especie;
- organizar escritas;
- cobrar contas de serviços profissionais, aluguel de casas etc.;
- fazer pagamentos em geral;
- informações de toda ordem;
- compra de livros, material cirurgico etc.;
- propaganda de produtos farmaceuticos.

Desnecessario se tornaria encarecer a sôma de proveitos que o “DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÕES E COBRANÇAS” tem proporcionado aos srs. Médicos, tanto da Capital como do Interior, pois, pela simples enumeração de suas atribuições, concluirão os interessados terem encontrado um auxiliar de extraordinaria eficiência.

O “Departamento” está funcionando na séde do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, á rua General Camara, 261. Caixa Postal, 928. Telefone, 6132.

Esperando, portanto, contar com o decidido apoio dos srs. Médicos, sempre que se deparar oportunidade de serem utilizados os nossos serviços, nos firmamos com muita estima e alto apreço,

de V. S. Attos. Crdos. Obrgds.

Almanzor Alves
Diretor.

Armas de 2 Gumes



Eis a Lei:



PILULAS VITALIZANTES



TRATAMENTO SEGURO DAS
ANEMIAS VERMINOSAS
SEM VERMIFUGOS

O INIMITAVEL VALOR DAS PILULAS VITALIZANTES
E' GARANTIDO PELA MARCA →

**THYMOXALATO
DE FERRO**

LABORATORIO ERNANI LOMBA - RUA UNIVERSIDADE, 74 - RIO

Departamento de Informações e Cobranças

Anexo ao Sindicato Médico do Rio Grande do Sul

Séde: General Camara, 261 — Fone 61-32

Caixa Postal, 928 — Porto Alegre — R. G. do Sul — Brasil

Ilmo. Snr. Dr.

Temos o prazer de comunicar-lhe que o "Departamento de Informações e Cobranças", que funciona anexo ao Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, destinado a proporcionar aos srs. Médicos serviços de relevante importancia, está funcionando com grande eficiencia, especialmente com relação a cobranças de contas relativas a serviços profissionais.

O "Departamento", está perfeitamente aparelhado para, mediante modica comissão, atender imediata e eficazmente ao encargo que lhe fôr cometido, preenchendo desta fórmula a sua finalidade.

O "Departamento" encarrega-se de:

- encaminhar e dar andamento com a brevidade necessaria a qualquer requerimento dirigido ás repartições desta Capital;
- tirar copias de trabalhos científicos, etc.;
- pagar impostos de qualquer especie;
- organizar escritas;
- *cobrar contas de serviços profissionais*, aluguel de casas etc.;
- fazer pagamentos em geral;
- informações de toda ordem;
- compra de livros, material cirurgico etc.;
- propaganda de produtos farmaceuticos.

Desnecessario se tornaria encarecer a sôma de proveitos que o "DEPARTAMENTO DE INFORMAÇÕES E COBRANÇAS" tem proporcionado aos srs. Médicos, tanto da Capital como do Interior, pois, pela simples enumeração de suas atribuições, concluirão os interessados terem encontrado um auxiliar de extraordinaria eficiência.

O "Departamento" está funcionando na séde do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, á rua General Camara, 261. Caixa Postal, 928. Telefone, 6132.

Esperando, portanto, contar com o decidido apoio dos srs. Médicos, sempre que se deparar oportunidade de serem utilizados os nossos serviços, nos firmamos com muita estima e alto apreço.

de V. S. Attos. Crdos. Obrgdos.

Almanzor Alves

Diretor.