

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XV

JULHO DE 1936

N. 7

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1936

PRESIDENTE

MARIO TOTTA

Prof. da Fac. de Medicina

VICER-PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

SECRETARIO GERAL

JOÃO L. DE AZEVEDO

Diretor 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 CORREA MEYER

Cat. de Cl. Oftalmologica

THOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

J. MAYA FAILLAGE

Doc. e Chefe do Lab. de
Higiene

SECRETARIO DA REDAÇÃO

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. SOARES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

WALDEMAR JOB

JACY MONTEIRO

FLORES SOARES

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 for relativo á Redação

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

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

MARIO DE ASSIS BRASIL — Ideias atuais sobre a epidemiologia e o tratamento da paralisia infantil	Pag. 299
WALDEMAR NIEMEYER — Contribuição ao estudo da Patologia de Constelação em Oftalmologia	„ 313
AGUINALDO LINS — Em torno da mensuração geometrica do diametro da aorta	„ 329

Análise de revistas

G. FISCHER — Responsabilidade profissional	„ 332
--	-------

Sociedade de Medicina

Atas	„ 336
------------	-------

IODEFIS PREPARADO COM IODOPEPTÍDIOS ABIURÉTICOS
ampuls. 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

Ideias atuais sobre a epidemiologia e o tratamento da paralisia infantil

Dr. Mario de Assis Brasil

Conferencia realisada na Sociedade de Medicina de Porto Alegre
no dia 3 de Julho de 1936

Julguei que não seria destituido de interesse pratico trazer ao seio da Sociedade de Medicina alguns comentarios respeito a epidemiologia e o tratamento da paralisia infantil, considerando a actualidade do tema e a transcendente importancia deste mal, que não está só na sua gravidade imediata, como principalmente no seu aspecto social, visto que produz, na grande maioria dos casos, modificações mais ou menos extensas do sistema muscular, que conduzem, em grau variavel, a invalidez.

Não tenho o proposito de abordar o estudo clinico desta molestia, já tão amplamente esplanado sob o ponto de vista experimental e immuno-biologico, nem de deter-me em considerações sobre o seu tratamento fisico.

Pretendo, apenas, passar em revista, á luz dos trabalhos modernos, as aquisições scientificas em que se apoia a opinião dos investigadores que procuram resolver o grave problema da profilaxia e tratamento da doença e HEINE-MEDIN por meio da terapeutica preventiva e curativa especifica.

EPIDEMIOLOGIA

A poliomielite é uma doença da infancia, mas isso não quer dizer que ela não acometa tambem ao adulto, e até os velhos. Os pacientes mais jovens que tem sido assinalados são de 15 dias de idade (estatística de Pusching) e os mais idosos de 60 anos de idade.

O periodo da vida em que se tem verificado maior predisposição é a idade pre-escolar. Todavia, segundo uma comunicação feita pelo delegado norte americano ao Comité Internacional de Saúde Publica (1) Seção de Abril—Maio de 1935, numa epidemia em que se notificaram mais de 3.000 casos, na California, observou-se uma preferencia accentuada pelas erianças de mais idade: — Apenas um sexto dos casos eram de erianças de menos de 5 anos; 28 de 5 a 9 anos; 20 de 10 a 14 anos; 10 de 15 a 19 anos e 20% de mais de 20 anos.

Comquanto seja uma molestia dos climas frios ou temperados, pois que a sua frequencia universal diminue, sem contudo desapare-

(1) — Office International d'Hygiene Publique — 1935.

cer, a medida que nos aproximamos dos tropicos, denominou-se a poliomielite enfermidade estival, em opposição á encefalite epidemica, a qual se observa preferentemente no inverno.

Com unanimidade surpreendente todas as curvas de morbidade mostram o aumento rapido do numero de casos nos mezes de verão, alcançando o maximo no começo do outono e declinando rapidamente no inverno e primavera. Porém na estação invernosa, não raro, se observam casos esporadicos o que tem muita importancia, porque o não desaparecimento completo de uma epidemia oferece a ameaça do seu recrudescimento com a chegada dos calores. Tem se observado, com efeito, repetidas vezes, epidemias que se estenderam a dois e até tres verões consecutivos. Outra particularidade digna de atenção nas epidemias de paralisia infantil é a de afetar mais a população rural do que a das grandes cidades.

Em geral os anos epidemicos, em determinadas regiões, tendem a ser separados por um espaço de tempo de menor morbidade, porém não se estabeleceu ainda, definitivamente, a recorrencia ciclica da enfermidade.

O estudo das grandes epidemias tem demonstrado que são escasas as oportunidades em que se pôde encontrar relação direta entre dois casos.

Ha muito poucas observações nas quaes se verificou que numa mesma casa uma criança tenha sido acometida alguns dias depois de outra.

Frequente é, pelo contrario, que vivendo diversas crianças em uma mesma moradia, uma só tenha adoecido, apesar de não se terem tomado medidas preventivas. Wickman opina que a doença de Heine-Medin se transmite de homem a homem e que a transmissão se faz pelo proprio doente, ou pelos portadores de germens, que os transportam a grande distancia. Diz o citado autor haver encontrado toxina virulenta na mucosa nasal de pessoas gozando perfeita saúde, que haviam estado em contacto com enfermos.

O professor Rohmer de Strassburgo (2) na sua tese official "Profilaxia da Poliomielite" apresentada á 3.^a Conferencia da Associação Internacional de Pediatria Preventiva, realisada em Luxemburgo em 1933, aceita a especificidade do virus e a sua presença nas mucosidades naso-faringéas bem como nas amígdalas. Acredita, por isso, que a mucosa naso-faringéa e as glandulas salivares constituem ao mesmo tempo porta de entrada e via de eliminação do virus.

A hipotese do contagio inter-humano, baseada em numerosos fatos clinicos e epidemiologicos, mereceu a sanção da maioria dos médicos presentes á Conferencia de Luxemburgo.

A HIPOTESE DA ORIGEM ALIMENTAR

A transmissão pela agua (Teoria de Kling) tem sido contestada.

(2) — Pehu et Guillobel — Revue Française de Pédiatrie, n.º 1, tome IX, 1933.

Entretanto, Grepí (6) de Turim, que estudou minuciosamente a distribuição de uma epidemia irrompida em 1929, na provincia de Novara, na Italia, mostra por uma carta geografica que os casos se esgalonaram ao longo do trajeto de certos cursos d'agua do Lago Mayor dessa região.

Essa distribuição original da molestia parece, até certo ponto, apoiar a hipótese emitida por Kling e admitida por Levaditi.

Segundo esses autores tal distribuição pode ser interpretada seja no sentido de uma infecção por via digestiva, pelo uso da agua na alimentação, seja pelas relações inter-humanas ao longo das vias fluviais, seja, ainda, supondo que um animal aquatico possa servir de vector do germe e transporta-lo ao longo do rio e seus afluentes.

O professor Arvid Walgren (3) de Goetebourg, Suecia, na monografia que apresentou á Conferencia de Luxemburgo, diz textualmente:

“Suivant mon opinion il s'agit beaucoup plus vraisemblablement d'une infection alimentaire; la plus grand attention doit être vouée á éviter l'absortion d'eau ou d'aliments contaminés. Il faut particulièrement faire attention au danger de l'eau. Lors d'épidémies ou lors d'apparition de cas sporadiques pendant la saison favorable á la polyomyélite il faut considerer, au moins toutes les eaux de surface, mais preferablement toutes les eaux de source comme contaminés. Le virus de la polyomyélite est tué par l'ébullition ou la chloruration ordinaire.”

Essa divergencia de opiniões da parte de autoridades incontestaveis na materia, pela experiencia que adquiriram em longos anos de estudos da epidemiologia da poliomielite, mostra que o mecanismo da transmissão da doença continua incerto.

A Conferencia de Luxemburgo, considerado os fatos e as hipóteses, adotou a seguinte conclusão: (4)

“Posto que a paralisia infantil é produzida por um agente microbiano desconhecido, cumpre admitir que ha ainda numerosas pontos obscuros e ignorados na etiología dessa molestia, e por conseguinte, que é difficil prescrever com exatidão as medidas profilaticas a tomar. O que se sabe permite contudo dizer o seguinte: a contaminação póde se fazer, duma parte, seja por contacto directo de criança a criança, seja por meio de doentes não paralticos porém infectados, seja por portadores sãos de germos; doutra parte, pela agua, por certos alimentos como o leite e lacticinios em geral”.

Porém a via digestiva vae perdendo adeptos á luz de novos conhecimentos. Levaditi se inclina atualmente a aceitar como porta de entrada a mucosa naso-faringéa. “Es bastante seguro que el sitio anatomico implantacion de la infeccion inicial sea la mucosa nasal y mas especialmente el bulbo olfatorio. La via seguida por el virus parece

(3) — Revue Française de Pédiatrie, n.º 1 — tome X, 1934.

(4) — Revue Française de Pédiatrie, n.º 1 — tome X, 1934.

ser lo mismo que en la infección experimental los cilindroejes, siguiendo el trayecto de los nervios olfatorios, el bulbo olfatorio y los fascículos nerviosos (5)."

Investigações recentes oferecem novas bases a esta via de introdução e de propagação do vírus.

Flexner e Clark (6) verificaram que ao fim de 48 horas de inoculação intranasal, o bulbo olfativo era capaz de contagiar a enfermidade. O vírus foi encontrado no lavado dos tecidos do naso-faringe dos animais infectados, de doentes humanos e nos indivíduos sãos que estiveram em contacto com doentes.

Em síntese, á luz dos conhecimentos actuaes, o vírus penetraria pelo naso-faringe e, através da via olfativa, alcançaria o sistema nervoso central. Deste modo creou-se o termo de septineurite, por analogia com septicemia. Segundo este mecanismo de propagação os portadores de germes e os pacientes de formas abortivas representariam um papel sumamente importante (7).

Basta isto para se reconhecer que a profilaxia da doença de Heine Medin, é bem ardua.

A base de toda a luta contra o mal terá que ser a notificação precoce obrigatória. Sem esta medida nada se pôde esperar das autoridades a quem cumpre a organização da campanha profiláctica.

A pesquisa sistematica dos casos, mesmo os chamados frustos, ou abortivos, é uma condição fundamental para que se organize, em tempo oportuno, o isolamento dos enfermos e dos comunicantes.

ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO PRECOCE

O aumento consideravel da poliomielite nos quadros demograficos destes ultimos anos deve-se, talvez, em grande parte, aos progressos da ciencia medica que oferecendo melhores elementos para diagnosticos mais diferenciados, permite descobrir, em quadros clinicos que antes se rotulavam de gastro enterites, gripe, meningite, etc., dados suficientes para serem classificados acertadamente como paralisia infantil.

Para muitos autores modernos (8) um quinto apenas dos casos de poliomielite se caracterizam por paralisias do tipo classico, o que quer dizer, que consideravel percentagem de casos de fórma atípica recebem, ou podem receber, diagnostico diverso. Por isso cumpre se dedicar atenção especial a certos sintomas ou síndromos frequentes no periodo inicial da molestia.

(5) — Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, n.º 9, Setembro 1934.

(6) — The Journal of the American Medical Association, n.º 24 — Dezembro 1935.

(7) — Alfredo Casaubon — La Semana Medica, n.º 22, Mayo 1936.

(8) — H. Goldeschlager — Contribution a l'etude des formes meningées de la maladie de Heine Medin, Tese de Paris, 1932.

Deve-se ter sempre presente que a paralisia infantil se manifesta, não raro, como vulgar embaraço gástrico, ou por alterações banais das vias respiratorias, sem que nos primeiros momentos nada faça presumir o ataque terrível á medula espinhal. Chamam-se estas manifestações sinais de presunção que se confirmam pelo habitat da criança ou pela coexistencia de casos de poliomielite. Em tal circunstancia necessario se torna aprofundar a investigação atentamente.

Na falta dos sintomas motores, os quaes não se apresentam nas fórmulas mínimas, deve-se procurar outras manifestações nervosas: rigidez da nuca ou do tronco, dor á flexão da cabeça, dor sobre o esterno, dores nos movimentos simples (ativos ou passivos) ou sobretudo, raquialgia; fenomenos ataxicos, mioelonas, suores profusos, retenção de urina, etc.

A evolução dessas fórmulas atípicas da poliomielite é muito variavel.

Alguns casos se resolvem rapidamente em poucos dias, sem que a motricidade seja comprometida — são as chamadas fórmulas frustas, atenuadas ou mínimas.

Em outros sobrevem morte rapida, provavelmente por fenomenos bulbares.

Mas não é como disse de começo, meu proposito analisar o aspecto clinico da doença. Esta referencia a certas manifestações iniciais do quadro clinico da paralisia infantil tem por fim mostrar a possibilidade que ha de escapar a um diagnostico correto certo numero de casos da doença quando ella não fôr cuidadosamente procurada.

O PERIGO DA PARALIZIA INFANTIL PARA O RIO GRANDE DO SUL

A questão da epidemiologia da paralisia infantil deve interessar seriamente o corpo medico riograndenses, não só pelas condições climaticas do Estado, como pela proximidade geografica do principal fóco conhecido na America do Sul, que são as provincias do norte Argentino.

Para mostrar a frequencia e a extensão da poliomielite na região limitrofe da Argentina vou me servir das estatísticas publicadas nos annos do 5.º Congresso Nacional de Medicina, realizado em Buenos Ayres em 1935.

Rescalde Cuestas e Isidoro Slulitel (9) comunicaram as suas observações do ano de 1934 em Rosario, provincia de Santa Fé, num total de 310 doentes, com 42 obitos; surto epidemico, como se vê pelo obituario, de consideravel gravidade. Em diversas cidades da provincia de Corrientes o Departamento Nacional de Higiene assinalou 82

(9) — Isidoro Slulitel — Consideraciones sobre la epidemia de parálisis infantil en Rosario, 1935. V Congreso Nacional de Medicina, tomo IV.

casos. Maniagurria (10) verifica 873 casos também na provincia de Santa Fé no ano de 1934 e 3 mezes de 1935.

Em Concordia, provincia de Entre Rios, os Drs. Olanar Chans, Sauré e Bianchi notificaram 26 casos em Março de 1935 (11). Em Cordoba o professor Valdez (12) assinala constante aumento da paralisia infantil desde o ano de 1924, tendo verificado 55 casos em 1934. Na provincia de Tucuman 150 casos, Santiago del Estero 70 e na Capital Federal 533 — todos notificados no verão de 1934—1935 (13).

Na conferencia que o professor Araoz Alfáro pronunciou na Academia Nacional de Medicina de Buenos Ayres, em 14 de Novembro de 1935, refere-se nestes termos ao panorama da epidemiologia da paralisia infantil (14):

“Pero, aún sin contar con todos los casos abortivos e de formas poco comunes, que pueden passar desaperecebidos y contando sólo los bien netamente caracterizados por la paralisis ulteriores, las cifras que he indicado prueban quan grandes son ya en nustro paiz los desastres que esta enfermedad origina. Pareceme seguro que en los ultimos años, no menos de mil casos se han producido en la Republica en cada periodo epidemico, lo que significa cerca de un millar por año de seres disminuidos estetica y funcionalmente, es decir, mas o menos invalidos, que es necessario seguir tratando por muchos años y de cuya readaptacion a la vida social y al trabajo tenemos que ocuparnos especialmente”.

Estas estatisticas autorizam a falar em epidemias severas.

Desprovidos como estamos em toda a nossa longa fronteira com os paizes platinos, das mais rudimentares providencias sanitarias, não admira que o avanço persistente e insidioso do mal, tão proximo de nós, nos exponha a qualquer momento a uma epidemia extensa e grave como as que se tem manifestado nos Estados Unidos e na Europa.

Lamento não me ser possível apresentar dados, nem mesmo aproximados, em relação á existencia da paralisia infantil no Rio Grande do Sul.

A Repartição de Estatistica do Estado desconhece em absoluto a demografia sanitaria, e a Diretoria de Higiene só possui graficos da eidade de Porto Alegre.

Devo á gentileza dos Drs. Leonidas Machado e Helmuth Weiman o quadro de obitos e notificações da paralisia infantil, occorridos nesta Capital, no decenio de 1926—1935.

(10) — Archivos Argentinos de Pediatria, n.º 10, Outubro 1935.

(11) — Araoz Alfaro — Boletin de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Ayres, Novembro 1935.

(12) — J. M. Valdez y M. Oliver — Consideraciones sobre la enfermedad de Heine Medin en Cordoba; V Congreso Nacional de Medicina 1935.

(13) — La Semana Medica, n.ºs 15 e 22 de 1936.

(14) — Araoz Alfaro — Boletin de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Ayres, Novembro de 1935.

CIDADE DE PORTO ALEGRE

OBITOS E NOTIFICAÇÕES DE PARALISIA INFANTIL

	obitos	notificações
1926	0	0
1927	0	0
1928	0	4
1929	0	0
1930	0	2
1931	0	0
1932	1	1
1933	0	0
1934	0	3
1935	1	10

Deante de tão excassos elementos não podemos apreciar o nosso aspecto epidemiologico senão de maneira muito incompleta.

Entretanto a organização da estatistica demografo-sanitaria-epidemiologico seria aqui de valor incalculavel, maxime se os dados demograficos tivessem publicação immediata, mostrando-nos a presença e a frequencia das molestias infectos-contagiosas nos momentos e nos locais em que elas surgissem, e não muitos mezes depois quando só pôdem ter valor comparativo.

TRATAMENTO

As enormes dificuldades para realizar a profilaxia da paralisia infantil, tem movido os homens de sciencia a procurar empenhadamente uma proteção especifica mediante o emprego de vacinas, sôro humano, sôro de convalescentes, sôro de individuos curados de poliomielite, sôro de animais e sangue total de adultos.

Com referencia á vacina não contamos até agora, não obstantes pacientes e minuciosos estudos, com uma que tenha feito suas próvas.

Os resultados experimentaes de duas vacinas — a de Maurice Brodie (de New-York) e a de John Kolmer — (de Filapelfia) fazem entretanto conceber grandes esperanças respeito a possivel applicação ao homem.

Kolmer (15) usa atualmente um virus extraido de medula virulenta na proporção de 4% de virus de medula numa solução de riciolato de sodio a 1%.

Depois de varias experiencias, com pleno exito nos macacos, Kolmer e sua colaboradora Miss Rule que careciam de anticorpos em seu sangue, como demonstrou a experimentação em macacos, foram os primeiros em inocular-se á vacina.

(15) — Kolmer — Um metodo eficaz de vacinação contra a poliomielite aguda. Anaes do Instituto Pasteur de París, 1935, pag. 365.

Comprovaram com isso dois fatos: 1.º a inoquidade do método; 2.º sua capacidade para produzir anticorpos.

Aplicaram logo a vacina em 25 crianças cujas idades, oscilaram entre 8 mezes e 15 anos e entre os quaes se achavam dois filhos de Kolmer.

Previamente a prova da neutralisação do virus no macaco havia revelado que 15 dessas crianças careciam de anticorpos enquanto que, 10 os possuíam.

Das 15 crianças que não possuíam anticorpos, 11 os revelaram em grande quantidade, uma semana depois da ultima injeção. Dos 10 que já possuíam anticorpos, os tiveram consideravelmente aumentados depois da vacinação.

A demonstração da eficacia do método nas 15 crianças que não possuíam antes anticorpos foi feita misturando 0,5 cc de soro de cada uma delas com 0,5 cc de uma emulsão de virus a 10% e injetando 0,5 cc da mesma, por via intracerebral em macacos anestesiados. Nenhum desses animaes apresentou sintomas de infeção na 3 a 4 semanas seguintes, enquanto que os macacos testemunhas, inoculados com doses muito menores, 0,1 cc de virus, foram acometidos de paralisia no lapso de 6 a 9 dias e morreram.

A demonstração do aumento de anticorpos nas 10 crianças que já os possuíam antes da vacinação, foi dada, inoculando, depois da 3 injeção de 0,5 cc do soro misturado a 0,5 cc de emulsão de virus a 50% (não mais a 10% como no grupo anterior) injetando no macaco por via intra-cerebral a dose de 0,5 cc produziu a imunisação completa desses animaes.

Neste grupo de 10 crianças que possuíam anticorpos antes da vacinação, esta produziu pois um amplo estímulo de sua iminidade natural.

Os resultados da vacina se fazem sentir, ás vezes, com grande rapidez — uma das crianças tinha já anticorpos suficiente 96 horas depois da primeira dose, prova completa da neutralisação do virus.

Os anticorpos que gera a vacina são capazes de neutralisar não só o virus do macaco, senão também o humano como provou o autor, utilizando este ultimo extraído de enfermos da epidemia da California de 1934.

Salvo as reações comuns ás vacinas nenhuma mais revelou a de Kolmer. Baseado em suas considerações o autor considera inteiramente sem perigo a sua vacina, não só por estar preparada com virus de varias passagens, que tenha perdido provavelmente assim sua virulencia para o homem, sinão também pela ação do ricionoleato de sodio, pela via empregada e pela inoculação de uma primeira dose pequena.

A vacina de Maurice Brodie ainda não foi empregada no homem.

J. P. Leake (16) diretor do Serviço de Saúde Publica pensa que na hora atual ainda não se póde falar do emprego da vacina antipoliomelítica na pratica corrente porque já se assinalaram alguns graves insucessos.

(16) — The journal of the American Medical Association, n.º 26 de 1935.

Quanto á sôro profilaxia, isto é, o emprego do sôro de convalescentes ou de individuo curado, considera-se de indubitavel valor preventivo, porem infelizmente é pouco praticavel ainda pois que os doadores são crianças pequenas ás quaes não se pôde extrair, de uma vez, sinão pouco sangue.

Deve ser este, consequentemente reservado para o tratamento curativo onde não houver laboratorios providos com stock em quantidade capaz de atender sem restrições os pedidos.

SANGUE TOTAL DE ADULTOS

Verificado que mais de 80% dos adultos normaes possuem no sangue anticorpos imunizantes, os experimentadores começaram a empregar em grandes massas, durante surtos epidemicos, o sangue total. Porém como nem todos os individuos possuem anticorpos convem misturar o sangue de duas ou mais pessoas, escolhidas de preferencia, entre os mais chegados á criança.

As injeções de sôro de sangue imune têm base experimental (Flexner, Lewis) pois é possivel evitar no macaco o aparecimento da doença, injetando esses elementos por via intra-venosa ou intra-muscular.

O sangue total deve ser injetado, por via muscular em quantidade maiores que o sôro — 30 a 40 cc .

A proteção passiva assim obtida parece durar entre 3 ou 4 semanas, o que seria suficiente em caso de epidemia pois não exigiria a repetição das injeções mais de 2 ou 3 vezes.

Em um trabalho recente Girard e Jouve (17) dizem que:

“O tratamento preventivo das coletividades pelo sôro ou pelo sangue total de adultos sãos, parece uma medida logica a utilizar em caso de epidemia severa, sem que, de momento, se possa, por falta de uma experiencia suficiente, pronunciar sobre a eficacia real desse processo.”

O metodo tem parecido bem eficaz á maioria dos investigadores.

Brebner (18) empregou o sangue de adulto em 1.300 crianças de uma cidade da Pensilvania — nenhuma delas adoeceu ao passo que se manifestaram 32 casos entre 3.000 crianças não protegidas.

Na ultima grande epidemia de New-York de 1931, Flexner aconselhou a injeção intramuscular de 30 cc de sangue de individuo são, ou 20 cc de sôro de individuo curado nas crianças em perigo de contagio.

Os resultados parecem ter sido favoraveis — o numero de doentes foi pequeno e as fórmias mais leves, nos imunizados do que nos não tratados (19).

USO UNIVERSAL DA SOROTERAPIA

A estatística de Hall e Shanghessy (20) apresenta resultados ex-

(17) — Girard et Jouve — Revue Française de Pédiatrie, tome XII, n.º 1, 1936.

(18) — Brebner — Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana, 1934.

(19) — Arnoz Alfaro — La Prensa Médica Argentina, 20 de Junho de 1934.

(20) — Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 1930.

celentes — 176 enfermos tratados, com 34,7% sem paralisia e 58,6% cujas paralisias curaram.

Dos dados que se referem á epidemia na Alemanha em 1932, publicados por Schlosberger Krus Reid (21) tambem se deduzem resultados excelentes — em 26 casos tratados com o sôro no periodo pre-paralitico 24 curaram por completo e apenas 2 apresentaram paralisia; nenhum obito. Em compensação já no periodo paralitico os resultados não foram bons: em 201 enfermos 25 morreram, 148 não revelaram melhoras e apenas 40 curaram por completo, proporções que os autores consideram analogas ás obtidas nas crianças que não foram tratadas pelo sôro.

Para William Park ha muito pouca diferenca entre os tratados com o sôro e os que não o foram.

Segundo Hassler (22) os sindromos meningeos curam frequentemente sem produzir paralisias, mesmo na ausencia de tratamento.

Schulz e Gebart (22) acreditam que o sôro atua eficazmente como preventivo, porém, sem valor curativo.

Na ultima epidemia de Quebec, Canadá (23) bastante intensa, posto que houve 784 casos dos quaes 240 na cidade, os resultados foram os seguintes: em 339 crianças enfermas em que o sôro foi injetado antes das paralisias, se obteve cura completa em 87,9%, parcial em 4,1%, ação nula em 0,8%, obitos 7,1%, resultados que fazem admitir a real eficacia do sôro empregado no periodo pre-paralitico.

Pomeroy e Roth (24) comunicaram o resultado da ultima epidemia de Los Angeles, California, epidemia intensa visto que houve 630 casos. Entre 235 crianças que receberam o sôro, na dose de 50 á 100 cc, no periodo pre-paralitico, houve 213 curas sem paralisia (90%) e 10% de paralisias residuais; entre 100 casos com paresias ligeiras, 53 estacionaram, 35 curaram e em 12 a paralisia se estendeu a outros musculos. Os referidos autores atribuem esses bons resultados á intensa propaganda junto ao corpo medico e junto ao publico que facilitou o diagnostico precoce e o emprego imediato do sôro.

Na epidemia da Alsacia de 1930 (25) em que foram observados 405 casos de poliomielite tratados com o sôro, o professor Rohmer e seus colaboradores tiveram a impressão de que o sôro era realmente eficaz principalmente o de individuos curados. Em compensação não reconheceram ação terapeutica no sôro de Petit.

Numa epidemia em Glasgow em 1930—1931 (26), Fleming obteve excelentes resultados com o sôro de convalescentes.

(21) — Araoz Alfaro — Boletin de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Ayres, Novembro de 1935.

(22) — Revista Sul Americana de Endocrinologia, 1934.

(23) — Office International d'Hygiene Publique, Boletin Mensuel, Dezembro 1934.

(24) — American Journal of Public Health, 1934.

(25) — Rohmer, Meyer, etc. Observations cliniques et therapeutiques, faites pendant l'epidemie de poliomyelite d'Alsace en 1930 — Revue Francaise de Pediatrie, n.º 3, 1931.

(26) — Archives de Medicine des Enfants, 1933, pag. 571.

Respi e outros (27), em epidemias em Genova e outras cidades da Italia, empregaram com bons resultados o sôro de convalescente.

Na Holanda (28), os bons resultados da soroterapia induziram o governo a organizar o Instituto Sorologico do Estado para recoleção e distribuição do sôro de convalescenté.

O Ministerio da Saúde Publica do Canadá (29) depois de haver organizado um Instituto Sorologico ofereceu aos medicos o sôro anti-poliomielitico, numa circular que diz:

"95% dos pacientes que têm sido tratados com sôro nos primordios da doença de Heine Medin curaram completamente, sem paralisias residuais; depois do segundo dia os resultados são desalentadores".

O Ministerio da Higiene do Reich Alemão (30) se preocupa tambem com a provisão de sôro de convalescentes; confiou á Sociedade Industrial Farbeindustrie Behringwerke a organização de Instituto Sorologico.

Na Austria (31) igualmente o governo se preocupa com a provisão do sôro de convalescentes; numa circular ministerial de 10 de abril de 1933 estão as instruções aos medicos e ao publico respeito ao emprego do sôro de convalescentes.

Na Australia (32) Macnara, diretor da Comissão de Estudo da Poliomielite, organizou Institutos Sorologicos com a particularidade de fornecer um sôro **polivalente**, isto é um elemento em que existe misturado sangue de 8 a 11 doadores.

Na Republica Argentina (33) a "Comissão da Paralisia Infantil", nomeada pela Academia Nacional de Medicina de Buenos Ayres, trata de organizar laboratorios ou institutos oficiais para o fornecimento do sôro de convalescentes.

É justo mencionar (34) os Drs. Palazzo e Tenconi do Hospital Italiano de Buenos Ayres, que puderam obter sôro de convalescentes em ampla escala e atender os pedidos dos medicos sem restrições na epidemia de paralisia infantil do ano passado.

Vemos assim que Estados Unidos, Australia, Inglaterra, França, Alemanha, Italia, Canadá, Austria e Argentina, nada menos de 10 nações, cogitam hoje seriamente de combater a doença de Heine Medin por meio da sôroterapia.

(27) — Respi, La Riforma Medica, n.º 16, 1933.

(28) — Pondman — Convalescent serum for polyomielite — American Journal of Disease of Children, n.º 6, 1932.

(29) — H. B. Jeffs, Office Internacional d'Hygiene Publique, Boletin Mensuel, Dezembro de 1932.

(30) — Office Internacional d'Hygiene Publique, Boletin Mensuel, Dezembro de 1935.

(31) — Office Internacional d'Hygiene Publique, Boletin Mensuel, Setembro de 1933.

(32) — Araoz Alfaro — La Prensa Medica Argentina, 20 de Junho de 1934.

(33) — Araoz Alfaro — Epidemiologia e tratamento especifico de la paralisia infantil, Novembro de 1935.

(34) — Alfredo Casaubon — La Semana Medica, n.º 22, Mayo de 1936.

O SÔRO DE PETIT

Alôra o sangue de convalescentes e de individuo normal dispomos na atualidade do sôro de Petit, do Instituto Pasteur de Paris.

Logo que começou a ser empregado esse sôro surgiram opiniões divergentes sobre a sua eficacia.

Rohmer e seus colaboradores não obtiveram resultados com o seu emprego na ultima epidemia da Alsacia (1932), porém Etiene de Nancy publicou trabalhos em que o preconisa com entusiasmo. Blechman, de Paris, partidario do sôro de Petit, constatou duas vezes accidentes sericos graves. Taes manifestações, diz o citado autor, não são desprezíveis quando se pretender empregar o sôro de Petit sistematicamente a titulo preventivo.

Diversos investigadores norte-americanos se mostraram infensos ao uso do referido sôro, baseados em argumentos de ordem experimental. Entretanto Petit publicou na "Biologic Medicale, outubro de 1935" um artigo que é o resumo de seus estudos experimentais e a defesa do seu sôro.

Reproduz o autor as opiniões favoráveis de Etiene, de Bremer (de Munich) de Tissier, de Minet e de le Marchadour.

Bouceck, diretor do Instituto de Higiene Publica da Tchecoslovaquia comunicou a Petit os seguintes resultados obtidos com esse sôro:

4 casos tratados antes das paralisias — 3 curas e 1 obito.

8 casos tratados nos começos das paralisias — 4 curas completas, 3 melhorados e 1 não melhorado.

20 casos tratados depois de instaladas as paralisias — 9 curas completas, 6 melhorados, 3 não melhorados e 2 obitos.

O Dr. Dubé, de Montreal, Canadá, em 600 casos tratados com o sôro de Petit e com o sôro de convalescentes apresenta a seguinte conclusão:

83% de cura completa; 13% de paralisias residuais; 3% de mortes.

Casassa, de Turim tambem apresenta resultados favoráveis ao sôro de Petit: entre 41 doentes obteve 24 curas completas; 13 com paralisias residuais e 4 obitos, enquanto em 10 pacientes tratados sem o sôro obteve uma só cura completa e 2 obitos.

Quanto á posologia, Petit aconselha: nas primeiras 24 horas uma injeção intra-raquidiana de 10 cc e 3 injeções intra-musculares de 10 a 20 cc, ou 4 injeções intra-musculares; no segundo dia 4 injeções intra-musculares e uma intra-raquidiana; continuando grave o estado do enfermo repetir as mesmas doses no terceiro e no quarto dia.

Levy nas "Atualités Medicales" diz que a maioria dos pediatras francezes usam sôros em doses totaes de 200 a 300 cc. Quanto ás injeções intra-raquidianas, aconselha-se usa-las com precaução afim de evitar accidentes sericos de gravidade.

O TRATAMENTO DEVE SER PRECOCE

Sabe-se que no sarampo o sôro de convalescentes é inteiramente

ineficaz depois de declarada a doença, porém de efeito seguro quando administrado no começo do periodo de incubação. É possível que o sôro de convalescente se comporte, na poliomielite, de uma maneira analoga, por isso na opinião dos seus partidarios as probabilidades de sucesso serão maiores si as injeções forem praticadas antes do aparecimento do sintomas neurologicos, isto é, logo no começo das manifestações gerais.

Claro é que o diagnostico neste periodo não pôde ser sinão provavel; mas quando durante um surto epidemico ou mesmo frequentes casos esporadicos, uma criança cae doente com febre alta, vomitos, constipação, ou angina e catarro, agitação, delirio, rigidez da nuca, deve ser imediatamente considerada como suspeita, e, si a punção lombar mostrar um liquido claro, com ligeiro aumento de albumina e globulinas, e com elementos celulares em maior numero que o normal, sem elementos microbianos, a probabilidade cresce ao maximo.

É esse o momento oportuno para o emprego do sôro.

A objeção de que os casos nos quaes o tratamento se inicia antes das paralisias — condição para se obterem os melhores resultados — a inseguridade do diagnostico espõe a que, com toda a boa fé, se façam ilusões sobre a eficacia terapeutica, não seria procedente uma vez que se considerassem as tragicas perspectivas que ameaçam o doente (35).

Torna-se necessario, pois, existir em todas as cidades importantes um censo dos presumiveis doadores de sangue, afim de que se os possa utilizar no momento oportuno, ou melhor, como já se fez no Canadá, Australia, Alemanha, Austria, França, Estados Unidos e Holanda, laboratorios com depositos de sangue conservado, que, sem demora, coloquem o remedio ao alcance immediato dos medicos.

Como modêlo do que convem fazer citarei o "Centro de Defeza Anti-Poliomielitico" do sul da França, com séde em Toulouse e cuja organização foi comunicada á Academia Nacional de Medicina de Paris em 6 de Novembro de 1934 (36). A escolha recaiu em Toulouse porque foi a região de França em que se verificou o maior numero de casos da doença de Heiné-Medin.

Essa organização compreende, além de um Bureau, que conhece todos os casos anteriores, e por conseguinte os presumiveis doadores de sangue, um Laboratorio Sorologico que está em condições de fazer chegar imediatamente o remedio ao medico que o solicite por telefone, telegrafo ou radio.

Stillmunkes, organisador e diretor desse instituto refere-se a sua utilidade com estas eloquentes palavras:

"Em materia de poliomielite as condições de exito reclamam a reunião de dois concursos indispensaveis — o do medico assistente,

(35) — Araoz Alfaro — La Prensa Medica Argentina, 20 de Junho de 1934.

(36) — Boletin de La Academie de Medicine de Paris, 1934.

cujo papel é capital no reconhecimento precoce do mal e o do Centro de Preparação e Distribuição do Sôro o qual deve dar ao medicamento uma velocidade capaz de lutar contra a velocidade da infecção”.

Em conclusão lembro o pensamento de Flexner (37):

“Si para combater a paralisia infantil se conhecesse um metodo melhor e mais seguro, a questão da terapeutica pelo sôro não se suscitaria. Porém não se conhece metodo mais seguro nem mais eficaz. Necessario é, pois, escolher entre a ausencia completa de intervenção terapeutica e um metodo que se admite seja sem perigo nesta tragica enfermidade”.

(37) — Flexner — La Presse Medicale, n.º 13, 1933.

Abiso

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

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

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

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

Gluconato de cálcio. Extracto de malte. Princípios activos do óleo de fígado de bacalhau. Citrato de ferro am. com traços de cobre, cobalto e manganês (methodo de Orten Elvehjem).

GLUCONIA

Estado geral de fraqueza. Perda de peso. Má alimentação. Falta de appetite. Convalescência. Crescimento. Anemia. Descalcificação. Gravidez e amamentação. Cansaço. Excesso de trabalho. Crenças em idade escolar.

INSTITUTO NACIONAL
DE PHARMACOLOGIA

Caixa Postal 1491 - SÃO PAULO



Um reconstituinte científico

GLUCONIA

Neurormon

LÍPOIDES E PROSPHATIDOS
DA SUBSTANCIA NERVOSA.
PHOSPHORO, GLYCEROPHOSPHATOS, HYDRATOS
DE CARBONO, VITAMINAS.

INDICAÇÕES: Neurasenia. Esgotamento nervoso. Fadiga cerebral. Cansaço intelectual. Neurosen. Psychopathias. Epilepsia. Hysteria. Crescimento intelectual das crianças. Convalescências, etc.

Atribuição:

INSTITUTO NACIONAL
DE PHARMACOLOGIA

Caixa Postal, 2421 - S. PAULO



Neuro Fosfato Eskay nos transtornos do systema nervoso

O tempo é um factor importante no tratamento dos transtornos nervosos. A função nervosa, quanto mais delicada, se altera com mais rapidez e tarda mais em restabelecer-se. Os melhores resultados obtem-se com o NEURO FOSFATO ESKAY, não por meio de doses excessivas num curto periodo, sinão com doses razoaveis por um periodo prolongado acompanhado de dieta apropriada, descanso e exercicio. Não podemos obrigar a Natureza, mas podemos ajudal-a.

O NEURO FOSFATO ESKAY é um producto pharmaceutico refinado, em fórmula liquida, que não pôde passar atravez do systema nervoso, sem transformar-se como succede frequentemente quando se administra tabletes comprimidos. Não fermenta, nem se decompõe, nem mesmo em casos que seja guardado por longos periodos.

Receite-o com confiança. Vende-se em todas as principaes pharmacias do paiz.

Uma folha de receituário ou cartão pessoal do medico (em ultimo caso uma tarjeta postal), mostrando o seu actual endereço, trar-lhe-ha um frasco gratis deste producto. Aos estudantes de medicina que desejarem amostras, roga-se-lhes de mencionarem o facto de serem estudantes e o anno que doutoram. Envie o seu pedido promptamente ao:

Dr. Raul de Araujo — Rua General Argollo, 153

Rio de Janeiro

Contribuição ao estudo da Patologia de Constelação em Oftalmologia*

por

Waldemar Niemeyer

A patologia de constelação nos ensina, que a etiologia ou a etiopatogenia de uma afeção morbida não é expressão de um determinado fator etiologico. causal, mas que a etiopatogenia é determinada por uma constelação de fatores causadores, ativos num dado momento ou num dado lapso de tempo. Ou por outra: a patologia de constelação ensina que numa alteração morbida, em dado momento, sempre devem estar preenchidas varias condições determinantes, para que haja molestia.

Ainda pela mesma teoria: só pode ser considerado predominante um determinado fator morbígeno, si a constelação dos fatores restantes continuar rigorosamente identica. As condições determinantes não podem ser subdivididas em principais e secundarias; em principio devemos reconhecer a todas elas papel estritamente identico, para podermos construir o edificio desta nova concepção de patologia geral.

Este moderno conceito vem derramar luz abundante sobre multipas questões de etiopatogenia e de classificação, concorre para melhor conhecimento de caracteres individuais nosologicos, e vem-nos trazer até elementos valiosos para a terapeutica.

A patologia de constelação não substitue nem suplanta a patologia celular, éla vem apenas prestar o seu grande serviço englobando-a, elevando o ponto de vista por incluir em suas cogitações o total dos fatores morbígenos, éla orienta a pesquisa científica e procura satisfazer plenamente as exigencias que devemos ter para com uma ciência natural, que a medicina não deixará de ser por essencia. A nossa doutrina não restringe-se pois á observação do substrato, em que atuarem as noxes, nem volve-se de toda aos fatores externos (fatores fisicos, quimicos, infecção,

* Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, na sessão de 8 de Maio de 1936.

etc.), nem á patologia constitucional, mas éla occupa-se soberanamente da totalidade dos fatores, tanto dos externos (v. s.), como dos internos (constituição, disposição, hereditariedade, correlações, etc.) e da sua interdependencia, correspondendo pois no sentido mais amplo a uma verdadeira ciencia natural.

Daí provém o postulado da patologia de constelação, que o diagnostico não seja a méra fixação de um termo tecnico, mas o perscrutamento (Durchschauen, Tendeloo), a perquirição da constelação de todos os fatores, internos e externos, que regem o estado (a situação) do doente. De um tal diagnostico deriva-se o prognostico, que, sem haver intercur-rencia de fatores inesperados ou incalculaveis, será tanto mais seguro, quanto melhor fôr o nosso conhecimento acerca da constelação.

Este é, em poucas linhas, o teor da doutrina da patologia de conste-lação. E' difficil citar-lhe o inventor ou os inventores. Fisiologistas e patologistas, como Claude Bernard, Roux, Mach, Verworn, Hansemann, Tendeloo, ao abordarem este assunto, já citam predecessores (Piesber-gen). A mais ampla fundamentação do assunto em sentido geral filoso-fico, talvez devemos-la ao filósofo alemão Schopenhauer, comumente co-nhecido pela sua filosofia de pessimismo, assim chamado pelos espiritos menos profundos.

Nos dias que correm, a medicina recebeu os mais valiosos ensinamen-tos no assunto pelo holandês Tendeloo, que escreveu seu magnifico Tratado de Patologia Geral baseado nesta concepção, tirando-lhe maxi-mo proveito em todos os sentidos. Pelo seu modo de encarar a questão da etiologia morbida, Tendeloo ensina, que por constelação não devemos cõtender simplesmente a soma algébrica de fatores causadores, porém deveríamos imaginar um agrupamento de fatores no espaço, agrupamen-to estereotópico, i. é, num sentido tridimensional. Mui acertadamente Tendeloo compara a soma dos fatores com a formula empirica eu-mole-cular da quimica. A constelação dos fatores porém é por éle, com muita felicidade, comparada á formula estrutural, na qual aparecem a distribui-ção e colocação dos átomos na molécula, a sua interdependencia e as suas relações reciprocas.

Em patologia geral, e por conseguinte tambem na clinica médica, a patologia de constelação já teve os seus estudos minuciosos. E' intuito nosso demonstrar o valôr do moderno conceito no dominio da oftal-mologia, aonde muito poderá influir na pesquisa etiologica dos gran-des syndromos, que nos propuzemos enumerar e tratar como exemplos, em que cabe com muita razão o estudo etiopatologico neste sentido, e onde, em contraste aparente com as boas condições de visibilidade e fa-cilidade de diagnostico do sintoma, ainda pairam bastante duvidas sobre á etiopatogenia destas mesmas afeções.

Num magistral estudo Piesbergen (na Alemanha) em 1934, occupou-se da patologia de constelação em oftalmologia. Devemos a seu trabalho a sugestão para este estudo. Em seu magistral trabalho, o au-tor alemão trata pormenorissadamente de tres exemplos: do estrabismo convergente, do descolamento da retina, e da querato-conjuntivite flicte-nular.

Reproduzimos aqui os quadros sinópticos elaborados por este autor. Tanto no esquema do estrabismo convergente, como no do descolamento da retina, estão dispensados outros comentários pela clareza com que estão expostos os sintomas e os fatores, que concorrem sempre em numero de 2, 3 ou mais, para por sua constelação formarem a entidade morbida do estrabismo convergente concomitante, como também do descolamento da retina. Mandamos o leitor ao original, que se acha publicado nos *Klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde* (Revista mensal clinica de Oftalmologia) Tomo 93, de 1934, pag. 765.

Quanto á querato-conjuntivite flietenular, o autor não elaborou quadro sinóptico, fala resumidamente nesta afecção ocular. Será por nós apresentado no decorrer deste trabalho um tal esquema, elaborado sob um ponto de vista mais geral, abrangendo maior complexidade de sintomas, do que Piesbergen apresentou em sua valiosa publicação. Além da querato-conjuntivite flietenular ocupar-nos-emos do glaucoma e das retinites hipertensivas.


Estudamos os fatores causantes destes tres grandes síndromos, apresentando quadros sinópticos, que talvez não sejam completos, os quais porém poderão ser completados, na medida de serem conhecidos mais fatores etiologicos, mais determinantes na constelação destas entidades morbidas.

Estes esquemas poderão ter o valor de abreviar e de resumir as ponderações do médico, que assiste a um caso dos citados, na pratica até poderão ser aproveitados em fórmula de graficos que se juntam á ficha do doente, riscando-se nêles os sintomas ou fatores que não concorrerem porventura no caso presente.

Convêm atentar sobre o fáto, que sempre estão concorrendo 2, 3 ou mais fatores dos enumerados; na formação do diagnostico não deve ser esquecida a presença de um determinado fator pôde acarretar a evolução ou a aparição de outro dos fatores, que também se acham enumerados no esquema.

Fusão insuficiente	} <i>Estrabismo convergente</i>
Anisometropia	
Hiperopia	
Excesso de acomodação	
Excesso de convergencia	
Posição primaria anómala dos globos oculares	
Ambliopia congenita + Ambliopia ex anopsia	
Desenvolvimento precoce de um olho predominante	
Canhestria	

1. Quadro sinóptico dos fatores em constelação no Estrabismo convergente seg. Piesbergen, 1934.

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Degeneração miópica da retina 2. Degeneração senil cistoide da retina 3. Ruptura e perfuração da retina após traumatismo 	}	<i>Rasgão da retina</i>
Decomposição coloidal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Periflebite tuberculosa da retina 2. Hemorragias do corpo vítreo 3. Contração do corpo vítreo 4. Traumatismo perforante do corpo vítreo 5. Liquefação do c. v. na miopia alta 	}	 <p style="text-align: center;"><i>Descolamento da retina</i></p>
Pulsão	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formação de transudato na albuminúria 2. Caroidite (tuberculosa, lúica) 3. Hemorragia da coroide 	}	(círculo vicioso entre a aparição de rasgão da retina e do descolamento, indicado pelas setas).
Diminuição de aderência da retina em sua base	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coloboma congênito da coroide 2. Cone miópico para baixo 3. Descolamento hereditário 	}	

2. Quadro sinóptico dos fatores em constelação no Descolamento da Retina, seg. Piesbergen, 1934.

PORQUE

A ILLUSTRE CLASSE MEDICA BRASILEIRA PREFERE A TODO E QUALQUER
PRODUCTO SIMILAR, NACIONAL OU EXTRANGEIRO A

PHOSPHO - CALCINA - IODADA

?

Por ser manipulado com o maximo esculpulo e escorreito de impurezas;
Por dever a sua composiçào a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

PHOSPHORO
CALCIO
iodo:

- Por ser absolutamente isento de alcool;
- Por não produzir iodismo;
- Por não conter fluoretos (descalcificantes), phosphatos acidos (assimilação nulla), phosphato monocalcico e bicalcico (fraca assimilação), glycerophosphatos (assimilação 18 %);
- Por augmentar o numero de globulos sanguineos e restituir as forças;
- Por ser um grande agente de estimulação nutritiva e
- Por ser um TONICO PERFEITO na opinião dos grandes clinicos que já tiveram occasião de observar e constatar (vide documentos annexos ao vidro) os seus beneficos effeitos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Escrophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Bocio, Bronchite astmatica, Manifestação da syphilia, Rheumatismo chronico, Convalescenças e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

Para obter amostras queira dirigir-se á CAIXA POSTAL 1578 São Paulo.

IODOBISMAN
RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN
MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MONO E DIAMIDOGLICÉRICOS SUPERSATURADOS DE LÍPIDOS TOTAIS DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS A DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

PIO. MIRANDA & CIA. LTDA
RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523
RIO

Para a tosse e suas funestas
consequencias, uzar sómente
Peitoral de Angico Pelotense.

E' tiro e queda.

EQUILIBRIO
DO
SYSTEMA NEURO-VEGETATIVO
GASTRO-INTESTINAL

FORMULA:

Atropina (Sulf.) 0,004
Eserina (Salicyl) 0,006
Extr. fl. Rhamnus purshiana,
sem amargo, 10 c.c.
Vehiculo q. s. para 100 c.c.

DOSE: Uma colherinha de
café antes das refeições.

DESEQUILIBRIO
VAGO
SYMPATICO
GASTRO-INTESTINAL

ENTEROTONUS

Prisão de ventre rebelde
Perturbações do plexo solar
Dyspepsia nervosa
Meteorismo - Aerocolia
Aerofagia - Colites

ENTEROTONUS

O

PODEROSO REGULADOR

Laboratório do "FLUOCAL" - Pedro Breves & Cia.
Cv. Mem. de Sá, 216 - Rio de Janeiro

Sistema vascular	<ul style="list-style-type: none"> 1. Hiperemia ativa (rutura do equilibrio arteriovenoso) 2. Hiperemia passiva (retenção) <ul style="list-style-type: none"> a) Canal de Schlemm b) Trombose c) Veias vorticosas 3. Tonicidade dos vasos 	
Sistema linfático	<ul style="list-style-type: none"> 1. Transudação aumentada (angiopatia capilar) 2. Retenção de linfa 	
Sistema dos líquidos intraoculares (humor aquoso)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Aumento de liquido: <ul style="list-style-type: none"> camara anterior corpo vitreo 2. Retenção de liquido 	<ul style="list-style-type: none"> por secreção ou quimismo anômalo
Disposição anatomica	<ul style="list-style-type: none"> Processo esclerosante da esclerotica (scleritis indurativa) Camara anterior rasa Anel esclerotico estreito Hiperopia = globo encurtado Migração de pigmento Luxação do cristalino Sinequias anteriores e posteriores Tumor intraocular Estase papilar 	Glaucoma
Disposição geral	<ul style="list-style-type: none"> Idade Menopausa Sifilis Disturbios da secreção interna 	
Constituição	<ul style="list-style-type: none"> Raça Sexo Hereditariedade 	
Fatores externos	<ul style="list-style-type: none"> Traumatismo Choque psiquico Condições climaticas e metereologicas 	

3. Quadro sinóptico dos fatores em constelação no Glaucoma.

Hipertensão arterial	}	<i>Retinite hipertensiva</i>
Insuficiência renal		
Capilarite		
Toxinemia		
Angioespasmos retinianos		
Degenerescência vascular (cística) retiniana		
Migração de pigmento retiniano		
Circulação retiniana insuficiente		
Estase venosa		
Trombose nos vasos retinianos		
Hemorragia retiniana		

4. Quadro sinóptico dos fatores em constelação na Retinite hipertensiva.

Idade	}	<i>Querato-conjuntivite flictenular</i>	
Alergia geral			
Linfatismo			
Lues			
Diátese exsudativa			
Alergia tuberculosa			
Superinfecção local tuberculosa			
Traumatismo			
Alergia pneumocócica			(ou outros
Superinfecção pneumocócica			cócos)
Anafilaxia			
Verminose			
Acne rosácea			

5. Quadro sinóptico dos fatores em constelação nas Querato-conjuntivites flictenulares.

Escolhemos o Glaucoma para nê exemplificar a patologia de constelação, por ser um síndrome muito complexo, de etiopatogenia bastante problemática (uma entidade morbida mais circunscrita e bem definida, no conceito de outros autores, que excluem de todo, o que comumente é chamado de glaucoma secundário). Em verdade pôde emitir-se o conceito, que todo glaucoma é secundário.

“A causa principal e primitiva do glaucoma é uma incognita, que desafia a argúcia e a ciência dos indagadores”, escreve mui acertadamente Penteadó Stevenson (Campinas, 1934). Não é possível, nos moldes deste trabalho, aprofundarmo-nos em demasia na interessantíssima e tão discutida etiopatogenia do glaucoma. Limitar-nos-emos á explicação de nosso quadro sinóptico, que resume para a memória visual os principais fatores.

E' fáto notável, que as últimas décadas de avanço geral em todos os departamentos da pesquisa médica, pouco nos revelaram do valôr fundamental no que visa a etiopatogenia do glaucoma. As pesquisas pare-

em ter chegado a uma barreira dificilmente transponível. Será necessário com mais estudos descobrir verdades fundamentais sobre a química coloidal dos tecidos e líquidos em jogo no glaucoma, e sobre o fator neuro-endócrinico — e talvez com estes esclarecer-se-á o enigma, que ainda se nos apresenta. Daí então a terapêutica, ainda tantas vezes falha, poderá lucrar definitivamente. Uma definição completa do Glaucoma é a de La g r a n g e: "O glaucoma é uma distrofia do globo ocular, caracterizada anatomicamente por degenerações vasculares e nervosas, e, clinicamente, pela hipertensão". Cumpre acentuar, que glaucoma e hipertensão *não* são sinônimos. Hipertensão é o sintoma subordinado, glaucoma é a molestia — ou o síndrome — que tem por sintoma principal a hipertensão. Mas nem todos os sintomas do glaucoma são sequelas da hipertonia — nem a própria excavação da papila — e casos ha de glaucomas simples crônicos sem hipertensão.

"A identificação de glaucoma e hipertensão foi e será sempre grave impecilho para entrar a pesquisa científica do glaucoma" diz Mueller (Vienna, 1934) e continúa: "falta a compreensão necessaria, que o verdadeiro glaucoma é uma molestia mui singular, um problema dos mais interessantes, em todo caso a individualidade morbida mais soberba da oftalmologia, sem analogia em patologia humana."

A subdivisão, que ainda se acha em todos os tratados, é de considerar o glaucoma primario (essencial, genuino) — glaucoma de origem desconhecida, e o glaucoma secundario = glaucoma com etiologia conhecida, aparente. Esta diferença desaparece em nosso quadro sinóptico, encarando o glaucoma sob o ponto de vista soberano da patologia de constelação. É igualmente motivo para muita discussão a separação do glaucoma agudo, chamado "inflamatorio" sem justo motivo, "incompensado" por Elschnig, "irritativo" por outros, "intermitente" por Mueller, do outro glaucoma, simples crônico, chamado "compensado" por Elschnig, não com todo acerto, porque tambem progride, mesmo sem hipertonia manifesta. Apresenta-se-nos pois em mais um exemplo concreto a dificuldade de sistematização em medicina, aonde, por vezes, conservamos termos e divisões meramente com o fito didatico. Mas é mister dar-mo-nos conta deste fato.

Em nosso quadro n.º 3, aparecem em primeiro lugar 3 grupos de fatores subordinados aos termos: sistema vascular, sistema linfático, e sistema dos líquidos intraoculares. O primeiro grupo traz os fatores, que em certa época compreendiam o "glaucoma hemoestatico", o segundo e terceiro corresponderiam aos fatores do "glaucoma linfoestatico".

A hiperemia ativa — bem o sabemos — por si só é incapaz de produzir glaucoma ou hipertensão, é só com a ruptura do equilibrio arterio-venoso, que se instala aumento de pressão. Com este fato ainda não ha glaucoma, e tão sómente com a concorrência de outros fatores, que descreveremos adiante. A hiperemia passiva intraocular, i. é, a retenção de sangue venoso, já assume outra importancia. Hamburger, desde 1926, com a terapêutica pela adrenalina ou seus derivados, ou a histamina (amino-glucosan), não cansa em salientar sempre a importancia de na terapêutica transformarmos a hiperemia passiva, nociva, em hiperemia ativa, benéfica e emoliente.

O Canal de Schlemm, estreitado, comprimido por qualquer causa, trombosado, acometido por processo patológico qualquer, a trombose de veias como das ciliares, das vorticosas, e enfim anomalias das veias vorticosas — bastante negligenciadas — são dos fatores, que citamos neste capítulo da hiperemia passiva. Desde os estudos de *Sondermann* e *Schieck*, ficou esclarecida a magna importância das veias vorticosas, no papel de fatores de primeira ordem.

A tonicidade dos vasos, também a citamos, porque é fator com ação independente. Sirva de exemplo a terapêutica da adrenalina, que em certos casos, apesar da anemia que produz no globo ocular em alto grau, é capaz de provocar um agudo ataque de hipertensão, o que é explicado pelo aumento de tonicidade que produz nos vasos precapilares e capilares do olho.

O papel do sistema linfático é duvidoso e discutido. Não ha dúvida, que uma angiopatia *sui generis*, talvez dependendo de paralisação do parasimpático do olho, pôde produzir aumento de linfa, i. é, um edema nos tecidos intraoculares, e todo aumento de volume dentro da capsula esclerótica deve produzir aumento de tensão, mórmente quando os canais de esgoto — Canal de Schlemm, veias vorticosas — não derem vazão suficiente a este aumento de líquido; temos aqui o exemplo frisante da constelação dos fatores.

E' assunto mais estudado, e a êle, desde ha mais tempo, atribue-se papel preponderante na patogenia do glaucoma — o sistema dos líquidos intraoculares. Chocam-se neste ponto as duas teorias, a de *Leber* e a de *Duke-Elder-Roemer*. Ultimamente a teoria de *Leber*, mais antiga, parece ganhar terreno com estudos neuro-endocrínicos, sendo que o corpo ciliar, mais claramente se nos apresenta, como espécie de glandula — em analogia ao Plexo coróide cerebral — com funções ineretorias, ou, *sit venia verbo*, de carater mesocrínico.

Em ultima análise, a fase líquida do corpo vítreo — colóide bem caraterizado — também provém do humor aquoso, secretado pela "glandula" ciliar. Não consta, si existe uma hipersecreção por influencia do sistema simpático, análoga a outras glandulas conhecidas, mas ha muita probabilidade.

Por certo, porém, o quimismo anômalo, por uma decomposição coloidal, p. ex., pôde aumentar a pressão osmótica do corpo vítreo. Considerando que a injeção de sómente 1% de volume a mais de líquido dentro do c. v. faz crescer a tensão intraocular de 25 a 60 mm Hg (*Charlin*), facilmente compreendemos a importância do volume estabilizado do corpo vítreo.

A retenção de líquido (humor aquoso) é assunto sobejamente estudado. Concorrem então outros fatores, que pormenorizadamente estu-
paremos adiante: as sinéquias, o entupimento dos póros no angulo iridocorneano pela midriase iridiana ou pelo pigmento proveniente da degenerescencia do tecido iridiano, por uma esclerite indurativa — fatores, que desreveremos no seguinte capítulo das disposições anatomicas.

Um processo esclerosante da esclerótica concorre para o fechamento das veias vorticosas como para o estreitamento do Canal de Schlemm e de seus póros. A camara anterior rasa — por natureza ou em conse-



CELLONA

A APERFEIÇOADA ATADURA GESSADA ALEMÃ

- 1 PRONTA PARA USO IMEDIATO
- 2 METADE DO PESO
- 3 APLICAÇÃO LIMPA
- 4 MUITO ECONOMICA
- 5 CORTADA, O RESTO CONSERVA-SE BEM NA LATA

LATAS DE FOLHA COM 12 PEÇAS NOS TAMAANHOS USUAIS

O MODERNO CIRURGIÃO APLICA SOMENTE ATADURAS GESSADAS "CELLONA"



ESTAS CÁPSULAS FACILITAM O EM

PURGAM POR SI, EXPELLINDO

PREÇO DO TYMOL COMO VERMIF.

OS VERMES DO AMARELLÃO

DO, EM DOSE INOCUA COM ABSO.

AS LOMBRIGAS

LUTA SEGURANCA GRACAS AO SFU

OS OXYUROS E OS

ESTADO DE DIVISÃO NO EXTRACTO

TRICOCEPHALOS

DE FETO MACHO

CAIXA 212
S/A S&B PHARM. INDUSTRIAL

CAMARGO MENDES

S. PAULO

VITAMINA LORENZINI

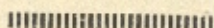
Extracto Vitaminico Polyvalente (A, B, C e D)
Concentrado, estabilizado e titulado biologicamente

Regulador do desenvolvimento infantil, rachitismo, atrophias e dystrophias infantis, anemias das crianças e dos adultos, atonias gastro-intestinaes com prisão de ventre habitual, estados post-infecciosos, post-operatorios, infecções chronicas, esgotamento nervoso, diabetes, escorbuto, beri-beri.

Indicada para reintegrar os regimens dieteticos.

DÓSE: — Por via oral (vitaminas A, B, C e D) 2 colherinhas para os adultos, 1 para as crianças, duas vezes ao dia.

Por via hypodermica (vitaminas B e C) 1 injeção diaria.



TAUROCOLO

Taurocholato
de guayacol.

Antiseptico, descongestionante e balsamico das vias respiratorias.

INDICAÇÕES: — *Tosses, grippe, tracheo-branchites agudas e chronicas, na phase resolutive da pneumonia, pleurizia, empyema meta-pneumonicos. Particularmente indicado ás crianças e ás gestantes, visto não conter opiaceos.*

Fluidifica o catarrho - Facilita a expectoração - Acalma a tosse

DÓSES: — Via oral: ADULTOS, 2 colherinhas; CRIANÇAS, uma colherinha, 3—4 vezes ao dia, em agua assucarada, a distancia das refeições.

Via hypodermica: uma injeção diaria.

Instituto Biochimico Italo-Brasileiro Ltda.

São Paulo - Caixa Postal 2893, Rua Conselheiro Brotero 1263

quencia de outros fatores mltiplos — o anel esclerótico estreito por constituição especial, a hiperopia com o seu globo ocular encurtado e consequente estreitura das formações anatomicas no segmento anterior, a migração de pigmento — discentível, si primario ou secundario em certos casos de glaucoma — a luxação e subluxação do cristalino, as sinequias anteriores e posteriores, o tumor intraocular, a estase papilar — caso especial de aumento de conteúdo intraocular — são todos êles fatores conhecidos e apontados mórmente como causas nos chamados glaucomas secundarios. A frequente concomitancia com um dos fatores citados nos agrupamentos anteriores já se nos apresentou durante este rapido esboço.

Resta-nos porém o estudo de uma série de fatores mais gerais, que sóem concorrer. Entre a disposição geral enumerámos a idade: si bem que fatores desconhecidos — endócrinos — produzam os bem conhecidos estados do glaucoma infantil, da buftalmia, é mais a idade acima de 40 anos, que traz o perigo do glaucoma. As transformações no organismo, cujos tecidos envelhecem e são tomados por esclerose, predispõe. A hipertensão arterial não está diretamente ligada com a hipertonía ocular — cumpre assinala-la aqui. A menopausa no sexo feminino com a sua labilidade psiquica e os seus disturbios nas correlações endócrinas, fornece largo numero de casos, que resaltam em toda estatística. A sífilis, "a la manière des maladies honnêtes", causadora de lesões vasculares até aos capilares, promotora de desordens endócrinas e determinante de desequilíbrio, no sistema nervoso autónomo, não podia deixar de aparecer neste ról.

Diz Charlin, baseando-se em estatística de sua clinica, que todo individuo em glaucoma abaixo de 50 anos, deve ser considerado sifilitico.

A raça tem sido acusada como fator concorrente desde os trabalhos, que falavam de uma certa preponderancia de elemento israelita nas estatísticas na Europa. Houve contestação, e não temos estatísticas bastante amplas para emitir juizo certo. Mas, quanto á raça mestiça, consta que entre os pardos na clinica oftalmologica do Rio de Janeiro foram encontrados os pardos em proporção muito superior, atacados de glaucoma do que individuos brancos ou negros puros. Quanto ao sexo consta desde ha muito a maior afeção de mulheres, estando para os homens como 3:2. A hereditariedade é fenómeno observado por todo clinico, que possua larga experiencia de maior numero de anos.

Entre os fatores externos, os traumatismos, tanto comoções do globo ocular, como ferimentos perforantes, com ou sem localisação de corpo estranho dentro do globo ocular — são fatores importantes. O choque psiquico é observado frequentemente como fator que desencadeia um estado glaucomatoso. Tambem as condições climaticas e metereologicas são fatores, que entram na constelação. Na Europa as estatísticas das grandes clinicas revelam regular aumento de numero de glaucomatosos em outono e mórmente no inverno.

Será facil, combinar entre os fatores citados um certo numero para caraterisar um determinado caso de glaucoma. E' a constelação destes fatores, que produz o fenómeno morbido, o desequilíbrio nas funções le-

sadas de um olho latentemente meiopragico, inclinado potencialmente para a disfunção.

Em segundo lugar exemplificamos com a Retinite hipertensiva. Resumimos neste diagnostico todas as afecções da retina, que estão ligadas ao fenómeno basico de hipertensão arterial, caracterisando-se clinicamente por acometimento da retina que reduz a agudeza visual em maior ou menor gráo, têm uma marcha cronica e fatal, cegando o individuo em grande parte dos casos, evoluindo porém de tal forma, que muita vez não chegam a produzir cegueira, porque o portador sucumbe dentro de mezes ou poucos anos ás lesões, que foram determinadas pela hipertonia e a insuficiencia renal. Anatomicamente as afecções diversas da retina estão caracterisadas pela formação de manchas ou estrias brancas (retinite albuminurica com estrela macular, retinite circinada, retinite punctata albescens, retinite proliferante), por edemas, hemorragias, migração de pigmento, degeneração cistica, proliferação da neuróglia, atrofiás parciais do tecido nervoso.

Em primeiro lugar fizemos figurar em nosso quadro sinóptico Nr. 4 a hipertensão arterial e a insuficiencia renal: são fatores cabais. A insuficiencia renal em ultima análise pôde ser produzida pelo morbus Bright, pelo rim arteriolesclerotico, o chamado "rim branco" pela nomenclatura anatomo-patologica, a nefrite aguda por escarlatina ou outra infecção ou a nefrite gravídica. A toxinemia é responsavel pela sua "citotoxina" para as lesões do endotelio vascular e das sensibilissimas celulas do tecido nobre retiniano. Consta da experiencia de todo clinico, haver entre os retinianos muito maior porcentagem de "hipertonia palida" do que "hipertonia congestiva", para empregarmos termos da nomenclatura alemã. O papel dos angioesposmos foi elucidado nos ultimos decenios. A degenerencia macular (cistica) da retina é fator concorrente. A migração de pigmento retiniano foi por nós citada como fenómeno degenerativo senil sendo encontrada em bom numero de casos de retinite hipertensiva que nos apresentam com preponderancia processos degenerativos em forma de manchas brancas.

A circulação retiniana insuficiente está ligada tanto aos angioesposmos como á endarterite. A estase venosa, produzida pela insuficiencia circulatoria, lesa os tecidos pelo deficit em oxigenio e constitue fator bem comum em patologia geral.

Para a formação de trombos em vasos retinianos, são incriminados os fatores gerais: circulação diminuida, alteração da composição sanguinea, alterações das paredes vasculares e os angioesposmos. Apontamos pois assim para a aparição de um fator concorrente ou uma concausa, de novo uma constelação de fatores; apresenta-se-nos pois um exemplo tipico de interdependencia dos fatores, á qual aludimos no intróito deste trabalho. Seria delongarmo-nos demasiadamente si pormenorissassemos este rapido esboço, que se enquadra aqui com o méro fito de exemplificar algo da constelação de fatores, que tanto aqui como no caso do glaucoma já referido, entrecruzam-se, aparecem sempre em companhia e atuam em maior ou menor conjunto para produzirem o fenómeno morlido da retinite hipertensiva.

Com a exposição de nosso ultimo exemplo, a Queratoconjuntivite flietenular, cujos fatores estão enumerados no quadro sinóptico nr. 5, entramos no estudo de uma entidade morbida bem interessante, problema com maior numero de incognitas. Dada a complexidade do tema, apenas limitar-nos-emos á enumeração dos fatores causadores, para mostrar que a sua concomitancia, a sua variegada constelação, é a real promotora do interessante sindromo. Pelo atributo "flietenular" designamos bem de proposito, que com a descrição anatomica, não vindicamos determinada etiologia, o que estaria explicito no termo queratoconjuntivite eserofulosa.

Clinicamente entendemos por queratite flietenular: as flietas da conjuntiva bulbar, as efflorescencias marginaes areniformes da cornea, a intumescencia catarral das conjuntivas, a queratite fascicular, a flietenula corneana, o pannus flietenular da cornea.

Já em 1896 e depois novamente, em 1927, Axenfeld, em conferencia sobre o nosso sindromo, definiu: "A queratoconjuntivite flietenular é a forma pela qual a cornea-conjuntiva eserofulosa reage a varias irritações (varios estímulos). E continúa, num conceito preciso de patologia de constelação: "O grupo da queratoconjuntivite flietenular é um exemplo dos mais interessantes da cooperação de uma noxe infecciosa com uma diátese, uma disposição."

Até ha pouco mais de um decenio, dominava em oftalmologia o conceito de que a querato-conjuntivite flietenular era sempre e unicamente expressão de uma constituição e infecção tuberculosa (eserofulosa). Com as experiencias de Richm (1926 a 1928), da escola japoneza e outros, em determinados casos de querato-conjuntivite flietenular, de origem francamente diferente, tornou-se de um lado o campo de experimentação mais vasto, e de outro generalizou-se o ponto de vista a ponto de encarmos hoje a afeção uma expressão nitida de caráter alergico ou anafilatico.

Dada a allergia tuberculosa, iniciada na primeira infancia, traduzindo-se pela adenopatia traqueo-bronquica na maioria dos casos, a superinfecção, o estímulo causador da efflorescencia flietenular na conjuntiva, póde tanto ser uma infecção local pelo Bacilo de Koch, como tambem um traumatismo qualquer das conjuntivas ou da cornea, que se apresenta nestes tessidos particularmente vulneraveis pela constituição especial do individuo.

Em nosso quadro sinóptico citamos a idade em primeiro lugar. A afeção, reconhecidamente, tem o seu maior campo na infancia e na adolescencia. A infecção tuberculosa do senio não é mais capaz de produzir este quadro oftalmico. E' digno porém de nota que, de acórdio com a nossa experiencia particular, a querato-conjuntivite flietenular em nosso clima tropical e subtropical ainda aparece com frequencia relativamente maior no 3.º decenio do que no clima frio da Europa septentrional.

Foi chamada com o termo generico de "allergia geral" a disposição que acima descrevemos, i. é, o estado particular do organismo sensibili-

sado por diferentes agentes. O linfatisimo com o seu cortejo de sintomas, produto de variados fatores, é fator conhecido e basico. A lues, promotora entre outros do linfatisimo, foi citada como fator concorrente. Igualmente a diátese exsudativa deve figurar neste quadro, si bem que em geral justamente no periodo em que se manifestam as flictenas, deixaram de aparecer sintomas tipicos da diátese exsudativa como a lingua geografica, as afecções cutaneas etc. etc.

A allergia tuberculosa e a superinfecção local tuberculosa acham-se citadas de conjunto e assinaladas por uma chave. Em lugar da superinfecção tuberculosa local das conjuntivas — talvez fenómeno raro, mesmo pela suposta infecção por lagrimas que contêm bacilos secretados pelas glandulas lacrimais — tambem aparece, e com provavel maior frequencia, o traumatismo, que vem ferir a cornea-conjuntiva mais vulneravel que a normal.

A allergia microbiana e a superinfecção local com o mesmo virus é fenómeno estudado recentemente por Riehm e a escola niponica e outros. Este assunto, não puramente de pesquisas experimentais, promete para o futuro melhores esclarecimentos para este lado especial do problema. Tanto os pneumocócos como os diplobacilos são frequentemente encontrados nas querato-conjuntivites flictenulares, sendo de extraordinario valor terapeutico a applicação do sulfato de zinco, auxiliando enormemente no tratamento das flictenas (Axenfeld e outros). A anafilaxia foi citada como caso especial. Podemos talvez do estudo deste estado enigmatico esperar maiores luzes para a solução do nosso problema.

A verminose e a acne rosácea, duas afecções bem heterogeneas portanto, são as que vêm diminuir nas estatisticas a cifra da percentagem da infecção tuberculosa nos casos de querato-conjuntivite flictenular. A verminose pôde ser fator concorrente, na infecção escrofulosa, mas tambem pôde talvez por si só constituir etiologia especial da querato-conjuntivite flictenular. Cesario de Andrade, na Bahia, em 1929, esmiuçou este interessante particular da questão. Na literatura nacional em 1931 Abreu Fialho F.^o e Antonio Olivé Leite colaboraram na estatística e na maior elucidação da interessante questão, limitando-se estes dois ultimos á explanação do classico conceito. Eduardo de Assis Brasil, em 1935, estudou a questão escolhendo por criterio o Indice leucocitario de Vélez (indice de allergia tuberculosa latente ou ativa), achando-se na totalidade dos casos positivo.

A acne rosácea foi por Peters (Alemanha) incriminada como fator e como tal identificada com certeza e acerto em pequeno numero de casos de querato-conjuntivite flictenular.

Em nosso exemplo não fôra possivel esmiuçar as interessantes questões etiologicas dos sindromos escolhidos. Quiçá nem todos os fatores foram por nós enumerados. Nem queriamos nem podemos fazer obra completa. A intenção nossa foi demonstrar o acerto de um ponto de vista que encara a etiopatogenia das afecções, partindo da patologia de constelação.

Referimo-nos ao valor da patologia de constelação para a sistematização, sempre tarefa difficilissima em medicina. Partindo da expressão

Septicemine
CORTIAL

H. Millet & J. Roux,

caixa original com 3 ampolas x 4 cc
caixa original com 6 ampolas x 4 cc

CAIXA POSTAL 1135 - RIO DE JANEIRO

INSTITUTO BRASILEIRO DE MICROBIOLOGIA

Citrobi

SAL SOLUVEL DE BISMUTO
CADA ENPOLA CONTEM 0.026g DE BISMUTO METALICO
MEDICACAO INDOLOR E ATOXICA PARA INJECCAO INTRA-MUSCULAR
TONICO ESTIMULANTE ESPECIFICO ENERGIICO

Arsaminol

Arsenico pentavalente injectavel
contendo 0,05 de Arsenico por cc.

Tolerancia perfeita — Segurança em doses elevadas. Rigorosa-mente indolor pelas vias: sub-cutanea e intra-muscular.

**SYPHILIS — LEISHMANIOSE —
ESPIROCHETOSE — TRYPANOSOMIASE**

Empolas de 3 e de 5 cc. (adultos). Empolas de 1½ cc. (creanças)
Caixas com 6 empolas (adultos) e 10 empolas (infantil).

MEDICAÇÃO ARSENICO MERCURIAL

ENESOL

Salicylarsinato de Mercurio

SYPHILIS em todas as suas manifestações.

Caixas de 10 empolas de 2 cc.
Dóse média: 1 empola de 2 cc. por dia

INJECCÃO INTRAMUSCULAR.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & Cie - Paris
Seys, Pierre & Co. Ltda. -- Caixa Postal 489 -- Rio de Janeiro

anatomo-patologica de uma afecção e juntando a esta a indicação etiologica no sentido da patologia de constelação, os diagnosticos terão por principio um método coerente e uniforme.

Num caso concreto, o diagnostico exáto sob o ponto de vista de patologia de constelação, seria, por exemplo, em vez de: Glaucoma agudo inflamatório, mais amplo: Glaucoma hemoestatico agudo incomensado em olho hiperopico de mulher sifilitica na menopausa após emoção. Ou em outro caso: Retinite albuminurica com estrela macular, em olho sénil-atrofico de homem com 55 anos, azotemico, com angioesposmos retinianos. Ou em mais outro: Conjuntivite flietenular alergica tuberculosa (escrofulosa) em creança verminotica e linfatica, após traumatismo com presenca de diplobacilos.

A patologia de constelação por natureza sempre existiu em medicina, são novos sómente os estudos mais acurados e sistematicos neste ramo.

O valor da patologia de constelação consiste em seu ponto de vista soberano, totalitario. Ela ensina a individualisar em vez de confiar nas estatisticas, tão falhas em ciencias biologicas. Ela nos ensina aprofundar os estudos, auxiliando-nos a chegarmos mais perto da verdade. Ela procura — no sentido da filosofia — reproduzir a essencia, desdobra o sentido das concepções, procura ser o que em filosofia é chamado: *re-duplicatio contenti*.

Por sua natureza ela nos induz a tomar em consideração o organismo em sua totalidade, livrando-nos do perigo dos conceitos localisticos. Lembremo-nos que sempre ficará de pé em medicina a inconcussa verdade hipocratica, que não existem doencas e tão sómente existem docentes.

BIBLIOGRAFIA: — Axenfeld, *Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, Bd. 79, 1927, pg. 66. Riehm, *Klin. Monatsbl. T.* 79, pg. 814. Riehm, *Kl. Mbl. T.* 80, pg. 701. Riehm, *Kl. Mbl.* 1932, T. 89, pg. 274. Weckers, *Arch. d'Opht.* 1927, T. 44, pg. 342. Laurell, *Suecia* 1929. Schieck, *Münch. med. W.* 1932, I. Cesario de Andrade, *Ann. d'Oculist.* Rio, 1929, I, 5-8. Abreu Fialho F.^o, *Ann. de Oculist.* 1930, 2, 13. Ant. Olivé Leite, 1931, *Ann. de Oculist.* 2, 313. Charlin, *Tratado de Oftalm.* 1925. Piesbergen, *Klin. Mbl.* 1934, T. 93, pg. 765. Penteado Stevenson, *Glaucoma*. Campinas, 1934. Ed. Assis Brasil, *Arq. Riogrand. de Oftalm. e Oto-R.-Lar.* 1935, II, 3. Tendeloo, *Tratado de Patologia geral*, 1925. Mueller, (Vienna) 1934, *Glaucoma*.

Zusammenfassung.

Beitrag zum Studium der Konstellationspathologie in den Augenheilkunde.

Verf. gibt einleitend eine Darstellung der Grundgedanken der Konstellationspathologie, auf Grund des Lehrbuches der Allgemeinen Pathologie von Tendeloo (1925). Auszugsweise wird die Arbeit von Piesbergen (*Klin. Monbl. f. A.* 1934) referiert und die von diesem Autor ausgearbeiteten Schemata für Strabismus convergens und Amotio

retinae wiedergegeben. Anschliessend bringt Verf. eigene Schemata, u. zw. eines für Glaucom, eines für Retinitis hypertensiva und für Keratokonjunctivitis phlytänularis.

Diese drei Krankheitsbilder werden unter dem Gesichtspunkt der Konstellationspathologie besprochen und die ursächlichen Faktoren in ihrer mannigfaltigsten Kombinationsmöglichkeit einzeln aufgezählt.

Bei der Besprechung des Glaucoms wird gezeigt, wie auf Grund einer Betrachtung unter dem Gesichtspunkt der Konstellationspathologie: das sekundäre Glaucom, etwa als gleichgesetzt dem Glaucom mit bekannter Ursache, und primäres Glaucom, etwa gleich Glaucom mit unbekannter Ursache, diese Glaucomunterteilung ihre Daseinsberechtigung verliert.

Im zweiten Beispiel, der Retinitis hypertensiva, sind alle klassischen unter einander etwas verschiedenen Retinitisformen behandelt, die als mitauslösende Ursachen aufzuweisen haben: arteriellen Hochdruck, Niereninsuffizienz, Toxämie, Gefässspasmen in der Retina, Stauungsercheinungen der Netzhautgefässe, Netzhautblutungen usw.

Im dritten Beispiel wird die Keratokonjunctivitis phlyktänulosa besprochen unter dem Gesichtspunkt der Humoralpathologie, unter Berücksichtigung der Riehm'schen — und anderer — Versuche über Allergie und Anaphylaxie. Auch die Bedeutung der Verminosis und der Acne rosacea (Peters) wird gewürdigt und als mitauslösender Faktor eingesetzt.

Im Schussteil werden die aus dem Gesichtspunkt solcher Betrachtungsweise sich ergebenden Vorteile für Systematik und Diagnose der Krankheitsbilder besprochen.

Résumé

Contribution à l'étude de la Pathologie de Constellation en Ophthalmologie.

Au début, l'auteur donne en résumé tout ce qui se rapporte à la pathologie de constellation, en prenant pour base de son étude, le Traité de Pathologie Générale de Tardieu. Ensuite il cite en l'accompagnant d'analyse, le travail de Piesbergen (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde, 1934), en même temps qu'il reproduit les deux tableaux synoptiques de l'auteur en question, exemplifiant et résumant ainsi les causes qui entrent en constellation dans le strabisme convergent et dans le décollement de la rétine. Complétant les exemples sus dits, l'auteur publie trois tableaux inédits accompagnés de l'explication et du développement des facteurs des trois syndromes suivants: Glaucome, Rétinite hypertensive, et Kérato-conjunctivite phlyténulaire.

Ces trois facteurs morbides se trouvent ensuite décrits envisagés sous le point de vue de la pathologie de constellation, et accompagnés de l'énumération des facteurs étiologiques avec leurs dépendances réciproques et leur concours possible à la production des différents maladies.

Dans la description du glaucome l'auteur, s'appuyant toujours sur la pathologie de constellation, essaie de montrer le manque de logique

dans la subdivision vulgaire du glaucome, subdivision qui sépare le glaucome secondaire, c'est-à-dire d'étiologie connue, d'avec le glaucome essentiel ou primaire, identifié avec le glaucome d'étiologie inconnue. Comme on verra, toute différence disparaît sous le nouveau point de vue adopté.

Dans le deuxième exemple — Rétinite hypertensive — toutes les formes diverses de rétinite se trouvent examinées; formes, comme on sait, qui présentent les caractères communs suivants: hypertension artérielle, insuffisance rénale, toxémie, angiospasmes rétinien, estase aux vases rétinien, hémorragie rétinienne etc.

Au troisième exemple, l'auteur s'inspirant des recherches de Riehm et autres, étudie la kérato-conjunctivite phlycténulaire, au point de vue de la pathologie humorale, nonsans l'idée d'explorer au passage l'allergie et l'anaphylaxie.

Vient ensuite la question de l'importance du rôle de la vermineuse et de l'acné rosacée, au point de vue de l'action étiologique de semblables affections.

Enfin, vient l'énumération des avantages obtenues ainsi en partant du présent point de vue de la pathologie de constellation — avantages bien appréciables pour la systématisation et le diagnostic exact des différentes maladies.



**ZEISS
PUNKTAL**

Aos dignissimos
Medicos-Oculistas

Se D. D. S. S. desejam que os
seus clientes adquiram

Oculos - Exactos

e, bem adaptados, indiquem a

Optica Moderna

Foerges Irmãos

Andradas 1504

Fone 6474

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...i 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 Assistencia a Psicopatas do
Distrito Federal

ASSISTENTE:

DR. HELION PÓVOA

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

Dr. J. Maya Faillace - Dr. Carlos M. Carrion

LABORATORIO WALDEMAR CASTRO

Fundado em 1923

A M
N E
A D
L I
Y C
S A
E S
S



A
V U
A T
C O
I G
N E
A N
S A
S

ANDRADAS, 1428 (ao lado da Livraria do Globo)
PORTO ALEGRE

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

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

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Sêgas

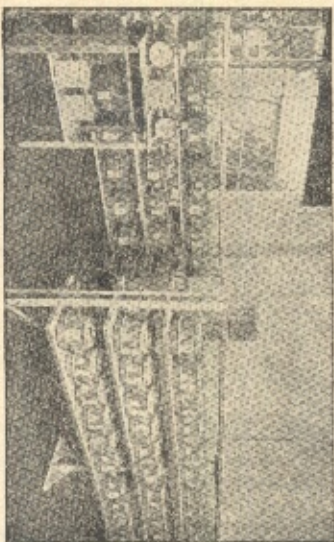
Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas

Para ajudar o Tuberculoso Incipiente



QUARTO "A"

Nos laboratorios da Fundacao de Scott, onde com o emprego de todos os recursos se effectuam as investigações sobre as vitaminas A.

MUITAS autoridades medicas concordam em que as tendencias á tuberculose que se apresentam em diversas formas em alevantado proporção entre as pessoas debilitadas, poderão ser combatidas com maior experiencia de bom exito se o oleo de fígado de bacalhan fizer parte do tratamento.

Admittida esta hypothese, submettemos á consideração da digna classe medica, a conveniencia de evitar ao paciente o trabalho desnecessario de emulsionar o dito oleo no aparelho digestivo.

E de empregar a preparação em forma já prompta para nutrir o organismo com o minimo de esforço digestivo, a

EMULSÃO DE SCOTT



Em torno da mensuração geométrica do diâmetro da aorta.

(Comunicação á Sociedade de Medicina pe Pernambuco, em 1.º de Julho de 1936.)

Aguinaldo Eins.

Ha pouco mais de cinco anos, em 6 de Abril de 1931, li nesta casa uma comunicação intitulada "Contribuição ao Estudo do Diâmetro da aorta (Mensuração geométrica)".

Neste trabalho propunha que se fizesse "o calculo geometrico do diâmetro da aorta partindo do conhecimento exáto de um segmento de arco do cilindro vascular". Depois de mostrar a tecnica a ser seguida para obtenção de um contorno linear e portanto exáto da croça aortica que nas perspectivas de face ou em obliqua anterior direita e o primeiro arco superior esquerdo, recordava o principio elementar de geometria que ensina a encontrar o diâmetro de uma circunferencia da qual se conhece uma porção.

Para isto, procura-se primeiro o centro do arco conhecido.

Para achar o centro traçam-se no arco duas cordas quaisquer. Geralmente marcam-se tres pontos no arco e unem-se estes tres pontos por meio de duas cordas. Depois levanta-se uma perpendicular ao meio de cada uma delas. A interseção destas perpendiculares é o centro. A distancia entre o centro e qualquer ponto do arco é o raio.

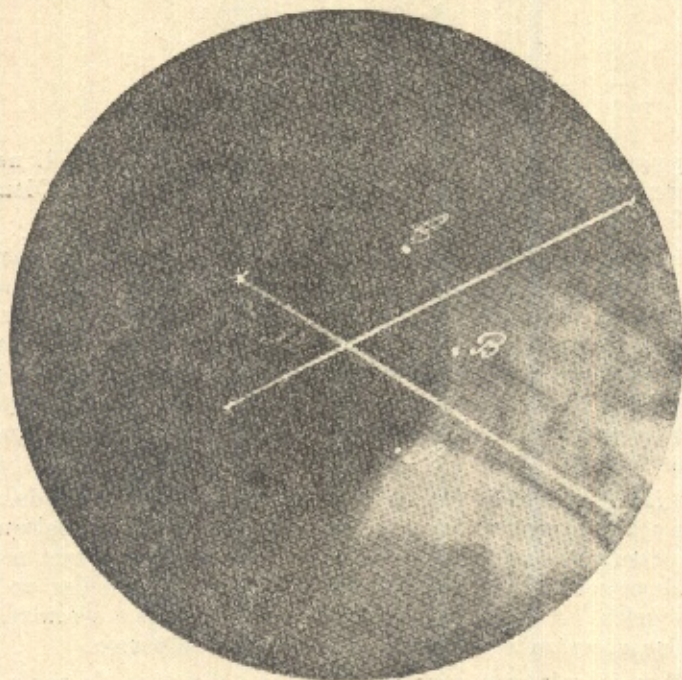
O dôbro do raio será matematicamente o diâmetro da aorta do nivel da croça. Este trabalho foi resumido no "Archivio de Radiologia" de Napoles, ano VIII (1932) fasciculo 2, parte II, pagina 170.

Ainda em 1931 fiz na sessão de 16 de Setembro da Iª Reunião Anual desta Sociedade uma outra comunicação intitulada "Mensuração geometrica do diâmetro da aorta" em que afirmava: "E assim, em todos os casos, nas aortas normais ou patológicas, obtem-se sempre, utilizando de condições tecnica especiais, a projeção mais ou menos extensa de um setor do cilindro vascular, baseando-se no qual se pôde com facilidade calcular geometricamente o calibre do vaso. Para isto, procura-se primeiramente o centro do arco assim obtido. Conhecido o centro, mede-se o raio e o dobro do raio é o diâmetro pedido".

Este estudo foi publicado em Outubro de 1931 na "Revista Medica de Pernambuco" (numero dedicado á Reunião Anual da Sociedade de Medicina) e em Novembro do mesmo ano em "Publicações Médicas" de S. Paulo, ano III, n.º 4).

Ainda deste trabalho foi feita em 1932 uma edição em lingua inglesa com o titulo "Geometrical measurement of the diameter of the aorta" que foi largamente difundida no estrangeiro. Encontra-se referencia a esta edição nas colunas de "Publicazioni pervenuteci" do "Archivio di Radiologia" de Napoles, ano IX (1933), parte II, fasciulo 1, pagina 257.

Passados cinco anos volto á Sociedade de Medicina para que fique registado nos seus anaes o fáto curioso que vou expor.



Em França o conceituado cardiologista Professor Camille Lian em colaboração com o Dr. Marchal, assistente de Elettoradiologia do Hospital Tenon de Paris, vem de publicar na "Presse Medicale", edição de 13 de Maio de 1936, um artigo intitulado "L'Examen Radiologique de l'aorte en position frontale" em que se reportam ao método geometrico de mensuração da aorta e em que afirmam que o vem empregando ha mais de um ano em seu serviço. Julgando o método ser-lhes pessoal, os especialistas francezes assim descrevem a sua tecnica:

"E' conhecido um problema elementar de geometria que se pôde resumir assim: conhecendo um segmento de circulo, encontrar o centro deste circulo e deduzir o raio.

Basta traçar duas secantes quaisquer e elevar, em seu meio, uma perpendicular: A interseção dessas duas perpendiculares dá o centro: a

distancia desse centro á periferia dá evidentemente o raio. Pois, dobrando o raio obtem-se o diametro exáto da parte horizontal da croça”.

Assim, a mensuração geometrica do diametro da aorta depois de conhecida na Italia graças a gentileza do Prof. Carlo Guarini, acaba de ser vulgarizada em França por Lian e Marchal que reputam este excelente método de que já se servem ha mais de um ano no seu serviço, “em realidade o unico que dá com um rigór matemático o diametro externo do vaso”.

RESUMÉ

La mensuration geometrique du diamètre de l'aorte a été proposé par nous á la Societé de Médecine de Pernambuco (Jornal dos Clínicos, Rio de Janeiro, 30 Mai 1931, Revista Medica de Pernambuco, Octobre 1931, Publicações Medicas, S. Paulo, Novembre 1931 et Archivio di Radiologia, Papes, page 170, Tome II, fascicule 2, Anne VIII — 1932). La technique consiste á trouver le centre de l'arc et d'en deduire le rayon. En doublant la rayon, on obtient le diamètre de la crosse. Malgré les critiques dont cette methode a été l'objet, nous n'avons jamais cessé, depuis 1931, de l'utiliser et d'en perfectionner la technique.

Nous sommes heureux de constater que les conclusions auxquelles nous avons abouti en 1931 sont égales á celles publiées recemment (1936) par C. Lian et M. Marchal (La Presse Medicale 23 Mai 1936).

O Laboratorio Doria - Campinas. Est. de S. Paulo

Recomenda a prescrição para Ulceras não especificas,
— Eczemas, — Rachaduras, (dos seios) Assaduras, (crianças) — e em todas as manifestações cutaneas 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.

Analise de revista

Responsabilidade profissional (*)

A GANGRENA GAZOSA POSTERIOR A INJEÇÕES MEDICAMENTOSAS NÃO É MAL IMPUTAVEL AO PRÁTICO

G. Fischer.

O julgamento do tribunal de Béthune vem novamente atrair nossa atenção sobre a interessante questão da gangrena gazosa que succede ás injeções medicamentosas.

Os juizes, incompletamente esclarecidos sobre materia eminentemente Técnica, condenaram um cirurgião a multa e a pesadas penas outras, sob a invocação de um presumido homicidio por imprudencia. E tal cirurgião sofreu a acusação de haver empregado, sem necessidade, uma anestesia raqueana, para a cura operatoria de um higroma do joelho.

A morte sobre-veio por uma gangrena gazosa, não succedendo directamente á referida anestesia; mas como consequencia de uma injeção de adrenalina que precedeu ao trabalho anestésico.

Eis, assim, volvido ao tablado do estudo um problema que, doloroso para o práctico, exprime toda a importancia e toda a gravidade da responsabilidade profissional, nesses casos de diurna observação, em que podem sobre-vir accidentes grave á prática de injeções medicamentosas.

Lamentavel oportunidade que se nos proporciona é, Deo gratias, muito rara; mas é admissivel e observada: o bastante para que lhe reconhecamos a devida importancia.

Os juizes, como pessoas experimentadas devem pesar bem todos esses riscos observaveis que, no entanto, não são imputaveis ao operador, uma vez que ele tome todas as precauções requeridas pela assepsia, no que concerne ao produto injetado, instrumentação e técnica operatoria.

Esses casos infelizes são bem raros. E o Dr. Touraine (v. PRESSE MÉDICALE-22 abril 1936) conseguiu reunir observações num total de oitenta e trez, quase todas coroadas pela morte do paciente. Mas uma cifra tão impressionante em si mesma, faz pensar num mais extenso número de observações que não foi publicado.

Desfaz-se, porém, a pessima impressão causada por essa lembrança, levando-se em consideração que, diariamente, milhares de injeções

(*) — Transcrito do CONCOURS MÉDICAL de 10/maio/1936.

são feitos, e bem assim que as oitenta e trez observações de Touraine correspondem a um período de mais de cincoenta anos.

Nelas, as injeções intramusculares e as subcutaneas produziram os mesmos males. E não se pôde esquecer a circunstancia de quase-todos os medicamentos de urgencia se acharem incluídos na referida lista-negra: clorureto de adrenalina em 32,5% dos casos — cafeina em 21,7% — sôro fisiologico em 8,4% — canfora em 8,4% — quinina em 6% — digitalina em 4,8% — esparteina e morfina em 3,61%. E em percentagens inferiores, ainda figuram outros medicamentos, como sejam: novocaina, escopolamina, salicilato de sodio, metilarsinato de sodio, saes de calcio, oleo com éter e outros.

A medicação específica da sífile é completamente estranha á lista, bem como os séros, as vacinas e todos os demais produtos de ação antiseptica notavel.

Frizemos, de passagem, que os sintomas da gregrena gazosa não possuem nada de particular, quando ela aparece após uma injeção: O quadro clínico corresponde perfeitamente aos dados classicos e o tratamento se mantem quase completamente inefficaz. As largas incisões, as destruições amplas, as injeções de oxigenio in loco, a própria amputação não conseguem sinão excepcionalmente deter o aumento gradual da zona de crepitação.

O sôro antigangrenoso não é mais eficaz, e mesmo em dozes de 300 a 400 cc.

A evolução é rápida, havendo uma frequencia de morte que orça por 94% dos casos registrados.

Em tais condições, a responsabilidade profissional pôde e deve ser posta fóra de cogitação, em casos de tal natureza. E as rasões disso nós encontramos nas observações clínicas e nas pesquisas de laboratorio.

Não poderia causar surpresa o fato de um mau estado-geral influir na evolução de qualquer caso clínico desses que interessam o presente estudo, no momento preciso dos accidentes observados.

A gangrena gazosa, com efeito, ataca com maior frequencia aos portadores de diminuição da resistencia organica, e mais particularmente — na especie — aos portadores de pneumonias, gripes, febres tifoides, impaludismos, etc., quando o quadro clínico documenta intoxicações agudas ou crônicas, entre as quais a principal é representada pelo alcoolismo.

Impõe-se aquí uma rememoração dos trabalhos de Brocq-Rousseau, que demonstram a impossibilidade do desenvolvimento de quaesquer germes nos meios habitualmente empregados como veiculos de hipodermia, como sejam o óleo de parafina, o óleo de oliva e outros, excluida a possibilidade da junção posterior de caldos-de-cultura, como se dá no caso do sôro intratissular.

Ora, se a solução hipodermica é esteril e o fato de haver sido injetada na massa muscular ou no tecido celular subcutaneo lhe fornece o complemento organico necessario á germinação microbiana, donde poderiam ter vindo os microbios infetantes sinão do próprio organismo?

Eis como se é levado a rememorar a antiga teoria do microbismo latente, que desde os trabalhos de Noeard sabemos que aumenta nos organismos debilitados.

Quanto ao despertar desses germes, é um fenomeno bem facil de explicar pelo traumatismo produzido no momento da injeção medicamentosa. Porque esta provoca, realmente, uma reação local mais ou menos intensa. E conforme os casos, se observa uma vaso-dilatação ou uma vaso-contrição iniciais e quase-sempre um edema, minúsculas efusões sanguíneas, fenomenos de irritação mecânica dos tecidos ou infiltrações celulares diapedéticas.

Tais focos-de-reação — sejam ela violenta ou mínima —, constituem **ab initio** terrenos predispostos á localisação dos germes até então não virulentos. E entre estes, se encontra o *b. perfringens*, que é occupante habitual do aparelho digestivo, seja das cavidades maiores do tracto gas-intestinal, seja das vias biliares.

Ora, toda a lesão gastrica ou intestinal favorece a passagem para a circulação sanguínea aos germes contidos nos órgãos correspondentes, o que expõe o enfermo ao risco de uma localisação microbiana no ponto em que foi feita a injeção. E deve-se frisar: são as afecções do tubo digestivo as que mais frequentemente se complicam de gangrena gasosa, após o emprego de injeções hipodérmicas.

O *b. perfringens* é encontrado habitualmente, além disso, no aparelho geniturinario.

Presentes tais elementos de conceituação e juízo, a hipótese mais aceitavel é a da propagação infectuosa por via sanguínea, com a projeção do microbio infetante sobre o local da injeção medicamentosa.

E assim se explica o fato observado pelo Dr. Touraine, de duas injeções seguidas de infecção podendo haver sido praticadas no mesmo paciente e por pessoas diversas, com material que sofreu a ebulição indispensavel em cada injeção.

Não se concebe que, em tais circunstancias, duas seringa e duas agulhas pudessem contaminar um mesmo enfermo, no decurso de um dia-de-trabalho clínico exclusivamente.

E convem fazer notar que se tratava de cirurgiões que possuem uma larga experiencia de técnica operatoria, com uma estatística de milhares de injeções medicamentosas, succedendo-se estas em número elevadissimo num mesmo dia, sem accidente notavel de qualquer natureza.

Assim se pôde compreender, deante do mecanismo corrente da infecção, que, sem culpa directa do operador, tudo pôde ocorrer, com esses accidentes infectuosos, após qualquer injeção medicamentosa. E eis como não é lógico — e nem científico — admitir que duas agulhas e duas seringas, tão-sómente, possam servir de elemento infectante para um mesmo doente e num mesmo dia.

É preciso frisar ainda que, no caso discutido, haviam trabalhado dois operadores, supertreinados na técnica discutida, havendo feito

cada um milhares de injeções medicamentosas, sendo muitas no mesmo dia, no mesmo instante e sem qualquer acidente.

Por-isso, é facil compreender que as infecções discutidas independem absolutamente da função do operador, quando ocorrem depois de uma injeção terapeutica.

E como diz Touraine, o *b. perfringens*, agente microbiano da gangrena gazosa, não é, absolutamente, introduzido na humana economia no momento da injeção: elle já existe no organismo doente bem antes dessa injeção, não se podendo admitir que esta última tenha outra função sinão a de predisposição do terreno onde a infecção preexistente vai se localisar.

E a patogenia de septicemias numerosas documentaria, com propriedade absoluta, o acerto de tal afirmação:

“Em verdade, o doente é possuidor da gangrena gazosa: É ele — não a injeção — o elemento fornecedor do germe que faz explodir o progresso”.

“Por mais lamentaveis que sejam os fatos narrados a proposito deste estudo, não podem eles servir para a condenação da terapeutica hipodérmica. Porque, preliminarmente, a eficiencia curativa dos medicamentos estudados não desaparece, continuando todos eles como elementos indispensaveis á prática diaria da clinica, na luta contra a doenca e seus sintomas mais alarmantes.

Quase todos eles constituem medicamentos-de-urgéncia, e portanto, são indispensaveis ao trabalho diario do médico.

Torna-os responsaveis pelos accidentes observados — aliaz bem raros — seria arriscar a clinica a ficar privada de elementos curativos seguros e cujo emprego jamais poderia ser dispensado.

É verdade que o perigo microbiano perdura, sempre que o organismo tratado se encontra combalido; mas esse perigo se atenua consideravelmente, já pela diminuta percentagem dos accidentes e já pela necessidade urgente que os doentes têm da medicação.

Os perigos infectuosos e metastasicos são reais, mas isso não se observa sinão quando a resistencia organica se acha diminuida. E precisamente nesses casos, essa resistencia precisa — e deve — ser mantida pela medicação-de-urgéncia que os remedios aqui estudados representam.

Regular e limitar o emprego desses medicamentos é diminuir sem razão, o socorro que eles podem dar aos nossos casos clínicos, em nome de um risco problematico e raro para o enfermo e em detrimento desse auxilio que o médico não pode dispensar nos casos mais criticos”.

.....

E de tudo quanto ficou dito se infere facilmente que o médico não pode ser imputado de responsavel pelos accidentes que podem sobre-vir após uma injeção medicamentosa — accidentes que ninguem pode prever e nem evitar, por se acharem condicionados a condições individuais de difficil identificação.

N.R. Tradução livre de ADAYR FIGUEIREDO.

Sociedade de Medicina

Atas

Áta da sessão realizada na sala de conferencias do Sindicato Médico, em 10 — 7 — 1936.

Sob a presidencia do professor Mario Tota, que teve como secretarios os drs. Helmuth Weinmann e Luiz Barata, reuniu-se a Sociedade de Medicina.

Achavam-se presentes os seguintes socios: drs. Vidal de Oliveira, Adayr Figueiredo, Waldemar Niemeyer, Eduardo Assis Brasil, Lupi Duarte, Maximiliano Cauduro, Eliseu Paglioli, Mario de Assis Brasil, Anthero Sarmento, Madeira da Rosa, Herminio Machado, Francisco Risi, Alvaro B. Ferreira, Florencio Ygartua, Norman Sefton, Sady Hofmeister e Hugo Ribeiro.

Lida a áta da sessão anterior e posta em discussão, pediu a palavra o dr. Mario de Assis Brasil, dizendo em resumo o seguinte: que em sua conferencia "idéias atuais sobre a epidemiologia e tratamento da paralisia infantil", teve em vista, conforme o titulo enunciado, focalizar o conceito moderno de tratamento e epidemiologia da doença de Heine-Medin. Recordou que a orientação geral, hoje, no combate a este mal diverge bastante do que se pensava ha dez anos atrás, não só em relação a terapeutica curativa, onde as conquistas scientificas vão sendo cada vez mais animadoras, como na profilaxia da doença. Lembrou que em seu trabalho ofereceu importante documentação estatística do emprego da soroterapia especifica na pratica, por onde se pode julgar a opinião francamente favoravel dos autores que a empregaram. Encareceu novamente a importancia dos laboratorios soro-terapicos especiaes, providos de todos os recursos para atender, sem dilações, a requisição do medicamento, no momento oportuno, por qualquer profissional que possa se achar afastado de recursos e, acrescentou — para que possamos obter bom resultado devemos agir com toda rapidez na pesquisa dos casos e do emprego da medicação especifica. A seguir reafirmou que no Rio Grande do Sul, por questão de clima e de vizinhança geografica proxima de focos perfeitamente conhecidos da doença de Heine-Medin, devemos acompanhar com a maxima atenção o desenvolvimento das epidemias que anualmente vem se manifestando com carater severo nas nossas fronteiras, as quais de um momento para outro, poderão nos atingir extensamente. Citou casos verificados que não chegaram ao conhecimento das autoridades sanitarias e que ainda não se generalizou como é de desejar o habito de notificação obrigatoria. Por fim disse que só poderíamos conhe-

eer o verdadeiro aspéto da epidemiologia da paralisia infantil entre nós quando pudessemos contar com a colaboração de toda classe médica de nosso Estado.

Pedin que estas reafirmações constassem na áta dos trabalhos da sessão de 3 do corrente, em razão dos comentários feitos pelo illustre consocio dr. Ygartua sobre os progressos alcançados na luta contra a tragica enfermidade.

A seguir foi dada a palavra ao orador inserito na ordem do dia, dr. Eliseu Paglioli, que discorreu sobre "síndrome de Froelich e tumores hipofisarios".

Inicia sua conferencia dizendo que a motivou um caso de síndrome de Froelich, por ele operado e cuja etiologia desperta, sem duvida alguma, um grande interesse nos novos rumos da patogenia daquela entidade.

No inicio de sua conferencia faz um resumo histórico da questão, referindo-se á fase inicial desses estudos, no que cita os trabalhos de Peshkrantz em 1899 e os de Babinski em 1900, etendendo-se mais pormenorizadamente sobre os trabalhos de Froelich, os quais deram, á molestia em foco, uma entidade clinica bem definida.

Depois de percorrer os progressos científicos com respeito ao assunto, analisando trabalhos e doutrinas, chega aos mais recentes estudos, os quais deram ao síndrome adiposo-genital uma feição clinica perfeita, mas permaneceram num profundo vacuo no concernente á sua etiopatogenia, em cujo terreno permanecem discussões e doutrinas bastante diversas. Analisa a interpretação de Pende no domínio endocrinico e critica as concepções de Berblinger quando pretende negar o fator diencefalico como causa do síndrome.

Aplauda a doutrina de Krauss na sua associação hipofiso-diencefalica, e faz uma longa referencia aos recentes trabalhos de Di Guglielmo, imputando-lhe uma deficiência semiológica evidente quando pretende discutir os meios diagnosticos das alterações selares e hipotalamicas, fazendo resaltar as possiveis causas de erro em que permanecem numerosos autores norteados por falsas diretrizes e baseados em estudos incompativeis com os conhecimentos modernos e com a documentação pessoal de que vai exhibir.

A seguir o dr. Paglioli apresenta os seus estudos pessoais, tratando de uma observação num caso tipico de síndrome adiposo-genital, no qual o exame radiológico da sela turca pretendia confirmar o diagnostico de tumor hipofisario, mas onde o exame oftalmológico e as pesquisas ventriculograficas do cerebro discordavam daquela orientação clinica.

Cita e agradece a contribuição valiosa dos drs. Godoy, W. Castro, I. Barbedo e H. Weimann, e exhibe farta documentação fotografica, fazendo projecões e valendo-se delas para afirmar os conceitos que emite.

Depois de aludir aos recentes trabalhos de Viena, de Marburg e de Muller, assim conclue o conferencista:

"Da exposição que acabamos de fazer, surge desde logo um relevante problema a resolver: — Onde reside a causa somatica do síndrome adiposo-genital? Na hipofise? No infundibulo? Ou nas alterações mais extensas do diencefalo?"

Concepção de Pende, abrangendo o sistema endócrinico, não deixa de ter um fundamento clínico de excepcional valor.

O que de positivo se pode obter sobre o tema é que a etio-patogenia daquela entidade está perfeitamente enclausurada no sistema neuro-endócrinico.

Mas essa séde é demasiadamente vaga para que dela se possa auferir uma utilidade clínica e uma consequente vantagem terapêutica.

Sem um limite mais preciso, nada se poderia obter no terreno da cura ou da profilaxia do mal.

Primeiramente Pechkrantz, Babinski e Froelich, acusavam unicamente a hipofise como responsável pelo mal; depois Pende, di Guglielmo e outros partidários da sua doutrina visaram decidir a questão dentro da endocrinologia; recentemente Harburg, Mueller Anersperg e Goldstein entendem que o terceiro ventrículo contribue de maneira eficiente na origem do síndrome em questão.

A primeira vista parece existir uma notável discordância entre a interpretação de cada um daqueles autores, mas na realidade, associando todas essas idéias, chegaremos a uma conclusão bastante satisfatória, ao verificar que não existe entre elas a menor incompatibilidade, pelo contrário, completam-se admiravelmente.

Desde que os modernos estudos da fisiologia, da experimentação e da clínica dispuzeram em relativa ordem os centros diencefalos neuro-vegetativos, varios problemas de grande valia foram atingidos pela sua luminosa projecção. O equilibrio endocrino-neuro-vegetativo ficou melhor conhecido e as suas alterações muito mais acessíveis ao estudo e á boa compreensão.

Aqui estamos no emaranhado, buscando o fio que nos leve a uma explicação satisfatória para o caso que apresentamos, e que será uma palida contribuição para o estudo patogenico de uma enfermidade que têm prendido a atenção de muitos homens de ciencia da atualidade. Para maior clareza, sigamos o sentido inverso ao mecanismo do mal, ou melhor, partamos do sintoma para o seu substrato anatomico: Adiposidade, infantilismo, distrofias congenitas, não são por ventura consequências de alterações neuro-endócrinas? Não são as desordens do metabolismo da gordura e do complexo endócrinico?

Se ao lado dessas considerações juntarmos as noções basicas de que o sistema neuro-vegetativo constitue o comando de todas essas funções, seremos forçados a buscar nele a explicação de tão complexo mecanismo.

E' questão de empolgante atualidade a centralização diencefalica do sistema neuro-vegetativo, e o seu atual estudo abre luz, sem duvida alguma, sobre o síndrome de que nos ocupamos neste momento.

Se a condição essencial para que a disfunção adiposo-genital se instale reside na visinhança do diencefalo, e se o tumor hipofisario em si age mais como elemento indireto por compreensão e destruição, e não como causa indispensavel, seremos forçados a admitir que o centro neuro-vegetativo é responsável pelo mal. Porque responsabilisar a hipofise se a maior parte dos tumores nela localizados não desencadeiam o síndrome de Froelich? Se a hipofisectomia não se traduz por sintomas que correspondam áquela entidade?

O caso clinico que temos a honra de vos apresentar é um documento irrefutavel de que a etio-patogenia do syndrome adiposo-genital não exige a presenca de um tumor hipofisario, mas sim alterações do ventriculo diencefalico, provavelmente infundibulares. Sabemos perfeitamente que nos syndromes intraeranianos a sintomatologia se traduz mais por sintomas que correspondem ás irritações de visinhança do que por sinais proprios do processo somatico.

Não foi nosso intuito discutir as possibilidades de um diagnostico diferencial, pois a semiologia possui elementos suficientes para separar o tumor hipofisario da hidrocefalia do 3.^o ventriculo, para o que bastaria a iodo-ventriculografia de Balado para chegar a uma conclusão eficiente. Não, visamos com maior interesse a concepção patogenica do syndrome, a qual carece de uma verdadeira revisão, afim de evitar que se continue afirmando que aquele quadro clinico seja a consequencia constante de um tumor hipofisario. Com a presente comunicação acabamos de verificar que fatores bem diversos e mesmo afastados da região selar podem produzir alterações diencefalo-hipofisarias, exteriorizadas na sua feição clinica pelos mais tipicos quadros do syndrome de Froelich.

Pedin a palavra o dr. Helmut Weinmann, que fez interessantes considerações em torno da conferencia do dr. Eliseo Paglioli, a quem felicitou com entusiasmo.

Passou em seguida ao estudo histo-patologico da peça que o dr. Paglioli lhe confiára para diagnostico. Afastou por completo a possibilidade de uma formação blastomatosa para afirmar que se tratava de um processo de esclerose. Aqui lembrou a semelhança da imagem microscopica do caso em apreço, com as lesões de esclerose hipertróficas do sistema nervoso descritas por Brissaud. Declarou associar-se aos autores que consideram este processo como de origem inflamatória. Mais adiante o dr. Weinmann passou a descrever os fenomenos vasculo-sanguineos dos processos inflamatórios em geral para terminar passando em revista os mesmos fenomenos nos chamados processos inflamatórios especificos.

Nas preparações feitas do caso do dr. Eliseu Paglioli as lesões desta natureza se fizeram sentir. Chamou ainda a atenção que metodos tintoriais especializados, como os de impregnação metálica, poderiam prestar detalhes interessantes. No caso figurado, a escassez de material impediram que tal se fizesse.

O dr. Leonidas Escobar felicitou o dr. Paglioli e citou os trabalhos de muitos autores, procurando demonstrar a grande importancia que no syndrome de Froelich desempenha o diencefalo. Citou ainda varios casos de syndrome adiposo-genital sem lesão hipofisaria.

Comentando o trabalho do conferencista o dr. Waldemar Niemeyer, dentro de sua especialidade, procurou explicar certos sintomas, principalmente a estase papilar, pelo achado histo-patologico.

Com a palavra, o dr. Florencio Ygartua, referindo-se elogiosamente ao trabalho do sr. Paglioli, lamentou não te-lo ouvido desde o inicio, por motivos de ordem profissional. Passou a citar diversos casos de syndromes com caracteres principais de ditrofia genital e obesidade. Fez varias considerações sobre a patogenia da distrofia tipo Froelich, citando as relações endocrinas observadas, principalmente entre a hipofise, glan-

dula tiroide e órgãos genitais. Concluiu, entretanto, que a patogenia da enfermidade no momento atual ainda não está completamente esclarecida. No tocante a terapêutica, o dr. Ygartua citou dois casos de crianças do sexo masculino portadores do distrofia adiposo-genital, com eëtópia testicular e ausência dos dois testículos, nos quais a ação das ondas curtas deram brilhantes resultados, com o auxílio da medicação opoterápica hipofise-testículo-tiroidéa. Estas crianças sofreram profundas e favoráveis modificações, no que se refere ao crescimento, obesidade, desenvolvimento dos órgãos genitais e hábitos que anteriormente não eram próprios do seu sexo.

Mais uma vez o dr. Leonidas Escobar, com a palavra, procurou interpretar as observações citadas pelo dr. Ygartua.

O professor Alvaro B. Ferreira, tecendo comentários em torno do assunto, relembrou a sinergia existente entre as diversas glândulas de secreção interna e citou uma nova síndrome pluri-glandular por Labé e Goulin e que estes autores denominaram síndrome hepato-pancreatico-genital. Terminou suas considerações corroborando as palavras elogiosas dirigidas ao conferencista pelos oradores que o antecederam.

O professor Mario Tota antes de encerrar a sessão marcou a próxima ordem do dia, que será uma conferência do dr. Jaci Carneiro Monteiro sobre o tema: "Aspétos atuais da cirurgia em Buenos Aires".

Porto Alegre, 10 de julho de 1936.

Dr. Helmuth Weinmann

1.º secretario.

Áta da sessão de 17 de julho de 1936.

No salão de conferencias do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, aos dezesete dias do mês de julho de mil novecentos e trinta e seis, sob a presidência do Professor Mario Tota e por mim secretariada, a sessão foi aberta com a presença dos Drs. Mario de Assis Brasil, Luiz Faiet, Couto Barcelos, Mario Bernd, Hugo Ribeiro, Alvaro Barcelos Ferreira, Florencio Ygartua, J. Mariano da Rocha, R. Flórez, João Valentim, Leonidas Soares Machado, Bruno Marsiaj, Eduardo de Assis Brasil, A. Pinto, Eliseu Paglioli, Coradino Lupi Duarte, Telemaco Pires, J. B. Hofmeister, Norman Sefton, Francisco Marques Pereira, M. F. Cunha, Pedro Pereira e Manuel Karaciek.

Foi aprovada a áta da sessão anterior, tendo durante a discussão da mesma, falado os Drs. Ygartua e Mario de Assis Brasil, a proposito do problema da paralisia infantil no Rio Grande do Sul.

Concedida a palavra ao Dr. Jaci Monteiro, discorreu êle sobre o tema "Aspétos da Cirurgia Moderna em Buenos Aires".

Na discussão desse trabalho, falaram os Drs. Eliseu Paglioli e Florencio Ygartua, tendo a palestra do Dr. Jaci Monteiro interessado e agradado muito á assistencia.

O Dr. Basil Sefton comunicou á casa um caso de infestação pelo plasmodium falciparum, que reputava como o primeiro observado no Estado, e pediu a nomeação de uma Comissão para o estudo e julgamento da prioridade que pensava lhe assistir como direito.

Para a proxima sessão, o Professor Alvaro Barcelos Ferreira se inscreveu, devendo falar sobre a "Patogenia das úlceras gastro-duodenais".

O Dr. Raul di Primio inscreveu-se tambem, devendo discurrir sobre "Plasmodium falciparum e anofelinos do Rio Grande do Sul".

Não havendo mais quem quizesse fazer uso da palavra, o presidente encerrou a sessão, tendo eu lavrado a presente áta, para os fins de direito.

Porto Alegre, 17 de julho de 1936.

Dr. Adair Figueiredo

Secretario ad-hoc.

Áta da sessão realisada em 24—7—1936, na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Os trabalhos são presididos pelo Prof. Mario Tota.

Estão presentes muitos médicos e diversos estudantes.

A áta da sessão anterior não sofre emendas.

Pasando-se á ordem do dia é dada a palavra ao conferencista inscrito, Prof. Alvaro Barcelos Ferreira, que apresentou interessante trabalho intitulado "Patogenia das úlceras gastro-duodenais" e cujo resumo é o seguinte:

Começou o prof. Alvaro Barcelos Ferreira acentuando a complexidade do assunto, evidenciado pelo grande numero de teorias existentes, que vem mais uma vez confirmar a verdade do conceito do grande Miguel Couto de que "em medicina a fartura é sinonimo de penuria".

Passa em revista as diferentes teorias existentes, começando pela da ulceração banal e depois a da ulceração especifica. Mostra, então, o importante papel desempenhado pelo succo gastrico na genese da ulcera, de tal evidencia que levou Otto Porges a afirmar que "sem acidez gastrica não ha ulcera". Estuda, para demonstrar a influencia do succo gastrico na formação do ulcus, a localisação desta em pontos que ficam em contato diréto com o succo, em pontos e zonas alcalinas, não adaptadas á resistirem á ação corrosiva da secreção gastrica.

Cita a hipercloridria quasi constante nas úlceras e chama a atenção para o fáto da constatação de uma acidez normal ou mesmo inferior á normal não invalidar este argumento, pois devem ser consideradas as condições personalissimas da mucosa ser congenitamente mais sensivel ou menos resistente.

Entra, em seguida, no estudo das experiencias de grande numero de autores, como Fremont, Mann, Willianson, Weiss, Staltz, Noel Fiessinger, Brandão Filho, Ellis Ribeiro, Moaer de Figueiredo, etc., todas elas tendentes a demonstrar a ação corrosiva do succo gastrico.

Analisa, então, as úlceras sob o ponto de vista histologico e anatomopathologico, tirando conclusões no mesmo sentido.

Diz que mesmo os maiores adversarios da teoria peptica da ulcera reconhecem e admitem que é pela ação especifica do succo gastrico que se dá a transformação das erosões agudas em ulcerações cronicas. Enquanto que alguns autores admitem ser o succo gastrico, excessiva quantitativa e qualitativamente, o elemento desencadente da ulcera, outros acham

que a ação nociva é preparada por fatores diversos, que alteram previamente a mucosa gastro-duodenal.

Entre estes últimos fatores, analisa o conferencista todos os incriminados pelos autores, analisando exaustivamente o papel de cada um. Divide o assunto em varios itens, assim distribuidos:

1.º PAPEL DA ESTASE: Mostra que, si algumas vezes a estase é consecutiva á ulcera, noutras é primitiva e causadora da lesão mucosa, pelo contâto do suco gastrico.

2.º PAPEL DE INFECÇÃO, principalmente da "oral sepsis".

3.º PAPEL DE INFLAMAÇÃO; a ulcera seria a consequencia de uma irritação inflamatória, de uma gastrite anterior. Tem esta teoria inumeros defensores.

4.º PAPEL VASCULAR: trombozes, embolias, endarterites, alterando a circulação em determinado territorio, provocariam a necrose, o esfacelo, a erosão e a ulcera.

5.º PAPEL DA ANTIPEPSINA: A digestão das paredes do estomago pela secreção cloridro-peptica seria evitada graças a presença de um fermento, a anti-pepsina.

6.º PAPEL DO MUCUS: para os autores que defendem esta teoria dentre os quais se destaca René Leriche, é a insuficiencia do mucus gastrico a causa da ulcera.

7.º PAPEL DOS AMINO-ACIDOS: Weiss e Aron acreditam ser a ulcera a consequencia de uma falencia digestiva, de uma má digestão dos albuminoides e a uma carencia de amino-acidos.

8.º PAPEL DAS SECREÇÕES DUODENO-BILIO-PANCREATICAS: a supressão destes fluxos, principalmente o biliar, só será seguida de ulcera, si ao mesmo tempo houver uma hiperclorhidria sufficiente.

9.º PAPEL DO SISTEMA NERVOSO: A influencia do sistema nervoso na evolução das ulceras gastro-duodenais é inegavel, sendo para alguns mesmo, as alterações deste sistema as responsaveis pelo aparecimento do ulcus.

10.º PAPEL DAS GLANDULAS ENDOCRINAS: dentre estas as mais incriminadas são as paratiroides.

11.º PAPEL DA ANAFILAXIA: Para Battista Culmon e outros, o estado da anafilaxia seria o responsavel em muitos casos pela aparição e persistencia da ulcera.

12.º PAPEL DA AVITAMINOSE: Mac Carrison considera a ulcera gastro-duodenal como uma manifestação local de uma avitaminose B.

13.º PAPEL DO EQUILIBRIO ACIDO BASICO: Silberman atribue a ulcera gastro-intestinal a uma quebra do equilibrio acido-basico no sentido da acidez.

14.º PAPEL DO TRAUMATISMO: Contusões epigastricas, causticos etc., são capazes de lesarem a mucosa do estomago e ser causa portanto da ulcera.

15.º PAPEL DA HERANÇA E CONSTITUIÇÃO: Deixou o conferencista, propositalmente, esta face do problema para o ultimo lugar, devido á sua grande importancia.

Cita as opiniões de diversos autores, mostrando a influencia da he-

redifariiedade, e depois de dar um balanço nos seus estudos conclue pela predileção da ulcera para os longilineos, astenicos, hipoparatiroides, hiposuprarenalicos, hipogenitales e espasmofilicos.

Termina a sua conferencia, depois de estender-se em longas considerações, com as seguintes palavras:

Mais uma vez, o estudo da constituição individual açambarca por assim dizer o problema.

O mecanismo patogenico da ulcera gastro-duodenal, é complexo e dominado pela questão do terreno, do individuo, das suas tendencias fisiologicas e suas predisposições patologicas.

Não ha ainda hoje para a ulcera gastro-duodenal, uma concepção patogenica dominante."

Em seguida toma a palavra o Dr. di Primio, que faz diversas considerações sobre o impaludismo autoctone do Rio Grande do Sul. Lembra as inumeras excursões que realizou para o estudo da nossa endemia malarea e outros males rurais. Após perguntar á casa si havia alguma publicação sobre o assunto, que não fosse de sua autoria, entrega á mesa todas as suas publicações sobre nossa malaria. O Dr. di Primio inicia depois a leitura de outro trabalho intitulado "Plasmodium falciparum e anofelinos do Rio Grande do Sul".

Após considerações sobre a fórmula maligna, previsões epidemiologicas e outras questões de grande relevancia, aborda o novo aspéto epidemiologico determinado pela presença do "Plasmodium falciparum" em forma endemica, autoctone, no territorio do nosso Estado.

A seguir pede a palavra o Professor Basil Sefton, que expende comentarios em torno das considerações produzidas pelo Dr. di Primio.

O Dr. Basil Sefton occupa-se mais demoradamente de um caso de forma maligna por ele observado no seu serviço hospitalar. De novo voltam á discussão sucessivamente s Drs. di Primio e Basil Sefton, tendo em seguida o presidente encerrado a discussão, de acordo com o artigo 28 dos Estatutos.

Para a proxima sessão é marcada a seguinte ordem do dia: "Estudo químico e bacteriologico da agua da "Fonte do Cais, interpretação e norma sanitarias", devendo falar o Dr. J. Maia Failace.

Porto Alegre, 24—7—1936.

Dr. Helmuth Weinmann

1.º secretario.

Áta da sessão realizada em 31—7—1936, numa das salas do Sindicato Médico.

Presidente: Prof. Mario Tota.

Secretario: Dr. H. Weinmann.

Presentes os seguintes socios: Drs. Basil Sefton, Adair Figueiredo, Valdemar Niemeyer, R. di Primio, Valdemar Castro, J. Maia Failace, Ygartua, Hugo Ribeiro, Galanternick, Cezar Santos, Armin Niemeyer, Sadi Hofmeister, Manuel Rosa, Bruno Marsiaj, Custodio Vieira da Cunha, Pedro Pereira, Risi, Manuel Karacick, Alfredo dos Santos, Carlos Carrion, Alvaro B. Ferreira, Ciula, Carlos Bento, Francisco Marques Pereira e Mario Bernd.

Após a leitura da ata da sessão anterior, toma a palavra o Prof. Basil Sefton, que se estende em uma série de considerações ainda em torno do assunto por elle ventilado em sessões anteriores.

Com referencia á mesma questão o Dr. R. di Primio tece igualmente comentarios.

Tanto o Prof. Sefton como o dr. di Primio voltam á discussão.

Dado o adiantado da hora o prof. Mario Tota dá por encerrados os trabalhos e por este mesmo motivo deixou de realizar sua conferencia o dr. J. Maia Failace, que fica inscrito para a proxima reunião.

Pede tambem inscriçãõ para a proxima reunião o Dr. Valdemar Niemeyer com um trabalho intitulado: "Localisaçãõ radiografica de corpos estranhos intraoculares".

Porto Alegre, 31 de julho de 1936.

Dr. Helmuth Weinmann
1.º secretario.

Ata da sessão realisada em 3. 7. 1936, numa das salas do Sindicato Médico.

Presidente prof. Mario Tota. Secretario: dr. Helmuth Weinmann.

Presentes os socios: drs. Hugo Ribeiro, Alvaro B. Ferreira, Francisco Risi, Florencio Ygartua, Mario de Assis Brasil, Leonidas Machado, Luiz Falet, Madeira da Rosa, Eduardo de Assis Brasil, Leonidas Escobar, Sadi Hofmeister, Adair Figueiredo, Saint-Pastous e Antéro Sarmiento.

A ata da sessão anterior não sofreu emendas.

Pelo dr. Leonidas Machado foi proposto para socio efetivo a dra. Laurete Arias, residente nesta Capital.

A seguir usou da palavra o prof. Mario Tota para dizer aos colegas presentes que receberã com grande tristeza a noticia da recente fundação da Sociedade de Pediatria. Explicou que sua tristeza decorria do fato de elle vislumbrar, na creação dessas pequenas associações medicas, o desmembramento e a ruína da nossa velha Sociedade de Medicina. Lembrou que, ao envés de se instituirem novos nucleos nesse genero, bem mais acertado seria, a maneira do que se faz em S. Paulo e em países da Europa, agrupar os especialistas em secções, todas éstas, porém, funcionando, embóra com direçãõ propria nos seus trabalhos, sob a égide da Sociedade de Medicina.

Dest'arte, não se dispersariam esforços preciosos, manter-se-ia sempre firme a coesão da classe e tornar-se-iam mais enriquecidas, na sua parte cultural, as paginas dos nossos "Arquivos", com a publicação dos trabalhos realisados pelas diversas secções. Acrescia ainda a circumstancia de não necessitarem tais sociedades de arcar com as responsabilidades materiais que adviriam, naturalmente, de sua manutenção.

A proposito, o prof. Mario Tota fez considerações sobre a situação difficil em que já se arrastaram algumas dessas associações. Terminou o prof. Mario Tota declarando á casa que iria entender-se sobre o assunto com os respetivos presidentes das Sociedades já creadas e estava certo de conseguir o assentimento daquêles preclaros colegas no sentido de adotarem a formula das secções em beneficio da estabilidade da Socie-

dade de Medicina, cuja existência e cuja tradição exigem imperiosamente a solidariedade, o devotamento e o prestígio de todos os médicos de Porto Alegre.

Passando-se á ordem do dia, foi dada a palavra ao dr. Mario de Assis Brasil, que dissertou sobre o tema "Idéias atuais sobre a epidemiologia e tratamento da paralisia infantil".

O conferencista começou com as seguintes palavras:

"Julguei que não seria destituído de interesse pratico trazer ao seio da Sociedade de Medicina alguns comentarios respeito á epidemiologia e ao tratamento da paralisia infantil, considerando a atualidade do tema e transcendente importancia deste mal, que não está só na gravidade imediata, como principalmente no seu aspéto social, visto que produz, na grande maioria dos casos modificações mais ou menos extensas do sistema muscular, que conduzem em grau variavel á invalidez. Não tenho o proposito de abordar o estudo clinico desta molestia, já tão amplamente explanada sob o ponto de vista experimental e immuno-biologico, nem deter-me em considerações por seu tratamento fisico. Pretendo apenas passar em revista á luz dos trabalhos modernos, as aquisições científicas em que se apoia a opinião dos investigadores que procuram resolver o grave problema da profilaxia e medicamento da doença de Heine-Medin, por meio da terapeutica preventiva e curativa especifica."

Após citar varias e oportunas considerações sobre os ultimos estudos feitos sobre o assunto, continua:

"A questão da epidemiologia da paralisia infantil deve interessar seriamente o corpo medico riograndense, não só pelas condições climaticas do Estado, como pela proximidade do principal fóco conhecido na America do Sul, que são as provincias do norte argentino.

Enunçara, depois, o conferencista, apoiado nas estatísticas publicadas nos anais do V Congresso Nacional de Medicina realizado em Buenos Aires, em 1935, as epidemias que tem se desenvolvido nas nossas fronteiras. Cita a opinião do prof. Alfaro para mostrar quão grandes tem sido os desastres que esta enfermidade origina anualmente naquele país. Desprevidos como estamos em toda a nossa fronteira com os países platinos das mais rudimentares providencias sanitarias, não admira que o avango persistente e insidioso do mal tão proximo de nós, nos exponha a qualquer momento a uma epidemia extensa e grave como as que se tem manifestado nos Estados Unidos e em alguns países da Europa. Lamento não me ser possível apresentar dados, nem mesmo aproximados relativos á existência da paralisia infantil no Rio Grande do Sul."

O TRATAMENTO

A respeito do tratamento dessa molestia, o illustre conferencista diz o seguinte:

"As enormes dificuldades para realizar a profilaxia eficaz do paralisia infantil, tem movido os homens de ciencia a procurar empenha-

damente uma proteção específica mediante o emprego de vacinas, sôro de convalescente ou mesmo de individuos normais.

Mostra o conferencista, a seguir, que na falta das vacinas, que ainda se acham no periodo experimental, tem se empregado com notavel exito, o sôro de convalescentes ou medicação preventiva. Cita em apoio de suas afirmações as estatísticas de varios investigadores que vem empregando em milhares de crianças, nos Estados Unidos, na França na Alemanha, no Canadá, a soroterapia preventiva com os melhores resultados.

Descreve o método de Flexner que modificou de maneira muito satisfatoria para a pratica corrente, a medicação preventiva, o uso de injeção de sangue da mãe ou do pai da criança que se deseja imunisar, o qual tem sido aplicado em grande escala em algumas epidemias. Aconselha a praticar a sôro-profilaxia ao menos nas familias em que se produziram casos de paralisia infantil. Quanto ao tratamento curativo, o conferencista distingue em relação ao seu exito, duas fases bem distintas: o periodo pré-paralítico do qual a soroterapia alcança resultados surpreendentes e o periodo das paralisias, em que quasi nada se pôde esperar de qualquer terapeutica. Examina as estatísticas favoraveis dos que têm empregado sôro no periodo pré-paralítico, mostrando a alta porcentagem de curas completas, e acrescenta: "os autores atribuem esses bons resultados á intensa propaganda junto ao corpo médico e junto ao publico que facilita o diagnostico precoce e o emprego imediato do sôro.

Depois de encarecer a importancia do tratamento precoce, diz:

E' claro que o diagnostico neste periodo não pôde ser sinão provavel; mas quando durante um surto epidemico, ou mesmo frequentes casos esporadicos, uma criança cai doente com febre alta, vomitos, constipação, angina ou catarro, agitação, delirio, rigidez da nuca, deve ser imediatamente considerada suspeita e se a punção lombar revelar um liquido claro, com ligeiro aumento de albumina e globulinas e com elementos celulares em maior numero que o normal, sem elementos microbianos, a probabilidade cresce ao maximo. E' esse o momento oportuno para o emprego do sôro.

Refuta as objeções dos que se mostram dispostos a aguardar que a sintomatologia se torne completa, deixando passar o momento mais favoravel para um successo terapeutico completo. Enumera os institutos que existem nos Estados Unidos, França, Canadá etc., dotados de elementos para tratamento soroterapico. Como modelo citarei para o centro de defesa anti-polimielitico do sul da França com séde em Toulouse, cuja organização foi comunicada á Academia Nacional de Paris em 6 de novembro de 1935. Esta organização compreende além de um "bureau" que conhece todos os casos da doença de Heine-Medin, e por conseguinte os presumiveis doadores de sangue, um laboratorio, que está em condições de fazer chegar imediatamente o remedio a quem o solicite por telefone, telegrafo ou radio. Stillmunkes, organizador e diretor deste instituto, refere-se á sua utilidade com estas eloquentes palavras: "Em materia de paralisia infantil as condições de exito reclamam o concurso de duas condições indispensaveis — o medico assistente, cujo papel é capital no reco-

nhecimento precoce do mal, e o do laboratório de preparação e distribuição do sôro o qual deve dar o medicamento com uma velocidade capaz de lutar contra a velocidade da infeção.

Após outros comentarios passa o conferencista a se referir ao sôro de Petit, do Instituto Pasteur de Paris, sobre o qual mostra o que se tem publicado ultimamente, apreciações elogiosas, porem que por ser escasso e caro não se tem podido empregar em grande escala. Depois de se referir á psicologia do medicamento e ás precauções que se devem cercar o seu emprego, termina o dr. Mario de Assis Brasil a sua conferencia com estas palavras:

“Como conclusão de tudo o que foi dito acima, não encontro palavras mais eloquentes do que as do proprio Flexner — Si para combater a paralisia infantil se conhecesse um método melhor e mais seguro, a questão da terapentica pelo sôro não se suscitaria; porem não se conhece método mais seguro nem mais eficaz”.

Tomando a palavra, o dr. Florencio Ygartua começa por felicitar o conferencista pelo interessante conjunto de apreciações feitas sobre epidemiologia e tratamento especifico da paralisia infantil. Mais adiante o dr. Ygartua lembrou, entretanto, que os métodos profilaticos e terapeuticos usados atualmente, são os mesmos que ha 10 anos e que pouco se tem progredido para evitar as funestas consequencias do mal. Refere-se ainda ao estudo que realizou durante uma epidemia de paralisia infantil no Uruguai. Estende-se em seguida em considerações em relação á idade, contagio, e outros fatores epidemiológicos. Lembra, tambem, as epidemias observadas na America do Norte e na America do Sul. Disse que em varias epidemias norte-americanas a mortalidade tem sido elevada, atingindo a 27 por cento, enquanto que nos países sul americanos esta mortalidade não ultrapassou de 2 a 5 por cento.

Lembra que apesar do aparecimento de epidemias de paralisia infantil nas republicas do prata, no nosso país, devido talvez a condições climatericas, meteorologicas, etc., elas não nos têm atingido na sua extensão. Os casos observados em nosso Estado são esporadicos. Realça que o contagio desta enfermidade é muito escasso. Lembra entretanto, o grande numero de crianças atingidas pelo mal que ficam com sequelas mais ou menos definitivas, encontrando no ortopedista, seja pela osteotomia, artrodese, osteosintese, meios eficazes para recuperar parcial ou totalmente o funcionamento dos membros atingidos. Em relação ao tratamento profilatico curativo por vacinas e sôros, lembra que as vacinas, principalmente as de Brodie de Nova York, de Kolmer de Filadelfia, ainda estão no terreno experimental. Realça o valor do sôro de Petit e de convalescentes, lamentando a difficil obtenção destes sôros. O dr. Ygartua termina suas considerações lembrando a ação, muitas vezes eficiente, do tratamento de Brodie, radioterapia profunda, diatermia e galvanoterapia.

Antes de encerrar a scessão pediu a palavra o dr. Adair Figueiredo que, depois de fazer considerações sobre a questão suscitada pelo prof. Mario Tota, propôs que a Sociedade delegasse poderes ao seu presidente para estabelecer os necessarios entendimentos.

O dr. Leonidas Escobar, usando da palavra, objetou ser desnecessario esta autorisação, pois além de estar ella expressa no Regulamento, ainda o silencio com que a assembléa ouviu o prof. Mario Tota revelou a solidariedade de todos os presentes no caso em fôco.

O conferencista é felicitado pelo prof. Mario Tota, que antes de levantar a sessão marca a proxima ordem do dia, na qual fará uso da palavra o dr. Eliseu Paglioli, sobre "Sindrome de Froelich e tumores hipofisarios".

Porto Alegre, 10 de março de 1936.

Dr. Helmuth Weinmann

1.º secretario.

AGRIPAN

Canfora hidrosolúvel, cacodilato de gálico, sulfato de estrienina, extrato de allium sativum, em soro fisiológico q. s. para 2cc.

PREVENTIVO - ABORTIVO -
CURATIVO DA GRIPPE.
FORMULA COMPLETA
ABSORPÇÃO RAPIDA - INDOLOR.

NASOLEX

Essências odoríficas, antissépticas e desinfetantes.

Previne e evita as infecções e é um excelente **adjuvante** do tratamento curativo das corizas, faringites, anginas, gripes, bronquites, etc.

Pingar 2 a 3 gotas no lenço e aspirar repetidas vezes.

PRODUTOS DOS LABORATÓRIOS RAUL LEITE

FILIAL DE PORTO ALEGRE

RUA MAL FLORIANO 257 — FONE : 5284

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.** — Blenorragia e complicações em ambos os sexos.
- Fermento tridigestivo** — Perturbações digestivas.
- Séro Lipotonico (Mef)** — Tonico do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Séro Liposedativo (Mef)** — Tonico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Ovariomastina** — Dysmenorrhœa (comprimidos e amp.)
- Glandula Pituarica** — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
- Lipocholepatina** — Tuberculose (ampolas).
- Cholepatina** — Affecções do figado e vias biliares.
- Gl. Thyreoidé** — Insufficiencia thyreoidiana.
- Cholelactina** — 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.
- Lipocarbisan (A. B. C.)** — Syphillis e suas manifestações.
- Bismarsen** — Syphillis e suas manifestações.
- Quinoparsen** — Impaludismo.
- Panlaxil** — Prisão de ventre.
- Biotoxil** — Opothérapie associada nos estados toxi-infecciosos.
- Iopepsan** — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opo-therapico digestivo glicerinado. Arterioesclerose, hipertensão arterial — arterites especificas — linphatismo e obesidade.
- Thyroluteina** — Perturbações da menstruação.
- Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.**
- Nutrosan** — Biscoitos calcificantes — Caseinato 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 vitaminoses, escorbuto, rachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
- Extracto Hepatico** — Injectavel. Opo-therapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyscrasias hemorragicas etc.
- Biocalcio** — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infeccões, periodos de crescimento, convalescências, esgotamento nervoso, affecções osseas.
- Iofornil** — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardionephro-esclerose, toxi-infeccões, syphillis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
- Néohemosteno** — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Poliopterapia.

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

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o
Café 35
do
famoso
Café Nacional

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

COMPRIMIDOS

BIOLATOL

FERMENTO LACTICO

PREPARADO NO

LABORATORIO QUIMICO BIOLOGICO
PORTO ALEGRE

YERBUTUS

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

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTE

A base de papaverina, belladonna, meimendo e baldano

XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia

Lab.^{rio} Gross - 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 eficiencia.

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.