

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XV

AGOSTO DE 1936

N. 8

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1936

PRESIDENTE

MARIO TOTTA

Prof. da Fac. de Medicina

VICE-PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatría

SECRETARIO GERAL

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 CORRÊA MEYER

Cat. de Cl. Oftalmologica

THOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Médica

J. MAYA FAILLACE

Doc. e Chefe do Lab. de
Higiene

SECRETARIO DA DEDAÇÃO

ADAYE FIGUEIREDO

REDATORES

NOGUEIRA FLORES

ANNES DIAS

E. 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 JOE

JACY MONTEIRO

FLORES SOARES

HUGO RIBEIRO

— 0 —

Assinaluras:

Rno: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro: 40\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

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

Caixa postal, 872



Sumario

Trabalhos originaes

ALVARO BARCELOS FERREIRA — Patogenia da Ulcера Gastro-Duodenal	Pag. 351
PAULO PINTO DA ROCHA — Esmos novos da protologia	„ 362
E. J. KANAN — Eugenia e Moral	„ 368
SALVADOR GONZALES — Roentgenquimografia circular centralizada	„ 374
HUGO P. RIBEIRO — Um caso de "Larva Migrans"	„ 378

Bibliografia

ALÍPIO COREEIA NETO — Idéias modernas sôbre a etiologia, patogenia e tratamento do megacólon	„ 380
J.-P. GRINDA — Da transfixão	„ 381
H. BILLET — A osteosintese na criança—Suas indicações—seus resultados	„ 381
L. POUYANNE — Um processo simples de osteosintese temporaria nas fraturas obliquas	„ 382
J. DELCHEF — A tuberculose osteoarticular dos adultos sob o ponto de vista social	„ 382
ALBIN LAMBOTTE — Sobre o tratamento das fraturas do colo femural	„ 383
ALBERT MARIQUE — A proposito do tratamento da osteomielite aguda na criança	„ 384
W. D. HALLIBURTON — Compêndio de quimica fisiológica	„ 384
JOÃO MAIA — André, o Farrapo	„ 384
C. SERONO e R. MONTEZEMOLO — Sulla formazione di estrina nell'uovo di gallina durante l'incubazione	„ 385
Anales del Departamento Científico de Salud Pública — Montevideo	„ 385
DIOGO FEERAZ — Semiologia Cirurgica	„ 386

Noticiario

Laboratorio Gross	„ 386
-------------------------	-------

Sociedade de Medicina

Atas	„ 387
------------	-------

IODEFIS PREPARADO COM IODOPEPTÍDIOS ABIURÉTICOS
amp. de 2cc., contendo 10 centigrs. de Iodo
Via intramuscular ou endovenosa



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 gotas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab. ^{rio} Gross - Rio

F. M. P. A.

BIBLIOTECA

Reg. n.º 2109

m. 13/5/61

Trabalhos originaes

Patogenia da Ulcera Gastro-Duodenal

Prof. Alvaro Barcellos Ferreira

Catedrático de Clinica Propedéutica Médica

O problema patogenico da ulcera gastro-duodenal é ainda uma incognita. E para confirmar tal affirmação, que nos baste lembrar o grande numero de teorias existentes, demonstrando, mais uma vez, a verdade do conceito do grande Miguel Couto, de que, "em Medicina, fartura é sinonimo de penuria." De facto, as variadas teorias propostas, não só não nos satisfazem e convencem, de uma maneira cabal, do modo de aparecimento de todas as ulceras, como ainda não nos explicam perfeitamente a sua periodicidade caracteristica, com seus agravamentos e remissões, suas complicações e, ás vezes, sua cura.

Passaremos rapidamente em revista as diversas teorias, detendo-nos em alguns pontos que nos parecem de maior interesse.

Teoria da ulceração banal: Por esta teoria, principalmente defendida por Lebert, a ulcera gastrica é uma ulceração banal, comum, sem qualquer especificidade, e que está localisada no estomago casualmente, como o poderia estar em qualquer outro ponto do organismo. A observação, entretanto, demonstra que, quer sob o ponto de vista clinico ou anatomico, a ulcera gastrica tem caracteres especiaes e que lhe são proprios.

Teoria da ulceração especifica: Em completa opposição á teoria precedente, a ulcera gastrica é considerada, pela grande maioria dos autores, como uma afecção especial e particular do estomago. O suco gastrico teria então, um papel primordial e seria o elemento essencial á formação e á cronicidade da ulcera, bem como representaria o maior obstaculo á sua cicatrização. A sua importancia é tal que levou Otto Porges a afirmar que "sem acidez gastrica não ha ulcera".

O valor da hipercloridria na patogenia da ulcera é inegavel e está estabelecido atualmente pela quasi unanimidade dos autores que o *ulcus* é devido á ação digestiva do suco gastrico.

A localisação da ulcera é o primeiro argumento demonstrativo desta asserção. Esta só se encontra em regiões que ficam em contato direto com o suco gastrico puro e ainda não neutralizado por outras secreções. E' assim que a encontramos no estomago, no duodeno, principalmente no bulbo, na última porção do esofago e, o que é mais provante, no jejuno, consecutivamente á gastroenteroanastomose.

Mesmo nestes territorios, ha ainda a localisação especial em certos e determinados pontos, nas zonas alcalinas, não adaptadas a sofrer a in-

fluencia do suco acido e que, assim, são corroidas, desde que, por qualquer circumstancia, se encontre alterado o seu mecanismo de proteção (principalmente o mucus). Além disso, ha a predisposição mecânica nesta "via gastrica" de Aschoff, sujeita, por ser o caminho percorrido pelos alimentos, ao maximo de lesões mecânicas, principalmente nos pontos fisiologicamente apertados (cardia, istimo e piloro). A análise da vascularização do estomago é tambem importante na interpretação desta localisação especial. O bordo direito do estomago é a região gastrica menos irrigada. Por consequencia, si surge aí uma erosão, ha menos sangue e suco tecidual para neutralisar o suco gastrico e impedir sua ação corrosiva. Ha igualmente na via gastrica muito menos dobras do que no resto do estomago e a mucosa é aí muito mais fina. Si aí aparece uma erosão, portanto, abre-se uma ferida, enquanto que, noutros pontos, as dobras mucosas, por contração da muscularis, se adaptam e recobrem a ulceração, furtando-a, assim, á ação do suco gastrico.

Um segundo argumento, de igual valor, é a verificação quasi constante de hipercloridria nas ulceras. E o fato de certas ulceras coincidirem com uma taxa de acidez normal ou mesmo inferior á normal não invalida este argumento, pois, mesmo admitindo que esta hipocloridria seja real e permanente e não illusoria ou transitoria, temos que encerrar as condições personalissimas do individuo, a possibilidade de uma mucosa congenitamente menos resistente ou mais sensivel.

Além disso, o estudo histologico das lesões ulcerosas em seu periodo inicial e a reprodução experimental das mesmas, por simples aumento da atividade peptica do suco, não deixa lugar a duvidas.

E' sabido, com efeito, desde os trabalhos classicos de Cl. Bernard, que as lesões provocadas na pele da pata de uma rã viva, pela ação do suco gastrico, são iguaes ás produzidas por uma solução de HCl a 3%. Matthes e Langenskiöld repetiram esta experiencia com mucosa duodenal sã, constatando lesões identicas, quer fazendo atuar suco gastrico, quer solução de HCl. Como contra-prova, Matthes submete a mucosa duodenal á ação de uma mistura de pepsina e acidos não causticos (como o urico e o hipurico) não conseguindo lesões tipicas.

Büchner encontrou perfeita identidade histologica entre as lesões de cauterisação precoce, procedentes da clinica, e as obtidas, mediante a introdução no estomago do gato, de soluções de HCl a 0,8%—1,5%.

Fremont, isolando o estomago de um cão por meio de uma gastroduodenostomia e transformando-o numa bolsa completamente independente, mas mantendo intactas as conexões vasculo-nervosas, recolhia, em estado de pureza, o suco gastrico, no momento de cada digestão, graças a uma gastrostomia.

Obteve, assim, a formação de ulcerações em poucas semanas, com o aspeto anatomo-patologico de verdadeiras ulceras, conforme estudos de Montier.

Mann e Williamson, em experiencias sobre o cão, obtem tambem ulceras, determinadas pela ação do suco gastrico, que não seria mais alcalinizado pelas secreções duodeno-bilio-pancreaticas, por não virem mais estas forrar a mucosa gastrica, protegendo-a da ação corrosiva do suco.

O ponto de partida destas e de outras experiencias semelhantes

emana dos trabalhos de Boldireff sobre o refluxo duodenal, alcalino, fisiológico que regularisaria a taxa de acidez do suco gastrico.

Harven, provocando a estase gastrica ou derivando as secreções alcalinizantes, chega ao mesmo resultado, como tambem Weiss e Guriaran.

Weiss e Stältz, depois de longas experiencias, chegam ás seguintes conclusões:

a) a ausencia de secreções biliares e pancreaticas provoca, de maneira constante, a formação de ulceras duodenaes cronicas, identicas morfologica e clinicamente ás do homem.

b) essas ulceras não são determinadas pela hiperacidez do suco gastrico, pois se as observa tambem com acidez normal e até hipoacidez, mas são provocadas pelo suco gastrico, que atua sobre a mucosa duodenal desprovida do seu induto fisiológico, alcalino, protetor.

c) o refluxo da secreção duodenal para o estomago, como o assinalou Boldireff, não é um refluxo macisso e abundante, destinado a neutralisar um excesso de acidez, mas uma regurgitação discreta e fraccionada, que vae forrar a mucosa, subtrahindo-a á ação do suco.

Para Pecco, "a supressão ou a deficiencia das secreções alcalinas tem um valor positivo na reprodução experimental da ulcera."

Brandão Filho, Ellis Ribeiro e Moacyr de Figueiredo chegam ás mesmas conclusões.

Noel Fiessinger e Raoul Garling Palmer, no "Bulletins et mémoires de la Société Médicale des Hopitaux de Paris", de Maio de 1935, publicam uma série de experiencias sobre as ulceras duodenaes de derivação. As ulceras, assim obtidas, eram, quasi sempre, "ulceras de saída", isto é, ulceras localizadas a 1 ou 2 centímetros da junção gastro-intestinal (piloro ou anastomose), no ponto em que o quimo acido-peptico gastrico é projetado na mucosa intestinal. Elas não são imediatas, mas aparecem mais ou menos tardiamente, entre dez e quarenta dias, conforme o tipo de derivação, o que demonstra que elas não estão ligadas diretamente ao traumatismo operatorio. Estabelecem estes autores um principio geral, segundo o qual "toda a vez que uma derivação provoca noção a formação de uma ulcera de saída, o suco duodeno-bilio-pancreatico, e em particular a bilis, não ponde forrar a mucosa intestinal antes da chegada do suco gastrico acido-peptico ou entre estas chegadas."

Dos tres liquidos, o duodenal, o biliar e o pancreatico, só o biliar é que tem um papel indiscutivel e certo como meio de proteção. Este papel protetor não se exerce por uma neutralisação quantitativa simples, de neutralisação dum volume determinado de suco gastrico por um volume determinado de bilis. Mas a proteção do duodeno pela bilis se faz por um duplo mecanismo:

a) formação de uma especie de induto protetor, graças ao mucus e aos amortecedores quimicos, representados pelos saes biliares, "amortecedores de contacto".

b) realização de entreatos neutros ou alcalinos entre as passagens acidas, para chegar a uma "soma alcalina quotidiana", necessaria á integridade da mucosa. Esta é capaz de suportar o contato acido durante uma fracção de tempo determinada em cada dia, si no resto do tempo ela for banhada pela bilis.

Noel Fiessinger e Raoul Palmer assinalam que no homem não se observa exatamente o mesmo, pelo fato do suco gastrico e da bilis serem menos ativos que no cão. A supressão da bilis não acarreta forçosamente a nocividade do suco gastrico normal. Para que esta se produza, é necessario uma hipercloridria sufficiente.

De todas estas experiencias, resalta á evidencia o papel preponderante, indiscutivel e indispensavel do suco gastrico, embóra seu modo de ação seja diversamente interpretado.

Mesmo os maiores adversarios da teoria peptica da ulcera reconhecem e admitem que é pela ação especifica do suco gastrico que se dá a transformação das erosões agudas em ulcerações cronicas. Embóra, não admitindo estes autores que o suco gastrico seja capaz de determinar a digestão da mucosa sã, aceitam a sua influencia desde que esta mucosa se encontre previamente lesada e mortificada em consequencia de uma obliteração vascular, de uma gastrite, de falta de proteção etc. E' o suco gastrico o responsavel pela extensão em superficie e profundidade do processo ulcerativo.

As ulceras cronicas procedem diretamente das agudas. Nestas, quando curam, a erosão superficial é rapidamente preenchida por tecido conjuntivo, que, em poucas horas, é forrado por epitelio regenerado. Nas cronicas, o suco estomacal vae progressivamente destruindo todas as camadas de tecido, que vão sucessivamente entrando em contato com ele, de tal fórma que a reparação da primitiva perda de substancia não tem tempo de fazer-se ou pelo menos de completar-se. A mucosa é, assim, ultrapassada e a destruição chega á submucosa. São depois os diferentes planos da camada muscular e a sub-serosa os atacados. O processo corrosivo só se detem quando a reação defensiva consegue crear uma formação cicatricial. E, é frequente mesmo, que este anteparo cicatricial das ulceras cronicas seja atacado por uma especie de recrudescimento da ação aggressiva do suco gastrico, que se exteriorisa clinicamente pelos surtos dolorosos caracteristicos e que se reconhece nas peças operatorias e necropsicas.

Entre os dois tipos extremos, o da ulcera calosa e o das erosões agudas, existe toda uma gama de lesões intermediarias, não havendo na realidade diferença fundamental entre elas. E esta identidade entre erosões e ulcus é claramente demonstrada pelo exame histologico das peças de resecção, que nos permite observar, ao lado de ulceras calosas, numerosas erosões e pequenas ulcerações, de tamanhos varios e em diferentes estados de cicatrização. Assim, num mesmo estomago e confundidas num mesmo quadro clinico, coexistem todos os aspectos da ulceração peptica, produto, evidentemente, de uma mesma genese.

Uma mesma causa, portanto, a ação peptica, produz as erosões agudas e dá lugar á transformaçãe destas em ulcus cronicos.

Mas, porque o suco gastrico produz, em alguns casos a digestão pseudo vital da mucosa e noutros ou, melhor ainda, em todos os normaes, respeita esta mucosa? E, tambem, porque o suco gastrico, na maioria dos casos, depois de provocar a lesão, suspende sua ação danosa, a ponto de permitir a reparação integral da perda de substancia, e noutros continua com sua ação corrosiva?

São estas as duas interrogações que imediatamente acodem ao nosso espirito.

E' evidente que um suco gastrico normal, segregado por glandulas normaes, num estomago normal, com ciclo digestivo normal, não é capaz de cauterisar a mucosa. Se tal acontecesse, teria, como diz Askanazy, "já de a muito desaparecido da escala animal um órgão tão absurdamente desamparado ante sua propria função."

Para que o suco gastrico se torne caustico em face da mucosa gastroduodenal são necessarias certas condições especiaes.

E aqui começam as differenças entre os autores.

Emquanto que para uns, é a secreção acida anormal, excessiva quantitativa ou qualitativamente, o elemento desencadeante da ulcera, sobre uma mucosa mesmo sã, para outros, a sua ação nociva é preparada por outros fatores, que, alterando previamente a mucosa gastrica ou duodenal, facilitam a ação corrosiva do suco estomacal, mesmo acidamente normal ou até hipoacido.

1) *Acidez desencadeante*: Aqui o suco gastrico é o elemento primitivo, que provoca o aparecimento da ulcera, seja por ser secretado em excesso ou por ser mais acido embóra em quantidade normal. Alteração quantitativa de um lado e qualitativa do outro.

O suco gastrico puro, sem mistura com a saliva, suco duodenal ou pancreatico, etc. tem uma acidez de 4% a 5%. A redução desta cifra á metade é devida á mistura do suco com a saliva, o mucus alcalino, os sucos duodenal, biliar e pancreatico e com os alimentos. Para Bickel, a secreção gastrica é sempre qualitativamente igual, variando a sua acidez pela proporção dos fatores alcalinísantes. Assim, quando a acidez aumenta, é porque diminuiu a alcalinisação e não por ter sido segregado suco mais acido ou ainda por ter sido segregado suco em maior quantidade, mas com o mesmo gráo de acidez.

Para Boas, porém, póde a mucosa gastrica produzir sucos mais ou menos acidos, conforme seu gráo de excitabilidade ou a intensidade do excitante.

O suco gastrico secretado em excesso ou sómente mais acido que o normal atacaria a mucosa num verdadeiro processo de auto-digestão e determinaria o aparecimento da ulcera. Naturalmente, que certas causas são capazes de favorecerem esta ação, como a alteração da mucosa, perturbações circulatorias, atonia e estancamento gastrico, etc.

2) O fatores que, tendo modificado previamente a mucosa, facilitam a ação corrosiva do suco gastrico, anormal ou mesmo normal, são numerosos e variados. E é, baseando-se sobre a ação deste ou daquele elemento, que surgiram as diversas teorias existentes.

As causas desencadeantes atuam, umas reforçando a ação do suco gastrico, outras diminuindo a resistencia do estomago.

PAPEL DA ESTASE: A estase do conteúdo gastrico é um fator que reforça a ação do suco estomacal, que indirectamente exalta a ação peptica deste suco, pois determina um maior contato dele com a parede do estomago, contato que será tanto mais prejudicial quanto menos neutralizado estiver o suco pelos alimentos.

Normalmente o suco é inofensivo para a mucosa, entre outras causas, pela sua passagem relativamente rápida, o que não lhe dá tempo de lesal-a. Logo que é formado, ele mistura-se com os alimentos e pouco depois é arrastado para o duodeno, numa circulação incessante.

E' verdade que a estase é, muitas vezes, posterior e consequência da ulcera, é uma complicação dela. Mas, em alguns casos, é ela a sua causa determinante. E temos, em apoio do papel patogenico da estase, provas clinicas, anatomopatologicas e experimentaes.

Todo obstaculo á evacuação do conteúdo gastrico parece que não só aumenta a quantidade do suco, como tambem seu gráo de acidez. Entretanto, nem todos os autores admitem que, nestas circunstancias, se produza a hipersecreção e a hiperacidez, um verdadeiro desperdicio de energia vital. O que é certo é que a retenção, mesmo de um suco normal, é capaz de produzir lesões da mucosa gastrica e duodenal. Nesta ultima o mecanismo pôde ser mais complexo.

Assim, para Westphal, o fechamento temporario do piloro determina a penetração brusca do quimo acido no bulbo, sob a fórma de um jato com grande pressão. Esta evacuação, retardada e contusiva do conteúdo gastrico, provoca secundariamente uma paresia do bulbo duodenal com retenção do quimo. No mesmo sentido atuam as estenoses da segunda porção do duodeno.

Tambem na ulcera jejunal post-operatoria, o estancamento é um fator dominante. E, estas ulceras diminuíram consideravelmente, desde que, com os novos processos operatorios, se excluíram as possibilidades de retenção.

PAPEL DA INFECÇÃO: Infecção em focos. E' a ingestão de substancias infectadas, de germes de focos de supuração, principalmente bucaes (oral sepsis), que produzem lesões da mucosa gastrica, formação de abscessos, mortificações mais ou menos extensas e erosões.

PAPEL DA INFLAMAÇÃO: A ulcera seria consequencia de uma irritação inflamatória da mucosa, de uma gastrite anterior. Já Cruveilhier admitia esta patogenia da ulcera gastrica. A inflamação dos folliculos linfaticos creando ulcerações superficiaes, pequenos abscessos na parede do estomago, daria nascimento á necrose da mucosa, ponto inicial da formação da ulcera.

Observam-se nas gastrites a produção de ilhotas aberrantes, com glandulas de Lieberkühn, com menor resistencia, com montões foliculares e vascularisação defeituosa, que seriam mais facilmente atacadas e digeridas pelo suco gastrico.

Vejamos como se fórma a ulcera consecutivamente á gastrite. Irritada a mucosa por uma causa qualquer, infecciosa, toxica ou traumática, inflama-se, e esta inflamação estende-se á sub-mucosa, onde se encontram os vasos, acometendo estes. Processa-se, então, a trombose, a circulação torna-se deficiente e determina a necrose da parte afetada, isto é, perda de substancia. A irritação produz, assim, auto-digestão da mucosa e, impedida a cicatrização em superficie, a ulcera.

Como em toda inflamação, ao lado da trombose, ha infiltração peri-

vascular, com evolução do tecido conjuntivo e formação de tecido fibroso, constituindo-se, assim, a ulcera calosa.

A trombose pôde ainda estender-se ás diversas camadas do estomago e provocar a sua destruição, chegando mesmo á perfuração si a serosa é atingida.

Si a perfuração se faz para um outro órgão, como o figado ou o pancreas, o processo ulcerativo e destrutivo continúa e a ulcera torna-se tebrante.

Nem todos os autores, entretanto, aceitam a existencia da gastrite primitiva gerando a ulcera (Aschof, Bastos Ansart, Lopez Fernandez, etc.).

A gastrite é quasi que constante na ulcera, mas a maior parte das vezes ella é secundaria á ulcera, é uma complicação dela.

A existencia da gastrite secundaria é incontestavel, mas não contraindica totalmente a possibilidade de uma gastrite primitiva.

PAPEL VASCULAR: Já vimos na teoria precedente a influencia das circulação. Pois bem, alguns autores, como Virchow, attribuem a formação da ulcera a alterações vasculares primitivas. Tromboses, embolias, endarterites, alterando a circulação em determinado territorio, provocaríam a necrose, o esfacelo, a erosão e a ulcera.

A fórma afunilada da ulcera é attribuida á formação de infartos na mucosa. Entretanto, estudos histologicos têm demonstrado que estas alterações vasculares não são primitivas, mas secundarias, consecutivas ao processo ulceroso.

PAPEL DA ANTIPEPSINA: A digestão das paredes do estomago pela secreção clorhidro-peptica seria evitada graças á presença de um fermento, a antipepsina. Por consequencia, desde que este fermento deixasse de exercer sua ação impediende, a ação corrosiva do succo gastrico se tornaria possível.

PAPEL DO MUCUS: Para os autores que defendem esta teoria, dentre os quaes se destaca René Leriche, é a insuficiencia do mucus gastrico a causa da ulcera. O mesmo tem um papel protetor em face da mucosa. Ele a recobre de um induto espesso e viscoso, um verdadeiro emplastro, que a subtráe da ação digestiva da secreção clorhidro-peptica.

Partindo do fato de que as ulceras se localisam "no meio das glandulas alcalinas e não nas regiões acidas", Leriche assim explica a genese do ulcus:

"Perturbações da secreção ou da excreção do mucus na pequena curvatura, antro, piloro, bulbo, por causas patologicas agindo sobre a circulação. Gastrite inflamatória. Gastrite atrofica. Metaplasia. Regressão mucóide do epitelio diferenciado para produção do mucus protetor. Ataque corrosivo de uma mucosa mal protegida. Ulcera." — "A ulcera seria assim a etapa final das modificações inflamatórias da zona de glandulas de mucus, privada de seus mucus normal. Estas modificações, que seriam primitivamente funcionaes e reversiveis, tornar-se-iam posteriormente anatomicas, com evolução regressiva para o tipo in-

testinal de uma zona normalmente diferenciada para proteção, por ser a primeira a entrar em contato com a pasta alimentar acidificada." (René Leriche).

A ulcera seria uma molestia secundaria, de causa extrinseca á zona ulcerosa, que modificaria a mucosa antral e desencadearia o reflexo secretorio do fundus, isto é, provocaria uma hipersecreção ou hipercloridria, favorecida ainda por um certo gráo de retenção pilorica.

PAPEL DOS AMINO-ACIDOS: Weiss e Aron, em seguida a experiencias de derivação duodenal, acreditam ser a ulcera a consequencia de uma falencia digestiva; de uma má digestão dos albuminoides e a uma carencia de amino-acidos, principalmente da histidina.

Verificaram estes autores que os cães submetidas á derivação duodenal, por anastomose direta do duodeno á parte inferior do ileo, apresentam uma caquexia progressiva e ultra-rapida, com anemia e lesões de duodeno-jejunita hemorragica, que chegam até a ulcera. Si, porém, nestes cães se injetar diariamente 1 cc. de histidina em solução a 4%, regride a caquexia, a anemia e as lesões intestinaes, tornando-se a mucosa mais espessa e hipertrofiada. As ulceras curam.

As secreções duodenal, hepatica e pancreatica perdem grande parte de seu valor digestivo nas proximidades do cecum, o que torna insufficiente e incompleta a digestão dos albuminoides, que não chegam ao estado de amino-acidos.

São os acidos aminados absolutamente necessarios á nutrição e renovação da mucosa digestiva e a sua falta provocaria a ulcera, já que o suco digestivo não encontraria impedimento á sua ação corrosiva.

Aplicando estes dados experimentaes ao homem, consideram estes autores a ulcera como uma molestia por carencia, como uma manifestação local de uma perturbação geral do metabolismo.

Segundo Jacques Lenormand, a injeção de acidos-aminados provoca uma hipersecreção de mucus. E' este um ponto que necessita ser bem considerado, pois talvez, por esta ação sobre o mucus, se explique a influencia favoravel da histidina sobre a ulcera.

PAPEL DAS SECREÇÕES DUODENO-BILIO-PANCREATICAS: O papel profetor para a mucosa dos sucos duodeno-bilio-pancreaticos, principalmente da bilis, é indiscutivel nos animaes, como se verifica pelas experiencias citadas acima, de numerosos autores, em que a derivação determinou o aparecimento de ulcera.

No homem, entretanto, este papel não é tão indiscutivel, pois a bilis e o suco são menos ativos que no cão. A supressão do fluxo biliar não é forçosamente seguida de ulceração, que só terá probabilidades de aparecer si ao mesmo tempo houver uma hipercloridria sufficiente.

Entretanto, Weiss, entre outros, incrimina a supressão do reflexo de Boldyreff como causa de ulcera. Mas, atualmente, até a existencia deste reflexo chega a ser contestada, por não se enquadrar dentro do raciocinio e da experimentação. De fato, este reflexo é consequencia de um antiperistaltismo, que força o piloro a abrir-se em sentido inverso, afim de neutralisar um excesso de acidez, mas um excesso normal. Se-

ria um desperdício de energia orgânica antinatural. Além disso, o mecanismo de regulação fisiológica da acidez é intra-gástrico, como o estabeleceram, com suas experiências, Ide, Harry Shay, Katz, Schloss e tantos outros. Finalmente, a úlcera duodenal e jejunal post-anastomótica, em pleno banho de suco duodeno-bilio-pancreático, são argumentos, quasi poderíamos dizer, decisivos.

PAPEL DO SISTEMA NERVOSO: A influência do sistema nervoso na evolução das úlceras gastro-duodenais é inegável. Para alguns mesmo, são as suas alterações as responsáveis pelo aparecimento do úlcus. Assim, Von Bergman e outros, fazem depender a úlcera de perturbações do pneumogástrico, que acarretariam o espasmo da musculatura gastro-duodenal. Este espasmo, determinando a compressão dos vasos, provocaria embaraços da circulação, seguidos de uma isquemia da mucosa e das lesões subsequentes. O desequilíbrio neuro-vegetativo seria, portanto, a causa direta da úlcera. A predominância vagal, por excitação do pneumogástrico ou inibição do simpático, determinaria perturbações variadas que, diminuindo a resistência da mucosa, permitiria a ação destruidora do suco gástrico.

Ha poucos anos, Cushing, em numerosos trabalhos e com varias observações clinicas e experimentaes, deu grande impulso á teoria nervosa da úlcera gastroduodenal. Mas, para este autor, as lesões desencadeantes do disturbio neurovegetativo, responsavel pela úlcera, estão localizadas no cerebro intermedio onde existe um centro parasimpatico. As perturbações psiquicas, os choques emocionaes (brutas ou pequenos mas continuos) são capazes tambem de chegar ao mesmo resultado.

Além disso, não devemos esquecer as intimas relações existentes entre o cerebro e o plexus solar, verdadeiro cerebro abdominal, relações estas que fazem com que as modificações de um repercutam sobre o outro.

A constatação de sintomas, indiscutivelmente ligados ao disturbio neuro-vegetativo, mostra de maneira evidente a participação nervosa.

Mas, si para alguns, como acabamos de ver, o elemento nervoso se encontra na genese, é causa da úlcera, para outros ele é sómente a sua consequencia, o seu efeito.

PAPEL DAS GLANDULAS ENDOCRINAS: si o desequilíbrio neuro-vegetativo é constatado de maneira positiva, fatalmente perturbações endocrinas têm que ser observadas. O sistema nervoso vegetativo está tão intimamente ligado ás glandulas de secreção interna, que representam os dois um complexo indissolúvel, um todo, um conjunto harmonico e indivisivel, de tal fórma que as perturbações de um acarretam alterações do outro.

Assim, não é de admirar que alguns autores coloquem a alteração inicial ao nível das glandulas endocrinas. E, dentre estas, como os mais incriminadas e responsáveis pelo aparecimento da úlcera, as glandulas paratiroides.

PAPEL DA ANAFILAXIA: Cesaris-Damel, Battista Culmone e outros, colocam na genese da úlcera a anafilaxia. O estado de anafila-

xia seria o responsavel, em muitos casos, pela aparição e persistencia da ulcera, embóra outros fatores, principalmente os inflammatorios, pudessem intervir como elementos de agravação.

PAPEL DA AVITAMINOSE: Mae Carrison atribue o desequilibrio do sistema neuro-endocerinno a uma carencia da vitamina B. Seria, portanto a ulcera gastrica a manifestação local de uma avitaminose, que, como sabemos, determina perturbações profundas no metabolismo hidrocarbonado e gorduroso e diminue a resistencia do organismo ás infecções. São perfeitamente conhecidas as influencias da vitamina B sobre a atividade secretoria da tireoide, das suprarenaes e talvez das paratireoides.

PAPEL DO EQUILIBRIO ACIDO-BASICO: Silbermann atribue a ulcera gastro-intestinal a uma quebra do equilibrio acido-basico no sentido da acidez. A diminuição da alcalinidade do sangue determinaria disturbios na secreção gastrica e lesão da mucosa. Balint é da mesma opiniao.

PAPEL DO TRAUMATISMO: A existencia de uma ulcera traumatica não pode ser posta em duvida. O estomago é um dos orgãos mais expostos aos traumatismos, quer externos quer internos. Contusões accidentaes do epigastrio, compressões profissionaes, corpos acerados deglutidos, causticos, alimentos muito quentes, etc., taes são os diversos tipos de traumatismos capazes de lesarem a mucosa, o que representaria o ponto de partida da ulcera.

PAPEL DA HERANÇA E DA CONSTITUIÇÃO: Deixamos propositalmente para o ultimo ulgar o papel da herança e da constituição individual, por apresentarem estes aspetos do problema um interesse invulgar.

Em patologia digestiva as influencias hereditarias e constitucionaes são inegaveis.

O papel da herança na genese do ulcus serviu de base a numerosos estudos, si bem que não haja ainda, até o presente, perfeita uniformidade de vistas entre os autores.

A influencia hereditaria parece não ser indifferente, mas não se observa a meudo a transmissão similar, direta. O que se verifica, o mais das vezes, é a existencia sómente de antecedentes digestivos, o que leva a admitir a hipotese de uma debilidade constitucional nesta esfera, que crearia um terreno apto ao desenvolvimento da ulcera, e a influencia de fatores dependentes deste terreno constitucional.

Para Zisa o problema da ulcera gastro-duodenal é um problema eminentemente constitucional, pois, de outra fórmula, não se poderá conceber como agentes banaes, que atuam como causas imediatas, respicem a maioria da raça e determinem a ulcera só em certos individuos. Este conceito geral é admitido por Viola e sustentado pela maioria dos constitucionalistas italianos.

Passando em revista os trabalhos de Grote, Kremfelhuber, Storck,

Draper, Bonorino Udaondo, Pende, etc., chega-se á conclusão que são predispostos ás úlceras os *longilíneos astenicos microesplancnicos*.

Alguns autores estabelecem uma distinção entre os ulcerosos gástricos e duodenaes. Os primeiros enquadram-se no grupo dos longilíneos astenicos e os segundos no dos brevilíneos astenicos. Draper chega a assinalar diferenças morfológicas nas mãos dos ulcerosos gástricos e duodenaes. Mãos grandes, mas delgadas, com longos dedos, nos gástricos e mãos grossas, curtas, com dedos pequenos e espessos nos duodenaes.

Os longilíneos astenicos são hipoparatiroides, hiposuprarenaes, hipogenitais, espasmofílicos, com grande excitabilidade neuro-muscular, sensitivo-sensorial, vaso-motora e psíquica. Eles são, vagotonicos ou melhor vagoestésicos, com tendencia aos espasmos dos musculos lisos dos órgãos cavitarios. Sob o ponto de vista bioquímico eles apresentam hipocalcemia, hipoglicemia, hipocolesterinemia e alcalose.

Encontramos, assim, na constituição do individuo elementos varios, que bem analisados, nos dão, talvez, a explicação da predisposição dos longilíneos astenicos para ulcera, a evolução desta e alguns dos seus sintomas.

Os longilíneos astenicos são vagoestésicos. Ha neles, por consequencia, predominancia vagal com todas as suas resultantes. Dentre estas, se destaca a hipersecreção gástrica, elemento preponderante, como vimos, na eclosão da ulcera. Além disso, temos ainda a tendencia aos espasmos da musculatura lisa dos órgãos cavitarios, espasmos de grande importancia pratica si recordarmos o mecanismo de produção do suco gástrico na região fundica do estomago. E' no fundus que se produz a secreção gástrica, mas o estímulo, indispensavel a esta actividade fundica, nasce no antro, talvez por uma substancia hormonal, a gastro-secretina. E' a contração do antro um dos elementos desencadeantes da secreção glandular. Por consequencia, apresentando o antro tendencia ao espasmo, aumentar-se-á a secreção ácida.

Têm os longilíneos astenicos grande excitabilidade neuro-muscular, sensitivo-sensorial, vaso-motora e psíquica, elementos todos que favorecem grandemente a reacção exagerada do órgão a estímulos mesmo pequenos.

A hiposecreção paratiroidéa traz consigo a hipocalcemia, que favorece a excitabilidade neuro-muscular e a espasmodicidade facil.

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 fisiológicas e suas predisposições patológicas.

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

Rumos novos da proctologia

Paulo Pinto da Rocha.

Após 23 anos de ausência, aqui estou de volta, na mesma agradável situação em que se encontra o filho que vai estudar em terras distantes e, concluído o curso, retorna ao seio da família. E tudo é curiosidade e perguntas, a matar as saudades e a ver se fôram bem gastos, tempo e esforços, em tão longo aprendizado.

Conferencia? Não sonho faze-la, que a tanto não vão as minhas pretensões nem me ajudam as minhas forças.

Relato fiel, isso sim, faço, da orientação moderna a seguir, em uma especialidade que oferece novas perspectivas.

Relato fiel, do combate já iniciado, contra dogmas e conceitos insubsistentes, que necessitam reforma urgente, a bem da nossa capacidade intelectual de modernização, dentro dos limites científicos do que se prova e do que nos repugna manter, por absurdo.

Segui, dentro da Proctologia, a escola de Pitanga Santos. Em seis anos de prática diária, me convenci do seu acerto, nas dúvidas que levantou, nas teorias que contradisse e nas técnicas que apurou. E em benefício dos que me ouvem, ficarei dentro do capítulo "hemorroidas", o mais falado, controvertido, que mais avulta, pelo numero de casos.

Já de inicio, só em defini-las, se verifica a discordancia: *Hemorroidas são varizes*. Esse o conceito classico, geralmente adotado, que só encontra divergências numa fação da escola alemã com Gunkel e Rembach, que as define como angiomas, e na escola brasileira de Pitanga Santos que as considera como plexites, como a consequência de uma vascularite crônica do plexo hemorroidario superior.

E' o plexo aumentado em numero e volume, em virtude de hipertrofia consequente a ligeiras e repetidas inflamações locais.

E asserções desta ordem, devem ser acompanhadas de material probante. Mas, não só se trata de assunto ainda em estudo, para o qual já se encontram coligidos os melhores dados, macro-e-microscopicos, como tambem, a surpresa do convite, ao desembarcar de uma viagem de fins meramente particulares, me impedem de mostrar-vos o que Pitanga Santos concatenou.

N. R. — Reproduzimos aqui o resumo da palestra que o Dr. Paulo Pinto da Rocha realizou na Sociedade de Medicina de Porto Alegre, na sessão extraordinaria convocada especialmente para recepciona-lo.

E' lamentavel que, tendo ele falado de improviso, a reconstituição fiel de sua palestra se torne difficil, perdendo-se certamente, no espaço que a publicamos, detalhes, minudencias de valor.

O illustado patriocio e coléga nos perdoará por essa falta, aliaz observada por nossa culpa, visto como lhe fizemos um convite de surpresa, na manhã da chegada e para uma palestra que foi feita na noite do mesmo dia.

Mas, deixemos de lado a asserção e examinemos outros pontos de real interesse.

Apesar-dos-autores — e os mais diversos — terem para si uma idéa que julgam nítida, mistér se faz que afirmemos, ser a etiologia das hemorroidas, um ponto obscuro, na patologia ano-retal. Fala-se em *constipação, insuficiencia hepatica, perturbações dispepticas, lesões reitais, afecções pelvicas, hepatites, cirroses, asistolias, hipertensão e etc.* Para tanto, dividem as hemorroidas em *idiopaticas e simtomaticas*, classificação que já vai sendo abandonada, pois que, em verdade, as hemorroidas são apenas o symptoma do que existe...

O conceito hipertensivo, não se alicerça em qualquer dado honesto. E o Dr. Brandão de Mello, aqui presente e ex-assistente de Pitanga Santos, pôde testemunhar as observações, feitas nesse sentido.

Além da pesquisa por ele feita, tambem eu, só de uma vez, examinei 126 hemorroidarios, que a essa época frequentavam o Ambulatorio mantido por Pitanga Santos na Casa de Saúde S. Sebastião. E desses 126, apenas uma mulher de 42 anos e cardiaca, acusava hipertensão ao Pachon...

Esse resultado encorajou-me a fazer a contra-próva. Corri á enfermaria do Prof. Agenór Porto, no Hospital de S. Francisco de Assis, e aí encontrei 4 hipertensos. Desses, dois eram cirróticos, um cardiaco e um ascitico, sem diagnostico, em observação, recém internado.

Nenhum deles acusava o menór passado ano-retal, nenhum deles era hemorroidario. Poucos dias antes de encetar esta viagem, a gentileza proverbial de Waldemar Berardinelli, proporcionou-me a ocasião de, na enfermaria do Prof. Rocha Vaz, na Santa Casa, examinar um hepato-renal grave, sem o menor passado retal.

Nesse mesmo dia, um velho amigo, René Laelètte, forneceu-me um caso da enfermaria do Prof. Oswaldo de Oliveida: Tratava-se de um discreto sopro sistólico da ponta.

A pressão era: Mx 20 — Mn 10.

Esse doente apresentava ainda uma hemiparesia em franca regressão.

Este caso ainda mais curioso se tornava, pois que se tratava de um homem de 53 anos de idade, cuja vida passara-a toda a trabalhar no ramo botequim, num praso de 8 a 12 horas diarias.

Ligue-se a profissão, á idéa de verticalidade do corpo e á noção de que varizes constituem, preferentemente, doença de soldados, motorneiros, lavadeiras, enfim, de todos aqueles que trabalham de pé. Tambem este não era hemorroidario e não acusava passado retal.

No que toca á *gravidez e á hipertrofia da próstata*, melhór do que eu, dirão os obstetras e urologistas presentes.

Numa e noutra, acredito na concomitancia de processos; nunca, porém, que dependam um de outro.

E note-se, em tudo isso, a variedade das causas, para a mesma enfermidade, sem nos esquecermos de que as mulheres não podem sofrer de hipertrofia da próstata, nem os homens engravidam...

As *perturbações dispepticas* foram por mim analisadas em trabalho publicado no Mundo Medico de 7 de Dezembro.

Resta a *constipação*. E a ela juntaria a *diarréia*, porque considero-as responsáveis.

As únicas?... Já disse que o capítulo é obscuro, mas é difícil encontrar um hemorroidario que não seja um constipado. Numa e noutra, observa-se o mesmo violento esforço no ato da defecação. Na primeira, o esforço é menos frequente, mais violento e demorado. Na segunda, menos demorado e mais frequente. Na primeira, há a dureza do bolo fecal, como causa traumatizante ao ser expelido, além da sua permanência compressiva, no réto.

Tudo isso são razões muito fortes, para que não me convença, de que são responsáveis.

*
* *

Os sintômas geralmente acusados, pelos autores e pelos enfermos, são: *dôr, sangue e tumores no anus*. Entretanto, não os considero sintômas, em tão alto gráo.

Acusa-os o enfermo, e não basta.

Porque? Porque *dôr, sangue e tumores*, são comuns a outras afecções. E o recêio de me alongar, me detêm aquí, e mesmo porque o trabalho já publicado analisa detidamente este capítulo.

Ainda não esqueci, que não se deve abusar da hospitalidade...

Analisarei, agora, certos conceitos, que a orientação moderna não permite que continuem de pé, além de breves considerações que farei sobre o tratamento.

São varios e de terrenos diversos. *Hemorroidas internas e externas, as hemorroidas são uma valvula de segurança, o réto é um meio eminentemente septicó*. *As hemorroidas dão grandes hemorragias*.

Hemorroidas internas e externas: E' classificação que não adoto, muito embora Pitanga Santos ainda a conserve, para fins puramente didaticos.

Ela não corresponde nem á verdade científica e nem ao conceito anatomico.

As hemorroidas são uma doença *propria do canal anal*. E esse é o único ponto do organismo em que se manifestam. *Eu não conheço nenhuma porção externa do canal anal*.

As chamadas *externas, tromboticas ou cutaneas* mentem ao nome, porque não ha nelas corrimento de sangue; mentem á constituição histopatologica, diversa da que se observa para as outras; mentem á terapeutica, porque não admitem um tratamento esclerosante; e mentem á evolução, porque pôdem desaparecer sem o menor tratamento.

As *cutaneas*, não passam de preass anais hipertrofiadas. E ha mais de 15 anos, a escola de Pitanga Santos as chama de *plicomas*.

São sempre pregas anais que romperam suas inserções. Fato que tanto decorre dos esforços dos constipados crônicos, como do esforço do parto, da luxação permanente do anus nos casos de grandes mamilos prolabados, das inflamações crônicas do anus, do calibre anal inferior ao normal e como, finalmente, se dá naqueles dotados de um esfínter demasiado fórte.

As hemorroidas são uma válvula de segurança... Tal asserção, ouvida diariamente e diariamente lida... lida nos melhores autores..., está intimamente ligada ao conceito da hipertensão e a esse outro, também frequente, de que *as hemorroidas dão grandes hemorragias.*

Essa idéia de válvula de segurança é um remanescente das teorias de Stahl e Hipócrates.

Teve a sua época, fez furôr, gozou da estima unânime dos esculápios e fez parrelha, em sucesso, com as *sangrias*, os *clisteres* e as *moscas de Milão.*

Pena é que, tendo progredido tanto a Medicina, nem todos os espíritos a tenham acompanhado.

Em primeiro lugar, a hemorragia hemorroidaria é sempre pequena. E quem a faz grande é a imaginação do enfermo, que confunde quantidade de sangue perdido, com o volume da água existente no aparelho sanitário, que fica fortemente tingido.

Só os nossos colégas da antiguidade classica tiveram a ventura de encontrar grandes hemorragias hemorroidarias... E Alberto, Stahl e Montegre, em suas obras, citam hemorragias de 8 litros... Hoffmann teve um doente que, em 24 horas, perdeu mais de 20 libras (10 litros) de sangue... Spindler faz-nos saber de um doente, que após um purgativo, perdeu 14 libras (cerca de 7 litros)!!!

Em segundo lugar, a hemorragia hemorroidaria é sempre accidental, de origem traumática.

Começo: ou pelos mamilos prolabados e em atrito com a roupa, com o esforço da defecação ou ainda com o atrito do bolo fecal endurecido, ambos. — esforço ou bolo fecal — esgarçando a mucosa friavel dos mamilos turgidos.

E a experiencia me faz vêr que o próprio esforço ou mesmo o bolo fecal, que a iniciam, também a fazer terminar: A contração do esfínter é elemento mecânico de hemostasia como também o é a massagem exercida pelo bolo, na sua continuidade de saída.

Em terceiro lugar, não é possível admitir virtudes vicariantes numa hemorragia accidental, provocada pelo próprio enfermo, embora indiretamente, e sobretudo de volume diminuto.

Os mais recentes estudos clínicos sobre a hipertensão, são concludentes. E Lourenço Jorge, em seu magnifico volume de Clinica Médica, a pags. 137, diz textualmente: *Os que possuem uma longa experiencia da sangria sabem que essa quédá tensional é de obtenção mais-que-duvidosa com tal pratica terapeutica.*

No Tratado Completo de Medicina Moderna, edição hespanhola de 1935, o Prof. G. von Bergmann, de Berlim, também expende a seguinte opinião: "apesar de que la sangria raras veces rebaja la tensión aunque se extraiga una gran cantidad de sangre".

Não deixaria de ser realmente curioso, que os hemorroidarios obtivessem, com uma perda de sangue que não vai além de 50 ou 80 grs., resultados que os clínicos mais reputados, não conseguem, mediante expoliações que atingem, por vezes, a 800 grs....

Por último, essa concepção da *válvula de segurança*, reduz o sistema circulatorio a um sistema de vasos comunicantes :Se desce aqui, só-

be além; se desce além, sóbe aqui... E tal absurdo, para quem possua rudimentares conhecimentos de física biológica, gerou esse outro, de que não é aconselhável suprimir bruscamente as hemorroidas de um enfermo. E o perigo está — dizem-no os defensores de tal idéia — em que, suprimindo a hemorragia aqui, rebentará ela mais adiante...

Caímos assim, nessa imagem grotesca de um aparelho circulatorio seimelhante a uma caldeira com a tubulação avariada... E nesse andar, acabaremos com as injeções endovenosas. O imprescindível garrote, terá de ser abolido, ante a ameaça de ver-se o enfermo morrer ás nossas mãos, com uma veia a estourar no cérebro, ou a estourarem todas pelo corpo...

O que a hemorragia hemorroidaria apresenta de certo é a anemia progressiva que determina: A frequência das perdas sanguíneas é facilmente reparável no volume, mas não o é em sua taxa de hemoglobina.

O réto é um meio eminentemente septico.

Em condições normais, a asseveração não é verdadeira. O que a coprologia nos ensina, é que nas fézes normais, encontramos cerca de 5 gramas de bacterias mórtas.

A experimentação cirurgica me tem feito vêr centenas de hemorroidarios operados, que evacuem entre o 4.º e o 5.º dia da intervenção, sem que até hoje tenha registado um único acidente.

O réto só é um meio eminentemente septico, quando as fézes a elle chegam, violentamente projetadas do intestino delgado (purgante ou qualquer outra causa), trazendo, portanto, ainda viva, uma flóra microbiana própria do ponto de partida.

* *

O tratamento comporta dois métodos de resultados seguros — o cirurgico e o esclerosante.

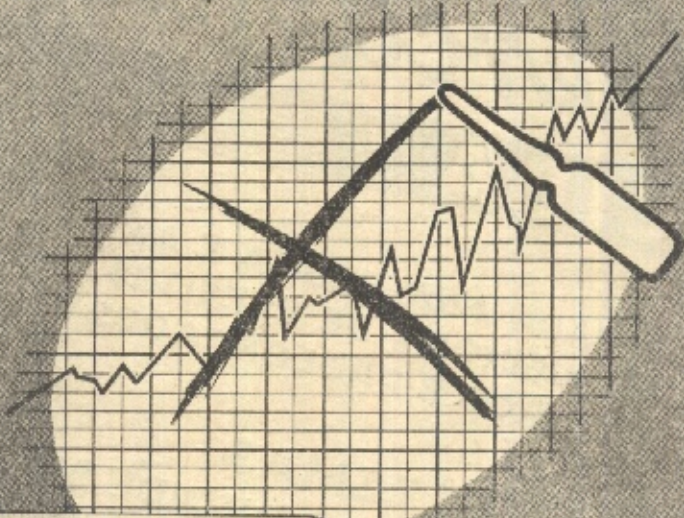
No Serviço de Doenças Ano-Retais, sob a chefia de Pitanga Santos, onde trabalho, o processo esclerosante tem dado um resultado de cura, igual a 100%. Entretanto, mistér se faz esclarecer, que a sua applicação não é sistematica. E casos ha em que não pôde nem deve ser tentado.

Assim se passa com os velhos e grandes hemorroidarias, cujo prolapso mucoso é irredutivel, ou melhór, cuja mucosa irremediavelmente luxada não mais permanece dentro do canal anal, si não enquanto sobre ella se exercem técnicas manuaes de redução.

Usa-se então o método cirurgico, que pela sua simplicidade, sob todos os pontos de vista, torna-se incontestavelmente superior aos já existentes, de autores varios.

Esse processo cirurgico que é da autoria de Pitanga Santos, permite ao enfermo, entre outras coisas: a) Saír da mesa operatoria, para o seu quarto pelos próprios pés; b) Evacuar entre o 4.º e o 5.º dia; c) Recuperar a sua actividade num maximo de 12 dias; d) Ter a alimentação reduzida, por um espaço de tempo muito curto; e) Traumatismo operatorio diminuido; f) Ausencia de disturbios postoperatorios; g) Su-

contra AFECÇÕES PULMONARES:



TRANSPULMIN

13% de quinina básica, canfora e óleos voláteis

Gripe, Bronquites aguda e crônica, abscessos pulmonares, Bronco-pneumonia, Bronco-ectasias, etc.

Embalagem: Caixas de 3, 6, 10, 75 e 250 amp.

SOLVOCHIN

(Quinina em solução aquosa a 25%, pH-7,0)

Específico contra a pneumonia cruposa, taquicardia paroxismal, inércia uterina, etc.

Embalagem: Caixas de 3 e 10 ampelas

SOLVOCHIN-CALCIO

(1 ampola de 5 cc. contém 1 cc. de Solvochin e 0,075 gr. de cálcio)

Solvochin-Calcio reúne a ação anti-tóxica, pneumococo-específica da quinina ao efeito anti-exsudativo e anti-flogístico do cálcio.

Embalagem: Caixas de 3 e 10 x 0,5 cc. e 3 x 5 cc.



Homburg

Representantes para o R. G. do Sul

Weskott & Cia.

Paraná Alegre — Caixa Postal, 75
Pelotas — Caixa Postal, 258

Gercainal

CIBA



POMADA ANALGESICA E ANTI-
PRURIGINOSA DE EFEITOS
SEGUROS E PROLONGADOS

ECZEMAS
HEMORRHOIDES
ULCERAS DA PERNA
QUEIMADURAS
CHAGAS POR DECUBITO
PRURIDOS, ETC.

BISNAGAS COM 20 grs.

PRODUCTOS CHIMICOS CIBA LTDA.
RIO DE JANEIRO
CAIXA POSTAL 3437

SÃO PAULO
CAIXA POSTAL 3678



pressão do fenomeno dór a tal ponto, que bem se poderia dizer um processo indolór.

A locomoção propria, em seguida ao ato operatorio, depende, é claro, da anestesia empregada. Os raquianestesiados são os que esgotam o prazo de 12 dias. Os operados sob anestesia local, recuperam-na mais cedo, por volta do 7.º dia.

A técnica de Pitanga Santos, suprime os famosos drenos e as prescindende de suturas: O enfermo fica sem os seus mamilos, perdendo um volume sanguineo que não vae a 200 c. e. e sem levar um unico ponto de sutura.

Tudo isto são fatos. Não se trata de asseverações gratuitas. E' quanto está firmado, após algumas centenas de intervenções e facil de constatar por quem se queira dar ao trabalho de usar o método indicado.

Acredito que brevemente, possa Pitanga Santos vir ao Rio Grande, como é de seu pensamento, exhibir pessoalmente a sua técnica e passar na téla, os dois *films* que já possui e que exhibiu á classe medica do Rio de Janeiro e de S. Paulo.

Os dois métodos têm indicações proprias: Ambos resultam bem, se consciencemente empregados, sendo que o cirurgico é superior aos classicos e que, com o advento do novo, tem de ser fatalmente abandonados.

Eis, meus presados colegas e conterraneos, o que numa palestra — e não conferencia — vos poderia relatar.

Ao ilustre Prof. Mario Totta, que com raro brilho preside os destinos desta Instituição, agradeço comovido as expressões generosas com que me distinguiu e a honra que deu ao seu modesto colega em recebendo-o nesta casa, onde só se entra para aprender — e muito.

A Adayr Figueiredo, seria difícil responder.

Falou por ele, um coraço de excepcionais limites, a serviço de uma sólida amizade.

Excedeu-se em bondade, á custa da generosa convivencia que em todos encontrou. Mandantes e mandatario, fôram além, nas ordens e na execução, cumulando em abundancia de sentimentos a quem não os valia e não os merecia.

A todos, o meu sincero e profundo agradecimento.

NEURILAN

Poderoso calmante do systema neuro-vegetativo.

Indicado na excitação nervosa, nos desequilibrios vasospasticos, palpitações, insomnia, dyspepsia nervosa.

A base de estroncio bromado, crocus, leptolobium, meimandro.

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

NÃO DEPRIMENTE

NEURILAN

Lab. Gross-Rio

Eugénia e Moral

S. J. Kanan

Docente de Ortopedia e Cirurgia Infantil.
Professor de Biología do Curso Complementar.

"A Eugénia é um capítulo dos mais importantes da Biología. Encerra problemas dos mais transcendentes, não só de ordem biológica como de ordem moral, que obriga o homem a tomar uma posição definida.

A Biología é a ciência da vida. A Biología Geral é a que estuda todos os seres vivos. Ora, entre estes está o homem, que possui caracteres comuns a todos os seres animados, mas que deles se diferencia por outros, particulares á raça humana.

Assim, a Biología Humana é a ciência da vida humana, e se distingue da Biología Animal como esta da Biología Vegetal. Compreende-se, dest'arte, que a Biología Humana tem objectos e limites próprios, e incorrer-se-ia em grande erro si se lhes applicassem as conclusões decorrentes dos estudos feitos na Biología Geral, isto é, realizados nos reinos vegetal e animal.

A importancia da Biología Humana decorre implicitamente do conceito que se tem da Vida. Esta sofreu as influencias deletérias do naturalismo, do positivismo ou materialismo modernos, podendo attribuir á Biología a autoridade de dirigir as ciencias morais e sociais. Conclusões errôneas advindas da concepção relativa da Vida.

Tristão de Ataíde diz muito bem: "A Biología, porém, não esgota o dominio científico da vida. Esta se desenrola em planos de materialidade decrecente e de espiritualidade crecente, que tornam o conceito de Vida tanto mais rico e profundo quanto mais se afasta dos attributos efemeros do mundo sensível, para se aproximar do mundo imortal das Idéias Divinas, de onde vem toda a vitalidade e para onde tende toda a Vida.

A Biología, portanto, é ciência particular da Vida, no seu primeiro plano de contacto ainda immediato com a materia inanimada. E está, por consequente, subordinada áquelas ciencias filosóficas que se occupam com a Vida, em seus planos superiores e particularmente com a Moral, ciência dos atos humanos e não apenas do homem, em sua finalidade ultima".

Eis porque a Eugénia, capítulo dos mais importantes da Biología, encerra problemas dos mais transcendentes, e que devem ser examinados á luz da Ciencia e da Moral.

.....

A palavra Eugenia vem do grego e significa etimologicamente: boa geração, boa raça. Foi criada pelo sabio inglês Sir Francis Galton, que nasceu em Birmingham (Inglaterra), em 1822 e morreu em 1911. Estudou Medicina e era primo, por parte de mãe, de Charles Darwin, autor das "Especies Animais".

Numa obra intitulada "Inquiries To Human Faculty", aparecida em 1883, ele lançou os fundamentos de uma nova ciencia que tinha por finalidade a melhoria moral e fisica da raça humana, e por substratum os conhecimentos da heredologia. E, assim, surgiu uma nova ciencia que cativou inumeros prosélitos, cujo fanatismo chegou ao cumulo de considerar a Eugenia como uma verdadeira religião.

Karl Pearson, seu aluno e continuador, num interessante trabalho, traça a sua personalidade da seguinte maneira: "Parece ter possuido um espirito de uma transbordante atividade, de curiosidade infatigavel e singularmente inventiva, si bem que um pouco tumultuosa tambem, e mais levada a se espalhar do que a penetrar verdadeiramente em profundidade".

Galton, realizando pesquisas e observações tanto nos homens da sua epoca como da historia, assim como nos animais, chegou a tirar leis que julgou definitivas para a Eugenia.

Entretanto, as suas leis da "herança", da "regressão" e do "desvio da media", caíram por terra com os estudos realizados pelo frade de Brunn, João Gregorio Mendel, que nasceu na Silesia (Tehecoslovaquia) em 1822, e morreu em 1884.

Efetivamente, as suas pesquisas, logo após as de François Naudin, vieram demonstrar que as leis galtonianas eram insustentaveis.

O problema da hereditariedade tomou melhores rumos quando se lhe applicou o metodo biológico rigoroso, surgindo então a Genetica, termo proposto por Bateson para chamar os estudos da hereditariedade.

Como é facil de se perceber, a Eugenia surgiu muito antes da Genetica, que é a sua base fundamental, o sustentaculo que deverá nortear o eugenista para as suas pesquisas de heredologia.

Com a redescoberta das leis de Mendel, em 1900, a Eugenia tomou um maior incremento, que se acentuou ainda mais depois da Grande Guerra. Inglaterra e Estados Unidos são os pioneiros mais audazes do movimento eugenico.

Fundam-se sociedades, abrem-se clinicas, editam-se livros, revistas, boletins, tudo para a melhor propaganda e difusão das idéias e medidas eugenicas. A esse movimento applicou-se a denominação de Eugenismo, termo de significação mais ampla que Eutechnia, que estuda as medidas estimuladoras "na orientação do desenvolvimento das heranças biológicas. Sendo elas, entretanto, incapazes por si sós de mudar, de converter, de transformar tais heranças ou fatores geneticos, em suas qualidades intrinsecas, não podem, nem devem portanto ser incluídas na Eugenia". (Otavio Domingues — Eugenia).

Eugenia, Eugenismo e Eutechnia são termos de significação diversa, e que não devem ser, pois, empregados como sinonimos.

A definição do termo Eugenia foi dada numa reunião de eugenistas ingleses, em 1904, á qual estavam presentes Galton e Pearson: "O termo

Eugenia deve ser definido como o estudo dos fatores que, sob o controle social, possam melhorar ou prejudicar as qualidades raciais das gerações futuras, quer física, quer mentalmente". (Otavio Domingues).

Para a consecução do seu desideratum a Eugenia emprega medidas de ordem negativa e de ordem positiva. Daí, o Eugenismo negativo e o Eugenismo positivo.

O primeiro age sobre o homem indiretamente — negativamente — melhorando o meio social e economico, afastando os obstaculos para que leve melhor vida. A raça se debilita porque é atormentada por flagellos sociais tais como o alcoolismo, a sífilis, a tuberculose, a lepra, o cancer, o uso de entorpecentes etc., que tendem a aumentar dadas as condições modernas de vida.

O Eugenismo positivo é mais radical. Visa o homem diretamente — positivamente — e solicita o auxilio da autoridade civil para a realização legal de certos atos, como por exemplo a esterilização e o exame prenupcial obrigatorio. Os meios empregados são multiplos: o divorcio, o aborto, a limitação da natalidade (Birth-Control), o casamento por contrato (Companniotat Marriage) e a esterilização.

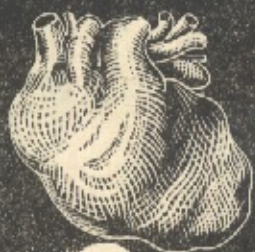
Eis em poucas palavras o vasto programa da Eugenia, ciencia nova baseada nas leis da hereditariedade fornecidas pela Genetica, e que tem por escopo o aperfeiçoamento físico e moral da nossa raça.

Os seus adeptos esperam, pela instituição do Eugenismo, varrer da superficie da terra todos aquêles que são portadores de taras ou de malformações físicas. A terra será um paraíso habitado por individuos sadios de corpo e são de espirito. Só existirá o Belo para deleite do homem, como si não fôsse necessario o Feio par oferecer o adequado contraste na sua verdadeira apreciação. A monotonia quebraria o encanto dêsse prazer na sua terrível uniformidade por todos os cantos.

Para muitos o fim a que se propõe a Eugenia não é uma utopia, e sim uma realização perfeitamente exequivel. Eu tenho, contudo, as minhas duvidas. Desde tempos remotos, que se perdem na bruma da Historia, houve a constante preocupação na procriação de filhos sadios física e moralmente. Não faltaram filosofos como Theognis de Megara, Platão, Aristoteles, etc., que preconizaram a melhoria da próle com principios e zelos semelhantes aos adotados para a multiplicação e melhoria do rebanho, nem tampouco legisladores como Licurgo, em Esparta, mandando atirar ao Eurotas os recém nascidos malformados ou raquíticos. Esta preocupação existiu, existe e existirá sempre, assim a confirma Historia.

O desenvolvimento que tomou, alastrando-se por toda a parte, e a nova feição que está tomando a ponto de ser considerada como uma nova religião, obriga a todo aquêlé, que se preocupa com os problemas contemporaneos, a analisar, nos seus minimos detalhes, êsse formidavel movimento eugenico, de consequencias economico-sociais notaveis, e de grande relevancia sob o ponto de vista moral.

.....
Apoiando-se a Eugenia nas leis da hereditariedade para se erigir em ciencia de base solida, mistér se torna um melhor conhecimento da heredologia.



Euphyelin

Vaso dilatador
na angina do peito,
esclerose das coronarias, hipertonia,
degeneração do musculo cardiaco.

Diuretico poderoso

isento de mercurio
no edema de origem renal e cardiaca.

- Comprim. - Ampolas - Suppositorios -



BYK GULDENWERKE, BERLIN, NW 40

HANS MOLINARI & COMP. RIO
Depositarios gerais - Caixa postal. 833

ESTADOS NEUROPATHICOS: Ansiedade - angustia
- insomnias nervosas - perturbações funcclonaeas do coração -
perturbações da vida genital

A

PASSIFLORINE

UNICAMENTE COMPOSTA DE EXTRACTOS VEGETAES

ATOXICOS



Passiflora incarnata

Salix alba

Crafoegus oxyacantha



LABORATOIRES **G. RÉAUBOURG** == PARIS ==

H. MILLET & J. ROUX

Caixa Postal, 1135

Rio de Janeiro

Neuro Fosfato Eskay na estimulação do appetite

Um organismo humano enfraquecido, que soffre como consequência transtornos digestivos e falta de appetite, que resultam as vezes de condições pathologicas definidas e de outras, precisa de um tonico estimulante que ajude a nutrição das celulas nervosas.

Os medicos recommendam de preferencia o NEURO FOSFATO ESKAY que contem glycerophosphato de strichnina em fórmula rapidamente assimilavel. Não é só um tonico do organismo como tambem amargo estomacico augmentando a secreção do succo gastrico, estimulando o appetite e melhorando a digestão.

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

Uma folha de receitauario ou cartão pessoal do medico (em ultimo caso uma tarjeta postal), mostrando o seu actual endereço, trar-lhe-ha um frásco 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

Para os eugenistas as leis mendelianas constituem os elementos fundamentais do edificio eugenico. As praticas do Eugenismo são instituidas em consequencia do determinismo biologico da hereditariedade.

As pesquisas feitas por Mendel nas ervilhas e em alguns animais, deduzindo as suas celebres leis, que foram empregadas com o fito de melhor seleccionar os vegetais e os rebanhos animais, tiveram uma maior projecção, pois quiséram applicá-las ao homem, na procriação racionalizada de uma próle sadia fisica e moralmente.

Mas o homem é diferente dos outros sêres animados, tem os seus attributos particulares que o distinguem sobremaneira dos animais superiores. A hereditariedade humana não é hereditariedade animal.

As leis da hereditariedade não são absolutamente fixas. São por demais incertas e inconstantes. Basta lançar os olhos pelas estatisticas dos malformados fisico e dos tarados, para se ver a fraca porcentagem dos que herdaram os seus males, de pais portadores das mesmas lesões físicas ou nervosas.

O notavel ortopedista Fritz Lange, em um importante trabalho apparecido no "Münchener Medizinische Wochenschrift", janeiro de 1934, estuda o papel da hereditariedade nas deformidades físicas e a função representada pelos deformados nas artes e nas ciencias.

Verificou que entre 100 deformados, 4 eram de causa hereditaria, e que a maioria dos aleijados casados tinha uma próle sã. Razão pela qual os aleijados devem merecer a atenção do medico, que poderá sanar o mal graças aos recursos de que dispõe a Ortopedia.

Não devemos excluir o aleijado, enfim o deformado em geral, do convivio da sociedade, onde poderá prestar serviços de grande valor, atestados nos grandes monumentos de arte e ciencia. Efetivamente, para compensar os seus defeitos físicos, o aleijado desenvolve outras faculdades de ordem moral ou intelectual, que se podem exteriorizar em obras imortais, tais como a poesia de Esopo e a musica de Schubert.

Repare-se nesta coorte de homens notaveis pelo seu saber, que nos legaram obras de merito imorredouro: Esopo, era corcunda; Soerates, possuía um geno-valgo bilateral raquítico (joelhos tortos); Platão, Diogenes e Lichtenberg eram corcundas; Leibniz, era portador de uma cifóse (corcunda); Inácio de Loyola era aleijado; Cervantes, não tinha a mão esquerda; Byron, tinha um pé torto; Victor Hugo, tinha uma luxação cronica do quadril; Franz Schubert, era de pequena estatura; Alexandre o Grande, tinha pescoco curto, e assim muitos outros.

O mesmo se dá aos tarados, isto é, aos imbecis, aos idiotas, aos debeis mentais, epiléticos, cegos, surdos-mudos, etc., em que as leis da hereditariedade não pódem garantir de uma maneira absoluta gerações possuidoras das mesmas taras.

Póde-se afirmar que no minimo 50 por cento dos inaptos não são consequentes á transmissão do mal de pais a filhos pelas celulas germinais. Dependem de um grande numero de causas morbidas, entre ellas sobressaem os traumatismos obstetricos e as Blastotoxias, isto é, estados patológicos determinados por perturbações sofridas pelas celulas germinais no momento da fecundação ou pelo ovo durante o seu desenvolvi-

mento, tendo como causas toxicas ou infecciosas (alcoolismo, sífilis, tuberculose).

Eis a opinião de Guethenere, em sua "La Limitation des Naissances": Quando se trata de Blastotoxias ou de molestias de infancia (como causas de perturbações mentais, etc.), é evidente que as taras apresentadas não são de modo algum objeto de uma transmissão fatal. Ora, é um fato incontestavel atualmente que o dominio das Blastotoxias é muito mais extenso do que se suspeitava anteriormente; seu papel na origem das degenerações parece mesmo ultrapassar o da hereditariedade morbida. Isso quer dizer que a evolução dos conhecimentos, em materia de hereditariedade humana, tende a estreitar cada vez mais o campo das experiencias eugenicas".

Considerando os eugenistas a alta prolificidade dos tarados, gerando individuos imprestaveis á sociedade e pesando enormemente sob o ponto de vista economico-social ao Estado, resolveram adotar, como uma medida radical para acabar com um tal estado de coisas — a esterilização. Varios Estados da America do Norte e alguns países da Europa inscreveram-na entre os seus textos constitucionais, como uma medida legal, na maior afronta que se pôde fazer á liberdade do individuo.

Basta o argumento científico, si não subsistissem outros de ordem moral e religiosa, esteiado na falibilidade das leis hereditarias, mórmente as da hereditariedade humana, para considerar a esterilização como uma pratica eugenica anti-científica.

A exiguidade do tempo não me permite estender a explanação dêste importante capitulo da Eugenia.

Diante do movimento avassalador do Eugenismo, o que se deve pensar sob o ponto de vista moral e religioso? Que attitude tomar em face de problemas transcendentais da Vida?

Tristão de Ataíde e Hamilton Nogueira estudaram maravilhosamente esta questão, á luz dos ensinamentos contidos na enciclica, de S. S. o Papa Pio XI, Casti Connubii.

O exame pré-nupcial, a limitação dos nascimentos, o divoreio, a esterilização, etc., são medidas de carater eugenico que devem ser examinadas sob um ponto de vista integral. São problemas que suscitam a intervenção de argumentos de ordem moral e religiosa a que não podem milia, da sociedade e da raça". Sim, o homem tem uma finalidade transtalista da Vida se opõe ao que considera "a vida um simples atributo dinamico da materia". E', justamente, do verdadeiro valor que se deve dar ao homem, constituído de materia e alma substancialmente unidos, que decorre a accitação ou não accitação das medidas eugenicas, tais como a esterilização, os metodos anti-concepcionais, o aborto nas suas diversas modalidades, etc.

Valensin, citado por Hamilton Nogueira, diz o seguinte: "O individuo humano é uma pessoa. Tem o seu fim proprio, superior ao da familia, da sociedade e da raça". Sim, o homem tem uma finalidade transcendental, na concepção cristã, que se não pôde adaptar a praticas degradantes da dignidade da natureza humana. Sim, a moral católica não pôde permitir a difusão e applicação de medidas atentatorias ás leis natu-

rais, divinas e eclesiasticas, rebaixando a natureza humana á qualidade de animal. Nem muito menos pôde dar guarida ás pretensões do Estado, na interferencia indebita em territorios prejudiciais á liberdade individual, inerente á sua qualidade de criatura humana. Não quer isto dizer que não seja simpatica á Eugenia, muito ao contrario, apoia todo e qualquer movimento que tenha por finalidade o aperfeiçoamento moral e fisico da raça humana. O que combate são os meios empregados por ela, desprezando completamente as leis divinas, naturais e eclesiasticas, relativas ao casamento e á liberdade individual.

A Eugenia, estudada superficialmente, pôde não parecer que um simples movimento científico, mas na verdade se estende a terrenos de ordem politica, moral, social e religiosa, atingindo territorios até então inatacaveis.

Para muitos, a ciencia galtoniana é uma verdadeira religião, tal e qual a definiu o seu verdadeiro fundador: "Eugenics will sweep the world like a new religion". E, consideram-na superior á religião católica, porque esta é "essencialmente disgenica, pela sua repulsa ao corpo". Nada mais falso. Eis o que diz Tristão de Ataíde: "Em toda verdadeira filosofia cristã é essencial a harmonia entre o corpo e o espirito, muito especialmente no tomismo que sustenta a unidade substancial de ambos".

Finalizando, si alguém procurar a causa de todo esse fenomeno, entrando pois na sua essencia e não ficando á sua superficie, ha de verificar que está na Egoatria, isto é, na adoração do homem a si mesmo. E' o egoismo na ansia incontida de tudo querer para si, pouco se lhe importando os meios empregados para até lá chegar. E' o Super-Humanismo a filosofia da Eugenia, como muito bem o disse Tristão de Ataíde. Depois de se rebaixar o homem á qualidade de animal, procura-se eleva-lo á categoria do Super-Homem, para então diviniza-lo e adora-lo como a mais subida autoridade. E o Super-Homem nietzscheano, ofuscado por tanta autoridade, julgou suplantar a autoridade Divina, fonte e fim de toda a Vida, originando-se o maior descalabro a que se está assistindo, desmoranando instituições tradicionalmente cristãs, que fizeram a felicidade de muitas gerações e o progresso de uma grande civilização.

Roentgenquimografia circular centralizada. ⁴⁾

Salvador Gonzales

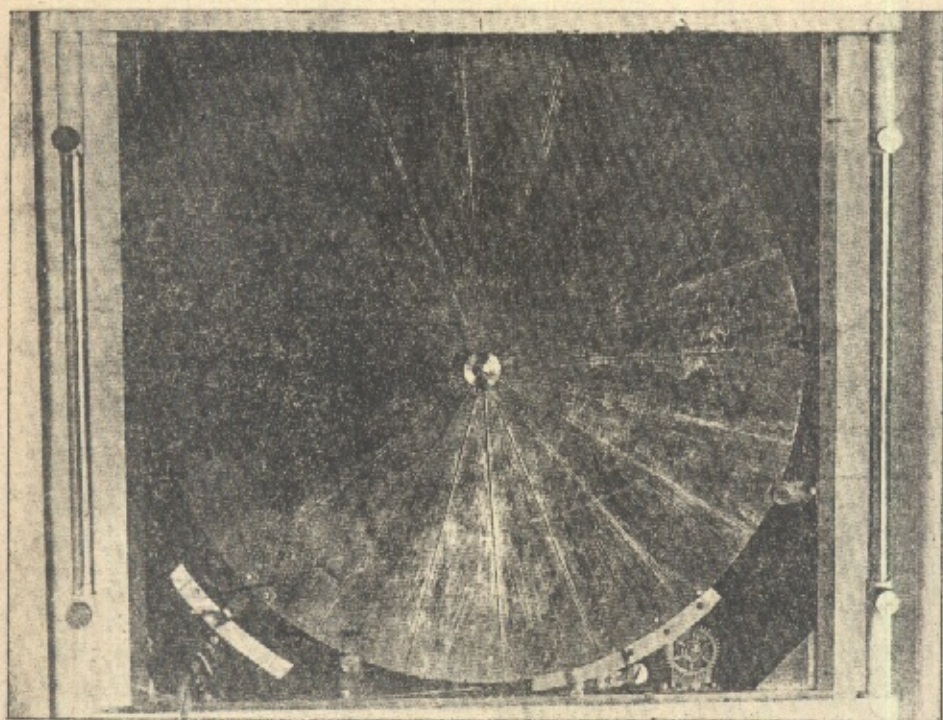
"Snr. Presidente, meus colegas:

O fim desta rapida comunicação, é reclamar para a Medicina brasileira e especialmente para a rio-grandense, a prioridade da roentgenquimografia circular centralizada, cujos estudos, realização pratica, assim como utilização diagnostica, vem sendo efetivada diariamente na seção de radiodiagnostico do Instituto das Clinicas.

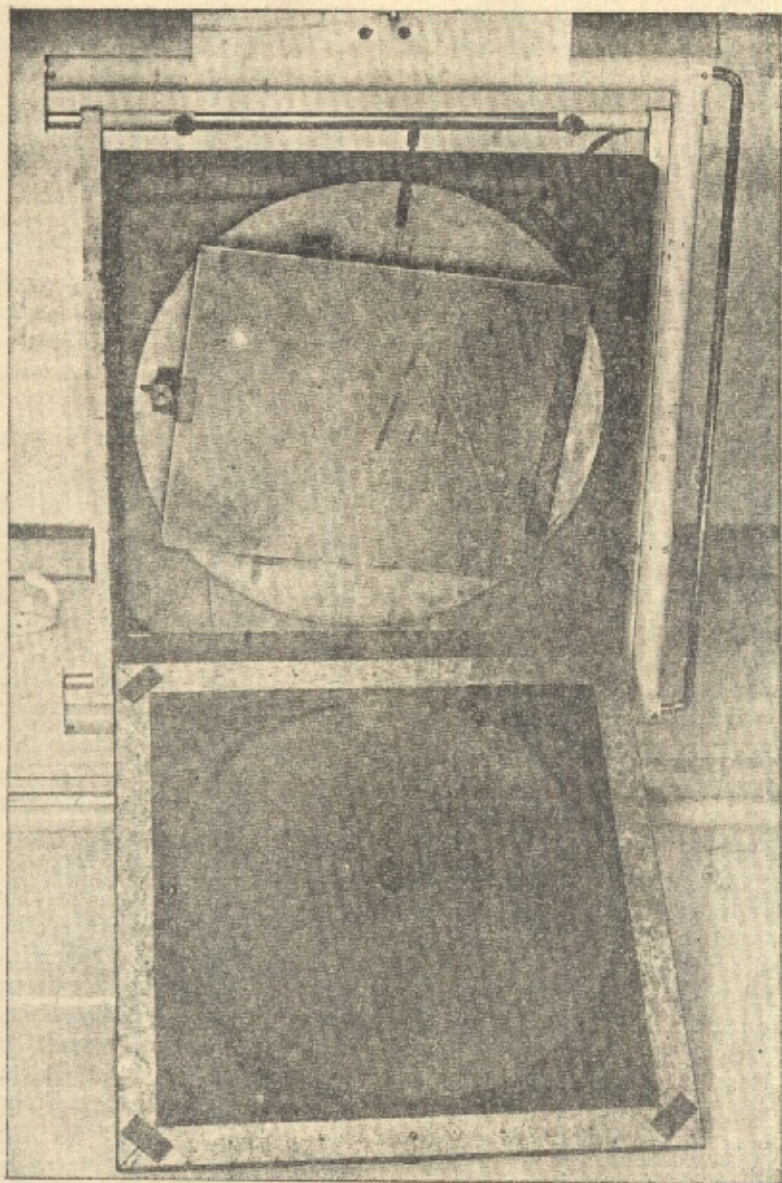
Quasi com o mesmo lapso de tempo, nos chegavam ás mãos os primeiros trabalhos sobre roentgenquimografia, assim como uma descrição completa do aparelho de Stumpf.

Em face das inegaveis vantagens diagnosticas do novo processo,

(⁴) — Dissertação feita pelo Dr. Salvador Gonzales, na sessão 5 de Junho de 1936.



Quimógrafo plano. Modelo Dr. Barata



Quimógrafo plano, Modelo Dr. Barata.

o Dr. José Sarmento Barata, começou suas experiências, fazendo o construir um primeiro quimografo tipo Stumpf.

O estudo dos roentgenquimogramas obtidos, assim como o raciocínio vieram desde cedo demonstrar que, as condições dinamicas em que se realizavam os movimentos cardiacos de sistole e diastole não se prestavam a uma perfeita inserição no quimografo de Stumpf.

A região da ponta, pela sua situação e pela orientação das sistodiastoles era imperfeitamente registada na grelha de fendas horizontais.

Foi assim levado o Dr. Barata a idealizar e mandar construir o primeiro aparelho para roentgenquimografia circular centralizada.

Os quimogramas, imperfeitos na verdade que o aparelho forneceu, vieram no entanto demonstrar sobejamente a justeza das apreciações feitas e as vantagens incontestaveis da grelha de fendas radiadas e animada de movimento circular, sobre a de fendas horizontais e paralelas movimentada verticalmente.

Dado o primeiro passo, nada mais resta que aperfeiçoar a parte mecanica, muito rudimentar do primeiro quimografo circular e as experiencias diariamente repetidas, permitiram a construção de um aparelho de grande simplicidade e facil manejo, aliando ainda a perfeita exatidão no traçado da curva quimografica e que funciona ha mais de ano em nosso serviço de radiodiagnostico.

Tomo a liberdade de apresentar e em poucas palavras descrever o aparelho, que, como vedes se compõe de um disco de chumbo, perfurado por fendas com orientação radiada, animado de movimento circular uniforme, garantido por um simples mecanismo de relojoaria.

Um contato elétrico regulavel, liga e desliga automaticamente a fonte de raios e garante á vontade a duração da exposição. Um simples dispositivo de mecanica, permite movimentar a grelha ou o film radiografico, obtendo-se assim os quimogramas planos ou lineares.

Com este aparelho foram obtidos os roentgenquimogramas, que o Dr. José Barata expoz neste recinto, por ocasião das Jornadas Medicas e quando da leitura do seu trabalho intitulado "Aspétos clinicos e radio-eléctrocardiograficos da doença de Bouillaud", lido em 14 de Dezembro do ano pp. e no qual chamou atenção, sobre o novo aparelho, de sua invenção, frizando diferenças e vantagens que o mesmo apresentava sobre o de Stumpf. Quando da sua estadia em Buenos Aires, em Dezembro do ano p. p. explicou no serviço do professor Castex, no Hospital das Clinicas seu novo processo de roentgenquimografia salientando as vantagens do mesmo.

Infelizmente a escassez de tempo não permitiu que estivesse terminada vasta monografia sobre o assunto que de ha muito vem sendo elaborada pelo Dr. Barata e na qual, uma descrição mais completa do aparelho, suas vantagens e utilidades diagnosticas, serão amplamente tratadas.

Tendo lido ontem na Revista Argentina de Cardiologia, nume-

ro de Janeiro e Fevereiro, um artigo sobre a roentgenquimografia concentrica da autoria dos colegas uruguaioi Morelli e Trouillier, computada a primeira comunicação sobre tal assunto e parecendo caber a ditos colegas a prioridade do mesmo é que venho reclamar para nós brasileiros tais direitos. Aproveito outro sim para mesmo de longe transmitir as mais sinceras felicitações aos colegas uruguaioi, que desconhecendo nossos trabalhos, partindo do raciocinio e trilhando a senda do progresso, colimaram um pouco mais tarde a méta de uma nova realização científica de incontestavel valor diagnostico.

FLUOCAL LECITHINADO

<p>EMULSÃO AQUOSA ESTAVEL</p>	<p>DE CALCIO ORGANICO, MAGNESIO</p>	<p>E LECITHINA DE OVO</p>
<p>REMINERALIZA E RECALCIFICA</p>	<p>TONIFICA O ORGANISMO</p>	<p>TONIFICA O SYSTEMA NERVOSO</p>
<p>TUBERCULOSES LYMPHATISMO CHLOROSE</p>	<p>EMMAGRECIMENTO ANEMIAS CONVALESCENÇAS</p>	<p>NEURASTHENIA CANSACO CEREBRAL ESGOTAMENTO NERVOSO</p>

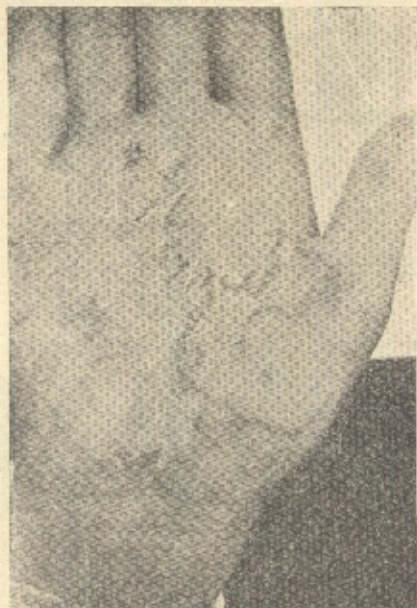
Um caso de „Carra Migrans“

por

Hugo P. Ribeiro

Em janeiro do corrente ano tivemos oportunidade de observar, pela primeira vez, um caso de “Larva Migrans” de localização palmar em um jovem de 14 anos, residente no município de Taquara, no Rio Grande do Sul.

A fotografia abaixo nos diz muito do aspeto geral da dermatose que era linear, sinuosa, saliente e eritematosa, sobretudo na extremidade, ocupando a região tenar.



Na ocasião do primeiro exame, o que se pode ainda verificar na fotografia, havia na mão direita duas linhas independentes: a primeira, ocupando a porção interna, terminava no limite da mão, próximo ao ante-brço, por uma dermite purulenta, restos de pequeno abcesso dèrmico, dela notando-se apenas vestígios, pois a larva deveria ter saído no local do pequeno abcesso e a renovação dos tecidos já era avançada; a segunda dirigia-se para a região tenar. Esse cordão eritematoso estava

em plena evolução avançando, por sua extremidade de progressão, cerca de 2 em por dia. Nas primeiras porções, as mãos antigas, com a ponta de uma agulha podemos com muita facilidade descobrir o tunel por onde teria passado a larva. Na extremidade progressiva isso era impossível, pois se mostrava como um cordão eritematoso massiço. Nessa extremidade procuramos em vão a larva determinante do mal.

Como tratamento, após escarificação na extremidade ativa, friccionamos alcool iodado, cujo resultado não se fez esperar.

Na mão esquerda, cordão análogo era observado, partindo da região palmar e estendendo-se ao longo do dedo anular até atingir sua metade, onde, descrevendo uma curva, voltava, para de novo aproximar-se da base do dedo. Como a doença da mão direita, essa também foi interrompida pelas escarificações seguidas de alcool iodado.

O doente declarou que um seu irmão que ficára em Taquara tinha o mesmo mal localizado também nas mãos e uma irmã, um ano antes, tivera na mão esquerda, em um pé e no braço, lesões idênticas. Esses casos, porém, não podemos verificar, mas o doente asseverou que as lesões eram igualmente lineares e que progrediam rapidamente por uma só extremidade e que a irmã curára, espontaneamente, no fim de um mês.

Não tivemos a ventura de confirmar o diagnostico clinico pela constatação da larva, o que nem sempre é facil. O mesmo aconteceu em um caso estudado pelo grande dermatologista Brocq, que não encontrou a larva, mesmo fazendo córtes em série.

O diagnostico clinico impõe-se pelo aspeto das lesões, a progressão rápida por uma extremidade e pelo modo de terminar.

Bibliografia

IDEIAS MODERNAS SÔBRE A ETIOLOGIA, PATOGENIA E TRATAMENTO DO MEGACÓLON — *Alípio Correia Neto* — Letras Médicas, ano I, n.º 3, junho 1936, pg. 1.

O megacólon é o alongamento e dilatação do cólon, com estase, de causa não mecânica.

O cólon não tem um calibre uniforme, apresentando estrangulamentos em determinados pontos, constituídos por um arranjo especial da musculatura lisa que assume o caráter de esfíncter. São em numero de seis, si considerarmos o cólon como todo o grosso intestino: a) o de Hirsch, entre o ceco e o ascendente; b) o de Cannon, entre o terço direito e os dois terços esquerdos; c) o de Payr-Strauss, ao nível do angulo esplênico; d) o de Balli, no fim do descendente; e) o de Moutier, na parte média do cólon ileo-pélvico; f) o pélvirretal, entre o réto e a alça sigmoide. Esses pontos recebem uma rica inervação do simpatico intramural, constituindo os plexos de Auerbach e Meissner.

A exonerção intestinal é determinada pelas contrações peristálticas. Estas são provocadas pela excitação dos plexos nervosos mioentericos, que são órgãos de coordenação e harmonia dos movimentos intestinais involuntarios. A destruição dos plexos nervosos determina perturbações do funcionamento intestinal.

A origem congenita dos megacólon, apresentada por Hirschprung, não é verdadeira. Etzel, chefiando a escola paulista e apoiado pelo A., afirma, como no megacosofo, haver um desaparecimento, por atrofia inflamatória, dos plexos de Auerbach e Meissner. Verificou que a avitaminose, por carencia em vitamina B1 é capaz de produzir lesões dos plexos nervosos mioentericos, e estase intestinal consequentemente.

“Em suma, diz o A., trata-se, no megacólon, de uma desharmonia funcional, uma especie de bloqueio, devido a uma lesão definitiva do plexo nervoso intramural de Auerbach e Meissner, quasi certamente consequente á uma avitaminose.”

Como tratamento preventivo, na prisão de ventre rebelde, principalmente em erianças, é aconselhada a alimentação rica em vitamina B1, ou o uso de medicamentos que contenham estas substâncias.

Além de outras operações de resultado não comprovado, existem tres mais: a) colectomia mais ou menos extensa; b) gânglio-sympaticectomia lombar; c) ressecção dos esfíncteres do cólon.

Esta ultima consiste em destruir os esfíncteres que, pela acálase,

determina a estase fecal e, conseqüentemente, o megacólon, visto a lesão dos plexos nervosos ser definitiva.

A intervenção é de resultados ótimos, simples e benigna. Já foram operados 11 casos sem nenhum fracasso.

KANAN.

DA TRANSFIXÃO — *J.-P. Grinda*, de Nice — *Le Monde Médical*, 46.º ano, n.º 883, 15 maio 1936, pg. 735.

É um estudo sumario da transfixão óssea, com varias observações sobre 6 casos de fraturas da região trocanterica, 3 fraturas da diafise femural (faz ressaltar a potencia da extensão realizada graças á transfixão óssea capaz de libertar facilmente as interposições musculares, factores classicos da pseudartrose), e 15 fraturas da perna.

O material usado é o fio de Kirschner, feito em aço inoxidavel da grossura de uma corda de piano. É resistente, pouco traumatizante e perfeitamente suportado. Ha diversos tipos de estribo. O perfurador póde ser de mão ou elétrico.

O fio é colocado sob anestesia local ou raquiana.

A extensão continua deve ser bem orientada, progressiva e constante. É inocua, simples e completamente indolor.

É indicada no tratamento das fraturas pertrocantericas, transtrocantericas e subtrocantericas, assim como nas cervicotrocantericas ou basicervicais; nas fraturas da diafise e supracondilianas e intercondilianas; na fratura do cotilo com luxação central da cabeça do femur; nas fraturas da perna dificeis de reduzir; nas fraturas bimalcolares com fragmento marginal posterior; nas fraturas do calcaneo.

Conclusões: 1.º superioridade incontestavel dos fios de Kirschner sobre o material anteriormente utilizado; 2.º superioridade indiscutivel da tração diréta sobre o osso por transfixão para realizar a redução e a contenção dum grande numero de fraturas do membro inferior.

KANAN.

A OSTEOSINTESE NA CRIANÇA — SUAS INDICAÇÕES — SEUS RESULTADOS — *H. Billet* — *Le Scalpel*, 89.º ano, n.º 16, 18 abril 1936, pg. 491.

Todo o artigo é escrito para demonstrar que a escolha do tratamento das fraturas, sangrento ou ineruento, não está á vontade do medico. "O tratamento normal das fraturas é o tratamento não sangrento. O tratamento sangrento permanece um metodo de exceção; mas que aparece necessario desde que esteja demonstrado que o outro fracassou."

As suas conclusões estão baseadas em 25 anos de pratica de osteosintese.

KANAN.

UM PROCESSO SIMPLES DE OSTEOSINTESE TEMPORARIA
 NAS FRATURAS OBLIQUAS — *L. Pouyanne* — *Revue d'Ortho-*
pédie, 43.º ano, T. 23, n.º 1, jan.º 1936, pg. 61.

Consiste na transfixão dos fragmentos ósseos duma fratura oblíqua, por meio do fio de Kirschner, após redução realizada sob anestesia e mantida por uma bota gessada que, englobando as duas extremidades do fio, não permite a reacção do segmento inferior. O A. julga melhor dirigir o fio num plano perpendicular ao do traço de fratura, pois permite uma melhor coaptação dos fragmentos em consequência da tração muscular que tende a cavalgar os fragmentos. A operação deve ser fiscalizada pela radioscopia.

KANAN.

A TUBERCULOSE OSTEOARTICULAR DOS ADULTOS SOB O
 PONTO DE VISTA SOCIAL — *J. Deleheff* (Bruxelas) — *Le Scal-*
pel, ano 89.º, n.º 11, 14 março 1936, pg. 350.

A luta intensa que se tem desenvolvido é contra as localizações pulmonares da tuberculose. As outras manifestações cutâneas, gangliares, serosas, urogenitais e osteoarticulares da tuberculose são relegadas a um segundo plano, em virtude da sua quasi ausência de contagiosidade, e, também, pela ignorância até pouco tempo da sua frequência.

A tuberculose osteoarticular ataca a criança e o adulto, mas ha uma diferença que é preciso conhecer para orientar a luta. O diagnostico das lesões osteoarticulares na criança é mais facil, e o tratamento visa a anquilóse que se obtém mais facilmente que no adulto. No adulto, as manifestações clinicas são mascaradas por outros sinais, que desviam a atenção do medico para outros órgãos, submetidos consequentemente a tratamentos improficuos. O diagnostico precoce é a chave do encurtamento e bom sucesso do periodo de tratamento. Infelizmente, esses casos chegam ao medico quando ha um abcesso ou quando existem fistulas, atestando uma evolução longa do processo tuberculoso, e alongando com probabilidades de pouco sucesso o periodo de tratamento. Outras vezes, são rotulados esses casos com outro diagnostico, e submetidos a outros tratamentos, até que surja uma complicação que evidencie a verdadeira natureza da molestia.

Advem, nestas circunstancias, um prejuizo economico-social facil de avaliar, privando a sociedade da atividade individual, e fazendo arcar com despesas as sociedades mutuas ou a familia do paciente.

Em seguida, Deleheff analisa os 420 doentes adultos, que passaram durante 13 anos os 50 leitos da Clinica Maritima. Sómente 233 foram de tuberculose osteoarticular.

Mal de Pott	93
Coxalgia	41
Tumor branco do joelho	35
Tuberculose do pé	21
Tuberculose costal	11

Trocanterite tuberculosa	8
Tuberculose dum osso da bacia	7
Sacrocoxalgia	5
Tuberculose do cotovelo	5
Tuberculose da mão	5
Tuberculose da espadua	2

Sob o ponto de vista social é preciso atacar a tuberculose osteoarticular, fazendo um diagnostico precoce e hospitalizando em meio apropriado, a fim de que seja convenientemente tratada, e assim evitar os desastres que a ignorancia ou a desidia no tratamento pôdem determinar.

KANAN.

SOBRE O TRATAMENTO DAS FRATURAS DO COLO FEMURAL

— Albin Lambotte (Anvers) — Le Scalpel, ano 89.^o, n.^o 12, 21 março 1936, pg. 363.

Quando houver deslocamento dos fragmentos o tratamento operatório é quasi sempre indicado. Lambotte é partidario da operação a céu aberto. A artrotomia só é necessaria nas fraturas subcapitais, quando se faz a osteosintese transarticular ou a ressecção.

Nas fraturas *transtocantericas* com deslocamento, L. fixa os fragmentos por dois longos parafusos introduzidos pela face externa do trocanter. Não é preciso imobilizar em gesso.

As fraturas *basi e transcervicais* são tratadas pela mesma técnica, fazendo penetrar os parafusos até a cartilagem articular da cabeça.

O tratamento das fraturas *subcapitais* é difficil, como é provado pela variedade das técnicas com resultados sempre a desejar. L. permanece formalmente hostile aos processos de fixação pela face externa do trocanter. Para êle existem duas técnicas:

- 1.^o A osteosintese (prego) pela via transarticular.
- 2.^o A ressecção da cabeça articular.

A primeira é uma operação restauradora e conservadora, porém difficil e mais grave que a ressecção, podendo a cabeça se necrosar, e é particularmente indicada nos individuos jovens e bom estado de nutrição da cabeça do femur. Frequentemente a preferencia é dada á ressecção articular, completada pela osteosintese côxo-femural, que mantém o côlo femural na cavidade cotiloide sem necessitar a imobilização gessada.

Esta operação foi praticada por L. numa criança de 7 anos, em que a cabeça femural foi reabsorvida em consequencia duma estreptococcia, com bons resultados, sendo a marcha facil e sem apoio.

Para se evitar a anquilóse côxo-femural L. aconselha retirar a ligadura óssea tres a quatro semanas depois, seguindo-se a imobilização metódica.

KANAN.

A PROPOSITO DO TRATAMENTO DA OSTEOMIELE AGUDA NA CRIANÇA — *Albert Marique* — *Le Scalpel*, ano 89.º, n.º 6, 8 fev.º 1936, pg. 167.

Dividem-se em tres grupos os cirurgiões no tratamento da osteomielite aguda da criança: os intervencionistas, os abstencionistas e os ecleticos.

Todo o artigo é para demonstrar os resultados bons da diafisectomia, que póde ser primitiva quando é feita de inicio, secundaria quando é praticada após fracassos de outras intervenções. A diafisectomia deve ser precoce, isto é, quando a diafise ainda não constitue um sequestro morto. Praticamente é precoce quando é feita nos dois primeiros meses.

Nem todos concordam com esta intervenção, que deve ser bem observada nos seus resultados, devendo ser bem estudadas as condições da sua indicação.

“Em geral a ressecção faz medo, deixando-se influenciado por maus casos, ora por observações de infecção tão grave que a morte era fatal qualquer que fôsse o tratamento, ora por casos mal conduzidos por pensos intempestivos que comprometiam a reconstituição óssea.”

Marique ilustra o seu artigo com sete observações de casos pessoais.

KANAN.

W. D. Halliburton — COMPÊNDIO DE QUIMICA FISIOLÓGICA — Traduzido por Mario Bernd — Edição da Livraria do Globo — Porto Alegre — 1936.

A Livraria do Globo nos proporcionou a versão portugüesa do valioso compêndio que o professor Halliburton escreveu com a colaboração de J. A. Hewitt e W. Robson.

E' inutil tecer comentarios sobre o valor de um livro que, em idioma inglez, logrou absoluto êxito na sua duodecima edição.

A tradução de Mario Bernd é perfeita: conservou o espírito do original e vasou os ensinamentos científicos numa linguagem simultaneamente acessivel e agradável, como perfeito conhecedor que o tradutor é do nosso idioma.

Deliciados com a leitura do livro que temos deante de nós, estamos convencidos da verdade dos altos beneficios que essa publicação trará para a formação cultural da nossa juventude, no terreno tão difficil quanto belo da quimica fisiológica.

Para os médicos, não menor será o proveito, sendo-lhes proporcionada uma síntese sobre as conquistas feitas nesse departamento da Medicina e ficando imensamente facilitada a consulta rápida e eficiente a um livro de alto valor.

A. F.

João Maia — ANDRÉ, O FARRAPO — Edição da Livraria do Globo — Porto Alegre — 1936.

Esse romance representa um trabalho bem assemelhado aos outros

que João Maia produziu: escoreito na linguagem, perfeito na concatenação das mentalizações que encerra e cheio de vida.

Não poderia estar privado de duas características bem nossas: é um livro saturado de um sentimentalismo que, em certos trechos, comove; e tem no bojo a nobresa própria dos filhos do Pampa.

E' assim, um encanto o ler-se esse novo trabalho de João Maia, onde a fidelidade histórica se mantém intangida, sob uma feição literaria impecavel.

A. F.

C. Serono e R. Montezemolo — SULLA FORMAZIONE DI ESTRINA NELL'UOVO DI GALLINA DURANTE L'INCUBAZIONE — Bolletino della R. Academia Medica de Roma (Ano LXII — Facie. 4, de abril de 1936) — Roma.

Por uma gentileza toda especial do culto Prof. Cesare Serono, temos sobre a mesa a "separata" desse artigo, em que são estudadas criteriosamente as possibilidades da produção hormonal do ovo de galinha incubado.

Comporta esse estudo uma comparação entre essa produção e a do hormonio folicular, chegando os AA. á conclusão seguinte, depois de longos trabalhos:

"...no ovo de galinha em incubação, ha uma progressiva formação hormonal semelhante á dos mamíferos e que é de impossivel dosagem nos primeiros dias, sendo, sucessivamente, aumentada, atingindo seu maximo pelo 10.^o ou 12.^o dias, regredindo quantitativamente daí por diante, quando o embrião já afecta uma estruturação quasi completa. E finalmente, a formação de hormonio prehipofisario no ovo em incubação é ainda duvidosa."

Agradecendo a gentileza do Prof. Serono, pomos á disposição dos interessados o exemplar com que nos ofertou.

ANALES DEL DEPARTAMENTO CIENTIFICO DE SALUD PÚBLICA — Montevideo — Rep. Oriental del Uruguay:

Que maravilha de cultura e de sentimento panamericanista está diante dos nossos olhos!... E tudo porque?... por uma distinção especial do Departamento correspondente do Ministerio de Saude Pública do Paiz irmão.

Sentimos a maior das alegrias, entabulando permuta com essa publicação, dadas as iniludiveis semelhanças ambientais que, do ponto de vista sanitario, ambos os paizes revestem.

Agradecemos a fraternal deferencia dos colégas sanitaristas vizinhos, prometendo retribuir a visita que, espiritualmente, eles nos fazem.

A. F.

Diogo Ferraz — SEMIOLOGIA CIRURGICA
Livraria do Globo — Porto Alegre — 1936.

Chegou hoje á minha mesa de trabalho esse livro do venerando professor Diogo Ferraz.

Li dum sorvo seu trabalho, chegando á conclusão de que meus recursos eram poucos, para criticar um livro que, já na página cinco, está prefaciado pelo grande Augusto Paulino, a quem tive a ventura de ver operar.

E depois, no folhear das páginas e no meditar sobre o contesto delas, tive a próva perfeita de que me encontrava diante dum trabalho que estava fóra da minha crítica.

Velho crítico dos jornais leigos e com uma experiencia jornalística que abarca quase toda a minha vida, desde os quatorze anos, vi que o velho mestre Diogo Ferraz produziu um livro que fazia muita falta, para a formação profissional médica dos nossos jôvens patricios.

E se outros titulos de benemerencia não possuisse — como possui — o professor Diogo Ferraz, bastaria esse livro, para torna-lo reverenciado e querido pelos estudantes de Medicina e pelos médicos do Brasil.


Eis a expressão da alegria que experimento, ao ver publicado e victorioso o livro do venerando Mestre Diogo, como carinhosamente chamamos a este.

A. F.

Noticiario :

LABORATORIO GROSS

A 21 de julho, completou a primeira decada de atividade o laboratório supra.

Representa  aniversário a confirmação de mais uma conquista da indústria farmacêutica nacional.

Os produtos que são allí fabricados já se impuzeram nos círculos médicos brasileiros.

E o esforço de F. Gross merece todos os louvores, em face da necessidade urgente da nacionalisação da indústria farmacêutica brasileira.

Por isso, as nossas congratulações e os nossos desejos de prosperidade a quem vê, hoje, o coroamento de suas labutas.

Sociedade de Medicina

Atas

Áta da sessão realizada em 7.8.1936 na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: Prof. Mario Tota.

Secretario: Dr. Helmuth Weinmann.

Estão presentes os seguintes socios: Drs. Adair Figueiredo, Valdemar Niemeyer, Raul di Primio, Alfredo P. Santos, Xavier da Rocha, Custodio Vieira da Cunha, Alvaro Barcelos Ferreira, Maia Failace, Kanan, Basil Sefton, Carlos Carrion, Couto Barcelos e Luiz Barata.

A áta da sessão anterior foi aprovada sem sofrer emendas.

Em seguida foi proposto para socio efetivo o Dr. Julio Bocacio pelo Dr. Valentim.

Passando á ordem do dia toma a palavra o conferencista inscrito, Dr. Maia Failace, que profere sua anunciada conferencia sobre o "Estudo da agua da "Fonte do Cáis", cujo resumo é o seguinte:

De inicio, referiu-se o dr. Maia Failace, ao convite que lhe fôra dirigido pelo presidente da Sociedade de Medicina, no sentido de apresentar ao plenario um trabalho da especialidade do orador. Escolhera o assunto sobre o qual iria ocupar a atenção dos colegas presentes, por se tratar de um problema de saúde pública, apresentando alguns aspetos técnicos-sanitarios dignos de registro. Ilustrou sua conferência com vários quadros e desenhos demonstrativos das investigações feitas em colaboração com o dr. Y. Nemoto, sobre pesquisas químicas, bacteriológicas e outras visando o estudo da potabilidade e mineralização da denominada "Fonte do Cáis". Terminou sua conferência com as seguintes conclusões:

1.^o — O estudo topográfico, geológico e físico-químico da "Fonte do Cáis" autorisa a conclusão de tratar-se de água superficial acidentalmente mineralizada. Não se pode considera-la como verdadeira água mineral, pois ésta, no dizer expressivo de Loeper — "não é apenas uma solução aquosa de muitos saes, é um complexo físico e químico, por assim dizer biológico, cujas qualidades dependem em grande parte de sua origem. Enquanto as aguas frias são apenas de superficie, ordinariamente poluidas, as águas quentes, vindas de uma grande profundidade, são águas plutônicas, cheias de pulsações, que lhe dão múltiplas qualidades curativas."

2.^o — Da maneira em que estava sendo larga e abusivamente distribuida, a água da "Fonte do Cáis" não oferecia segurança quanto a sua

potabilidade, afirmativa documentada pelo estudo acima e por vários exames bacteriológicos feitos sob condições meteorológicas diversas.

3.º — Existindo em Porto Alegre um serviço de abastecimento de água potável, bem organizado e com processos de depuração precisos, é dispensável, ou melhor, não se justifica a entrega ao consumo público da água proveniente da referida "Fonte do Cáis". E mesmo na eventualidade de que novos dados informativos e outros elementos científicos viessem, porventura, modificar as presentes conclusões, revelando propriedades hidrominerais na água em fôco, o uso desta só licitamente poderia ser autorizado após prévias obras de proteção, de eficiência comprovada por longo período de observação, pois o papel da Higiene é, fundamentalmente o de prevenir e não o de remediar.

Com a palavra o Dr. Valdemar Niemeyer, passou a lêr um trabalho subordinado ao título "Localização radiográfica de corpos estranhos intra-oculares", cujo resumo é o seguinte:

O conferencista apresentou um caso de ferimento penetrante do globo ocular esquerdo produzido por corpo estranho. Tratava-se de uma partícula de ferro fundido de 3:2:1 mm. de dimensões que penetrou na região límbica da córnea, feriu a cápsula do cristalino produzindo no fim do 4.º dia uma catarata traumática. Finalmente a peça localizou-se na parede ocular, dentro do esclerótica, no segmento posterior.

As radiografias feitas em sentido antero posterior e lateral localizaram exatamente o corpo estranho, que foi extraído após incisão da conjuntiva do fundo de saco supero-externo. O conferencista estendeu-se em considerações em torno do prognóstico do caso em aprego.

Passou ainda em revista os diferentes métodos para localizar corpos estranhos intraoculares.

Assim, referiu-se ao método de duas exposições do mesmo fim, ao método esteroscópico de Sweet, ao método simplificado de Comberg, método este que o dr. Waldemar Niemeyer empregou com pequenas modificações e finalmente ao de Vogt.

Disentiu igualmente o valor e contra indicações destes diferentes métodos.

O conferencista apresentou completa documentação do caso de sua observação terminando com uma série de projeções explicativas dos diferentes métodos descritos.

O Prof. Mario Tota faz considerações elogiosas em torno dos trabalhos que a casa acabava de ouvir.

Por ultimo o Dr. Ygartua passa a lêr as conclusões do Congresso realizado no Mexico sobre a questão de raquitismo e esposmofilia. Nestas conclusões publicadas no Boletim do Instituto Internacional Americano de Assistencia á Infancia, figuram as apresentadas pelo Dr. Ygartua.

Porto Alegre, 7 de agosto de 1936.

Dr. Helmuth Weinmann

1.º secretario.

Áta da sessão realizada em 14.8.1936 em uma das salas do Sindicato Médico.

Os trabalhos são abertos pelo prof. Mario Tota.

Estão presentes os seguintes socios: drs. Basil Sefton, Hugo Ribeiro, Luiz Faiet, di Primio, Pereira dos Santos, Alvaro B. Ferreira, Sadi Hofmeister, Antéro Sarmiento, João Valentim, Eliscu Paglioli, Lupi Duarte, Ygartua, Luiz Barata, Carlos Velho e Kanan.

Lida e aprovada a áta da sessão anterior, toma a palavra o prof. Mario Tota, para transmitir aos seus colégas a grata noticia da estar vitoriosa a idéia da organização de secções ao envêz de criação de pequenas sociedades médicas. Refére aquêle professor, que, de acôrdo com os Estatutos, convocára duas sessões de assembléia geral, tendo a ultima delas, realizada em 10 do corrente, consagrado, por unanimidade, a fórmula por êle proposta em pról da manutenção e do prestigio da Sociedade de Medicina. Lê, então, os novos artigos que foram agora introduzidos nos Estatutos, relativamente á formação e funcionamento das secções.

Remata o prof. Mario Tota a sua exposição declarando que aproveitava o ensejo para modificar o artigo 1.º dos Estatutos, tornando mais ampla, mais benemerita e mais eficaz a ação da Sociedade. Com effeito, o artigo 1.º circunscrevia a finalidade da nossa Associação ao "exclusivo desenvolvimento da cultura científica dos seus associados". Pela modificação proposta e unanimemente aceita, essa parte do artigo 1.º ficou assim redigida: "tendo por fim desenvolver a cultura científica de seus associados e trabalhar pela solução dos problemas de medicina social".

O prof. Mario Tota explica que de acôrdo com a nova orientação e executando o programa que a si mesmo impôz ao assumir a presidencia, tenciona fazer a Sociedade de Medicina iniciar, em momento oportuno, com a prestimosa colaboração dos seus ilustres membros, uma série de conferencias publicas sobre temas de interesse social. Em seguida, e por ter de ausentar-se para atender a docente grave, o prof. Mario Tota passou a presidencia ao dr. Florencio Ygartua.

Posto em votação é aceito por unanimidade o dr. Julio Bocacio para socio efetivo.

Passando-se á ordem do dia, é dada a palavra ao prof. Basil Sefton que lê interessante conferência subordinada ao título "Sôroterapia na febre tifoide". O conferencista relata minuciosa observação, extendendo-se em considerações de ordem terapêutica e termina levando ao conhecimento da casa, os magnificos resultados que obteve, no caso em apreço, com o sôro proveniente do Instituto Lister, de Londres. O trabalho do prof. Sefton é comentado pelo dr. Ygartua.

A seguir é dada a palavra ao dr. H. Weinmann que lê uma comunicação do dr. Adair Figueiredo, ligada ao título "O mentol no tratamento sintomático do vômito". Nêste trabalho o dr. Adair relata os resultados obtidos pelo uso do mentol por via gástrica. Entrando em discussão, passam a comenta-lo os drs. Ygartua, Luiz Faiet, Barata e di Primio.

Antes de encerrar a sessão o dr. Ygartua marca a proxima ordem

do dia para a qual se inscreveu o dr. Jaci Carneiro Monteiro, com: "Extenose do esofago de causa pouco vulgar".

Porto Alegre, 14 de agosto de 1936.

Dr. Helmuth Weinmann

1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 21.8.1936, na sala de conferencias do Sindicato Médico.

Presidente: prof. Mario Tota.

Secretario: dr. Helmuth Weinmann.

Presentes os seguintes socios: drs. Jaci Monteiro, Adair Figueiredo, Norberto Pêgas, Luiz Faiet, Sadi Hofmeister, Edgar Eifler, Alvaro B. Ferreira, Manoel Karacick, Laurete, Hugo Ribeiro, Ygartua, Valentim, Armin Niemeyer, Pedro Pereira e Pereira dos Santos.

Deixou de ser lida a ata da sessão anterior por não se achar na séde da Sociedade o respectivo livro.

Foram propostos para socios efetivos os drs. Fernando Pombo Dorneles e Kant Keen de Lima, respectivamente pelos drs. Jaci Monteiro e Alvaro B. Ferreira.

A seguir foi dada a palavra ao dr. Jaci Monteiro, inscrito em ordem do dia, que leu um trabalho sob o titulo "Extenose do esofago de causa pouco vulgar", cujo resumo é o seguinte:

Começou o conferencista descrevendo a historia clinica de uma doente de 42 anos de idade, que sofria a quatro anos de perturbações da deglutição, dôres torácicas, regurgitações, vômitos, emagrecimento moderado e alternativas de melhoras e peoras em seu estado de saúde. Cita a anamnese retrograda e familiar sem importancia para o caso, descreve a anamnese fisiológica e detem-se um instante sobre o exame objetivo. Encontra os aparelhos circulatórios, respiratório, urinário e nervoso dentro dos limites normais, e aponta as irregularidades do aparelho digestivo pela presença de disfagia, vômitos, constipação intensa etc.

Diz que os padecimentos da doente são para o lado do esofago, e realça a insuficiencia dos meios clínicos habituais, para a exploração deste conduto, pela sua condição intra-torácica; contudo investiga a região cervical esquerda onde passa a porção superior do canal esofagiano e nada encontra de anormal. Relata que o cateterismo do esofago e a esofagoscopia não foram praticados por não existir no serviço material para este fim. Detem-se ainda sobre o exame do ventre e nada fora do comum é encontrado nesta região.

Informa, a seguir, que dada a rica sintomatologia, não encontrou dificuldades em catalogar o caso em estudo, entre as estenoses do esofago, e procura estudar o diagnóstico diferencial com outras entidades mórbidas. Descreve várias causas de estreitamento esofagiano, delimita com farta argumentação e documentação, as estenoses por esofagite aguda, as por ingestão de corpos extranhos, as cicatriciais, por ingestão de líquidos causticos, as cicatrizes de ulceras do conduto, as chamadas especificas, como a tuberculose, as sifilíticas e as actinomicoses; o cancer do esofago — a mais comumente encontrada, — as de causa extrinseca

por compressões motivadas por tumores ganglionares, bócio ou aneurismas da aorta. Aborda por último as estenoses de causa espasmódica como o cardio-espasmo, ou mal de engasgo, e diagnostica o caso em estudo neste capítulo mór.

Diz mais adiante que três são os meios que conta o semiologista para fazer o diagnóstico das afecções do estômago: o cateterismo, a esofagoscopia e o exame pelo raio X. Não usou os dois primeiros pelos motivos acima expostos e submete a sua paciente a exames radiológicos dizendo que os resultados obtidos por ésta investigação fornecem dados de grande valor. O resultado d'êste exame revelou que a paciente era portadora de um mega-esofago cujos contornos eram lisos e regulares a ausencia de imagem lacunares ou diverticulares. A estenose estava localizada sôbre o cárdia, terminando em infundíbulo com desvio para esquerda. Confirmou-se assim o diagnóstico de mal de engasgo.

Refere-se a seguir que a afecção é muito comum nos Estados do norte, em Minas e S. Paulo, onde foi brilhantemente estudada por Vampré Camargo, Parisi e ultimamente por Alípio Corrêa Neto através do seu livro Patogenia e Tratamento do Mega esofago.

Discute sua etiologia e patogenia, classificando-se de confusas, dada a variedade de opiniões que existem sôbre o assunto. Aponta a teoria de acalasia de Hurts defendida pela escola paulista e a esofagite que Guisez esposa como causa do cárdio-espasmo. Considera o diagnóstico relativamente fácil pela riqueza de sintomas revelados com o auxilio da radiologia. Entra no capítulo do tratamento e cita os processos terapêuticos não sangrentos, como as dilatações simples, electrolíticas, diatérmicas com o auxilio do esofagoscópio e as dilatações forçadas, os balões hidrostáticos de Russel ou Gotstein.

Aponta o tratamento sangrento com a abordagem do cárdia por via retrogada, após laparotomia e gastrostomia, e alude aos processos Mickulics, ao cateterismo sem fim, ás operações de Heller Sauerbruch, Vendel Heyrowsky, processos êstes que requerem a intervenção de um especialista ou cirurgião de carreira. Já com a dilatação forçada pelo balão de Russel isto não acontece, visto ela poder ser praticada por qualquer profissional que possua o necessário instrumental. Mais adiante diz que êste processo foi divulgado entre nós pelo professor Almeida Prado, de São Paulo, e introduzido no Rio Grande pelo dr. Alfeu B. de Medeiros, diretor da 10.^a enfermaria da Santa Casa. Declara ainda o conferencista que êste processo já foi empregado 8 vezes no serviço do dr. Bica de Medeiros e os resultados colhidos foram os mais satisfatórios possíveis, trazendo a cura dos enfermos. Deserve a seguir o balão de Russel, a técnica de sua introdução, os cuidados pré-operatórios para com o doente, o controle do balão dentro do esofago por meio do raio X, seu enchimento com liquido opaco e a dilatação progressiva do cárdia. Relata depois os resultados imediatos e as sequelas operatórias, terminando sua palestra expondo diversas radiografias com as formas mais comuns de enrose do esôfago.

O trabalho do conferencista é discutido pelos drs. Valentim e Mario Tota.

Com a palavra o dr. Ygartua, faz a necrologia do prof. Navarro,

de Buenos Aires, recentemente falecido. Termina pedindo que sejam apresentados pezames em nome da Sociedade, á familia do illustre morto, á Faculdade e Sociedade de Pediatria de Buenos Aires. Esta proposta é aceita por unanimidade pela casa.

Porto Alegre, 21 de agosto de 1936.

Dr. Helmuth Weinmann

1.º secretario.

Áta da sessão realizada em 28.8.1936 na sala de conferencias do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Presidente: prof. Mario Tota.

Secretario: dr. Helmuth Weinmann.

Presentes os seguintes socios: drs. Norberto Pêgas, Fernandes Peña, Saint-Pastous, Celestino Prunes, Corrêa Meyer, Adair Figuciredo, Manoel Rosa, Sadí Hofmeister, Lupi Duarte, Leonidas Escobar, Rubens Pena, René Flôres, Risi, Pombo Dorneles, Eliseu Paglioli, Argemiro Dorneles, Henrique Heredia, Florencio Ygartua, Hugo Ribeiro, Valentim, Marajó de Barros, Martim Gomes, Flôrez, Roque Degrazia, Hofmeister, Frederico Ritter, Pedro Maciel, Heitor Cirne Lima, Poli Espirito, Basil Sefton, Valdemar Niemeyer e José Flôres Soares.

As duas átas das sessões anteriores lidas pelo 1.º secretario, foram aprovadas sem emendas.

Foram accitos por unanimidades como socios efetivos os drs. Fernando Pombo Dorneles e Kant Keen de Lima.

Passando-se á ordem do dia foi dada a palavra ao prof. Saint-Pastous, que produziu interessante conferencia subordinada ao titulo "Síndromes icterigenicas pseudo-coledocianas. Problemas de diagnóstico e terapêutica".

O conferencista iniciou se utrabalho comentando a historia clínica de dois casos de síndrome icterigenica do tipo coledociano, operados pelo dr. Alfeu B. de Medeiros, focalisando problemas médicos de atualidade no moderno capítulo da patologia biliar, afirma que neste último decennio a fisio-patogenia clínica e cirúrgica enriqueceu-se com novos procesos semióticos e recentes orientações nas técnicas operatórias.

Tambem a cirurgia das vias biliares tende a se desenvolver no sentido fisiológico. Após minuciosa discussão das observações clínicas citadas, estudou a fisio-patogenia das síndromes icterigenicas coledocianas verdadeiras e aparentes, passando em revista os métodos semiológicos de diagnóstico, sobre os quais se deteve em longas apreciações.

Referiu os recentes estudos do prof. Solé sôbre classificação e tratamento das ictericias; citou os trabalhos de Egydio Mazei e Horacio Acevedo sôbre fisio-patogenia e semiologia da síndrome coledociana;

? os trabalhos de Simon Rey, Bengolea e Solé, pôz em realce o papel da tubagem duodenal da cirurgia e da necropcia nas novas concepções etio-patogenicas das ictericias. Passou a destacar o valor importante nos estudos das curvas bilirrubinemicas de Varela Fuentes no diagnóstico e prognóstico das síndromes icterigenicas. Estudando a evolução histórica do capítulo das ictericias; opôz ao conceito de obstrução

mecânica do coledoco o fundamento das hepatites como transição á época das coledocistites icterigenicas, que divide em dois capítulos: as coledocistites métricas curáveis com a tubagem duodenal e as coledocistites cirúrgicas.

Comenta os notáveis estudos de Chabrol Berar e Mallet-Gessy da colecistotomia no diagnóstico das síndromes icterigenicas. Passou a estudar a síndrome de coledoco-odite retratil de Delvalle, dando a orientação diagnóstica e os processos terapêuticos. Demonstra a importância do método colangiográfico pelo Litiodo após colecistostomia semiologia hepato-biliar, referindo a contribuição do nosso meio do prof. Martim Gomes.

Estudou, por fim, o moderno capítulo das disquenesias colangiopáticas da escola alemã de Westphal, dando suas impressões dos notáveis estudos do prof. Mariano Castex sobre o fundamento neuro-endocrinológico das colangiopatias desquímicas de Westphal.

Terminou, dizendo que de acordo com a tendência da medicina contemporânea para a concepção funcional da molestia, isto é, para a possibilidade de surpreender e caracterizar síndromes mórbidas sem substrato anatomico, pode-se avançar que no domínio das vias biliares já se abriu o capítulo da patologia fisiológica.

Tomou a palavra o dr. Maia Failace, que leu a seguinte carta do dr. Gastão de Oliveira:

Porto Alegre, 27 de Agosto de 1936.

Prezados colegas Drs.

Jandir Maia Failace e Carlos Carrion

Sociedade de Medicina

NESTA

Saudações.

Pela presente carta, venho rogar aos ilustres colegas o obsequio de transmitirem á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, em sua proxima reunião, e em meu nome, por isso que estarei ausente desta capital, a seguinte "nota prévia", dos meus primeiros trabalhos, presenciados pelos colegas, em seu laboratório, sobre material ora colhido, deixando o prosseguimento das pesquisas sob os cuidados do seu laboratorio, cujos resultados, serão também oportunamente comunicados.

Nota:

Captura de um exemplar de "Triatoma Infestans" (KLUG), no perimetro urbano da capital, na rua General Camara, entre as ruas Siqueira de Campos e Avenida Mauá, nesta cidade.

Grandemente afectado, recusou alimentar-se e morreu em 48 horas.

Procedida logo a dissecação, foram encontrados numerosos flagelados binucleados, ao exame microscópico, do conteúdo do tractus digestivo, com as características morfológicas de "erithidias, herpetomonas, leptomonas, e tripanosomas.

Diagnóstico: Flagelados do hospede invertebrado da "Molestia de CHAGAS".

Prova Biológica: Inoculação intra-peritonial e conjunctival do conteúdo digestivo citado, em cobaio. Resultado ainda em pesquisa.

Antecipando os meus melhores agradecimentos, aproveito-me da ocasião, para apresentar os meus cumprimentos aos ilustrados colegas da Sociedade de Medicina, e subscrevo-me com elevada estima

Ato. amgo. obgdo.

(a) *Dr. Gastão de Oliveira.*

Depois de breves comentarios sôbre o interesse da comunicação do dr. Gastão de Oliveira, o dr. Maia Pailace pôz á disposição dos colegas presentes as laminas do exemplar do triatoma infectado e já examinados anteriormente por vários colegas que mencionou.

Por último tomou a palavra o dr. Hugo Ribeiro, que relatou interessante caso de parantose do cabelo, sôbre o qual fará em breve um trabalho detalhado.

Antes de encerrar a sessão o prof. Mario Tota marcou a proxima ordem do dia na qual se inscreveu o dr. Heitor Cirne Lima com o tema: Campanha contra o cancer na Argentina. Contribuição ao estudo da reação de Roffo.

Porto Alegre, 28 de agosto de 1936.

Dr. Helmuth Weinmann

1.º secretario.

