

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVI

ABRIL DE 1937

N. 4

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1937

PRESIDENTE

MARIO TOTTA

Cat. de Clinica Obstetrica

VICE-PRESIDENTE

WALDEMAR NIEMEYER

Doc. de Cl. Oftalmologica

SECRETARIO GERAL

HELMUTH WEINMANN

Docente de Histologia e
Embriologia Geral

1.º SECRETARIO

LUIS S. BARATA

Doc. de Cl. Urologica

2.º SECRETARIO

CARLOS CARRION

TESOUREIRO

CORADINO L. DUARTE

Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

THOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

FLORENCIO IGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

ELYSEU PAGLIOLI

Doc. de Anatomia, Cirurgia
e Obstetricia

SECRETARIO DA REDAÇÃO

ADAYR FIGUEIREDO

REDADORES

NOGUEIRA FLÓRES

ANNES DIAS

R. DI PRIMIO

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

H. WALLAU

AMERICO VALERIO

ALVARO FERREIRA

IVO CORRÊA MEYER

JOÃO L. DE AZEVEDO

MARTIM GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

J. MAYA FAILLACE

JACY MONTEIRO

FLÓRES SOARES

HUGO RIBEIRO

NINO MARSIAJ

— 0 —

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

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

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originaes

MARIO BERND — Algumas considerações sobre a determinação do anidrido carbonico sanguineo, do cloro eritroplasmatico e do pH hematico	Pg. 145
ANTONIO BOTTINI — Brucelose humana	„ 157
HOMERO JOBIM — Soro diagnóstico da febre tifóide	„ 163
RAYMUNDO GODINHO — A dietetica nas doenças das vias biliares..	„ 169
J. MAYA FAILLACE — Alcoolismo e propaganda mercantil	„ 171
O raquitismo e suas formas no Brasil	„ 174

Nota therapeutica

Insulina na therapeutica ocular	„ 176
---------------------------------------	-------

Revista das revistas

Revistas das Revistas	„ 177
-----------------------------	-------

Homenagem

O falecimento do Prof. Jacinto Gomes	„ 179
--------------------------------------------	-------

Noticiario

Noticiario	„ 182
Segundo Congresso Brasileiro de Oftalmologia	„ 183

IODEFIS

PREPARADO COM IODOPEPTI-
DIOS ABIURÉTICOS
amps. 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 ENTORPECENTES

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

Lab.^{rio} Gross - Rio

Algumas considerações sobre a determinação do anidrido carbonico sanguineo, do cloro eritroplasmatico e do pH hematico (1)

por

Mario Bernd

da Associação Bioquímica Argentina e da
Sociedade de Biologia de Montevideu.

Acompanhando esta afirmação gloriosa da nova mentalidade do Brasil e, mórmente, do Rio Grande, certo, qual indice dessa trepidação litero-científica, reveladora de nossa terra desconhecida, quis a Sociedade dos Livre Docentes, demonstrar, por esta série de conferencias, iniciadas de módo tão brilhante, de quanto seria capaz, no concerto destas forças vivas, que latejam soffregas, por um elasterio de expansão, por um vagar de cintilações flabeladas...

A seu directorio pujante de luz e de seiva, cabe a culpa de estar aqui agóra o mais modesto de seus componentes, a balancear vossa paciencia.

A época é de transição ou constitue o arrebol de nova éra.

Foram-se as visões parciais do mundo e do homem. Estamos a contemplar os ultimos arrancos da experiencia que o mesmo fez na Renascença ao se desvincillar do medievalismo e cair na concepção antropocentrica do Universo: o homem como padrão e medida de tudo. O racionalismo alçou o colo e despenhou na humanidade as maiores calamidades de todos os tempos. Culminando na Revolução Francêsa, saturou de erros, as ideologias que se refletiram na civilização americana incipiente.

As nações e a sociedade têm de arrostar neste mundo as consequencias dos desvarios voluntarios. Deus não obriga ninguem, nem individuo, nem coletividade, a seguir esta ou aquela orientação.

Ministrando a luz da razão e o facho da liberdade, deixa que os seres inteligentes escolham o caminho que lhes aprouver.

A antropolatria encontrou e apresentou o homem sem Deus, como era em si mesmo: cheio de miserias e ferocidade.

O culto obsidente da fórmula esqueceu o espirito e enclausurou a pessoa humana, de raios e tentaculos infinitos, entre os limites de um oocito e de uma cardioplegia inamomivel ou a putrefação de um sepulcro.

O alcance da zarolha ciencia positiva pretendia resolver todos os problemas do homem inquieto e insatisfeito, até o de sua felicidade.

*) Conferencia realizada na Semana de Expansão Universitaria dos Docentes Livres da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, em Outubro de 1936.

Depois de rios de lagrimas e de sangue que se exponenciaram de 1914 a 1918, a humanidade começou a descer dos paradigmas sublunares.

Todos os idolos foram feitos em pedaços. A mesma America, pouco mais ou menos na mesma época, como um despertar de consciencia coletiva jogou por terra as suas cartas constitucionais, modificando os governos de modo reacionario.

E hoje já se fala publicamente de tal modo espiritualistico que faria escandalo, vai para umas decadas.

A doutrina positiva esterilizou a investigação científica, pois proibia ao espirito humano as pesquisas, além do material, taxando este, de *x* desconhecido, inatingivel.

Naturalmente, mesmo os sequazes de tal sistema, não executavam esse imperativo, pois a estrutura da personalidade humana é uma só.

Inconscientemente fraudavam seus principios, perpetrando a mais polpuda das metafisicas até na elaboração mental mais simples.

E' incalculavel o maleficio e o atrazo determinados na medicina pelo considerar o homem, parcialmente e, sob o prisma insignificantissimo da materia.

A ciencia médica francêsa começou a compreender, penitenciar-se e reparar o seu erro. Já não afirma que o pensamento seja secreção do pé da 3.^a circumvolução frontal. A influencia aceita do animico sobre o somatico tem aberto horizonte cheio de clarões, aos clinicos gauleses.

Deseconceituado do seu totalitarismo, as consequencias desequilibrantes, não se fazem esperar, repercutem universalmente no sentido quantitativo e qualitativo. E os mesmos pseudocientistas que nos designaram de obscurantistas, confessam agóra que escuridão existiu e profunda, mas no cerebro deles.

Nada mais brutal do que o fáto, diz Austregesilo.

Mas Claudio Bernard sentenciára: "Un fait n'est rien par lui même. Il ne vaut que pour l'idée qui s'y rattache ou pour la preuve qu'il fournit".

Acrescenta Sabonraud:

"Le fait devient quelque chose par l'interpretation qu'on en donne".

Pena é que tal interpretação seja tantas vezes falseada involuntaria e até voluntariamente, como aconteceu com Ernesto Häckel.

Não vou entrar agóra em pormenores de tecnica sobre capni, elori ou hidrogeniontimetria.

Apenas venho trazer o resultado de analises e, portanto, de factos que desafiam qualquer contestação, tanto em si mesmos, como naquilo que exprimem.

Cumpre, antes do mais, assinalar o quanto se tem esforçado o Pro-

fessor Tomás Mariante na direção do Instituto Osvaldo Cruz que reúne, exceção feita de mim, a mais selecta pleiade de técnicos do Sul do Brasil.

Tem sido esse mestre de uma dedicação, a toda prova, atendendo, imediatamente, a qualquer pedido de reagente ou aparelho para fins de pesquisas mesmo, "et pour cause", especulativas.

Promoveu a realização de conferencias mensais no Laboratorio Central das Clinicas, que muito têm servido para aprimoração das tecnicas, e justo motivo de superação e estimulo cultural reciproco.

Naquela intimidade que é apanagio dessas casas de trabalho, onde se cultua a ciencia, ninguem sente melindre si interpelam sobre um fato ou uma teoria proposta.

Despersonalizamo-nos, tendo por unico escopo a verdade.

Submetemos imediatamente a questão a seus devidos termos. Controlamos o experimento por uma tecnica rigorosa e testemunhada.

Foi o que aconteceu com a questão da clorimetria. Havia alguem que sustentava ser necessariamente igual ao cloro do sangue total, a soma do cloro globular e plasmatico. Contestei-o, lógico. Mas o redarguente se entocaiava em palavras vagas e equivocas. "Fala na Sociedade de Medicina", disse o Professor Tomás.

Achei de bom aviso o alvitre. Aceitei a idéia e reptei o meu antagonista á comparencia, ou alguem por ele. O apregoado não apareceu e o juiz deferiu o despacho por um belo escore...

Estava eu de palestra com o Professor Tomás, de outra feita, quando um docente da Faculdade asseverava categoricamente não ter importancia a colheita do sangue, ao se determinarem o CO_2 cloroeritroplasmatico e pH hematico, com ou sem resguardo parafinico.

Garante que ao mesmo concluir chegára bioquimico-analista de nosso meio, após o contróle de dosagens duplas. Terminára por afirmar que essa precaução de impermeabilizante, não passa de filigrana dispensavel no ramerrão quotidiano das pesquisas clinicas, podendo, quando muito, encarecer nas delicadas investigações de caráter especulativo.

O Professor Tomás estava curioso por saber com quem estava a verdade.

Já, "a priori", ela se colocava numa equação muito simples. Os gases, quando dissolvidos em meios diferentes e com tensões diversas, fatalmente tenderão a equilibrar a pressão e o coeficiente de dissolução, ao se pôrem esses meios em contacto. Ora, sabemos que a percentagem de CO_2 dissolvido no sangue é de 5,5% ou 40 mm. de Hg e no ar atmosférico não atinge a 0,005%. Lógico, "in vitro" a passagem de CO_2 do sangue para o ar devia ser fatalmente rápida, de acordo com a propria essencia do fenomeno respiratorio.

Si se tratasse de um gaz inerte como o nitrogenio, não haveria influencia reacional, mas sabemos que o CO_2 quando dissolvido n'agua representa o papel de um acido fraco. A taxa de 5,5% de CO_2 entra em equilibrio com a quantidade de anidrido carbonico que perfaz e substra-tua os sistemas tampões do sangue.

Ora, sabemos todos, que a determinação da assim chamada reserva alcalina nada mais é do que uma medida do CO_2 sanguineo, não só li-

berto por ação do ácido sulfurico, mas tambem do já existente em dissolução e do que está no regime tampão. Qualquer desprendimento de CO_2 dissolvido, acarretaria uma saída do ácido carbonico do tampão, e até mesmo, eventualmente, transformação de duas moleculas de NaHCO_3 em uma de Na_2CO_3 com eliminação de uma de CO_2 e outra d'agua ($2 \text{NaHCO}_3 = \text{Na}_2\text{CO}_3$ mais CO_2 mais H_2O).

Urge ainda anotar aqui haver uma outra fonte importante de erro de interpretação, justamente em diabéticos. O ácido diacético que pôde estar elevado nestes doentes, sofre ataque pelo ácido sulfurico, desprendendo CO_2 .

E' excusado dizer, aliás, que todos os livros de tecnica preceituum taxativamente a coléta sanguinea a resguardo do ar atmosférico no caso do pH, CO_2 e clorimetria eritroplasmatica.

Talvez a diferença fôsse desprezível. E éra o que me cumpria vêr.

Mas o argumento éra aqui o facto alegado. E o facto só se destroi com outro fáto, mas, isento de interpretação dubia, provocado "ex-professo" com fim determinado.

Pensei, outrossim, com Claudio Bernard:

"Quand un fait qu'on recontre est en opposition avec une théorie, il faut accepter le fait, abandonner la théorie, lors même que celle-ci, soutenue par des grands noms, est généralement adoptée."

Já tinha notado de uma feita, entre as centenas de dosagens de CO_2 por mim feitas e com um sangue não resguardado, após 24 horas, deparrava a taxa absurda de 12 volumes por cento, em doente da Enf. Cirurgica da Santa Casa de Misericórdia e relativamente bem de metabolismo.

Sistematizei as minhas pesquisas da seguinte fórmula:

Colhi sangue com oxalato do mesmo doente sob e sem parafina.

Deixei alguns em repouso 24 horas, outros 6 horas, $\frac{1}{4}$ de hora os restantes, fazendo a dosagem imediata, após a extração.

A média dos resultados foi a seguinte:

Dosagens após:	24 horas	{ Sangue com parafina 45 vols. %
		{ Sangue sem parafina 20 vols. %
	6 horas	{ Sangue com parafina 55 vols. %
		{ Sangue sem parafina 30 vols. %
	$\frac{1}{4}$ hora	{ Sangue com parafina 63 vols. %
		{ Sangue sem parafina 40 vols. %
Dosagem imediata	{ Sangue com parafina 55 vols. %	
	{ Sangue sem parafina 44 vols. %	

A tecnica por mim seguida foi a de Van Slyke e Cullen, conforme vem descrita por Gilberto Vilela, Rondoni, Bergeim e Hawk.

No tubo coletor:

De vez — 1 gota de mercurio; 2 gotas de NH_4OH a 1%; 1 gota de alcool octilico; 1 cm^3 de agua distilada; 1 cm^3 de plasma limpido. Quanto ao mais, obedeci aos tramites da primitiva metodologia de Van Slyke.

Novo! Oclinum

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

«Knoll»

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

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

Indicações principais:

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

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

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



KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO

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

Larostidine „ROCHE”

Tratamento bioquímico das

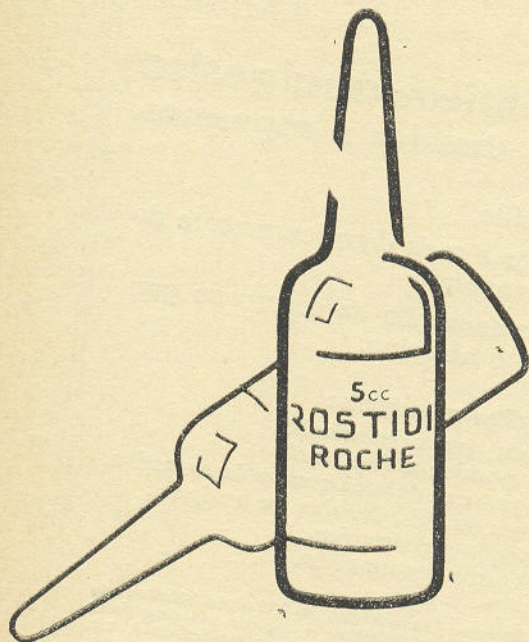
**Úlceras
Gastro-Duodenales,**
pelo chlorhydrato de
histidina

Producto original
estudado por Weiss,
Aron, em collabora-
ção com a casa „Roche”.

IMPORTANTE.

Solução a 4%, ampolas de 5cc., doses preconizadas por Weiss, Aron e consagradas pela pratica.

Injecções indolores, intramusculares ou sub-cutaneas, diariamente durante tres semanas approximadamente.



Grande vantagem de preço.

Garantia da marca «ROCHE».

Caixa de 6 ampolas de 5cc.

Productos Roche S. A. - Rio de Janeiro

Ha vantagem neste processo porque a deposição do plasma debaixo d'água evita o contato com o ar atmosférico.

Portanto, fica provado á saciedade que importa muito, receber o sangue sob parafina para determinação do CO₂.

Investiguei, outrossim, a influencia perniciososa possivel do anti-coagulante usado: os oxalatos metallicos. Fiz dosagem com oxalato e sem oxalato, com centrifugação tão rapida que permitisse a dosagem antes da coagulação do plasma. O resultado foi sensivelmente o mesmo: 55 vols.% e 55 vols.4%.

Experimentei tambem a dosagem com sangue com oxalato e parafina e sem oxalato e parafina. Quer dizer, dosagem no plasma e no sôro resguardados. Havia diferença para mais a favor dos globulos. No sôro encontrei no caso 65 vols. % e no plasma 62 %. Tambem fiz dosagem no sangue sem oxalato e sem parafina; isto é, no plasma resguardado e no sôro não resguardado. A diferença não foi tão grande como entre plasma resguardado e plasma não resguardado.

Encontrei, num caso, 72 vols. de CO₂% no plasma e 48 no sôro não resguardado.

Estas comprovações pronunciadas, aliás, numa das sessões do Instituto, foram ouvidas com toda a atenção pelo nosso insigne e nobre director, Professor Tomás Mariante, que me deu ganho de causa na questão, subserendo "in totum" minha argumentação.

Verificámos as vicissitudes sofridas pelo cloro globular e plasmatico sob a ação do CO₂.

O primeiro doutorando, a quem ensinei a dosar cl. globular e plasmatico foi Henrique Rupp em 1934.

Chegára nesse tempo da Europa o livro de Chabanier Lobo-Onell: "Hypoclorémie post-opératoire". Outro doutorando que está fazendo tése no laboratorio Mario Bernd sobre a relação eritroplasmatica e capnemia na anestesia local, é o sr. Eugenio Adams.

O livro magnifico dos mesmos autores, Chabanier et Lobo Onnel "L'exploration fonctionnelle des reins", data de 1930.

Nino Marsiaj abordou em sua prova oral de Clínica Medica (concurso Fac. Med. P. Alegre, 1935) a orientação destes observadores.

No meu trabalho sobre clorimetria, lido o ano passado na Sociedade de Medicina e publicado na "Revista dos Cursos" já aventára a hipótese do cloro evadir-se do sangue sob influencia de um diferente p_H, levando em consideração o ponto isoeletrico das proteínas.

Na conferencia feita em Montevidéu em 1929, na Sociedade de Biologia, eu asseverei:

"Julgo que o cloreto de sódio começa a diminuir no sangue, quando os órgãos nobres lhe reclamam a presença para assegurar a integridade das albuminas, *conditio sine qua non* de sua vitalidade, comprometida pela inundação de toxicos dos residuos azotados.

Age aí o muriato de sodio como verdadeiro protetor da celula viva, da mesma fórmula como o calcio.

São esses dois cörpos, os guardas avançados da defesa quimica do

organismo, contra os toxicos..." Isso naquela época; hoje, a concepção é diferente.

E' de admirar que em nosso meio esta noção de cloro globular e plasmatico não esteja mais difundida.

A teoria que explica a formação do HCl gastrico, parte da ação do CO_2 sobre o Na Cl com a consequente formação de bicarbonato, donde alcaluria, a "alcalotic tide" post-prandial dos ingleses.

A experiencia crucial de Hamburger data de 1902, descrita no "Arquivo de Anat. e Fisiol.", N.º 492. Averiguaram que com o sangue "in-vitro" ha troca de Cl e H_2CO_3 , e passagem do cloro globular para o plasma, quando a tensão de H_2CO_3 diminue neste, e vice-versa.

Ambard concebeu que o cloro está ligado frouxamente ás albuminas, constituindo as cloralbuminas, metaproteínas acidas ou sintoninas.

Repetiu-se a mesma experiencia, submetendo o sangue a uma atmosfera de CO_2 , a 7 e a 2'%.

A clorimetria teve o seguinte resultado:

Atmosf. a 7%	Elevação do Cl Gl e rel. eritropl. maior do que 0,5
" " 2%	" " Cl Pl " " " menor do que 0,5
A taxa de cloro em Na Cl nos globulos é de 3 gs. ‰	
" " " " " " " no plasma " " 6 " ‰	

Já naquela época, Hamburger averiguára que os cationtes não atravessam a membrana dos globulos. Em 1911, conforme se vê no "*Zeitschrift für Elektrochemie*", f. 17, pg. 572, Donnan formulava as bases do equilibrio que lhe levou o nome. Lobo-Onnel, Chabanier e Ambard extraíram destes achados as idéias diretrizes para seus estudos.

Estava feita a verificação, mas eu quis experimentar em dosagens essa procedencia. Assim recolhi sangue sob parafina e com oxalato e sem parafina com oxalato.

No primeiro caso encontrei indice de 0,512; no segundo, de 0,483. Veio confirmar a minha opinião prévia:

O sangue não parafinado deixa sair o CO_2 plasmatico e, para contrabalançar essa perda de anionte, passa cloro dos globulos para o plasma.

Logo, é causa de erro recolher sangue nestas condições.

Nestes dias e expressamente para este trabalho, fiz experiencias com o pH.

Tirei sangue da Sra. L. M. do Ambul. da Mulheres da Santa Casa de Misericórdia, n.º do registo — 9845.

Coloquei-o em dois tubos centrifugados em separado. O seringar foi o mesmo. Os dois tubos tinham oxalato mas só um parafina.

No tubo sem parafina achei um pH igual á 7,29.

No tubo com parafina achei um pH igual á 7,51.

O aparelho empregado foi o potenciometro da Casa Leitz, sensível até c 0,02 de pH com electrodio de quinidrona.

Qual a causa do diferente pH? Porventura, o anticoagulante, oxalato de sódio, como alguns podiam objetar?

Não, porque conforme os trabalhos de Cullen, Gilberto Vilela, ficou demonstrado irretorquivelmente que na solução até de 1% não interfere

de modo absoluto na reação do sangue, tendo eu empregado em proporção menor.

Seria, quiçá, pelo fáto dos tubos centrifugais não serem de vidro neutro?

Posso afirmar que não, pois as condições para as duas dosagens foram identicas.

Havendo atuação num caso, no outro tambem deveria existir. O que importa é que a diferença atingiu a 0,22. Esta não tem outra explicação. Expondo diretamente o sangue ao ar atmosférico, o CO_2 que representa um acido, se evola e o pH, tem de subir forçosamente para a zona da alcalinidade.

Eis a tereira parte de minha asserção, que desafia qualquer réplica.

Considerações corolarias

Gilberto Vilela afirma na pagina 114 da livro "*Determinação do pH e da reserva alcalina*" que, para a dosagem do CO_2 sanguineo é indispensavel a proteção impermeabilizante, não o sendo para a reserva alcalina. Como deixa vêr, a reserva alcalina para ele são os bicarbonatos.

Mas, á pagina 124 do citado livro diz que é precaução necessaria na dosagem volumetrica da reserva alcalina (bicarbonato) pelo H Cl, manter o sangue sob "oleo de vaselina".

Vê-se pela bibliografai que o autor se refere aos trabalhos de Chabanier-Lobo Onnel, a proposito da acidose do recém nascido.

Rondoni e Vilela aconselham a insuflação do sangue para dosar reserva alcalina, com a propria expiração do tecnico.

Rondoni acrescenta que neste caso se tornaria desnecessario recolher o sangue sob parafina.

Em primeiro lugar é preciso perguntar si as modificações decorrentes da exposição do sangue do paciente ao ar atmosférico, seriam ainda sanaveis pelo ar alveolar do experimentador.

Em segundo, é preciso ter na memoria que em se tratando de doente com baixa ou alta tensão de anidrido carbonico, a intromissão do CO_2 alveolar do manipulante que, demos de barato, seria normal, acarretaria modificações na leitura, que é de admirar, não tenham despertado atenção a Rondoni.

Si o ar alveolar aproveitado, fôsse o do proprio paciente, poder-se-ia ainda formular a objeção primeira.

Li, outrossim, não sei onde, que a displicencia do tecnico ia até a fazer dosagem da reserva no sangue total. Desde que hoje, devido a maiores esclarecimentos bioquimicos, se separam por um comum divisor da agua, o globulo e o plasma, como espelhos respetivamente dos tecidos e dos sistemas lacunares e intersticiais, afóra outros inconvenientes, não seria de desprezar a inutilização temporaria do aparelho de Van Slyke que, só mediante 24 horas de mistura sulfocromica concentrada, se de-terge, relativamente, dos destreços impregnantes da hematia. Aliás, isto tem se dado em nosso meio.

Creio bem que o desenvolvimento dos modernos estudos de Chaba-

nier e Lobo-Onnel, Ambard, Legueu, M. Lélou, etc., possa explicar estas atitudes paradoxais, para não dizer absurdas.

O reflexo, naturalmente, dessas para a clinica é ainda mais acentuado, e de lamentáveis consequências.

Vejamos um doente atacado de grande hiperpnéia; a consequencia será uma diminuição do anidrido carbonico no sangue. O clinico ainda amarrado á velha concepção simplista poderá pedir ao laboratorio uma dosagem de reserva alcalina.

O resultado será uma taxa pequena, abaixo da normal, de volumes de $\text{CO}_2\%$.

É ingenuamente vai dogmatizar que se trata de acidose seguida de uma terapeutica equivalente, cuja interpretação será feita com luxo de pormenores e justificada por *a* mais *b*.

No entanto, o doente, por este simples fáto respiratório poderá estar ás voltas com uma alcalose gasósa, simplesmente pelo fáto de ter o seu sangue perdido um anionte gasoso, que é o CO_2 .

Vice-versa, si o paciente fôr vítima de obstrução pulmonar qualquer, o efeito será a retenção exagerada de anionte carbonico. A dosagem da assim chamada reserva alcalina pelo nosso amigo, exporá uma taxa alta, super-normal de volumes de CO_2 , arrastando-o a jurar por uma alcalose. No entanto, afastando do quadro outras causas disturbantes, o doente estará havendo-se, mas é com uma acidose gasosa, em virtude da presença de aniontes carbonicos anormalmente excessivos no sangue.

A razão deste paradoxo reside justamente no fáto de que o anidrido carbonico livre, representa sempre um acido, ao passo que, quando liberado do bicarbonato por ação do acido sulfurico, ele exprime indirétamente um alcali. Eis porque uma resposta de Van Slyke isoladamente não pôde autorizar ninguem a firmar um diagnostico de acidose ou alcalose.

Daí nasceu o erro da concepção classica da síndrome acidotica não diabética, da acidose renal, etc....

Por mimetismo sindromico clinico fez-se o decalque simplista da acidose cetonica por sobre a fenomenologia similar das outras acidoses.

O responsavel bioquimico deste desacerto, foi a interpretação unilateral dos resultados fanslaiquianos.

Demais, o bom resultado da mesma terapeutica em ambos os casos mais endurecia os cerebros dos observadores superficiais. Sabemos hoje que essa terapeutica não só dá resultados no caso antonimo, a alcalose, como em *qualquer desvio metabolico toxico*.

A existencia de vômitos, sapinhos, soluços e bocejo, por uma atribuição exclusivista, sem base, fez-se apanagio daquilo que eles entendiam por acidose.

Sabe-se hoje, conforme os trabalhos de Köler, que todo esse cortejo sintomatico pôde existir na alcalose mais franca.

A proposito da acidose renal, ocorria um fenomeno que aparentemente apoiava o substrato acidotico da síndrome. O doente precisava ingerir uma quota apreciavel elevada de alcalis, para que o pH de sua urina se orientasse no sentido da alcalinidade, ou mesmo para que ele se modificasse.

Esta estabilidade do pH, no entanto, não era pesquisada, como era curial, sob o prisma de permeabilidade renal que oferecia também resistência correlata á passagem das substâncias alcalinas.

Além disso, sabe-se hoje que a penetração do cloreto de sódio no organismo, determina imediatamente a formação de ácido clorídrico.

Ora, seria perfeitamente absurdo que as melhoras extraordinárias que apresentam os doentes fôsse verificar-se pelo aumento de ácido e ácido forte no organismo. Além disso, a oscilação do pH nestes casos, revela que o alternar dos sintomas coincide com uma baixa do pH, isto é, aproximação de sua normalidade, que está entre 7,32 e 7,40.

O estudo aprofundado do disbolismo azotado veio revelar que seus responsáveis, os polipéptides, determinam mesmo experimentalmente hiperpnéa toxica, como si o doente estivesse sob a ação da lobelina. A excitação bulbar é, pois, de origem toxica. Este aumento das incursões toxicas encontram-se em todos os casos de toxicose metabólica, originando, pois, uma perda de anionte carbonico, ou hipocapnemia.

Tanto isto é verdade que a medida do pH neste caso revela sempre um desvio para a alcalinidade, por diminuição de um ácido sanguíneo.

Falámos tanto em pH. Será que ele nos serviria de fio de Ariadne para firmar o diagnóstico de acidose ou alcalose gasosa e fixa? Incontestavelmente, um pH acima de 7,40 afirma uma alcalose que pôde ser fixa si o Van Slyke fôr alto e gasosa, si baixo. Vice-versa, um pH inferior a 7,30 falará a favor de uma acidose que pôde ser fixa com Van Slyke baixo e gasosa, si alto.

Devemo-nos lembrar que, infelizmente, este oscilar do pH só se concretiza nos casos de descompensação, isto é, quando os sistemas tampões já exgotaram a sua capacidade reguladora.

Ora, destarte, o doente já estará passando mal, não se tendo tido possibilidade de sondar-lhe as primeiras arremetidas dos toxicos.

Nesta emergência para quem apelar?

Vós já tendes a resposta pronta: para o cloro globular e plasmático, melhor, para a sua mutua relação que, normalmente, atinge a 0,5.

Toda vez que houver aumento do numerador, o valor absoluto da fração aumenta e isto sempre é devido á ação de ácidos, conforme a experiência de Hamburger.

De outro lado, de acordo com a mesma experiência de Hamburger, a diminuição de ácido ou aumento de alcali, elevará o denominador e o valor absoluto da fração descrecerá.

No primeiro caso, teremos acidose, no segundo, alcalose. Si, no primeiro caso houver Van Slyke baixo, a acidose será verdadeira, si alto, gasosa. No segundo, Van Slyke baixo, será igual a uma alcalose gasosa, e, Van Slyke alto, a verdadeira.

Estas modificações eritroplasmáticas são muito sensíveis, de modo que muito auxiliam o balanceamento progressivo e iterativo da evolução de um caso morbido.

Normalmente, as taxas de cloro em NaCl, são, em média:

No sôro — 5 grs.	por mil
No sangue total — 4 grs. 650	“ “
No plasma — 6 grs.	“ “
Nos globulos — 3 grs.	“ “

Conhecemos agora a interpretação a dar ás oscilações de cloro globular e plasmático. Salta aos olhos que a simples dosagem de Cl no sôro ou no sangue pôde levar aos maiores erros diagnosticos. Pois o cloro plasmático pôde aumentar ou diminuir, assim como o globular, apresentando quadro mórbido de diversa natureza, e, no entanto, o cloro no sangue ou no sôro pôde mostrar-se normal. Vice-versa, o cloro do sôro ou do sangue total pôde exhibir uma taxa infra ou super normal e, entretanto, a relação eritroplasmática manter-se nos limites da eurritmia bioquímica.

Si nos casos de azotemia se encontravam quotas baixas de cloro no sangue total ou sôro, que aproveitavam com a medicação clorossódica, tratava-se, na certa, de méra coincidência que constituia até engodó perigoso, como sugerem o malogro, maleficio ou irreductibilidade das mais variadas entidades nosologicas.

Annes Dias dizia que nem o cloro nem o sódio faziam as vezes do cloreto de sódio na terapeutica de que ele chamava acidose.

Ora, naturalmente, a verificação distintiva, partia do uso de outros sais de cloro ou sódio que não cloreto de sódio, porque o Cl e o Na em natureza ela não haveria de administrar ao doente, em separado...

O cloro em vez de ser aplicado como cloreto de sódio, o seria, por exemplo, como de amonio ou de potassio, e o sódio em vez de sob fórmula de cloreto o seria de brometo, iodeto...

Ora, sabemos que a possibilidade de ligação com as proteínas é especifica do cloro, assim como no sistema tampão: acido carbonico-bicarbonato, é o de sódio.

A determinação do CO² alveolar teria sua importancia na ausencia do aparelho de Van Slyke, bem que suplante em valor a dosagem dos corpos cetonicos na urina, em face e por causa do incerto gráu de permeabilidade renal, como sói acontecer nos diabéticos (Bohn, 22).

Enganosa é esta prova na acidose e alcalose gasosa. Saint-Pastous, o preclaro mestre de Porto Alegre, lembrou a função diatonica de Pitaluga desempenhada pelo sistema reticulo endotelial na regulação clorossódica e aquosa. Acentúa a necessidade dos tres “deficits” clorados: plasmático, globular e urinario, sem o que, não se pôde falar legitimamente em cloropenia. A só hipocloremia plasmática nada diz sobre o estado do cloro nos tecidos.

Pôde ela existir com histohiperpexia clorada, como na pneumonia, que véda a medicação homonima, pelo estado de vômitos incoerciveis, ileo paralítico, syndromes coleriformes.

Finalmente, põe em fóco o papel do hormonio da cortical suprarrenal no metabolismo clorossódico.

Permito-me ainda, em face dos dados acima, mostrar como se explica a paradoxal existencia de calcipenia com acidose na azotemia cloropenica.

Sabia-se que o aparecimento de contraturas e convulsões, subentendia sempre um estado humoral de alcalose com calcipenia, como no tétano, psicose epilética, etc.

Rona e Takahashi chegaram, depois de pacientes estudos, a formular a seguinte equação que exprimia as variações do calcio iontico.

$$\text{Ca} = \frac{\text{H}'}{\text{H}' \text{CO}_3} \times 350.$$

Vê-se que na acidose, o calcio sempre devia aumentar. No entanto, estamos em face de uma contradição á lei geral: Havia acidose e calcipenia.

Tamanha era a procedencia desses eminentes mestres Rona e Takahashi que o não menos eminente Zondek invocou para explicar-lhe a origem o papel calcihemico-bolico dos residuos azotados, isto é, eles teriam a propriedade quimica de, quando elevados, alijarem o calcio do meio hematico. Ora, vendo nós que se trata não de acidose mas de alcalose, concluimos que Zondek não precisava ter esfalfado a sua engenhosa imaginação, si estivesse ao par dos conhecimentos modernos sobre o assunto.

Conclusões finais

- 1) E' erro grave recolher material sem resguardo para hidrogenionti, clori e capnemimetria.
 - 2) Deve-se proscrever a designação *dosagem da reserva alcalina* e substitui-la por *dosagem do anidrido carbonico*.
 - 3) Esta quando isolada não tem valor.
 - 4) A eritroplasmoclorimetria não informa si a acidose e alcalose são fixas e gasosas.
 - 5) Para sabe-lo, e só para isto serve, deve-se fazer a capnemimetria.
 - 6) A determinação do pH só aproveita nos casos de descompensação.
 - 7) Deve-se proscrever a designação de acidose renal ou acidose não diabética, por não terem justificativa nos fatos humorais.
 - 8) Não se deve aceitar a interpretação de Rona e Takahashi, por destituida de fundamento real, á luz dos atuais conhecimentos.
 - 9) Sendo logar comum que a bioquimica é a chave da abobada da medicina moderna, devido ás suas relações intimas com a electronica, e havendo necessidade de mostrar de quanto o Rio Grande é capáz, neste setor, onde ha tão poucos cultores, deveria a Sociedade dos Livre Docentes esforçar-se por estimular em nosso meio a investigação bioquimica, que póde a cada passo immortalizar um individuo, o Rio Grande e o Brasil:
- 1) promovendo o enriquecimento das bibliotécas com revistas e livros adequados.
 - 2) instituindo premios, quaisquer que sejam, para trabalhos originais.
 - 3) interessando-se junto aos poderes competentes, financiando cursos de aperfeiçoamento para as vocações, não só nos centros mais adiantados do país, como no extranjeiro.

- 4) possibilitando a técnicos especializados, tempo integral em ordem a produzirem.
- 5) tratando de fundar aqui uma Sociedade de Biologia filiada à Central de Paris, como já existem no Rio e São Paulo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Austregesilo in "Xantomatose" do Dr. Irineu Malagueta.
- 2) Claudio Bernard — Int. à l'Étude de la Médecine".
- 3) Sabouraud — Presse Médicale (1936).
- 4) G. Vilela — Determinação da r. alcalina e do pH.
- 5) Rondoni — Bioquímica.
- 6) Clark — Determination of pH.
- 7) Bergeim e Hawk — Pratical Physiological Chemistry.
- 8) Chabanier e Lobo Onnel — Hypoclorémie postopératoire.
- 9) Nino Marsiaj — Concurso de clinica médica. P. Alegre — 1934.
- 10) Eugenio Adams — Tése. Fac. de Med. P. Alegre. Brasil — 1937.
- 11) Bernd, Mario — Revista dos Cursos — 1936.
- 12) Bernd — Archivos de Biologia. Montevideú — 1930. Brasil Médico, Rio, 1930.
- 13) Hamburger — Arquivo de Anat. e Fisiologia n. 492 — Berlim.
- 14) Ambard Exploration fonctionelle des reins.
- 15) Lélú. Srta. — Arquivo de doenças do rim. Paris, 1934.
- 16) Donnan — Zeitschrift für Elektrochemie, f. 17, pag. 572.
- 17) Kordatski — Taschenbuch der praktischen pH Messung.
- 18) Köler — The effect of acid and base ingestion upon the acid base balance. Journal of Biolog. Chem. t. LXXXII — 1927 — P.º 97.
- 19) Rona e Takahashi — Apud varios autores.
- 20) Zondek — Die Elektrolyten — 1927.
- 21) Saint-Pastous — Metabolismo do Cloro. Curso de Expansão Universitaria. Faculdade de Medicina de Porto Alegre — 1936.
- 22) Bohn — Deut. Med. Woch. 1929, n.º 49.

Brucelose humana*)

Antonio Bollini

Professor da Universidade de Porto Alegre.

Médico da Santa Casa de Misericórdia.

Afirma Arlindo de Assis que a existencia da brucelose humana, no Brasil, é hoje ponto pacífico. E de facto a razão está toda com o insigne pesquisador, sinão vejamos: lá no extremo norte, em Belém do Pará, Aben-Athar, em 1926, descreve um caso, Carini e Vespucçi, em 1932, publicam trabalhos demonstrando a existencia da brucelose humana, em terras bandeirantes. Lacorte, em 1935, observa tambem sua existencia no Rio de Janeiro. Arlindo de Assis, em 1936, ainda na Capital da Republica, identifica outro caso de brucelose crônica, num cliente do Dr. Carneiro de Mendonça. O doente, portador dessa infecção crônica, procedia de S. Paulo. Mas não somente fóra daqui têm sido observados casos de brucelose, tambem em Porto Alegre, Gonçalves Carneiro teve um caso e em 1933, Pereira Filho descreve outro de brucelose com todos os detalhes. Diante dessa rapida exposição, chegamos desde logo á conclusão que vos não trazemos novidades, mesmo porque nada de novo existe sobre a terra, entretanto a nossa observação apresenta o interesse de uma nota á guisa de contribuição nosográfica. Talvez nem outro mérito ela tenha... Eis o caso que resolvemos trazer á consideração da Sociedade de Medicina de Porto Alegre:

Leito — 16; Papeleta — 4337; Enfermaria — 1.^a de Clínica Médica da Santa Casa.

Mulher, com 44 anos de idade, de côr mixta, viuva e residente nesta Capital, onde nasceu e donde nunca se afastou além de seus arredores.

Antecedentes hereditários — Sem importancia.

Antecedentes pessoais — Ha 2 anos mais ou menos sofreu uma queda violenta, traumatizando muito todo lado esquerdo do corpo, em consequencia disto baixou ao hospital. Além desse facto diz que ha 10 meses sofreu de angina diftérica.

Historia da doença actual — E' a paciente quem fala: "Fazem 5 dias que tenho sempre muita febre, dôr de cabeça, vômitos, dôr de garganta, dôres em todas as juntas (sic). Mas o meu maior sofrimento vem duma dôr violenta que sinto nas costa ao lado esquerdo e que responde no peito do mesmo lado. Acho que essa dôr é consequencia do tombo

(*) Lido no Serviço do Prof. Annes Dias, Hospital Estacio de Sá, Rio de Janeiro e na Sociedade de Medicina de Porto Alegre, 1-10-1936 e 9-10-1936 respectivamente.

que levei, fazem 2 anos, pois naquele tempo, como agora, tem momentos em ela é tão lancinante que me obriga a prender a respiração. Por fim sinto um mal estar geral, às vezes tenho vontade de chorar, ou então me vem uma grande tristeza”.

Exame clínico — Temperatura axilar: 38°,6; Pulso radial: 96 pulsações por minuto, ondas amplas, rítmicas e pulso cheio. Nada de anormal encontramos para o lado do aparelho respiratório. Verificamos o mesmo com referencia ao aparelho circulatório. Boca: Dentes em mesmo estado; lingua limpa, porém sêca; angino-faringite aguda.

Abdome — Ventre timpânico, doloroso á palpação em toda sua superficie, especialmente no ponto solar, onde ao mínimo movimento de pressão as dôres se exacerbam. Notamos ainda contraturas espásticas das alças intestinais. A paciente informa que sofre de constipação crônica rebelde. O figado apresenta-se aumentado de volume, mais ou menos de 2 cms. abaixo do rebordo costal, é doloroso em toda a superficie palpavel, especialmente no ponto cístico. O baço, em esplenomegalia, é doloroso á palpação.

Para o lado do aparelho genital apresenta um processo anexial crônico á esquerda com empastamento do parametrio respectivo.

Articulações — Todas as grandes articulações são dolorosas á palpação, entretanto não estão tumefactas, os movimentos de flexão e extensão provocam dôr principalmente nas articulações dos punhos, cotovelos, joelhos e tornozelos.

Verificamos desde logo que estavamos em face de um doente portador dum processo infeccioso agudo. Seria uma infecção do grupo tífico? Seria uma nova infecção diftérica? Seria uma infecção malárica? Seria uma forma anômala de poli-artrite reumatismal aguda? Seria uma septicemia gonocócica?

Como na história progressa da paciente já existisse uma infecção diftérica, embora não notassemos falsas membranas, fizemos, no pequeno laboratório da enfermaria, a pesquisa do *Corynebacterium diphteriae*, mas o resultado foi negativo. Devemos confessar que essa hipótese foi levantada porque já tivemos oportunidade de observar, em adultos, infecção diftérica, sem formação de falsas membranas, mas com intenso processo flogótico, artralgias generalizadas, cefalea intensa e profunda intoxicação.. Enquanto instituíamos a terapêutica anti-infecciosa inespecífica, solicitamos ao Instituto Osvaldo Cruz os seguintes exames:

- 1) — Hemo-cultura geral e em bilis. Resultado : — Negativo.
- 2) — Sôro-aglutinação de Vidal. Resultado: — Negativo para o grupo coli-tífico.
- 3) — Pesquisa de Hematozoario. Resultado: — Negativo.
- 4) — Exame comum de urina. Resultado: — Reacção — Alcalina.

Densidade a +15° — 1011,1. Albumina — Traços leves.

Sedimentos de conformidade com a reacção, porém não apresenta elementos organizados anormais.

Os resultados desses exames foram para nós mais ou menos desconcertantes, pois punham por terra todas as nossas hipóteses de diagnóstico. Não deixamos o caminho e solicitamos mais os seguintes exames:

- 1) — Contagem de glóbulos sanguíneos — Resultado:
 a) — Eritrocitos: 4.287.500 por milímetro cúbico.
 b) — Leucocitos: 9.900 por milímetro cúbico.

2) — Fórmula leucocitária:

Eosinófilos	2%
Basófilos	1%

Neutrófilos:

Mielocitos	0%
Formas jovens	0%
Formas em bastonetes	4%
Formas segmentadas	61%
Linfocitos	29%
Monocitos	3%

E os dois continuaram, como se vê, a serem ávaros no fornecimento de resultados. Mas enquanto as requisições de exames iam e os resultados vinham, os dias se foram passando e o tempo, o grande conselheiro, foi nos auxiliando na observação mais acurada da nossa paciente. Assim, enquanto cedia a angino-faringite com a terapêutica banal e melhorava o processo anxial, a curva térmica continuava em elevação. Portanto, aqueles dois factos também não poderiam ser inquinados como responsáveis por aquele estado de pirexia, aliás, não só o único fenómeno de manifestação mórbida existente, pois permaneciam com aumento de volume o baço e o fígado. Como a doente não apresentasse fenómeno de toxemia e apesar da alta temperatura, pois não raras vezes á hora da visita, entre 9 e 10 horas da manhã, encontramos-a com 42º,3 na axilla, perfeitamente lúcida, conversando bem e respondendo ás perguntas que lhe eram formuladas, com precisão e rapidez. Ao lado desse facto e traçado da temperatura vinha se desenhando sob a forma de uma febre ondulante. Resolvemos então construir outro castelo, uma vez que o primeiro havia desabado. Fizemos o diagnóstico de brucelose. Era agora necessário identificar qual o germe responsável por aquele estado infeccioso: — a *Brucela militensis*, de Bruce? A *Brucela abortus suis*, de Traum? Ou finalmente a *Brucela abortus bovis*, de Bang?

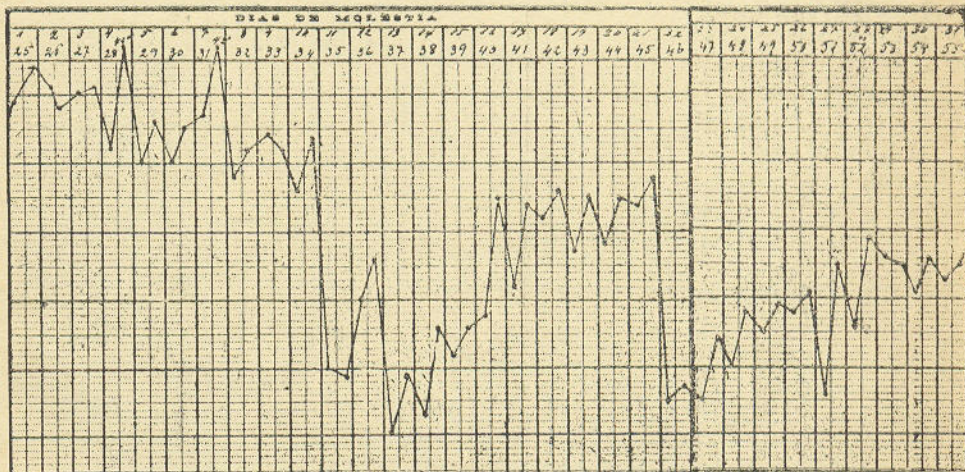
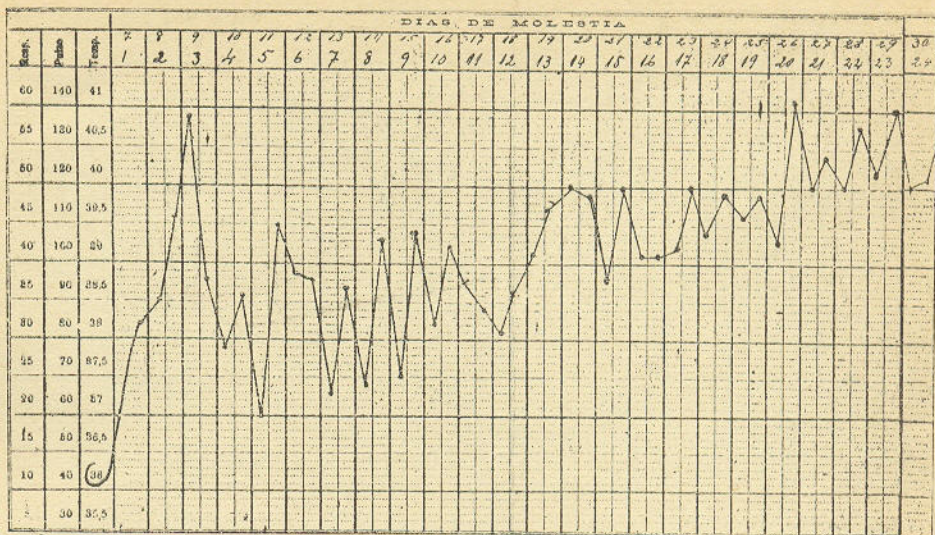
Começamos então a colher elementos para tirar o nosso diagnóstico do terreno das probabilidades e conjecturas para o das afirmações concretas. Interrogamos a nossa observada si ella havia estado em contacto com cabras, vacas ou porcos, ou ainda si em sua casa havia estúbulos desses animais. A resposta foi negativa. Perguntamos si ella havia tomado leite crú ou feito uso de derivados do leite sem previa pasteurização. E felizmente um pouco de luz se fez. Disse-nos que dias antes de adoecer fôra a Gravataí passar uns dias em casa de seu irmão e lá tomava todas as manhãs leite crú, quente, tirado da vaca (sic). A nossa hipótese de brucelose começava adquirir mais consistência, pois contava em seu favor com os seguintes elementos: 1.º) Estado geral bom, apesar de hiperpirexia. 2.º) Curva térmica ondulante. 3.º) Hepato e esplenomegalia. 4.º) Uso de leite crú. 5.º) Dôres articulares atípicas das poli-artrites reumatismais.

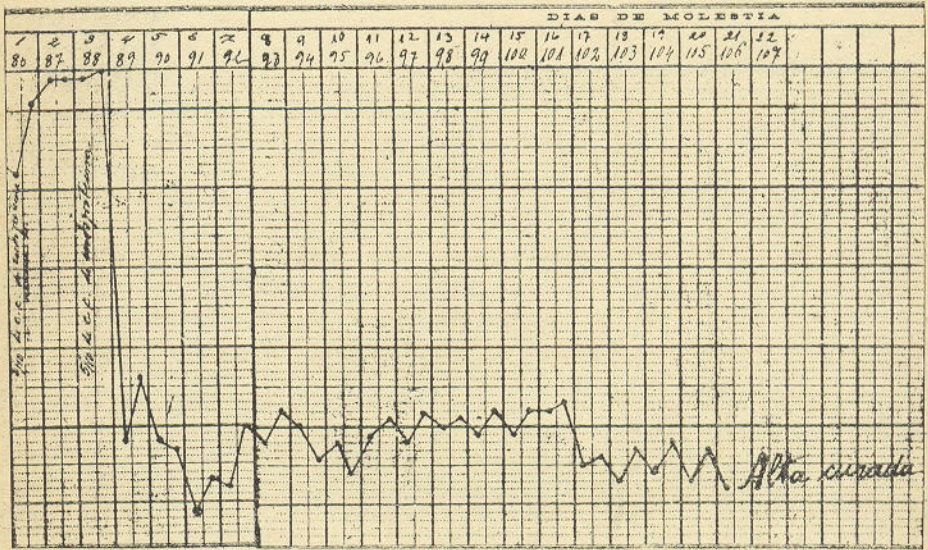
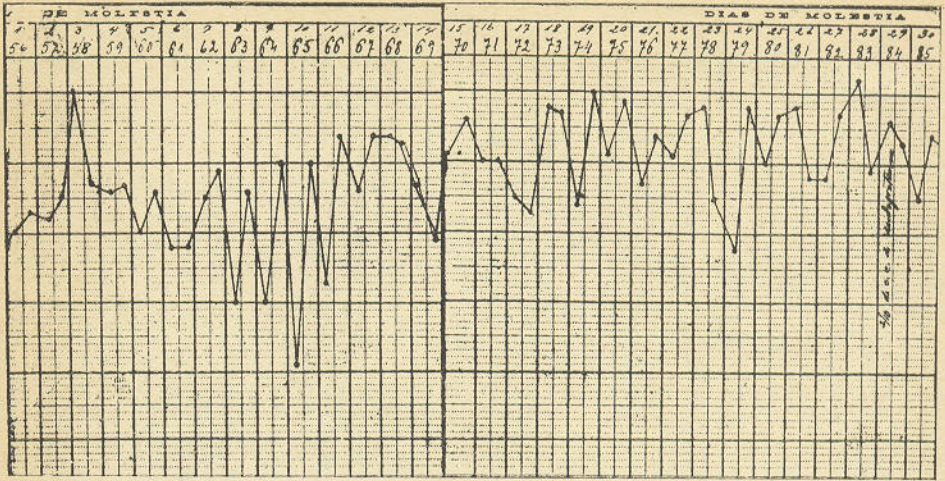
Mas infelizmente contra a nossa hipótese lá estava gritando uma leucocitose envez duma leucopenia, que é a regra em tais casos. Entretanto o velho aforismo que sempre norteou a nossa vida médica nos encorajava: — Não ha doenças e sim doentes. Ficamos com o nosso diagnóstico e resolvemos então procurar o nosso amigo Prof. Pereira Filho para fazer uma hemocultura para a nossa doente em seu Instituto. Com a solicitude e gentileza que lhes são peculiares, o Prof. Pereira Filho nos atendeu. Após 11 dias de incubação na estufa a 37° em ambiente de gaz carbônico, a hemocultura dá resultados positivos. O ilustre Professor de Microbiologia da nossa Faculdade de Medicina identifica o germe e nos forneceu o seguinte resultado: *Brucela abortus bovis*. Mas o Prof. Pereira Filho não se limitou a identificar o germe, foi mais longe e preparou a endo-proteína específica com a qual conseguimos a cura da nossa doente. Obtivemos assim a confirmação do diagnóstico e também o meio terapêutico para debelação do mal. Consignamos aqui a nossa gratidão ao ilustre mestre e amigo.

Com a aplicação de 3 injeções de endo-proteína específica a temperatura caiu e não mais se elevou. Ha 10 dias tive ainda a oportunidade de ver a minha observada (9 de Setembro), bem disposta e que me disse não mais ter tido febre, nem sentido dores. A primeira injeção de endo-proteína foi de 2 decimos de cc., a segunda, de 3 decimos e a terceira, de meio cc. Todas as injeções provocaram intensas reacções quer local quer geral. Quando foi da aplicação da terceira injeção, logo depois, a temperatura caiu em crise de 41°5 para 36°8 e desde esse dia não mais subiu, ficando a doente ainda na enfermaria durante 17 dias em observação. Além disso foram desaparecendo todas as outras manifestações mórbidas, tais como a hepato-esplenomegalia.

Aí está o quadro térmico da paciente para elucidar melhor o caso clínico. O relato que estamos fazendo deste caso nos permite ainda algumas considerações. Assim nas bruceloses a leucopenia é a regra e entretanto no nosso verifica-se uma leucocitose. A transmissão da infecção não se faz somente pelas soluções de continuidade da pele, mas também por via digestiva, pela ingestão de leite ou derivados que não tenham previamente sofrido a pasteurização. Os micróbios chegados ao tubo digestivo penetram no organismo por via linfática e daí vão ter á corrente circulatória, determinando a septicemia essencial. As hemoculturas somente dão resultados positivos quando o sangue é colhido na hora em que o doente está em hiper-pirexia. Além disso a sua positividade é morosa. Para que as brucelas se desenvolvam é necessário rodear-se a cultura de certos cuidados especiais. Temos desconfianças que aquele processo anaxial esquerdo de que era portadora a paciente fosse de origem bruceélica, mas entretanto não podemos afirmar isso.

E agora, uma serie de perguntas para que os mais capazes e os investigadores respondam. A acção patogênica da *Brucela abortus bovis* é a mesma para os bovinos e para o gênero humano? As pessoas moças atacaadas de brucelose crônica é permitido casar, ou é proibido? O assunto parece que é controvertido, mas por isso mesmo merece ser estudado também sob esse aspecto social.





Laboratorio clinico

Os Arquivos Rio Grandenses de Medicina têm a maior satisfação em apresentar a sua nova secção "Laboratório Clínico", que virá preencher uma lacuna existente em sua orientação.

Cada vez se torna maior, mais íntima a ligação entre a Clínica e o Laboratório. A verdadeira, a científica orientação clínica não pode prescindir do auxílio do Laboratório, que lhe fornece o conhecimento perfeito do intercâmbio das diversas funções e permite a visão nítida dos agentes causadores das infecções.

Na secção que agora iniciamos procuraremos dar uma divulgação ampla de todas as conquistas que o Laboratório fôr realizando, procurando sempre aliar á técnica a interpretação e o valor dos diferentes fatos na etiologia, no diagnóstico e no prognóstico.

Contaremos para isto com a colaboração eficiente e valiosa de todos aqueles que se dedicam aos estudos laboratoriais.

Que não sejam estéreis os nossos esforços e a nossa dedicação, são os mais ardentes votos que formulamos.

Trabalhos da 1.^a Clinica Medica

Sôro diagnóstico da febre tifóide*

por

Homero Jobim

Prof. de Microbiologia da Escola de Veterinaria na Universidade de P. Alegre
Assistente do Laboratorio Geyer

Quando, em 1896, Widal applicou a sôro aglutinação no diagnóstico da febre tifóide, foram grandes as esperanças depositadas neste método, conhecido atualmente como reação de Widal.

Passado o entusiasmo dos primeiros instantes, muitos ficaram decepcionados com o processo.

As falsas reações que se observam, grandemente aumentadas com a vulgarização da vacinação antitífica, prejudicam muito a interpretação da análise.

E' sabido que as aglutininas do vacinado são em título muito inferior ás do infectado, e que desaparecem rapidamente. Entretanto, não menos conhecida é a maneira diversa com que reagem os indivíduos á infecção, uns dando inicialmente taxa alta de aglutininas, outros, muito mais raros, em que o título é baixo ou estes anticorpos estão ausentes até o final da infecção.

* Conferência feita na 1.^a cadeira de Clínica Médica da Faculdade de Medicina. Prof. Thomaz Mariante.

E' também de conhecimento geral que certas entidades mórbidas podem fazer acordar aglutininas já completamente desaparecidas em vacinados ou em antigos infectados.

A falta de especificidade e a dificuldade de interpretação prejudicaram muito o valor diagnóstico da clássica reação de Widal.

Estudos imunológicos recentes vieram modificar muito a técnica e a interpretação do sôro diagnóstico da febre tifóide.

Êstes últimos quinze anos foram férteis em trabalhos, que culminaram com o conhecimento quasi perfeito da estrutura antigênica do bacilo de Eberth.

Por essa estrutura êste bacilo se aproxima muito das Salmonelas, tendo sido incluído neste último grupo pela comissão encarregada pela Sociedade Internacional de Microbiologia de fixar a nomenclatura dêstes germes.

Antígeno H e antígeno O

Desde os primórdios da bacteriologia que se atribuia aos cílios papel importante nos fenômenos de aglutinação.

Smith, Reagh e Beyer, em 1903, mostraram, estudando os paratíficos, que se deve distinguir um antígeno flagelar, termolábil, e um somático, termoestável.

Foi com Weil e Felix, em 1917, que estas observações tiveram confirmação e ficou reconhecida a sua importância.

Estudando o proteus X19, êstes autores observaram que certas modificações surgidas nas culturas vinham acompanhadas de variações sôrológicas. Uma dessas alterações, a forma H (de Hauch) desenvolve estendendo-se como uma membrana na superfície da gelose, é constituída de germes móveis, ciliados. A outra, a forma O (de Ohne hauch) se apresenta nas culturas em colônias chatas, circulares, isoladas, é formada de bactérias imóveis, não ciliadas.

A forma H é destruída pelo álcool absoluto ou um ácido diluído, pelo aquecimento a 100°, e dá com o antisôro correspondente uma aglutinação em grandes flocos, mas pouco densos e que se desfazem com a menor agitação.

A forma O resiste ao álcool absoluto e aos ácidos, ao aquecimento a 100°, e dá com o antisôro correspondente uma aglutinação finamente granular que se deposita em grumos compactos e de difícil desintegração.

Os germes do tipo H, tratados pelo álcool absoluto ou pelos ácidos diluídos, aquecidos a 100° ou cultivados em gelose fenol, não aglutinam mais em grandes flocos, mas em finas granulações como os do tipo O.

Fácilmente se explica esta transformação sabendo-se que o tipo H encerra os dois antígenos H e O, ao passo que o tipo O contém exclusivamente antígeno O.

O antígeno H é contido nos cílios das bactérias, é o antígeno ciliar. O antígeno O está incorporado á própria bactéria, é o antígeno somático.

Ao antígeno H, termolábil, corresponde a aglutinina H, termoestável, e ao antígeno O, termoestável, a aglutinina O, termolábil.

Mais tarde Weil e Felix estenderam estas noções ao bacilo tífico e ás Salmonelas.

As amostras do tipo O podem ser encontradas, mas excepcionalmente, nos produtos patológicos. São obtidas fãcilmente pela seleção de colônias imóveis em gelose fenol de Braun. O tipo O absolutamente puro é de difícil seleção, encontrando-se quasi sempre traços de antígeno H.

As do tipo H são fãcilmente encontradas nos produtos patológicos. Parece não existir um tipo H isento de antígeno O.

A constituição química do antígeno H é pouco conhecida.

O antígeno O é constituído dos polissacarídeos microbianos. Segundo Boivin e Mesrobeauun, é formado pela união dêsses polissacarídeos a ácidos graxos, constituindo um complexo lípido-glucídico, e mais uma parte protéica, o antígeno somático protéico.

O antígeno H está sujeito a variações de fase que se observa com freqüência nas culturas. E' chamado monofásico quando é sempre serológicamente igual. E' difásico, quando os caractéres de aglutinação variam de uma colônia a outra, umas específicas, outras não específicas.

Colônias rough e smooth

A ignorância dos fenômenos de dissociação microbiana atrasou muito o estudo da imunidade.

Arkwright mostrou em 1920 a importância morfológica e biológica da variação de colônias em gelose. Um as se apresentam lisas, translúcidas, de contornos regulares, desenvolvem com turvação geral do caldo e dão em soluções salinas suspensões perfeitamente estáveis; chamadas por Arkwright "Smooth", ou mais simplesmente S. Outras se mostram rugosas, chatas, de contornos denteados, desenvolvem com grande depósito no caldo e dão em soluções salinas suspensões instáveis e autoaglutináveis; chamadas "Rough", ou mais simplesmente R.

Serológicamente as formas R e S são perfeitamente distintas. A forma R não é aglutinada pelo sôro anti S e a recíproca é verdadeira.

Schütze descreveu um antígeno das fontes R, a que chamou cosmopolita. Êste antígeno provoca nos animais a formação de uma aglutinina que reage com tôdas as Salmonelas em fase R.

A diferenciação estrutural das formas S e R se faz exclusivamente no antígeno somático O, que chega a desaparecer nas formas R, sendo substituído pelo antígeno cosmopolita.

As formas R puras são destituídas de especificidade pela ausência do antígeno O e grande predominância do antígeno cosmopolita. Estas formas são quasi destituídas de virulência, e, segundo Boivin e Mesrobeauun, com toxidade diminuída ou nula pela fraca quantidade ou ausência de seu antígeno somático completo.

Entre as formas R e S puras existe tôda a sorte de intermediários, daí a delicadeza em fazer a distinção em certas colônias.

Antígeno Vi

Grinnell, comparando o valor dos tipos R e S na vacinação antitífica

ca pelo estudo do poder bactericida do sôro sanguíneo, viu que o tipo R não aumenta ou aumenta pouco êste poder bacteriolítico, ao passo que o tipo S o aumenta consideravelmente.

Retomando posteriormente estas pesquisas e servindo desta vez como test o camondongo, confirma êstes fatos e mostra que a vacinação com uma amostra virulenta dá uma proteção mais eficaz que a produzida por uma não virulenta.

Perry, Findeley e Bensted confirmam as pesquisas e mostram que uma variedade R, desde que se torne, por passagens sucessivas, virulenta para o camondongo, confere a êste animal uma imunidade muito mais sólida que uma amostra S, não virulenta.

Felix e seus colaboradores, baseados nestes trabalhos, descreveram no corpo microbiano um antígeno novo, responsável pela virulência do germe, o antígeno Vi.

Êste antígeno é completamente diverso dos antígenos H e O, como fâcilmente se demonstra pela prova de saturação de aglutininas.

O antígeno Vi tem, segundo Felix, grande importância na imunidade passiva, ao passo que o antígeno O está em primeiro plano na imunidade ativa.

As condições de cultura têm grande influência sôbre o desenvolvimento dêste antígeno. A 20° e a 44° o antígeno desaparece, bastando entretanto uma passagem a 37° para que reapareça.

O antígeno Vi é termolâbil e não desenvolve em gelose fenol de Braun.

A aplicação dessas noções na prática do sôrodiagnóstico da febre tifóide veio melhorar e consolidar a interpretação da reação.

Existindo na célula microbiana dois tipos distintos e importantes de antígenos, a aglutinação deve ser feita separadamente para cada um dêles.

Descreveremos alguns detalhes da técnica.

Preparo dos antígenos

A seleção das raças é de absoluta importância para fidelidade da reação. Como dissemos acima, é difícil conseguir forma O completamente pura.

As raças H e O que estamos usando são provenientes diretamente de Felix e nos foram cedidas pelo nosso mestre Prof. Arlindo de Assis. Trazem as seguintes referências:

Eberthella typhi — Eberth Gaffky — n.º 3111 da National Collection of type Cultures (Instituto Lister de Londres) e correspondente à amostra H — 901 do Prof. Felix.

Eberthella typhi — n.º 3112 da mesma coleção e correspondente à amostra O — 901 de Felix.

Salmonella paratyphi — Kaiser-Brion n.º 3175 da mesma coleção e correspondente à amostra HA1 de Felix.

Salmonella paratyphi — n.º 3174 da mesma coleção e correspondente á amostra OA6 de Felix.

Salmonella schöttmülleri Schottmulleri n.º 3176 da mesma coleção e correspondente á amostra HB de Felix.

Salmonella aertrycke de Nobele n.º 3173 da mesma coleção e correspondente á amostra OB de Felix.

Inicialmente é necessária a seleção em colônias S, pois como vimos acima as colônias R são fracas em especificidade.

Temos, como mostra o esquema de Grinnel, as seguintes formas de bacilo de Eberth e salmonelas:

S móvel HS — contendo antígeno H e O.

S imóvel OS — contendo exclusivamente antígeno O.

R móvel HR — contendo o antígeno H e o antígeno cosmopolita.

R imóvel OR — contendo só o antígeno cosmopolita.

Só as duas primeiras servem para a sôroaglutinação.

Uma vez selecionadas as formas HS e OS faz-se a sementeira em gelse simples, deixando na estufa a 37º, 24 horas. Verificada a pureza, emulsiona-se a cultura em sôro fisiológico e conserva-se sob uma camada espessa de toluol.

As suspensões devem ser perfeitamente estáveis e sem tendência á autoaglutinação, característico essencial das formas "smooth".

Técnica da titulação das aglutininas

Não entraremos em detalhes da técnica, que é do conhecimento geral.

Usamos como título inicial 1/40 e terminamos em 1/320 que satisfaz perfeitamente á rotina.

A incubação pode ser feita a 37º, 24 horas, ou em banho-maria a 47º, uma hora. Preferimos o primeiro processo por ser mais cômodo, embora menos rápido.

Leitura

De grande importância é a distinção dos dois tipos de aglutinação já salientados quando tratámos dos antígenos H e O.

O antígeno H aglutina em grandes flocos, mas pouco densos e que se desfazem com facilidade.

O antígeno O dá uma aglutinação em pequenos flocos, mas bastante compactos e que se desfazem com dificuldade.

A observação cuidadosa distingue fãcilmente êstes dois tipos de aglutinação.

Interpretação dos resultados

A pesquisa das aglutininas praticada no sôro de milhares de casos de febre tifóide, por numerosos autores, permitiu que fôssem estabelecidas algumas preliminares que facilitam a interpretação precisa dos resultados da sôroaglutinação.

Felix afirma que o soro normal não contém aglutininas H, ao passo que ás vezes encerra aglutininas O até na diluição de 1/100.

A vacinação antitífica gera quasi exclusivamente anticorpos ciliares H, que desaparecem rapidamente, podendo entretanto reaparecer sob a ação de estímulos não específicos. Em certos casos de vacinação muito recente se encontram aglutininas O, mas sempre em título muito baixo, inferior ao que requer para o diagnóstico.

A infecção tífica determina a formação de aglutininas ciliares e somáticas, sendo estas últimas as mais precoces e que mais rapidamente desaparecem no final da doença.

Diante de uma soroaglutinação positiva poderemos nos encontrar, pois, com os seguintes casos:

- a) presença de aglutininas H e O em título superior a 1/100.
Permite firmar o diagnóstico de infecção.
- b) aglutinação exclusiva com antígeno H faz pensar em indivíduo vacinado ou em antigo infectado.
- c) aglutinina O exclusivamente presente faz pensar em febre tifóide no período inicial.

Em todos estes casos o diagnóstico só é cientificamente seguro quando as titulagens são praticadas em série e permitem observar a subida do título de aglutinação. Entretanto, na prática, só diante dos dois últimos casos é que devemos recorrer á curva da aglutinação.

As observações que possuímos, em número superior a cinquenta, colhidas em infectados e vacinados, nos permitem até o presente confirmar as conclusões dos diferentes autores. Entretanto nos reservamos para julgar em definitivo, mais tarde, quando o número permitir conclusões precisas e rigorosas.

A dietética nas doenças das vias biliares

Dr. Raymundo Godinho

Os resultados obtidos comumente com o fator dieta no tratamento das afecções das vias biliares emprestam a esse meio adjuvante tanta importância que se costuma afirmar ser ele mais eficiente que a prescrição medicamentosa instituída com acerto. Pondo de lado um tanto de exagero contido nesta assertiva, força é confessar que nela existe muito de verdadeiro, porque a prescrição terapêutica sómente nos oferece resultados completos quando aliada á instituição de dieta adequada. O tratamento dietético nos apresenta, pois, pontos de vista dignos de atenção. Um deles, por exemplo, se refere ao fato de não se poder determinar um tipo padrão de dieta para todos os casos que se nos apresentam. O critério, por isto, a se adotar deve ser calcado na observação do caso concreto.

Passando, pois, a estabelecer algumas diretrizes para o estudo das determinações dietéticas das doenças das vias biliares, consideraremos em primeiro lugar o conteúdo em colesterol dos alimentos, ordinariamente usados em nosso meio.

Os legumes verdes, as frutas, as carnes magras grelhadas, o leite desnatado, bem como os assucares, são alimentos pobres ou desprovidos de colesterol e que, por isso, devem ser adotados no tratamento dietético das afecções das vias biliares.

Quando nestes disturbios se constata, pelos meios apropriados, a existencia de calculos, ou formação abundante de cristais na bile, impõe-se a proibição dos alimentos ricos em colesterol, pois este alem de aumentar o gráo de concentração da bile favorecendo a formação de cristais, dá motivo a que seja elevada a taxa de colesterol no sangue.

Referindo-nos ás variações da taxa deste elemento no sangue, cumpre-nos salientar, entretanto, que estas não dependem exclusivamente do fator alimentação, mas se subordinam ao maior ou menor gráo de disfunção de algumas glandulas de secreção interna, assim como ás afecções de determinados órgãos. Por exemplo, no hipotireodismo, na nefrite, na nefrose e molestias infecciosas crônicas, verifica-se aumento de colesterol; ao passo que no hipertireodismo, na anemia grave, observa-se a diminuição desse elemento no sangue. Consideremos em segundo lugar a ação das gorduras sobre a musculatura da vesicula biliar. Elas favorecem o aumento desta ação, com tanto mais intensidade, quanto mais forte for o seu poder de concentração.

Passando a examinar agora os protídios, colocados por nós neste segundo grupo para efeito apenas de demonstrar a posição que estes corpos ocupam na escala descendente dos elementos estimuladores das vias biliares, diremos que eles exercem sobre a musculatura da vesicula contrações de regular intensidade.

Finalmente, os glicídios que poderiam formar neste trabalho, pelas suas propriedades e efeitos contrários aos dos lipídios, um capítulo à parte; mas sobre eles desejamos sómente salientar que exercem um poder mínimo, senão nulo, sobre as contrações vesiculares.

Entretanto, quando a vesícula se encontrar inflamada, deve-se fazer com que ela repouse; e neste caso instituir-se-á a dieta hidrocarbonada, e não a gordurosa, a qual certamente, uma vez empregada, provocaria contrações vesiculares persistentes e, em consequencia, dôr.

Tendo em vista que nas afecções das vias biliares ha, ás vezes, ao mesmo tempo, comprometimento da celula hepatica, encontraremos tambem aqui outra indicação formal para os hidrocarbonados ou glicídios, porque a glandula hepatica com bôa reserva de glicogenio, resiste melhor ás infecções.

Tratando-se de litiase vesicular e, nos casos em que o colesterol no sangue não se encontra aumentado, não é preciso temer o colesterol dos alimentos, porque aqui ele está sendo bem metabolizado.

Em resumo, a instituição da dieta para as doenças das vias biliares, deverá ser considerada sob tres pontos de vista:

a) Quando ha cistico-permeavel e não ha dôr — alimentação rica em gorduras para que não se faça estase na vesícula, o que concorreria para formação de calculos.

b) Cistico não permeavel. Sendo esta impermeabilidade ocasionada pelo "oleaginoso" aconselha-se tentar a desobstrução do mesmo por meio da drenagem biliar, pelo metodo de "Meltzer-Lyon". Isto feito, empregaremos os alimentos á base de gorduras, tal como no primeiro caso.

c) Havendo obstrução por calculos, ou por processos crônicos de inflamação, administra-se a dieta pobre em gorduras, ou hidrocarbonada, exclusivamente.

Ha quem proíba a ingestão de óvos em todas as afecções das vias biliares. Entendemos, porém, que eles poderão ser usados nos casos referentes á alinea (a), isto é, de cistico permeavel, sem dôr.

Nos demais casos, não os aconselhamos.

A manteiga, quando bem fresca, e que esteja isenta, portanto, de ácidos graxos, é bem tolerada por todos os doentes.

Quando queremos dar repouso á vesícula, prescrevemos o leite desnatado que contem apenas 0,60% de gorduras. O pão fresco não deve ser usado e sim o torrado ou amanhecido.

As gorduras retiradas da manteiga fresca será preferivel para o preparo dos alimentos.

Quanto ás proteínas ou protídios, aconselham-se as carnes magras, frescas, de vitela, de ovelha, de galinha e frangos.

O peixe fresco e cozido é recomendado, assim como os hidratos de carbono, compreendendo todos os cereais; mingaus de féculas, etc., e frutas não ácidas, de preferencia.

ALCOOLISMO E PROPAGANDA MERCANTÍL *

A ilusão do „alcool-alimento“

Árdua tarefa é, por certo, lutar pelo ideal eugênico do anti-alcoolismo. Além da milenária atração exercida pelos venenos eufóricos sobre os homens, onde quer que se levante uma voz educadora, mostrando-lhes os perigos das bebidas etílicas, ergue-se imediatamente a propaganda mercantil, exaltando-lhes, a pêso de pecunia, as mais diversas virtudes terapêuticas e alimentares. E por todos os meios de publicidade reeditam-se velhos erros e preconceitos, demolidos pela experimentação científica moderna e pela visão diuturna dos irreparáveis danos sociais do alcoolismo.

Por outro lado, si todos repelem a figura lamentavel do ébrio inveterado, aliás mais digno de piedade que de oprobrio, vítima quasi sempre que é da ambiência ou de taras ancestrais, não raro ainda se admite como não prejudicial o uso “diário” de bebidas alcoolicas, em doses ditas moderadas. Espíritos relativamente cultos chegam mesmo a acreditar nas propriedades tônico-alimentares do alcool, méra ilusão mantida pelo estímulo momentâneo e pelo hábito vicioso que com rapidêz se estabelece. Exatamente o que tambem ocorre quando do uso repetido do ópio e de outros entorpecentes. São fenômenos, em essência, perfeitamente idênticos, diferindo apenas pelo diverso grau de intensidade.

E' fácil avaliar, assim, quão perniciosa é aquela errônea noção, baseada em experiências isodinâmicas apressadamente generalizadas, derribadas pelos estudos subseqüentes de numerosos pesquisadores, que bem precisarem as reduzidíssimas, quasi nulas indicações terapêuticas do alcool. No entanto, essa é a tecla habitualmente explorada pelos interessados na venda de bebidas. E tão poderosa é a influência da propaganda comercial sistematizada, solerte e tenaz, que tal preconceito ainda encontra defensores convictos nas mais diversas classes sociais.

Não é supérfluo, portanto, recordar alguns dos ensaios que evidenciaram as falsas bases científicas daquilo que comumente se denomina “o alcool-alimento”.

O PSEUDO-ALCOOL ALIMENTO

A antiquada noção do alcool-alimento atingiu sua fase culminante com as experiências de Atwater e Benedict, os quais, em 1902, conclui-

* Resumo da conferência feita na Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre, em sessão dedicada a trabalhos sobre o alcoolismo.

ram errôneamente poder o álcool se substituir, nos gastos do organismo, a quantidade equivalente de amido e açúcar, desde que não seja ultrapassada a proporção de uma gr. por kl. de peso.

Essas afirmativas, já anteriormente enunciadas por Liebig, não teriam maior repercussão si não encontrassem eco na autoridade de Duclaux, fundador dos "Anais do Instituto Pasteur". Falando do alto dessa prestigiosa tribuna científica, Duclaux propalou as idéias de Atwater e Benedict, nefasta leviandade da qual, aliás, teve a hombridade de penitenciar-se, quando do laudo contrário da célebre comissão dos "50", instituída para estudar esta relevante questão.

Em opposição ás conclusões apressadas daqueles pesquisadores, basta mencionar as rigorosas experiências de Chauveau, as de Dubois e Schnyner, praticadas com o ergografo, as de Feré, Richet, Gley, Nieloux, Kraepelin e de inumeros outros cientistas.

Das mais ilustrativas e modernas são as de Aschaffenburg, realizadas com tipograpos: *a administração de um copo de vinho um quarto de hora antes do trabalho determinou 15% de diminuição na tarefa total produzida.* Em ensaios feitos na Inglaterra, dactilógrafos, após á ingestão de pequenas quantidade de bebidas alcoolicas, tiveram 2 a 10% de erros suplementares.

Todas as observações e estudos desinteressados feitos nos últimos tempos negam, por completo, as apregoadas virtudes aperitivas, tônicas e alimentares do álcool. Demonstram com nitidez que a aparente ação favoravel das bebidas etílicas sôbre o trabalho é erro crasso de experimentação fisiológica, sendo inferior a de qualquer hidrocarbonado, pois ao estímulo transitório succede de pronto a depressão. E como a sensibilidade se compromete e as percepções se retardam, a perfeição do trabalho tambem resulta grandemente prejudicada.

Não é sem razão, portanto, que Carneggie, o grande industrialista e filantropo bem conhecido, pagava aos seus operários abstinentes 10% mais sôbre o salário, não como prêmio moral, porêm como justa retribuição de "mais e melhor serviço".

Nas guerras e nas longas expedições, o soldado levava outróra pequenas quantidades de álcool; leva hoje tabletes de açúcar, que êste, sim, é um autêntico alimento de poupança. Até a única real indicação terapêutica do álcool, aproveitando-lhe a passageira ação estimulante, só muito excepeionalmente encontra applicação, substituída com vantagem pela cafeína, canfora e demais toni-cardíacos de superior atividade.

O PROTESTO DE ROUX

Seria redundante, em verdade, multiplicar as opiniões de médicos e higienistas, nacionais e estrangeiros que modernamente se têm levantado contra êsses velhos erros e preconceitos. Limitar-nos-emos a lembrar que no Brasil se destaca a figura ímpar de Miguel Couto, mestre no saber, mestre no character.

O uso habitual do álcool, diz êle, só a uma pessoa traz benefícios: é a quem o vende. E em face das estatísticas inglêsas, que revelam o al-

tíssimo coeficiente de mortalidade dos vendedores de bebidas a retalho (33 óbitos por mil), justifica-se plenamente o significativo conceito de Afranio Peixoto: nem ao próprio taverneiro aproveita a venda das bebidas alcoolicas, pois a fôrça de incitar e vender aos outros, cáí vítima da própria sedução.

Com referência ás apregoadas propriedades alimentares das bebidas alcoolicas, merece por fim particular menção o recente protesto feito, na França, por um dos mais elevados expoentes das ciências experimentais e da medicina contemporânea.

Convêm ressaltar, préviamente, quão poderosa é a indústria viti-vinicola francêsa, incansavel e sempre alerta em sua campanha universal em pról do alcool. O beneplácito governamental assegura-lhe a impunidade, em virtude dêsse paradoxal proteccionismo econômico, de tão graves prejuizos indiretos para a saúde pública.

Mercê de tais interêsses puramente mercantís, o "Bureau Nacional de Vinho", da França, distribuiu nas escolas numerosos cartões, nos quais, junto a um retrato de Pasteur, ao lado de outras frases que lhe eram atribuidas, existiam os seguintes dizeres:

"Valôr alimentar do vinho — Um litro de vinho com 10% de alcool corresponde ao valôr alimentar de 900 grs. de leite, ou 370 grs. de pão, ou 585 grs. de carne ou a 5 ovos".

E mais abaixo, tendenciosamente, a propaganda comercial: "O vinho é um alimento, bebei vinho".

Ante essa heresia científica, em face desse insidioso atentado á educação sanitária e á saúde da criança francêsa, não permaneceu insensivel E. Roux, o glorioso diretor do Instituto Pasteur, de Paris, não ha muito falecido. Em uma de suas últimas comunicações á Academia de Medicina assim êle se expressou, profligando a impudente exploração do mercantilismo inescrupuloso e mistificador:

"Eu protesto, disse Roux, eu protesto na minha qualidade de mais antigo dos colaboradores de Pasteur, contra o abuso que se está fazendo com frases isoladas de uma obra do grande Mestre, separadas de seu contexto, para afirmar equivalencias alimentares absurdas. *E' um escândalo associar o retrato do maior dos higienistas a afirmações tão errôneas quanto nocivas*".

J. Maya Faillace.

GLYCOSORO

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

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratorio
Gros
Rio de Janeiro

O raquitismo e suas formas no Brasil

A Sociedade Brasileira de Pediatria resolveu empreender um estudo sôbre o raquitismo e suas formas no Brasil, nomeando um "Comité central" dirigido pelo prof. Luiz Barboza, do Rio.

A comissão riograndense de delegados especiais escolhida pelo Prof. Luiz Barboza ficou assim constituída: pediatras Prof. Raul Moreira, docentes Florencio Igartua, Decio Martins Costa e dr. Carlos Hofmeister.

O QUESTIONÁRIO SÔBRE O RAQUITISMO

O questionário dirigido a todos os médicos interessados sôbre o assunto e institutos científicos, é o seguinte:

- I — Que formas de raquitismo tem encontrado (parcial, frustro, grave, tardio), com maior frequência, nos setores de suas atividades clínicas ou oficiais?
- II — A que causas atribue as manifestações do raquitismo verdadeiro que tem encontrado?
- III — Recorre á medidas preventivas? No caso afirmativo, dizer quais são.
- IV — Que tratamento curativo empregou com maior eficiência?
- V — Observou a espasmofilia, com seus caracteres clínicos ou bio-químicos, nas crianças da zona em que clinica, exerce cargos de Saúde Pública, ou de Assistencia particular?
- VI — No caso afirmativo, verificou, alguma vez, a interdependência do raquitismo e da espasmofilia?
- VII — Possui documentos relativos ás desordens metabólicas (dosagens de Ca e Ph no sangue, etc.) e provas radiográficas dos casos observados, de modo a assegurar o diagnóstico exato da doença raquítica na infância e de forma a excluir a hipótese de várias osteo-distrofias que nada têm que ver com ela?
- VIII — Fundamenta o seu diagnóstico apenas na sintomatologia clínica? Nesta hipótese, assinalar minuciosamente quais os sintomas que o levaram ao diagnóstico.

PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA SÔBRE O RAQUITISMO
NO BRASIL

Depois de reunidas as informações dos médicos em geral, dos pediatras, das sociedades médicas, autoridades sanitárias, anatomopathologistas, laboratórios particulares e gabinetes de raios X, será publicado um trabalho sôbre o *raquitismo* no Brasil assim distribuído:

- Prof. LUIZ BARBOSA — Introdução.
Dr. JOSE' M. DA ROCHA — Etiologia e patogenia.
Dr. MARCELO GARCIA — Sintomatologia e diagnóstico.
Dr. AMADEU FIALHO — Anatomia patológica.
Drs. OG. DE ALMEIDA E SILVA e ARNALDO CAMPELLO — Radiologia.
Dr. HELION PÓVOA — Alterações metabólicas.
Dr. MARCELO GARCIA — Profilaxia e tratamento.
Prof. BARBOZA VIANA — Processos ortopédicos.

A COMISSÃO CENTRAL BRASILEIRA

A comissão da Sociedade brasileira de Pediatria que dirige o inquérito do raquitismo no Brasil, ficou assim constituída:

- Prof. Luiz Barbosa — Presidente
Dr. José M. da Rocha — Secretário
Dr. Arnaldo Campello
Dr. Marcelo Garcia.

Esta comissão precisa do concurso indispensavel de colegas de todos os Estados brasileiros, tendo, para esse fim, resolvido nomear 37 delegados estaduais e convida-lo para responder ao questionário anexo.

E' de grande vantagem que as respostas venham acompanhadas de observações clínicas e documentos que possam instruir o nosso futuro relatório.

Para melhor desempenho de nossa tarefa, pedimos a remessa de sua resposta, com endereço, até 30 de Junho de 1937.

NOTA

A resposta ao questionário sôbre o raquitismo deve ser dirigida ao dr. José M. da Rocha — Rua Correix 23. Rio de Janeiro.

Nota terapeutica

Faculdade de Medicina da Baía

Insulina na therapeutica ocular.

Entre os órgãos da economia humana um dos que ha contribuido mais para, de seus produtos químicos trazer resultados bemfazejos no tratamento de variadas afecções está, sem dúvida, o pâncreas. A insulina, cujo emprego já é por demais conhecido, vem agora de ser ministrado, em determinadas afecções oculares, com resultados surprehendedentes. Por um mecanismo completo quanto real, todas as afecções que dizem respeito á modificação estrutural da córnea, que na maior parte dos casos são exteriorizadas pela opacificação do parenquima, ou de todo o tecido corneano, são admiravelmente influenciadas pelo emprego da insulina. Ha uma reabsorção perfeita do "infiltrado corneano". Assim, as keratites intersticiais e superficiais de qualquer origem, desemetites, pannus tracomatosos, são beneficiados com o uso local da insulina.

O tratamento etiológico, não ha por onde se evitar em todos os casos de keratites, mas será, melhormente conseguido com essa nova terapeutica. Os leucomas, as nebulas e nubeculas submetidos ao tratamento insulínico modificam de caracter em se desopacificando o tecido corneano. Quatro anos de constantes pesquisas e experiências científicas demonstram a razão de ser dêste novo emprego da insulina. Analisada cuidadosamente pelo "Departamento Nacional da Saúde Pública", a fórmula é exposta ao público sob a forma de pomada oftálmica com o nome de Leutrax". O Laboratório Dr. Schimidt, Drogaria Caldas, Baía, em ótima apresentação, vem de oferecer o produto á classe médica especializada.

O dr. Elisio Simões, professor livre de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da Baía, foi o primeiro a empregar a insulina em os casos de opacidades da córnea, logrando resultados brilhantes.

Em o mês de Julho do ano próximo passado disse, perante a "Sociedade Médica dos Hospitais da Baía", uma nota prévia sôbre a "insulina na terapêutica ocular", documentando com vários casos.

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

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

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

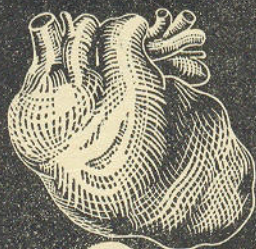
Dr. Norberto Bêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas
e Ultra-Curtas



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
Depositarioros geraes - Caixa postal, 833

Iolipobí

(Iodobismuthato de qq.+hormolipoides+neuro-diastrases)

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

Iodobismuthato de qq.	0,200
Hormolipoides de cerebro	0,020
Neuro-diastrases	0,002
Lecithina	0,004

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc.

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insolúveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormonios.

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

O IOLIPOBI, além de conter essa útil acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-diastrases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como efficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiplos hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e órgãos a existencia de verdadeiras diastrases ou enzymas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellular (hepato-diastrases; neuro-diastrases; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de quinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaaz.

INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

MODO DE USAR:

O contendo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescripção medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DIRECTOR:

Dr. Mario Pinheiro

Director do Instituto de Neurobiologia
da Assistencia a Psychopathas do Districto Federal

ASSISTENTE:

Dr. Héllion Póvoa

Titular da Academia, Docente da Faculdade e Assistente do Instituto de Neurobiologia

Revistas das Revistas

L'Arthrodèse du Genou dans le Traitement des Arthrites Rhumatismales Invétérées — Raphaël Massart — Bul. et Mém. de la Soc. des Chirurgiens de Paris, n.º 2, 1937.

O a. tem obtido excelentes resultados nas artrites reumáticas antigas e dolorosas do joelho, fazendo a ressecção do joelho e a ancilose femuro-tibial. Em menos de tres meses obtem-se uma consolidação em bôa posição, permitindo a marcha e o apoio. Quando é bilateral, opera em duas sessões com um intervalo de 8 dias, fazendo do outro lado uma artroplastia. A intervenção deve ser rápida, sem muita perda de sangue, e evitando o chôque. O paciente é adormecido pela Avertina ou Rectanol, algumas vezes a anestesia é completada por algumas baforadas de cloreto de etila.

Usa uma incisão curva suprarotuliana, completada por uma outra vertical a maneira de Putti; incisão horizontal da extremidade inferior do quadriceps femural, dando um retalho osteomuscular que é rebatido para baixo, facilitando o acêso ás extremidades articulares e uma melhor visão do campo operatório. A sinovial, o tecido fibroso periarticular, e todas as formações patológicas, são ressecados; a aderência óssea da rótula é desfeita facilmente; retiram-se os restos dos meniscos. As superficies articulares são ressecadas economicamente pela serra circular; a superficie articular rotuliana é abrasada. As extremidades ressecadas devem adaptar-se sem deixar espaço interósseo. Em seguida, talla-se na face anterior da extremidade inferior do femur um retalho ósseo longo, por meio das duas lâminas paralelas da serra circular, que se faz escorregar na tibia, previamente preparada de modo a se obter um espaço para receber a metade inferior do enxerto ósseo. A coaptação é assim assegurada pela artrodése, que é reforçada adiante pelo plano musculo-tendinoso, que é suturado, em cima, á extremidade inferior do quadriceps incisado. A rótula aplica-se pela sua face cruenta á uma outra superficie cruenta, aumentando mais a solidês da ancilose. A péle é suturada sem drenagem. Coloca-se um aparelho gessado durante 2 mêses e meio. O operado deixa a clínica 10 dias após.

E. J. Kanan.

Traitement du torticollis congénital — Lamy — Comunicação á Soc. des Chirurgiens du Paris, sessão de 22 de janeiro de 1937.

E' contrário á tenotomia aberta do m. est. cl. mastoideu. Usa a seguinte técnica com ótimos resultados: Tenotomia subcutânea dos feixes esternais e claviculares; si houver retração e aderência á bainha do musculo, com o dedo aplicado energeticamente sôbre a parte resistente, incli-

na-se a cabeça para o lado são ao mesmo tempo abaixa-se o ombro da lado doente, rompendo-se assim as últimas aderências. Si fôr preciso, a extremidade superior do músculo será tenomizada subcutaneamente. Enquanto o operado estiver anestesiado, se colocará uma minerva gessada em hipercorreção. As recidivas são conseqüentes a não observância desta última parte do tratamento, que é para o a. como para muitos outros a mais importante, porque assegura o êxito da intervenção. As tenotomias abertas devem ser abandonadas, mórmente no sexo feminino, porque deixam cicatrizes, grandes e antiestéticas.

E. J. Kanan.

Biopsia ganglionar en el diagnostico de la tuberculosis osteoarticular — Carlos Urrutia U. — Revista de Ortopedia y Traumatologia, ano VI, n.º 3, jan. 1937, p. 249.

Para o diagnóstico precoce e de certeza da tuberculose osteoarticular, o a. preconiza com entusiasmo o processo de Carlos Ottolenghi, que consiste na biopsia do gânglio mais infartado localizado no território do membro afetado.

Em 25 casos de tuberculose osteoarticular franca, só em tres foram negativas as biopsias, acusando uma positividade de 88%. Chega ás seguintes conclusões:

1.º — Para o diagnóstico da tuberculose osteoarticular se deve lançar mão de todos os elementos de diagnóstico de que dispomos.

2.º — Estes elementos podem dividir-se em: 1.º, de probabilidade, e 2.º, de certeza, incluindo nestes últimos em primeiro lugar a biopsia gangliar, que serve para o diagnóstico precoce, e em segundo lugar a cultura do pús pelo método do dr. Palacios, deixando só para o caso de intervenções terapêuticas a biopsia do próprio fôco.

Abcessos de Brodie e cavidades ósseas de origem osteomielítica — Carlos Ottolenghi e Carlos Spinelli — Revista de Ortopedia y Traumatologia, ano VI, n.º 3, jan. 1937, p. 263.

Os aa. após descreverem a sintomatologia do abcesso de Brodie, e o diagnóstico diferencial radiográfico com os seguintes processos: Osteosarcomas, Tumor de Miéloplacios, Sífilis Ósseas, Quisto Simples do Osso, Osteite Tuberculosa, se detêm no das Cavidades Osteomielíticas para afirmar que diferem só pela localização. O abcesso de Brodie assesta na metafise, as cavidades Osteomielíticas encontram-se na diafise; em ambos os processos a cavidade é cercada por uma zona de condensação, e quando são superficiais determinam uma hiperóstose. Os sinais clínicos são os mesmos. Apresenta oito observações: cinco de abcesso de Brodie e tres de cavidades diafisárias osteomielíticas. O tratamento consistiu na trepanação, destruição da membrana piógena, empregando o método de Orr, si os sintomas não tiverem cedido ao repouso e medicações anti-infecciosas.

E. J. Kanan.

O falecimento do Prof. Jacinto Gomes

As homenagens prestadas á memória do dr. Jacinto Gomes, constituiu uma expressiva demonstração de como era altamente estimado e apreciado no seio da classe médica e no da sociedade porto-alegrense.

Desde a hora do seu falecimento a casa mortuária conservou-se repleta de exmas, famílias e de cavalheiros que levaram á família enlutada os seus sentimentos de pesar e foram velar o corpo do saudoso médico.

O enterro realizou-se ás 16 horas, com extraordinário acompanhamento, tendo sido levado o corpo que se encontrava em fino caixão de ebano, até a capela do Senhor dos Passos.

Na escadaria do templo, membros da mesa administrativa da Santa Casa, á qual também o dr. Jacinto Gomes prestara seus bons serviços, receberam o esquife.

Fez a encomendação o rev. padre Wirsch, capelão, estando presentes ao ato, extraordinário número de pessoas de representação social. A Sociedade de Medicina se fez representar pelo seu Presidente, prof. Mario Totta.

Terminada a encomendação organizou-se extenso cortejo fúnebre que se dirigiu em direção do cemitério, afim de se inhumar o corpo.

FALA O PROFESSOR LUIS GUEDES

Antes de baixar o corpo á sepultura, usou da palavra, em nome da Faculdade de Medicina, o professor Luis Guedes que disse o seguinte:

“Eu não poderia deixar de vir, em nome de um passado edificante e digno, trazer a minha saudade e a minha veneração na derradeira despedida, ao mestre insigne e querido de todos os tempos.

Mestre insigne — está na consciência de todos os que ouviram as lições de sabedoria médica e da argúcia clínica, uma época gloriosa e fecunda em que espíritos de desprendimento e dedicação, superando dificuldades sem conta, fundaram e elevaram bem alto a nossa Faculdade de Medicina, e tão alto a levantaram que ela paira hoje firme, serena e luminosa, numa trajetória esplendente, a seguir seu glorioso e impecavel destino.

Foste coluna mestra e vigorosa dêsse grandioso edificio!

Os que se abeberaram dos teus conhecimentos, jamais o esqueceram.

A aí estão para o afirmar, honrando a corporação médica do Rio Grande, e laborando com viço e eficiência, nas nossas Faculdades, ou no exercício quotidiano da arte de curar, pleiade ilustre de colegas eminen-

tes, cujos nomes, num minudente e insuspeitado balanço de sua feitura e organização médicas, devem a sua fôrça e a sua projeção, aos sábios e magníficos ensinamentos que lhes ministraste, qual se fôras verdadeiramente o Hipocrates da medicina grega que houvesse voltado a predicar!

Porque de Hipocrates o espírito de observação e análise, a ponderação, a justeza da medida médica, o exame detido e insatisfeito dos fatos clínicos, na resolução de múltiplos problemas, a simplicidade dos conceitos, a ciência sóbria e precisa, a extreme dedicação ao doente, a ética perfeita e impecavel — de Hipocrates foste a mais fiel expressão do médico moderno, a cumprir o sacerdócio a que te impusestes.

E que exemplo dêste de tua inquebrantavel operosidade. E' de hontem: já a morte te rondava, minando-te impenitente e cruel o organismo — e bem a fundo o sabias — mas erucido de dôres e torturas, ainda trabalhavas infatigavel com a mesma abnegação — com o mesmo apuro de sentidos, no mais impressionante exemplo de resignação e de estoicismo.

Mestre querido amigo:

Seriam evocações de uma saudade infinita os passos que dei escutando os teus conselhos, praticando os teus ensinamentos, bem consiste o perene embelecimento do teu character puro e adamantino, que resplendeu sempre de virtudes e de uma grande, suave e sentida bondade.

Na época inesquecivel de minha iniciação médica, pela tua mão, vez primeira, penetrei no Hospital ao convívio da Medicina.

E nunca mais êsse momento marcante de minha jornada profissional se me apagava da memória; porque me pareceu, pela simplicidade de tuas expressões e a firmeza, com que me ensinaste o mal que defrontavamos, que a medicina seria uma estrada livre, sem entaves, escolhos, para quem quizesse praticar.

Não foi assim, bem certo, porque isso nunca o ensinaste. Mas o estímulo e o entusiasmo, a convicção de dignidade, de honra, de elevação moral a uma altura que outra qualquer atividade profissional não poderá ultrapassar, deste-me aí, nesse momento saudoso e codificaste sempre, em mim e nos outros que te foram discipulos a projeção e a eminência do teu nome egregio e venerando!

Dr. Jacinto Gomes, amigo e mestre — a minha imarcescivel saudade!

FALA O DR. YGARTUA

Em nome da Sociedade de Medicina o dr. Florencio Ygartua disse o seguinte:

“Trago a palavra de despedida, pela Sociedade de Medicina, ao clínico eminente que em vida se chamou Jacinto Gomes.

Homem de ciência, de elevadas qualidades morais, passou pela vida em trajetória inapagavel e rutilante, com amor ao próximo e ao devotado engrandecimento da ciência médica.

Em múltiplas atividades de sua vida profissional teve a palpitar no coração o bem e nas suas atitudes e realizações resplandecem sempre um elevado e nobre character.

Foi um verdadeiro sacerdote na nossa profissão, que a enalteceu e humanizou.

Durante longos anos de labuta profissional se desdobrou em devotamento ao trabalho e estudos fecundos ao serviço da nossa classe e da nossa gente.

Penetrava na casa do rico, ou na do pobre, com uma expressão simples repassada de altos sentimentos de caridade, os quais caracterisavam inconfundivelmente a sua personalidade, porque sempre exemplificou, ao lado da palavra autorizada de notavel clínico, um gesto de enternecido consolo e carinho para o seu doente.

Nesta hora em que seu corpo, representando um passado, que dignifica, vai descansar em terra abençoada que o recebe como um homem bom, humanitário e ilustre, tenho a certeza que em todos os nossos corações e nos que ainda palpitam em nossa cidade, existe um sentimento de profunda consternação por essa perda irreparavel.

Muito principalmente a nossa classe médica acaba de sofrer um rude golpe.

A Sociedade de Medicina, onde o preclaro extinto ocupou o mais elevado posto, exercendo uma presidência que produziu tão benéficos frutos, lamenta com intensa e viva dôr o desaparecimento desse caro companheiro e mestre insigne.

Quando ela recordar seus grandes homens a personalidade ilustre, de Jacinto Gomes surgirá como um exemplo dignificante daquêles que mais trabalharam pela prosperidade, pela grandeza e pelo prestigio crescente da Sociedade de Medicina. — Adeus.”



Noticiario

Exm.º Sr. Dr. Mario Totta

M. D. Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

Venho agradecer, profundamente comovido, a honrosa manifestação dessa Sociedade a proposito do meu jubileu profissional. Guardo sempre com carinho a recordação dos dias felizes em que trabalhamos juntos pelo engrandecimento da medicina nacional. E faço votos pela prosperidade da valorosa associação que representa na Capital riograndense o escol do pensamento medico brasileiro.

Com as mais atenciosas saudações á digna Diretoria e ao conjunto dos membros da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

Olinto de Oliveira.

Pelotas, 25 de Janeiro de 1937

Exmo. Sr. Dr. Diretor da Sociedade Medicina de Porto Alegre
(Nota prévia)

Saudações respeitosas.

O abaixo-assinado, ex-auxiliar do Instituto Osvaldo Cruz dessa capital, em cuja Faculdade de Medicina e Cirurgia se diplomou em 1914, tem a honra de participar a essa douta corporação que está obtendo visiveis resultados no tratamento do cancer, por meio de hormonios presentes no organismo da mulher gestante, conforme experiencias em sua clinica e na secção de biologia do Laboratorio Fagundes.

Acrescentando que aguarda completar suas observações, afim de enviar a V. Ex.^a definitiva e minuciosa comunicação, subscreve-se, com alto apreço,

De V. Ex.^a Cr.^o Att.^o
Dr. Edison B. Fagundes.

Segundo Congresso Brasileiro de Oftalmologia

O programa a ser observado nos trabalhos do importante conclave

Realiza-se, de acordo com a deliberação do primeiro congresso, em junho, julho proximo vindouro, o IIº Congresso Brasileiro de Oftalmologia, nesta capital.

As sessões serão efetuadas no salão nobre da Faculdade de Medicina, cedido gentilmente pela sua diretoria.

E' com intenso entusiasmo que se vêm processando os preparativos para a realização deste grande certame médico oculístico, estando a comissão executiva animada do mais vivo empenho no sentido de que o proximo Congresso alcance o mesmo resultado que os objetivos superiores do primeiro Congresso, organizado brilhantemente pela Sociedade de Oftalmologia de São Paulo, obtiveram, congregando todos os especialistas do Brasil e oferecendo a mais elevada demonstração de cultura e de cooperação médica especializada.

As manifestações de solidariedade e de apreço recebidas pela Comissão Executiva revelam a enorme repercussão que vão tendo em todos os setores da oftalmologia, não só nacionais como estrangeiros, as providencias iniciais adotadas pela comissão executiva, que tem o encargo da vasta tarefa de organizar e realizar o IIº Congresso de Oftalmologia.

As adesões são feitas de maneira tão eloquentes que fazem desde já augurar o êxito do futuro concilio dos médicos oftalmologistas brasileiros.

Anexo ao Congresso, haverá uma exposição científica, em que serão expostos livros, teses, revistas, desenhos, retinografias, material anatômico e histológico, etc., e outra, técnica-comercial, para exhibição e demonstração de aparelhos e medicamentos relacionados com a oftalmologia.

Os pedidos, para a obtenção dos "stands", por parte dos expositores, poderão ser desde já enviados á Comissão Executiva.

Programa das sessões:

Dia 27 — Sessão inaugural, sob a presidencia de honra do Governador do Estado, General Flôres da Cunha, no salão nobre da Faculdade de Medicina.

Dia 28 — segunda-feira — Primeira sessão científica — tema: Retinites hipertensivas.

Relator — professor Abreu Fialho.

A' tarde — segunda sessão científica: Comunicações.

A' noite — Recepção dos congressistas pela Congregação da Faculdade de Medicina.

Dia 29 — De manhã — Segundo tema oficial: Manifestações oculares das doenças tropicais.

Relator — professor Cesario de Andrade.

A' tarde — passeio.

A' noite — Quarta sessão científica. Tema subsidiário: Profilaxia e assistência á cegueira.

Relator — professor Moacir E. Alvaro.

Dia 30 — De manhã — Quinta sessão científica: Comunicações.

A' tarde — Sexta sessão científica: Terceiro tema oficial. Distribuição geográfica e etiológica do tracoma.

Relator — professor Moacir E. Alvaro e dr. Ciro Rezende.

A' noite — Banquete oferecido pela Sociedade de Oftalmologia e Oto-Rino-Laringologia do Rio Grande do Sul aos congressistas.

Orador oficial: professor dr. Mario Tota.

Dia 1.º de julho — De manhã — setima sessão científica — Tema subsidiário: Subsídios para a historia da Oftalmologia no Brasil.

Relator — dr. Herminio B. Conde.

A' tarde — Oitava sessão científica: Comunicações.

A' noite — Nona sessão científica: Comunicações.

Dia 2 — de manhã — Decima sessão científica, presidida pelo diretor da Faculdade de Medicina, professor dr. Guerra Blessmann. Encerramento do Congresso.