

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVI

NOVEMBRO DE 1937

N. 11

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

FLORENCIO IGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

NOGUEIRA FLORES

Catedratico de Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedica

ELYSEU PAGLIOLI

Doc. de Anatomia, Cirurgia e Obstetricia

SECRETARIO DA REDAÇÃO

ADAYR FIGUEIREDO

REDATORES

NOGUEIRA FLÓRES

ANNES DIAS

R. DI PRIMIO

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

H. WALLAU

AMERICICO 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 DE ASSIS BRASIL — Epidemiologia da Poliomielite Pag. 497

HUGO RIBEIRO — Caso de Xanthoma eruptivo tratado pela alcachofra „ 509

Atas

Atas „ 513

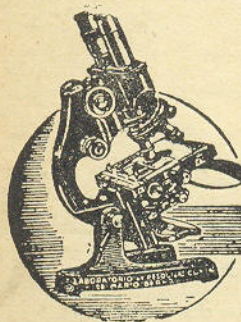
In memoriam

In memoriam „ 523

Boletim da Secção de Cirurgia da Sociedade de Medicina

Boletim da Secção de Cirurgia da Sociedade de Medicina „ 527

IODEFIS PREPARADO COM IODOPEPTI-
DIOS ABIURÉTICOS
amps. de 2cc., contendo 10 centigrs. de Iodo
Via intramuscular ou endovenosa



Laboratório de Pesquisas Clínicas

DR. MARIO BERND

ANDRADAS, 1305
ALTOS DA LIVR. AMERICANA

TELEFONE 6596
Serviço Noturno, Tel. 5188

Trabalhos originaes

Epidemiologia da Poliomielite

Dr. Mario de Assis Brasil

Trabalho apresentado á Sociedade de Medicina de Porto Alegre em
6 de Agosto de 1937.

O conhecimento da poliomielite aguda ou paralisia infantil — denominação que continua sendo empregada por muitos autores porque mais graficamente assinala o aspéto da verdadeira confirmação da doença — parece remontar a épocas muito afastadas na historia da Medicina.

Em 1774 Underwood faz a primeira descrição clinica da paralisia infantil, que é mais tarde confirmada por John Barhein.

Em 1840 Heine proclama a separação da poliomielite anterior agudas das outras mielites essenciaes e das demais doenças do eixo cerebro medular, e da-lhe fisionomia propria, detalhando sua sintomatologia.

Segundo a concepção dessa época a poliomielite é considerada como uma doença perfeitamente conhecida e sem nenhuma importancia: — um começo febril de infecção geral seguido de paralisias de um ou de varios membros e finalmente um periodo de regressão parcial ou completa das paralisias.

Em 1865 começa o periodo dos estudos anatomo-patologicos.

Cornil, Provost, Vulpian, depois Charcot e outros verificam as lesões dos cornos anteriores da medula.

A poliomielite passa a ser então considerada como um sindromo anatomico resultante da destruição dos cornos anteriores da medula.

Admitia-se, em face dessas verificações, que todas as infecções podiam determinar tal sindromo desde que invadissem a medula, e chegou-se mesmo a descrever casos de poliomielite sobrevividos no curso da erisipela, da febre tifoide, do sarampo, da pneumonia ou de simples anginas.

Alguns autores acreditaram até ter podido realizar, experimentalmente, sindromos mais ou menos identicos: — Gilbert com o colibacilo; Roger com culturas de estreptococo; Vicent com os bacilos de Eberth e Charrin com a toxina piocianica.

A concepção sobre a poliomielite era, em suma, de uma simples localisação medular de uma infecção qualquer.

Nada por consequencia de importante sob o ponto de vista epidemiologico.

DISTRIBUIÇÃO GEOGRAFICA DA POLIOMIELITE

De tempos em tempos assinalavam-se algumas formas atípicas, notava-se a existencia de sinais meningeus, relatava-se a observação de varios casos sobrevividos na mesma familia ou na mesma localidade. Sabia-se tambem que existia na Suecia e na Noruega uma doença especial, de forma habitualmente paralitica, com manifestações epidemicas, mas essa doença não parecia ser, em conclusão, sinão um exemplo a mais destinado a demonstrar que a sua origem obedecia a infecções diversas. Em 1887 Medin estudando 44 casos dessa enfermidade, estabeleceu a noção exata da sua epidemiologia e então abriu-se uma nova fase de estudos; surgiu o periodo etiologico.

Como se vê, em fins do seculo passado, os estudos sobre a paralisia infantil prosseguiram empenhadamente, porém, com idéias contraditorias oriundas de problemas para cujas soluções eram apresentadas opiniões diametralmente opostas.

Mas eis que a partir de 1905 a paralisia epidemica assume na Escandinavia proporções alarmantes: — relatam-se epidemias anuais de milhares de casos.

Em seguida a doença aparece em quasi todos os países da Europa, com o mesmo carater epidemico. Os estados Unidos e o Canadá, já levemente atingidos são tambem invadidos por grandes epidemias — em New York verificam-se 9.800 casos no ano de 1916. De Norte America as epidemias propagam-se para Antilhas e para o Mexico. Na Oceania, Australia tem sido a região mais visitada, e em consequencia se constituiu um centro de investigações científicas importantissimo.

Quanto a America do Sul sabe-se que desde bastante tempo vem se assinalando surtos epidemicos de realce nas republicas vizinhas do Uruguai e Argentina. Na republica Argentina diz-nos A. Alfaro que até principios deste seculo a poliomielite era rara, manifestando-se de vez em quando, sob a fórma esporadica, e como curiosidade clinica. Mas já em 1911 alguns pediatras, Acuña Schweiser e Arrulalde, assinalavam a frequencia alarmante com que se estavam verificando casos de paralisia infantil e falavam de pequenas epidemias. Estas se tem sucedido dai em diante, em surtos anuais, principalmente a partir de 1930, em todo o país sobretudo nas provincias de Buenos Aires, Santa Fé e Entre Rios.

Tambem no Uruguai, Morquio e outros descreveram epidemias de igual gravidade, nesse mesmo tempo.

Vemos pois que desde 1911 a poliomielite começou a adquirir em nossas fronteiras importancia tal que leva-nos a supor sue a sua presenca dentro do Rio Grande dependeria de ser cuidadosamente pro-

Respeito ao seu estudo epidemiologico no Brasil infelizmente quasi nada se encontra publicado.

O unico trabalho relativamente moderno que encontramos sobre esta relevante questão sanitaria é o de Puech.

Segundo a estatistica organizada por Puech foram comunicados

no ano de 1926 em São Paulo 326 casos, 221 na Capital e os restantes no interior daquele Estado.

Puech faz notar com razão que essas cifras devem estar muito aquém da realidade porque os clínicos não diagnosticam sinão as fórmulas clássicas, e do interior do País só chegam ás capitais, para fim de tratamento ortopedico, os portadores de paralisias residuais.

Vimos que a distribuição geografica das epidemias compreende quasi todas as regiões do mundo excetuando apenas as paragens equatoriais.

Vimos tambem que as proporções atuais da poliomielite vão muito além dos 44 casos da epidemia descrita por Medin na Noriega em 1887.

CONCEITO DO CONTAGIO

Não se conhece ainda o germe produtor da poliomielite anterior aguda porém desde que Landsteiner e Popper, por inoculações no macaco, reproduziram a doença á vontade, com todos os caracteres clínicos e com as mesmas manifestações anatomicas encontradas no homem, ficou demonstrado que se trata de um virus neurotropico filtravel que penetra profundamente no sistema nervoso cntral mas que, via de regra, só determina lesões nos entros motores.

Este virus possui acentuada resistencia ás influencias ambientes. Além de conservar a sua capacidade vital nas poeiras, nos objetos de uso e nos alimentos pelo espaço de varias semanas, mostra grande resistencia aos antisepticos brandos.

Na afecção humana espontanea encontra-se o virus nas secreções do nosofaringe e da traquéa bem como nas fézes, entretanto não é facil definir exatamente o contagio.

As opiniões a este respeito ainda se acham muito contraditorias.

Para alguns autores o contagio direto continua sendo incerto e discutivel.

Para a maioria, porém, dos investigadores das ultimas epidemias, como veremos mais adiante, pela analise das estatisticas estudadas, tanto o contagio direto como o indireto gosam a mesma importancia na propagação da molestia.

O fato de que, não se apontem, sinão raramente, dois ou mais casos sucessivos na mesma familia, não esclue, á luz dos ensinamentos recentes, a frequencia do contagio direto. O numero de observações em que se tem registrado esta eventualidade aumenta á medida que se melhora a diagnostica da poliomielite no seu aspecto protiforme.

O estudo epidemiologico até muito pouco se baseava unicamente nas fórmulas paralíticas clássicas o que não é mais possivel como veremos adiante.

A existencia do virus nas fôssas nazais e nas fézes, assim como a presenca no sangue de anticorpos imunizantes representa um grande esclarecimento no estudo do contagio indireto e parece explicar a imunidade individual e regional. A demonstração da imunidade regio-

nal que tem sido cuidadosamente pesquisada em diversos países, aproxima o tipo epidemiológico da poliomielite ao de outras infecções que fazem uma verdadeira recurrencia ciclica porque grassando, ás vezes, com sintomatologia anodina operam a vacinação de grandes nucleos de populações.

Quasi todos os experimentadores admitem hoje que as vias de penetração do virus podem ser duas: a mucosa do nasofaringe e a mucosa intestinal. Outras hipoteses tais como a possível transmissão por insetos hematofagos não pódem ser aceitas porque até o presente não foi encontrado o virus no sangue.

A concepção do contagio implica ainda a concurrencia de outros fatores:

Primeiro, a variabilidade da virulencia do agente, a qual explicaria porque reinando a enfermidade, durante anos, em estado esporadico, possa adquirir, em dado momento, extraordinaria exacerbação capaz de produzir um grande numero de casos, constituindo verdadeiras epidemias.

Segundo diferente gráu de permeabilidade das mucosas nasal e intestinal o que parece traduzir maior ou menor resistencia individual.

Terceiro — Para alguns experimentadores o estado receptivo do sistema nervoso.

Nas cidades a poliomielite acomete quasi exclusivamente a infancia ao passo que nas zonas rurais a frequencia média da doença se observa em individuos de idade mais elevada como acontece com o sarampo, a difteria e a coqueluche.

Cumpra notar tambem que a distribuição da poliomielite, nas cidades e nas zonas rurais, não depende da densidade da população, comportando-se antes como uma afecção propagada por portadores silenciosos.

Efetivamente as pesquisas de Flexner, de Levaditi e de Kling puzeram em evidencia o grande numero de individuos sãos portadores do virus no nasofaringe.

O fato que domina na historia etiologica da poliomielite é a dupla noção da existencia de casos isolados ou esporadicos e o aparecimento de epidemias.

O exame minucioso da epidemiologia da poliomielite, em qualquer região que se a queira estudar, para conduzir a um conceito real de sua extensão e de sua infecciosidade, terá que abranger uma investigação prolixa do quadro sintomatologico da doença.

MODERNO CRITERIO CLINICO

O conceito classico dos 5 periodos que clinicamente se descrevia na evolução da doença: incubação, invasão, apresentação das paralisias, regressão e sequelas, tem sido, de tal sorte modificado pelos ensinamentos trazidos pelas ultimas epidemias que mal póde ser aplicado á metade dos casos.

A melhor observação das manifestações iniciais da doença em todas as suas fórmãs, ampliou de tal maneira as possibilidades para sur-

preende-las que, si para formularmos o diagnostico de poliomielite esperarmos o aparecimento das paralisias não só deixaremos de identificar o maior numero de casos como chegaremos tardiamente, com a ação medica que ficará reduzida a constatar sequélas.

A expansão da poliomielite na Dinamarca e nos Estados Unidos tem oferecido, como em nenhuma outra parte, importante campo para o estudo clinico e epidemiologico bastante elucidativo de aspetos até então obscuros deste mal, em consideravel numero de casos, na sua fase inicial, graças a um conjunto de circunstancias favoraveis: população instruida e disciplinada, corpo medico advertido das variedades da infeção, facilidade de hospitalisação e uma organização sorologica modelar.

Pela analise cuidadosa dessas estatisticas conclue-se que os casos sem paralisias constituem a grande maioria das infeções poliomieliticas nos surtos epidemicos. W. Park, nos Estados Unidos, computa em 75% o numero de fórmas não paralíticas e Janssen e Nissen elevam a cifra das fórmas não paralíticas a 90 % na Dinamarca.

No relatorio de Janssen publicado em Junho de 1936 encontra-se a descrição das ultimas epidemias da Dinamarca, organisadas sob pontos de vista inteiramente novos.

Em Agosto de 1933 houve uma epidemia localisada a uma parte da Jutlandia em que pela primeira vez se diagnosticaram e hospitalizaram muitos casos não paralíticos. Começou então o emprego do sôro de convalescentes. Os casos comunicados no inverno se espalhavam por todo o país porém em fórma esporadica. De Janeiro a Abril de 1934 o numero de casos comunicados foi 4 vezes maior que a frequencia normal, isto é, 8 a 15 casos por mês, em lugar de 2 a 4. Este aumento fez esperar uma epidemia no verão de 1934, e assim sucedeu, começando a observar-se os casos em Junho, atingindo o maximo em Setembro, com 650 casos só em uma semana. Na Dinamarca é bem conhecida a flutuação estacional da doença. Em 1934 o fóco de 1933 permaneceu indene.

Dos 4.525 casos, 3.875 não apresentaram paralisias. A maioria dos casos correspondeu a idade escolar. A julgar pelos dados disponiveis, a propagação foi por contato com portadores humanos, e muito menos com casos reconhecidos sem se ter comprovado nenhuma participação da difusão lactea ou hidrica.

Em 398 familias houve casos multiplos chegando o total a 945 ou seja 2, 4 por familia, admitindo-se porém que as cifras reais foram sem duvida maiores.

“O medico sanitarista de Vejle, Dr. Ingbol comunicou 509 familias infetadas, em 49 das quais (12 %- houve de 2 a 8 casos. Em 89 % dos casos recebidos no hospital havia febre. Uma das normas para o ingresso hospitalar consistia no sinal raquidiano, isto é, rigidez do raquis e dores no dorso á ventriflexão e esse sintoma alcançou uma proporção de 85 %. A facies poliomielitica foi observada em 58 %. Os vomitos e sintomas intestinais foram comparativamente raros, em compensação a angina muito frequente. Foi observada pleiocitose em

64 %. 78 % dos casos ingressaram no serviço hospitalar dentro dos dois primeiros dias de iniciado o estado meningeu.

Em conjunto trataram-se com sôro mais de 3.000 casos (90 % de todos os recebidos no periodo pre-paralitico). Diversos observadores se referem as melhoras subjetivas e objetivas consecutivas a soroterapia e o autor realça que até a presente data não se ofereceu nenhuma prova verdadeira de que o sôro de convalescente seja ineficaz."

A classificação clinica proposta por Park e adotada pela Comissão Internacional para o estudo da poliomielite, distingue, de conformidade com a sua sintomatologia: 1.º — tipo abortivo; 2.º — tipo não paralitico; 3.º — tipo com paralisias subcortical; e dois tipos accesorios muito menos frequentes: a) tipo encefalico; e b) tipo ataxico.

FORMAS ABORTIVAS

O relatório do comité de peritos da Sociedade das Nações e a Comissão Internacional para o estudo da poliomielite, presidida por Park, define "fôrmas abortivas as que se apresentam como episodios febris passageiros que desaparecem no fim de 2 ou 3 dias, com ou sem cefaléa, vomitos, constipação ou diarréa, angina ou fenomenos catarrais, em que existe evidencia de invasão do sistema nervoso central; nestes casos o diagnostico não poderá ser feito com certeza, visto que não apresentam alterações características do liquido cefalo-raquidiano". Por conseguinte não é facil precisar a frequencia das fôrmas abortivas dada a ausencia de sinal patognomônico; entretanto Paul, Salinger e Trask admitem para as fôrmas abortivas a existencia de ligeira rigidez no pescoço e nuca, aproximando-se do "sinal espinal de Drapper".

"Fôra das epidemias, existe grande dificuldade e chega a ser impossivel o diagnostico diferencial entre casos abortivos de poliomielite e numerosos casos de angina e febre devida a infecção do aparelho respiratorio". Em época epidemica é mais facil reconhecê-los, diz Park.

Niessen, em 1935 ao descrever 730 casos hospitalizados na epidemia de Haderslew dos quais 27 fizeram paralisias, observou que entre os irmãos e comunicantes dos internados, apresentaram-se ao mesmo tempo, mais de 600 casos de febre e sintomas catarrais que ele denomina "Poliomieltis like" e que julga serem casos abortivos.

Niessen assinala, em um grafico muito eloquente, o aumento anormal da gripe e anginas em Setembro, coincidindo com a frequencia das fôrmas classicas da poliomielite, e a coincidência tambem do declinio das duas curvas, o que faz pensar ao investigador dinamarquez que tais anginas e gripes são fôrmas abortivas de poliomielite.

Jensen, outro investigador dinamarquês, chega ás mesmas conclusões estudando 3.938 casos de poliomielite, dos quais 90,5 % não chegaram á paralisia; como apenas 63,9 % dos casos não paraliticos apresentaram alterações do liquido cefalo raquidiano, Jensen conclue que se encontrava um bom numero de fôrmas abortivas.

Paul, Salinger e Trask contam que de 197 familias com casos francos, a proporção de casos abortivos, em relação aos primeiros variou de 4 a 1 e 6,3 a 1. Em familias testemunhas, sem casos francos duran-

te a mesma epidemia, encontraram estes autores, 11,1 % de casos abortivos, entre 1 e 4 anos.

Em um grupo de crianças de 1 a 4 anos verificaram os autores citados 8 % de poliomielite franca e 43,2 % de poliomielite abortiva.

Concluem os autores admitindo uma proporção de 4 a 6 casos abortivos por caso franco e uma frequência média de 10 % de casos abortivos, em famílias sem casos francos, em período epidêmico.

O estudo de Birk, sobre a epidemia de 1936 em Wurtemberg assinala que, em certas zonas, onde a população quasi na sua totalidade adoeceu com uma sintomatologia infecciosa, aparentemente gripal, apenas um grupo de 135 individuos fizeram fórmias meningeas, e entre estes uma minima parte, fórmias paralíticas.

Birk considera esse processo infeccioso que atingiu a quasi toda a população de alguns distritos de Wurtemberg como fórmias abortivas de poliomielite.

Frank Oldt, estudando minuciosamente, casa por casa, uma epidemia em uma pequena cidade do estado de Ohio, na qual só haviam sido denunciados 5 casos francos, verificou que dentre 90 famílias, com um total de 253 crianças, ocorrera um obito, havia 12 paralíticos, e ainda que 45 crianças apresentavam reflexos anormais sem historia clinica manifesta, e que 127 dessas crianças haviam apresentado, durante a epidemia, transtornos digestivos, dor de garganta, cefalea, conjunto de sintomas que Oldt considera suspeitos.

Vemos pois que não se pôde negar a existencia frequentissima de fórmias abortivas de poliomielite; o que é preciso é saber investiga-las.

O seu diagnostico é difficil porque a sintomatologia das fórmias abortivas não tem nada de caracteristico para orientar o medico, mas, como diz Park é necessario desde que se conhece a existencia de um caso franco, na entourage investigar atentamente. Interrogar a familia; inquerir se no momento em que a criança caiu enferma todos estavam sãos se na vizinhança não se havia observado algum fenomeno morbido.

Devemos saber interrogar para não nos contentarmos com informações incompletas.

FORMAS NÃO PARALITICAS

As fórmias não paralíticas, bem estudadas por Niessen, Jansen e Park. "compreendem os casos em que as celulas nervosas não chegam a ser bastante lesadas para determinar paralisias".

No quadro clinico das fórmias não paralíticas, dizem os autores acima citados, predominam os sintomas de irritação meningeia, e, sobretudo o sinal espinal de Drapper.

O sinal de Drapper representa o ponto mais importante no diagnostico precoce da poliomielite; tal é a sua significação que, na Dinamarca, serve de norma para assinalar o inicio da infeção e portanto para a admissão do doente nos hospitais.

A distincão clinica entre fórmias não paralíticas no periodo pre-paralitico não se pôde estabelecer no inicio da infeção porque a mesma sintomatologia de irritação dos centros nervosos — prostração em desa-

côrdo com a elevação termica, congestão do rosto com palidez circum-bucal, dando a facies típica sobre a qual muito insiste Niessen, tremores, sinal de Drapper e as modificações do liquido cefalo raquidiano são comuns ás duas fórmãs, isto é, pôdem se encontrar tanto em um como em outro caso.

Mas estabelecer, de inicio, a diferença das fórmãs clinicas, da poliomielite, não é o maximo objetivo a atingir o que impõe-se é formular o diagnostico precoce da infecção poliomielitica isto é, antepo-lo ao aparecimento das paralisias.

Entre todos os sintomas de inicio da infecção, seja nas fórmãs não paraliticas seja no periodo pre-paralitico, o quadro meningeu é o mais constante, o que mais ressalta, e por isso o de maior importancia.

Todos os autores admitem que a sintomatologia meningéa, caracterisa, com grande frequencia, o inicio da infecção poliomielitica. Como vimos Jansen adota como criterio para diagnostico precoce e para hospitalisar os enfermos o sinal de Drapper, isto é, rigidez dolorosa do raquis. Este autor considera como inicio da doença "o começo do estado meningitico", momento que ele escolheu para recorrer a soroterapia.

Goldschlager diz que "o ataque da meninge é constante na poliomielite; pôde manter-se oculto e revelar-se só pela punção lombar ou traduzir-se clinicamente por um sindromo meningeu que realisa a fórma meningéa da doença"; segundo ele, marca geralmente o inicio da enfermidade e precede o periodo paralitico; raras vezes não aparece não mais tardiamente, no curso da evolução paralitica; seu diagnostico se torna facil graças ás modificações caracteristicas do liquido cefalo raquidiano".

Rohmer estudando 635 casos produzidos na Alsacia em 1931, conclue: "existe na poliomielite, como primeiro estado da invasão do sistema cerebro espinhal uma meningite inicial; não encontramos casos de poliomielite em que a reação celular tenha falhado; podemos concluir que a meningite aguda existe em todos os casos de poliomielite, pelo menos, nos casos que foram confirmados pelas paralisias".

Nos raros casos, continua Rohmer em que existiu um intervalo apreciavel entre a angina ou a faringite do inicio e a invasão do sistema nervoso, o liquido cefalo raquidiano se mantem normal durante a primeira fase da doença. Nestes casos, uma segunda punção lombar, praticada no inicio da fase nervosa nos revelará um liquido cefalo raquidiano de meningite aguda poliomielitica".

Baboneix e Levy consideram que em presença de uma reação meningéa que não faz sua prova, se deve sempre pensar na poliomielite.

Tassovatz que estudou comparativamente o liquido cefalo raquidiano na meningite serosa, na meningite tuberculosa e na poliomielite, diz: "a paralisia infantil é uma meningo-poliomielite. A meningite aparece primeiro e retrocede quando as paralisias se instalam."

Zappert diz que em alguns casos são tão pronunciados os sintomas de irritação meningéa, no periodo pre-paralitico que torna-se muito difficil no começo, estabelecer um diagnostico diferencial com as meningites de outra causa. Este sintoma tanto pode desaparecer como persistir depois das paralisias; tambem podem desaparecer os

sintomas meningeus sem que se apresente paralisia ulterior. Estas formas meningíticas, acrescenta Zappert, estão comprovadas clinica, sorologica e epidemiologicante:"

Bower, Meals e outros analisando a epidemia de Los Angeles, de 1935 acham a sintomatologia meningéa frequente, com o sinal de Drapper precoce.

Schaw e Thelander estudando a epidemia de São Francisco da California, de 1936, dizem "que a meningite serosa aguda epidemica constitue em realidade uma fórmula da poliomielite".

Lichtfield e Cohen estudando a epidemia de Broecklin, em 1935, dizem "que todos os casos hospitalizados apresentaram sintomatologia meningéa predominante, clinica e citologicamente. Melhoraram todos os doentes rapidamente manifestando-se paralisia apenas em poucos casos".

Waddel e Pulcell analisando a epidemia do Estado de Virginia, de 1935, dizem: "como nas epidemias anteriores o mais patognomônico de todos os sintomas foi a rigidez da nuca e coluna vertebral; os esforços para produzir a flexão dorsal causavam pronunciada dificuldade na maioria de nossos casos; apenas a 5.^a parte destes casos apresentaram paralisias".

Cibils Aguirre e J. L. Araoz apresentaram recentemente á Sociedade de Pediatria de Buenos Aires um estudo sobre a "Frequencia de formas meningéas en la atual epidemia de paralisia infantil" onde realçam a importancia fundamental do conhecimento destas formas meningéas, no diagnostico precoce da infecção poliomielitica.

O Centro de profilaxia, investigação e tratamento da doença de Heine-Medin organizado recentemente em Buénos Aires, sobre a direção de C. Aguirre contava em Maio ultimo com 82 observações de formas meningéas das quais 19 evoluíram sem paralisias. "Cremos interessante realçar, diz o autor citado, já que foi o momento que nos incitou a orientar-nos neste estudo, a curiosa simultaneidade da apresentação de casos meningeus iniciada com uma criança da clientela civil, que vimos em consulta por um síndrome meningítico nitido, no dia 24 de Fevereiro de 1936, que nos fez pensar em uma meningite tuberculosa; aos poucos dias outro caso visto também em conferencia na clientela civil faz uma fórmula meningo-encefalica. Nestes mesmos dias, ao regressar das férias ao nosso serviço nos encontramos com 6 meningites linfocitárias, conglomerado bem sugestivo de casos clinicamente analogos, que jamais se haviam apresentado em nossa clinica hospitalar. O antecedente das observações da clientela civil e da epidemia reinante de paralisia infantil, podemos presumir, pela clinica e comprovar pelo exame do liquido cefalo raquidiano, que se tratava de formas meningéas de poliomielite, em 5 desses casos. Na mesma época podemos comprovar 2 irmãos internados e contagiados um pelo outro com um intervalo de 9 dias, um com a fórmula bulbar e o outro com a fórmula meningo-bulbar".

Pette, em 1934, afirma que entre a inoculação e o aparecimento das primeiras lesões parenquimatosas, transcorre um período pre-paralitico, facil de estudar no animal, e que corresponde ao estado pre-

paralítico no homem. Durante esta fase o autor observou de maneira constante a reação do liquido cefalo-raquidiano; "a investigação da reação cefalo-raquidiana, diz Pette, dá um elemento importante para o diagnostico no periodo inicial da poliomielite".

Birk estudando a ultima epidemia de Wurtemberg, na Alemanha, diz que uma grande parte da população foi atacada por uma epidemia especial durante a qual familias inteiras, adultos e crianças adoeceram com um quadro clinico analogo á gripe.

Deste grande grupo, um grupo menor representado por crianças chegou a apresentar manifestações nervosas gerais: febre, rigidez da nuca, Kernig e as vezes hiperestesias; o exame do liquido cefalo raquidano demonstrou sempre grande aumento de elementos celulares. De 49 casos com manifestações graves meningéas, acrescenta Birk, apenas 6 apresentaram paralisias ulteriores.

Na região norte da Alemanha observou-se, segundo o mesmo autor, identica epidemia geral, de aspeto gripal tambem, registrando-se 86 casos com manifestações meningéas, dos quais apenas 17 apresentaram paralisia ulterior. Conclue Birk "com toda a certeza se trata de epidemia de paralisia infantil e os medicos norte americanos tem razão quando sustentam a possibilidade do diagnostico no periodo prodromico e é tambem exato que em torno dos casos tipicos de paralisia infantil existem centenaes de enfrmos com fórmãs abortivas".

A frequencia de alta significação diagnostica dos sindromas meningéus, proclamada pelo Congresso do Departamento Internacional de Higiene em 1935, induziu as autoridades sanitarias da Gran-Bretanha a resolver que, em épocas de epidemia, no intento de surpreender os casos iniciais devem, sob vigilancia rigorosa, as crianças das escolas, efetuar todas as manhãs exercicios de levar o mento até a altura das rotulas afim de surpreender o fenomeno irritativo nervoso, sinal de Draper, como provavel indicio da infeção poliomielitica.

O vasto cabedal de ensinamentos colhidos no estudo das epidemias destes ultimos anos, que em breve sintese bibliografica acabamos de expor, mostra a importancia pratica que encerra o conhecimento perfeito da sintomatologia inicial da infeção poliomielitica. Só assim se poderá chegar a estabelecer o diagnostico precoce que permitirá um tratamento com as maiores probabilidades de exito e uma profilaxia efetiva.

Em Julho do ano passado em uma comunicação feita a esta Sociedade de Medicina ocupei-me da epidemiologia e do tratamento da poliomielite aguda. Nesse trabalho procurei focalisar as idéias de immediato interesse para clinica. Logo após ocorreu-me a idéia de por a Sociedade de Medicina em contato com a classe medica do Estado, por meio de um inquerito que visaria estabelecer o gráu epidemiologico da poliomielite dentro das nossas fronteiras.

Essa iniciativa que encontrou a maxima boa vontade e amparo material do presidente da Sociedade de Medicina, foi-me sugerida pelo fato de que o publico começa a se preocupar, com o anuncio feito pelos proprios medicos, em varias localidades do Estado, de que a paralisia infantil se apresenta, nos ultimos tempos, sob a fórmula de pequenos fó-

cos epidemicos em diversos pontos do territorio riograndense. E não me parece razoavel por em duvida a veracidade dessas afirmativas levando em conta o aumento continuo de surtos epidemicos da doença em regiões vizinhas das nossas fronteiras. Não obstante o respeitavel conduto pelo qual foi encaminhado o inquerito que constou na remessa a todos os medicos de um questionario facilmente respondivel, e não obstante os pedidos que pessoalmente apresentei a varios medicos, de preferencia á aqueles que me deram conhecimento de casos em sua clinica privada, foram até agora muito poucos os que se prestaram a colaborar nesta obra.

E' de lamentar essa falta porque enquanto não possuirmos estatisticas demonstrativas da expansão da paralisia infantil, estaremos privados de documentação palpavel para solicitar o auxilio dos Poderes Publicos, sem o qual nada eficiente é possivel fazer.

(Continuará)

NA CLINICA PEDIATRA

VITAGEN

VITAMINA D

Vitagen é a Vitamina D. — Para o tratamento das Avitaminoses, causadas pela ausencia do fator D. Vitagen possui 200.000 vezes a atividade anti-raquitica do bom oleo de figado de bacalhau, de modo que cinco gramas equivalem a 1.000 quilogramas do oleo.

Produz rapido aumento da quota de fosforo e calcio no sangue. Facilita a boa formação e desenvolvimento dos dentes. Especifico do raquitismo — Osteomalacia — Gravidez — Latação — Tuberculoses osseas e pulmonar.

A M O S T R A S E L I T E R A T U R A

Dirigir-se aos Representantes

LATTES & CIA. LTDA.

Rua Gal. Camara, 420.

Porto Alegre.



Contém as vitaminas de todos os grupos (A, B, C, D) em forte concentração, estabilizadas e tituladas biologicamente em sua actividade.

DOSE -- *Por via oral:* (vitaminas A, B, C, D) 1 colherinha (das de chá) para crianças, 2 para adultos, duas vezes ao dia, antes das refeições.

Por via hypodermica: (vitaminas B e C) Adultos 1 ampôla, crianças, meia ou uma ampôla diaria.

INSTITUTO BIOCHIMICO ITALO-BRASILEIRO LTDA.

Caixa Postal 2893 — S. PAULO

LACTIPAN

Cultura liquida, concentrada, de fermentos lacticos vivos e activos, de 4 especies diferentes, em perfeita symbiose.

O meio mais efficaz para o tratamento das doenças dependentes directa ou indirectamente do augmento das putrefacções intestinaes.

E' indicado tambem na insufficiencia hepatica ou renal e na arterio-esclerose.

— :: —

Dóse: — 2 vidrinhos de Lactipan ao dia, em agua assucarada ou leite, são sufficientes para actuar um energico tratamento.

Instituto Biochimico Italo-Brasileiro Ltda.

São Paulo — Caixa Postal 2893, Rua Conselheiro Brotero 1263

Caso de Xanthoma eruptivo tratado pela alcachofra

Dr. Hugo Ribeiro

(Comunicação feita á Sociedade de Medicina na Sessão de 8-10-1937)

Em 16 de Fevereiro do corrente anno esteve em nosso consultorio uma menina de 12 anos, bem conformada e de aspeto sadio, para consultar sobre uma afecção cutanea que vinha desenvolvendo desde o mez de Dezembro ultimo.

Filha de pais com boa saude, tem um irmão bastante forte e um outro faleceu com oito mezes em virtude de afecção intestinal.

Em Dezembro ultimo, notou que nas mãos, coxas e nadeegas uma erupção começava a se formar. Aos poucos o mal aumentava apesar de tratamentos diversos que fazia, nenhum deles porem sob prescrição de um medico.

No dia que observamos pela primeira vez, a erupção ocupava ambas as regiões palmares, as coxas (somente na face posterior), as nadeegas e muito discretamente os pés e pernas.

A erupção era formada por pequenos nodulos perfeitamente isolados, duros e bastante sensiveis á palpação. De um tamanho variando do de uma cabeça de alfinete ao de um grão de feijão, eles tinham uma cor amarela muito carregada, tal qual a coloração dos xantelasma que tão frequentemente observamos nas palpebras ou suas vizinhanças. A sensação de dor á pressão, sendo bastante forte, a paciente tinha dificuldade em cerrar as mãos.

A distribuição simetrica dos elementos, nos deixava claramente a impressão que o mal cutaneo era oriundo de disturbios internos.

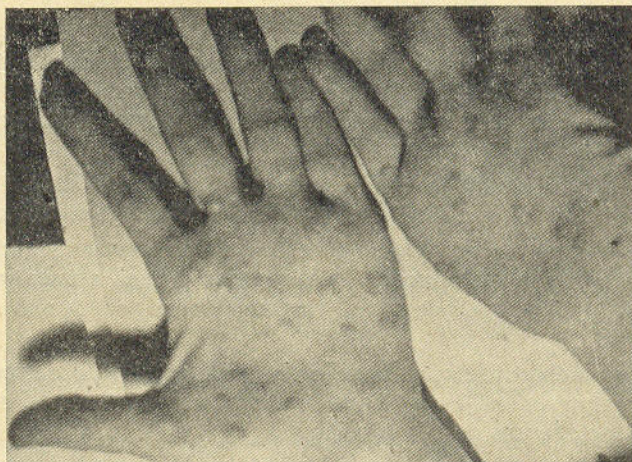
O diagnostico de xantoma eruptivo era bastante facil, em virtude da cor caracteristica de cada elemento.

Sabendo que em trabalhos recentes é apontada a alcachofra como capaz de influenciar no metabolismo da colessterina, resolvemos tratar a menina com extrato desse vegetal, sem um outro tratamento e mesmo sem regimen alimentar apropriado. Infelizmente nessa ocasião não providenciamos para dosar a colessterina no sangue.

Em Agosto, quasi seis mezes após, ela voltou ao consultorio. A erupção nas regiões palmares era muito discreta, constituida de poucos e pequenos elementos; nas nadeegas porem havia elementos maiores. A erupção em seu conjunto, observada então, era bem mais atenuada que no primeiro dia que a vimos.

A informação dada pela paciente foi a seguinte: Alguns dias após o inicio do tratamento começou a melhorar, quer na sensação de dor

que sentia á menor pressão, quer no tamanho dos elementos eruptivos. Aos poucos viu desaparecer os pequenos nodulos amarelos e em fins de Abril, nem vestigios do mal cutaneo se observavam. Considerada definitivamente curada, deixou de tomar o extrato de aleachofra que muito regularmente usara durante esse tempo. Algumas semanas após, começou de novo a erupção e só depois de alguns dias, quando já bem salientes eram os pequenos nodulos, resolveu tomar novamente aleachofra.



Com essa terapeutica a erupção estacionou porem não regrediu como da primeira vez.

A vista da informação, aumentamos as doses do extrato de aleachofra, mandando tomar até cem gotas por dia e aconselhamos tambem a redução das gorduras e a ingestão diaria de uma grama de hiposulfito de sodio, em capsulas gelatinosas.

Nessa ocasião foi dosada a colesterina no Laboratorio Geyer cujo resultado foi: 0,gr.375,10 %. A reação de Wassermann feita no mesmo dia foi francamente negativa.

Em 17 de Setembro, voltou novamente á consulta, bem melhor, pois apenas se notavam vestigios da erupção xantomatosa. A colesterina dosada estava dentro dos limites normais (0,gr.142,85%).

Como os colegas vem, é uma observação bastante interessante, não só por ser o xantoma eruptivo afecção poucas vezes diagnosticada como tambem e sobretudo pelo resultado que obtivemos com uma terapeutica nova, cremos que ainda não empregada em casos semelhantes. Não podemos afirmar, só com uma observação o valor de uma nova terapeutica. Nesse caso, as probabilidades de sucesso terapeutico são enormes, porque se trata de uma afecção que se instala lentamente e uma vez constituida, não costuma regredir, espontaneamente, conforme aprendemos nos tratados de dermatologia.

A paciente, após um mez de uso de alcaachofra, viu desaparecer a erupção, que voltou depois de abandonar o medicamento, para se desfazer de novo com a mesma terapeutica, com doses mais elevadas.

Não é facil de se repetir a observação, porque, como acentuamos, o xantoma eruptivo não é comum.

No xantelasma, que tambem é descrito como xantoma plano, temos experimentado por duas vezes, a mesma terapeutica, sem resultado apreciavel. Devemos no entanto considerar que ele não é, geralmente acompanhado de excesso de colessterina no sangue e que hoje se faz dúvida quanto á identidade das duas afeções.

Segundo Politer de Nova Iorque, o xantelasma seria uma afeção distinta do xantoma, resultante de degeneração colessterino-gordurosa das fibras estriadas dos musculos intradermicos.

Iolipobí

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

(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.

O IOLIPOBI, além de conter essa util acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-diastrases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clínicos 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 orgãos a existencia de verdadeiras diastrases ou enzyimas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellular (hepatodiastrases; 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 conteúdo 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. Hélión Póvoa

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

Soiedade de Medicina

Atas

Ata da sessão realizada em 6 de Agosto de 1937.

A Sociedade de Medicina realizou uma sessão ordinaria em 6 de Agosto, ás 21 horas, com a presença dos socios: Raul Moreira, José Ricaldone, Vidal de Oliveira, Eduardo de Assis Brasil, Basil Sefton, Helio Medeiros, Homero Jobim, Alvaro B. Ferreira, Salvador Gonzales, Paulo Louzada, Raul di Primio, Rebelo Horta, Lupi Duarte, Hugo Ribeiro, Valdemar Castro, Florencio Ygartua, Mario de Assis Brasil, Luiz Rothfuchs, Antero Sarmento, Decio Matins Costa, José C. Medeiros, Fernandez Peña, Luiz Faiet, Carlos Carrion.

Havendo numero legal de socios o Sr. Presidente declarou aberta a sessão, e o secretario procedeu a leitura da ata da sessão anterior que foi aprovada.

Passando-se ao expediente, o secretario leu: um officio do Director da Secção de Cultura da Secretaria de Educação da Republica de Cuba, comunicando a remessa da Revista Cubana e dos Cadernos intitulados "Confunamiento y Agronomia" de Francisco Balmaseda, e "Espirito de America" de José Anarti; um officio do Dr. Salvador E. Buoghi, presidente da Sociedade de Pediatria de Montevideo, agradecendo as condolencias que foram enviadas áquela Sociedade por motivo de falecimento do Prof. Prudencio da Pena; uma carta do Dr. Raul Vaccarezza, de Buenos Aires, agradecendo o titulo que lhe foi conferido de Membro Correspondente da nossa Sociedade; uma circular da Sociedade de Medicina de Santa Maria convidando os nossos associados a concorrerem ao Premio "José Mariano da Rocha" que bienalmente aquela Sociedade confere ao melhor trabalho original e inedito que lhe fôr apresentado sobre medicina ou cirurgia e que consiste em artistica medalha de ouro; uma carta do Prof. Nogueira Flôres agradecendo a inclusão do seu nome na Comissão Diretora dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina". Foi aceito por unanimidade a inclusão do novo socio Dr. Augusto M. Sisson, brasileiro, formado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, clinicando atualmente nesta Capital, e proposto pelo Dr. Mario de Assis Brasil, na sessão passada.

Depois pediu a palavra o Dr. Valdemar Castro que propoz se lançasse em ata um voto de pesar pelo falecimento, no mês passado, na cidade do Rio de Janeiro, do Dr. Pedro Martins, não só por ter esse colega trabalhado durante 15 anos com uma dedicação sem par no Instituto de Higiene de Pelotas, trazendo com suas luzes grandes beneficios á higiene do R. G. do Sul, como tambem por se tratar de um co-

lega que se tendo dedicado ás ciencias medicas conseguiu grangear nomeada científica e profissional. O Dr. Valdemar Castro ainda se deteve em uma rapida biografia do illustre cientista que o Rio G. do Sul vem de perder. Esse justo voto de pesar foi unanimemente aprovado pela Assembléa.

Passando-se á ordem do dia, o Sr. Presidente concedeu a palavra ao socio inscrito para essa sessão, o Dr. Mario de Assis Brasil que abordou o tema: "Comentarios sobre a epidemiologia da Paralisia Infantil".

O conferencista iniciou fazendo um estudo retrospectivo, de conjunto, dessa importante questão medico-social, mostrando, com dados historicos, colhidos na Arqueologia, na Paleografia, na escultura e na pintura antiga, que os danos causados pela paralisia epidemica remontam a epochas bem afastadas na Historia da Medicina. Relata todas as fases por que tem passado o estudo clinico e epidemiologico da doença, detalhando-as, com citação de estudos e estatisticas estrangeiras, para mostrar a obscuridade e confusão que dominaram até bem pouco tempo atraz, na interpretação de tantas particularidades de alto interesse para o medico e para o publico. Refére que até fins do século passado, os estudos sobre a paralisia infantil prosseguiam empenhadamente, porém com idéias contraditorias, oriundas de problemas para cujas soluções eram apresentadas opiniões diametralmente opostas. Depois de mais algumas considerações, diz o conferencista: "mas eis que a partir de 1905, a paralisia epidemica assume na Escandinavia proporções alarmantes relatando-se epidemias anuais de milhares de casos. Em seguida a doença aparece em quasi todos os paises da Europa com o mesmo carater epidemico. Os Estados Unidos e o Canadá, antes levemente atingidos, são tambem invadidos por grandes epidemias. /

De Norte America as epidemias propagam-se para as Antilhas e o Mexico. Na Oceania, a Australia tem sido a região mais visitada e, em consequencia, é hoje um dos centros mais importantes de estudos sobre a doença".

"Quanto á America do Sul, desde bastante tempo se vem assinando surtos epidemicos de gravidade nas republicas vizinhas do Uruguai e Argentina, justamente nas fronteiras do R. G. do Sul".

Continuando, o conferencista encara a necessidade de se procurar antepôr o diagnostico ao aparecimento das paralisias, sem o que nada se poderá fazer sob o ponto de vista terapeutico ou profilatico.

Para comprovar essas afirmações, citou as inumeras organizações que existem dotadas de todos os elementos imprescindiveis para o diagnostico precoce.

Encareceu, depois, a utilidade de uma propaganda que vise educar e instruir o publico nesse sentido, bem como advertir a classe medica de pesquisar detalhadamente as formas insipientes de molestia, pois todos os autores estão de acordo que quando melhor se a investe, maior numero de casos se encontra.

Depois de muitas outras considerações, o Dr. Mario de Assis Brasil finalisa a sua conferencia dizendo: "O vasto cabedal de ensinamentos colhidos no estudo das epidemias destes ultimos anos, que em synthese acabámos de expôr, mostra a importancia pratica que encerra o

conhecimento perfeito de sintomatologia inicial da infecção poliümüelítica. Só assim se poderá chegar a estabelecer o diagnostico precoce que nos permitirá instituir um tratamnto com as maiores probabilidades de êxito e uma profilaxia efetiva”.

“Em Julho do ano passado, em comunicação feita a ésta Sociedade de Medicina, ocupei-me da epidemiologia e do tratamento da paralisia infantil. Nesse trabalho focalisei as idéias de immediato interesse para a clinica. Logo após ocorreu-me a lembrança de pôr a Sociedade de Medicina em contato com a classe medica do Estado, por meio de um inquerito que visava estabelecer o grau epidemiologico da poliümüelite, dentro das nossas fronteiras”. Essa iniciativa que encontrou a maxima bôa vontade e amparo por parte do Presidente da Sociedade de Medicina, foi-me sugerida pelo fato de que o publico começa a se preocupar com o anuncio feito pelos proprios medicos, em varias localidades do Estado, de que a paralisia infantil se apresenta, nos ultimos tempos, sob a fôrma de pequenos fôcos epidemicos em diversos pontos do territorio riograndense. E não me parece razoavel pôr em duvida a veracidade dessas afirmativas, levando em conta o aumento continuo de surtos epidemicos da doença em regiões vizinhas de nossas fronteiras”.

“Não obstante o respeitavel conduto pelo qual foi encaminhado o inquerito que constou da remessa, a todos os medicos, de um questionario facilmente respondivel, e não obstante os pedidos que pessoalmente apresentei a varios medicos, de preferencia a aqueles que me deram conhecimento de casos em sua clinica, foram até agora muito poucos os colegas que se prestaram a colaborar nessa obra. E' de lamentar essa falta, porque enquanto não possuirmos estatisticas demonstrativas de expansão da paralisia infantil, estaremos privados das razões palpaveis para solicitar o auxilio dos Poderes Publicos, sem o qual nada eficiente é possivel fazer”.

As ultimas palavras do conferencista foram seguidas de prolongada salva de palmas. Entrando a conferencia em discussão pediu a palavra o Dr. Florencio Ygartua que felicitou o Dr. Assis Brasil pelo seu excelente trabalho, e disse tambem ter estudado esse assunto com muito carinho, em trabalhos sob o titulo “Doença de Heine-Medin”, nome que ele prefere ao de “Paralisia Infantil”. Referiu-se aos estudos que fez em hospitais de Montevidéo onde existem organizações especiais para o tratamento da referida doença. Diz ainda ter notado que ela dá preferencia á criança com passado mórbido. Depois de muitas considerações sobre o diagnostico precoce da doença e sua profilaxia, acentua a necessidade de crear em nosso meio um serviço especial dispondo de todo o aparelhamento necessario para o tratamento das sequelas deixadas pela doença de Heine-Medin.

Usando da palavra o Prof. Raul Moreira, enalteceu o exaustivo e completo trabalho que apresentou o Dr. Assis Brasil, dizendo ainda ser esse um relevante assunto de medicina social. Refére-se á dificuldade do diagnostico precoce da paralisia infantil e ao seu carater intercorrente, e menciona, sobre este ultimo ponto, um caso de sua clinica, onde o sarampo foi seguido de paralisia infantil.

O Dr. Hugo Ribeiro lembra o eritema que muitas vezes pode apare-

cer no periodo pre-paralitico da paralisia infantil, bem como o fato de qualquer enfermidade erutiva poder determinar accidentes que se podem assemelhar aos sintomas iniciais da referida doenca.

O Dr. Rebelo Horta refere-se ás manifestações da paralisia infantil em pleno periodo erutivo do sarampo.

O Dr. Ygartua refere-se ás encefalo-mielites que ás vezes podem seguir-se a uma molestia erutiva, e depois o Prof. Raul Moreira lembra o syndrome cefalo-plegico de Fernando Figueira.

O Dr. Basil Sefton mencionou um caso de sua clinica onde a doenca de Heine-Medin atingiu um colegial de 18 anos.

O Dr. Decio Martins Costa, depois de felicitar o conferencista, refere-se a algumas formas de paralisia infantil que observou em sua clinica, mencionando um caso que presenciou, dessa doenca no adulto, e acreditando que haja mais casos de paralisia infantil do que os até agora verificados, por serem inumeros os que não deixam sequelas.

Por fim, o Dr. Assis Brasil diz que o seu trabalho visou principalmente despertar o interesse coletivo da classe medica pelo assunto e encarecer da necessidade de se propagar á coletividade os conhecimentos necessarios de ordem profilatica.

Não havendo quem mais quizesse fazer uso da palavra, o Sr. Presidente declarou encerrada a sessão, inscrevendo para a proxima conferencia o Prof. Elyseu Paglioli, que discorrerá sobre os temas: Etiologia do Cancer e Diagnostico e Tratamento do Cancer.

Porto Alegre, 6 de Agosto de 1937.

Carlos M. Carrion — 2.º Secretario.

Ata da sessão ordinaria realizada em 13 de agosto de 1937.

Sob a presidencia do Prof. Mario Tota, realizou-se aos 13 dias de Agosto de 1937, mais uma sessão da Sociedade de Medicina. Achavam-se presentes os socios: E. J. Kanan, João Fischer, Valdemar Castro, Acioli Peixoto, Mingione, Risi, Lupi Duarte, Bruno Marsiaj, Dino Damiani, Paulo Louzada, Alvaro B. Ferreira, Carlos Carrion, R. Godinho, E. Paglioli, Valdemar Niemeyer, Salvador Gonzales, Saul Ciula, Hugo Ribeiro, Cauduro, Florencio Ygartua, Couto Barcelos, Vargas do Amaral, Helmuth Weinmann, E. Eifler, F. Marques Pereira, José Ricaldone, Helio B. Ferreira, Diogo Ferrás F.º, Sadi Hofmeister e Luiz S. Barata.

Depois de lida pelo secretario a ata da ultima sessão, pediu a palavra o consocio Florencio Ygartua para solicitar a inserção na ata da justificativa que apresentou na ultima sessão, referente á denominação de Doença de Heine-Medin em lugar de Paralisia Infantil.

Julga o dr. Ygartua que a denominação de "Doença de Heine-Medin" corresponde mais cientificamente para designar a paralisia infantil, pelos seguintes motivos:

— que fazendo um estudo de uma epidemia de paralisia infantil observou muitos quadros clinicos em que os doentinhos não apresentavam paralisia e que ésta modalidade clinica pode dar em todas as idades, mesmo na idade adulta.

Tambem contra a denominação de poliemielite anterior aguda, se insurge o Dr. Ygartua, porque o "medulo virus" de Heine-Medin si na verdade ataca de preferencia a substancia parda dos cornos anteriores da medula, hoje está provado que ataca tambem a substancia branca do feixe piramidal dos cordões laterais.

Depois da justificativa do Dr. Ygartua a ata foi aprovada.

A seguir o Prof. Mario Tota deu a palavra ao orador inscrito em ordem do dia, Dr. Elyseu Paglioli, que leu brilhante trabalho sobre "Etiologia e Patogenia do Cancer" que será publicado no órgão oficial da Sociedade, cujo resumo é o seguinte:

Começou o orador dizendo que depois de ter feito estudos specializados sobre o assunto no Instituto de Medicina Experimental de Buenos Aires, que é um dos mais importantes estabelecimentos do mundo em assuntos de cancer, o Dr. Paglioli realizou na nossa Soc. de Medicina uma série de conferencias no tocante ás mais recentes aquisições sobre a cancerologia.

Já havia tratado anteriormente de varios problemas da questão, tais como os concernentes á etiologia daquela enfermidade como da sua patogenia e das recentes descobertas que tendem desvendar o mysterio da terrivel molestia. Nesse sentido trouxe para o seio daquela Soc. tudo o que de mais importante se tem conseguido para a elucidação desse magno problema medico.

Discutiu doutrinas e analisou o progresso desses estudos desde varios seculos, examinando detidamente os resultados da atualidade, e chegando ás seguintes conclusões quanto á origem do mal: 1.º — existe em certos individuos uma determinada predisposição para o cancer; 2.º — no individuo predisposto basta a ação de um agente irritante para que a enfermidade se inicie. A predisposição individual é muitas vezes irremediavel, mas o fator irritativo póde ser evitado. Estabelece por fim a seguinte equação: o cancer é igual a terreno mais irritante, ou seja a predisposição individual adicionada da causa irritativa. Se um individuo não possui essa predisposição, póde abusar dos irritantes porque nunca será um canceroso. O mesmo succede em relação ao individuo que apresenta certa predisposição para aquela enfermidade, o qual póde evita-la abstendo-se dos irritantes. E' muito difficil reconhecer o terreno propicio ao cancer sem um exame detido, e mesmo assim póde ser ignorado, mas estão perfeitamente determinadas as substancias que agem na irritação como cancerigenas. Entre elas estão os toxicos como o alcool, o fumo e as irradiações solares quando mal orientadas no seu uso.

O tabaco é um dos principais fatores do cancer das vias respiratorias, e a substancia que age como cancerigena não é a nicotina, mas sim o produto da combustão, representado pelo alcatrão do fumo. O alcool age como irritante especialmente do tubo digestivo, mórmente das primeiras porções dele, como o faringe e o esofago.

A colessterina irradiada tem grande importancia na origem do cancer cutaneo da face e das mãos, e influe em grau menor no aparecimento do cancer visceral.

Portanto, o abuso do fumo, do alcool, e de certos alimentos demasiado ricos em colessterina, favorece o aparecimento do cancer no individuo predisposto para esse mal.

Estabelecendo um paralelo na constituição individual, o conferencista alude ao terreno tuberculoso e ao terreno canceroso, admitindo a existencia de um antagonismo biologico entre ambos. Todo o individuo que tem predisposição para a tuberculose, difficilmente será um canceroso. Daí o regime alimentar que apresenta diferenças diametralmente opostas numa e noutra enfermidade.

Nesta ultima conferencia o Dr. Paglioli tratou do diagnostico e do tratamento do cancer, cogitando da profilaxia daquela entidade morbida no terreno social.

Depois dos aplausos tributados pela assembléia ao excelente trabalho que acabava de ser lido, pediu a palavra o dr. Valdemar Castro que felicitou o conferencista, declarando que de sua parte, o trabalho do Dr. Paglioli não podia merecer reparos, tal a precisão dos conceitos emitidos sobre o assunto e a visão demonstrada na questão da etiologia e patogenia do cancer.

Péde em seguida licença o Dr. Valdemar Castro para fazer algumas considerações sobre uma conferencia recentemente realisada em Buenos Aires, pelo eminente Prof. Roffo, sobre a etiologia do cancer, e chama a atenção dos colegas presentes sobre a predileção dos pesquisadores sobre determinados problemas da cancerologia, contribuindo dessa forma, para interpretações de carater exclusivista, num assunto tão complexo quanto é esse de etiologia e patogenia do cancer.

Como ninguem mais quizesse comentar o trabalho que estava em discussão, o Prof. Mario Tota concedeu a palavra ao Dr. Couto Barcelos, inscrito para ler um trabalho intitulado "Contribuição ao estudo da reação de Weltmann na tuberculose pulmonar". Esta contribuição foi comentada pelo Dr. Luiz Sarmiento Barata.

A seguir o Dr. Helmuth Weinmann, a titulo de nota prévia, chamou a atenção dos colégas para a frequencia de corpos bi-refrigerantes que vinha observando no sedimento de urinas que nem sequer apresentavam albumina.

Dado o adiantado da hora, o sr. Presidente marcou a ordem do dia para a proxima semana: conferencia do Dr. Elyseu Paglioli sobre "Diagnostico e tratamento do Cancer" e encerrou os trabalhos.

Porto Alegre, 13 de agosto de 1937.

Dr. Luiz Sarmiento Barata — 1.º Secretario.

Ata da sessão realizada em 20 de agosto de 1937.

Com a presença dos consocios: Valentim, Adair E. Araujo, B. Galanternick, Paulo Louzada, Alvaro B. Ferreira, Salvador Gonzales, Pereira da Silva, F. Risi, A. Mingione, Antero Sarmiento, Hugo Ribeiro, Poli Espirito e Raul di Primio, o secretario geral, Dr. Helmuth Wein-

mann, abriu a sessão, que foi secretariada pelos Drs. Luiz S. Barata e Carlos Carrion.

Não havendo materia no expediente, o sr. Presidente passou á ordem do dia e concedeu a palavra ao Dr. Elyseu Paglioli, inscrito para proferir uma conferencia subordinada ao titulo: "Diagnostico e Tratamento do Cancer", cujo resumo é o seguinte:

Depois de expôr detidamente os metodos mais modernos para o seu diagnostico, e especialmente do diagnostico precoce, entra no estudo do tratamento. Para que o tratamento seja eficaz, diz o conferencista, é absolutamente indispensavel que o diagnostico seja feito em tempo e que a terapeutica adequada seja instituida no inicio do mal.

Não é verdade, diz aquele medico, que o cancer é uma enfermidade incuravel, pois que atendida em tempo, e instituido um tratamento local e geral efficientes, os resultados de cura são muito favoraveis.

Se o diagnostico precoce é a chave de todo o sucesso, vejamos quais os meios de consegui-lo. Duas condições são absolutamente necessarias: 1.º que o enfermo procure o medico imediatamente, 2.º que o medico faça sem demora o seu diagnostico com segurança. Para que a primeira condição seja preenchida, é mistér que se estabeleça uma propaganda popular, educando o publico para que, conhecidas certas bases indispensaveis para a suspeita de cancer, o enfermo não se deixe levar por orientações empiricas, perdendo o tempo mais precioso, em vez de procurar desde logo o recurso necessario.

No Instituto de Buenos Aires, em 1924, apenas os 3 % dos enfermos que afluíam áquele serviço de cancerologia estavam ainda no periodo curavel da molestia, e os demais 97 % chegavam tarde, quando nenhuma esperança mais existia de uma cura definitiva. Depois de uma propaganda popular intensa, pela imprensa, pelo radio, por meio de cartazes, etc., no ano de 1931, a percentagem dos enfermos que se apresentavam no periodo inicial da doença atingia a cifra de 53 %. Esse resultado magnifico está marcado na parede de uma sala de um dos pavilhões daquele notavel Instituto do Prof. Roffo, cujo grafico impressionante e de vivas cores bem parece uma bandeira de gloria dessa campanha grandiosa e infinitamente humanitaria, que empreendeu o grande sabio argentino e que deveria ser imitada por todos os povos cultos e principalmente por nós que tão grande tributo pagamos á mais temivel de todas as molestias. Se a medicina social, tão propagada entre nós, ensina ao publico a profilaxia das molestias infecciosas, porque não dedica uma parcela da sua atividade á profilaxia do cancer?

Em relação ao tratamento o Dr. Paglioli analisa os metodos mais eficazes, e dedica especial atenção á curieterapia, aos raios X, e á electrocirurgia, apresentando inumeras observações pessoais de curas definitivas com este ultimo processo.

Depois de ouvido por espaço de hora e meia, com a maior atenção, o Dr. Elyseu Paglioli terminou a leitura de seu magnifico trabalho, que será publicado no órgão official da Sociedade, sob forte salva de palmas da assistencia.

Sobre o assunto da conferencia que acabava de ser proferida, manifestaram-se os consocios Salvador Gonzales, Hugo Ribeiro e Helmuth Weinmann.

Como nada mais houvesse a tratar o sr. Presidente encerrou os trabalhos.

Porto Alegre, 20 de agosto de 1937.

Dr. Luiz S. Barata — 1.º Secretario.

Ata da sessão realisada em 17 de setembro de 1937.

Presidente: Dr. Valdemar Niemeyer.

Secretario: Dr. H. Weinmann.

Achavam-se presentes os seguintes socios: Dr. Kanan, Valentim, Batista Hofmeister, di Primio, Lupi Duarte, Hugo Ribeiro, Manuel Rosa, Ygartua, Sadí Hofmeister, Luis Rothfuchs, Alvaro Barcelos Ferreira e Ulisses Nonoái. Como visitante o dr. Delfin Barbosa.

Deixou de ser lida a áta da sessão anterior por não se achar na séde o respetivo livro.

A seguir foi dada a palavra ao Prof. Nonoái para saudar em nome da Sociedade o Dr. Julio Novais, do Rio de Janeiro, respondeu o homenageado.

Depois de passar a presidencia ao Prof. Nonoái tomou a palavra o Dr. Valdemar Niemeier que abordou o tema "Índice de Velez em oftalmologia".

O conferencista apresentou os metodos de pesquisa do I. V. em 55 casos, que contribuíram materia de uma comunicação feita ao II.º Congresso Brasileiro de Oftalmologia, realizado em junho p. p. Este trabalho foi agora acrescido com mais 22 observações que vieram confirmar a percentagem de paralelismo entre o índice positivo e a afeção tuberculosa do globo ocular. Refere-se aos trabalhos nacionais sobre o índice (Marsiaj e Weinmann, Mota Rezende e Jorge Araujo), como em oftalmologia (Assis Brasil). Passa, em seguida, em revista os seus 40 casos de uveíte, aos quais dedicou especial atenção. Nestes poude observar que entre os casos de etiologia tuberculosa, comprovada por uma série de outros sinais nosologicos o I. V. apresentou-se positivo com frequencia 3 vêses mais alta do que quando negativo. Nos casos suspeitos ou comprovadamente lueticos o numero de índices negativos era muito mais elevado do que os positivos. A repetição do índice muitas vêses mostrou a perfeita coincidência com as melhores clinicas.

Após outras considerações em torno da importancia da meleologia nas uveítes, o autor conclue: o índice de Velez, estudado com criterio, tem valor em oftalmologia; a sua repetição é um bom metodo comparativo; na pesquisa da etiologia da uveíte, muitas vêses difficil, constitue um sintoma digno de ser examinado e estudado em nosso meio com maior atenção.

Tomando a palavra o Dr. H. Weinmann estende-se em considerações em torno do trabalho do Dr. Niemeyer, ressaltando o cuidado que deve ser dispensado á leitura dos resultados e dizendo acreditar que sómente assim será possível obter resultados satisfatórios.

Mais adiante o Dr. Ygartua diz que o I. V. na infancia nem sempre corresponde, no caso positivo, á infecções tuberculosas, pois comumente nas síndromes anemicas de crianças tuberculosas o I. V. é positivo. Passa depois a ressaltar o valor da reação tuberculínica, por êle ha muito praticada em nosso meio, de reação de Morquio, por ter sido este sabio o introdutor deste metodo. Diz que a prova se resume no seguinte: coloca-se uma gota de tuberculina bruta sobre a pele do antebraço e introduz-se unicamente a ponta da agulha até o derma.

Mais uma vês com a palavra o Dr. H. Weinmann se refere ao pouco uso do I. V. na primeira infancia, decorrente da propria anormalidade do quadro leucocitario. Em idades superiores acredita que a faliabilidade da prova reside unicamente na falta de cuidado na execução do metodo.

Por ultimo falou o Dr. di Primio que, depois de varias considerações em torno do seu trabalho "Os culicídeos do Rio Grande do Sul" fez uma comunicação referente á presença do "Aedes aegypti" em P. Alegre, encontrado em sua residencia. Desta ocorrência salientou principalmente a grande importancia sob o ponto de vista epidemiológico.

Logo após foi encerrada a sessão.

Porto Alegre, 17 de setembro de 1937.

Dr. Helmuth Weinmann — Secretario Geral.

Ata da sessão realizada em 24 de setembro de 1937.

Sob a presidência do Prof. Mario Tota e com a presença dos socios: Ygartua, Kanan, Luis Faiet, Alvaro Barcelos Ferreira, Poli Espirito, Vargas do Amaral, Helio B. Ferreira, Valdemar Niemeier, Antero Sarmiento, Hugo Ribeiro, Valentim, João Marques Pereira, Brito Velho, Rabelo e Luis S. Barata, reuniu-se em sessão ordinaria a Sociedade de Medicina.

Depois de lida e aprovada a ata da ultima sessão, passou-se á seguinte ordem do dia: homenagem aos Profs. Augusto Loges Fontes, Frederico Eyer e Elias de Andrade, ora entre nós e conferencia do Prof. Lopes Fontes.

O sr. presidente nomeou os Drs. Valdemar Niemeier e Luis S. Barata para introduzirem no recinto os referidos profissionais.

Quando penetravam no salão de conferencias os nossos homenageados foram recebidos sob uma salva de palmas da grande assistencia, acrescida de numerosos dentistas e academicos.

Serenados os aplausos o sr. presidente, Prof. Mario Tota, fez uma carinhosa saudação aos tres profissionais, dizendo do prazer de todos em vê-los na séde da Sociedade de Medicina.

A seguir foi dada a palavra ao Prof. Lopes Fontes, da Baía, que iniciou então sua conferencia sobre o tema: "Contribuição da Odontologia á Medicina".

O assunto foi abordado pelo orador com alta proficiencia, sendo a conferencia acompanhada com o maior interesse. O Prof. Lopes Fontes, ao conclui-la, recebeu uma grande salva de palmas.

Como ninguem mais quizesse fazer uso da palavra, o sr. presidente deu por terminada a recepção aos nossos distintos hospedes, tendo o Prof. Mario Tota elogiado grandemente o magnifico trabalho do Prof. Fontes.

Porto Alegre, 24 de setembro de 1937.

Dr. Luis Sarmiento Barata — 1.º Secretario.

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 gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

Injecções indolores
de

PHOSPHARGYRIO

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

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

In memoriam

Vindes aqui hoje, caros colegas e academicos, homenagear, com as oferendas de vosso afeto e de vossa gratidão, a memoria imperecível de quem, em vida, foi grande amigo vosso, foi o vosso maior Amigo!

Deste salão nobre, que, por algumas horas, lhe serviu de camara mortuaria, ainda se evola, transcorridos dois anos, o suave perfume das saudades que não fenecem...

Nesta sala, que lhe guardou os sagrados despojos pelo espaço de uma noite, ainda se ouvem os écos longinquos das elegias funebres, que nem os sans alacres das fanfarras a atroarem de quando em quando o ambiente festivo, conseguem siquer atenuar e delir...

E como num entardecer melancolico de outono, na tristeza do pôr do sol, as nevoas tenues da amargura e da desolação ensombram as almas boas e contrastam os corações bem formados, ainda a sangrar de dôr e de saudade!

Se outros predicados e qualidades não possuísse meu Pai, bastaria uma prerrogativa a cinzelar-lhe as policromicas facetas de sua personalidade invulgar, adamantina e sem jaça, para sagra-lo benemerito na gratidão dos coevos e no conceito dos posteros; a indefectivel lealdade para com os amigos, a paternal amizade para com os moços estudantes, aos quais amava com entranhado afeto, e pelos quais tanto se devotou em todos os instantes de sua vida atribulada e pontilhada de transees de heroismo e de renuncia...

Amigo verdadeiro e sincero dos estudantes, era-o sem jatancia; bondoso mas justiceiro, tolerante mas energico.

Era eu preparatoriano, mas bem me lembro ainda, malgrado o verdor dos anos, do momento culminante de sua vida profissional e professoral, quando se jogavam os destinos da velha Escola, na época tragica e sombria, em que a politicagem sordida e nefasta pretendia sufocar nos seus tentaculos os sonhos e as aspirações de um pugilo de idealistas.

E, nesta época longinqua, pois já lá vão 30 anos, dentre uma pleiade de abnegados, destacava-se sempre na vanguarda, arrostando, não raro, as iras dos potentadôs, desafiando "as machinações dos que tramavam na sombra", com risco até da propria vida, Sarmento Leite, destemeroso e altivo, defendendo imperterrito, em qualquer emergencia mas sempre dentro da lei, os brios enxovalhados da mocidade estudiosa.

Testemunho valioso do que afirmo e que só por si vale por um codigo de energia viril e de coragem civica é o telegrama altivo mas sereno e incisivo, datado de fins de novembro de 1907, em resposta ao

que anunciava a nomeação do novo fiscal, á 30 de novembro do mesmo ano, e encontrado no arquivo de meu Pai. Ei-Io, na eloquencia de sua simplicidade:

“Dr. Afonso Pena
Presidente Republica
Rio

Acanhada ocupar vossos momentos preciosos, volta ainda uma vez Congregação Faculdade Medicina pugnar interesses estudantes. Novo fiscal, residindo interior Estado, onde nem há telegrafo, dificultará realisação exames dois dezembro. Evidente ser Faculdade vitima mistificação, perante vosso Governo, intuito prejudicar quasi 200 alunos, impedindo exames, para tornar assim efetiva pena suspensão um ano, que havieis anulado. Convencida inutilidade lutar contra poderosos, conquanto conscia sua justiça, Congregação tudo empenhará defesa direitos confiados sua guarda.

Vice-diretor — Dr. Sarmento”.

Por tudo isso é que não atino, senhores, com o motivo das alegações que alhures ouvi.

Asseverou-se não compreenderem alguns a razão do facinio que meu Pai exercia sobre a mocidade, por ser austero, retraído, rispido até, mas quando se fazia mistér.

Mal avisados andavam os que assim arguiam, pois, iludidos não viam que o segredo de seu prestigio perante a mocidade estava na solidez incorruptivel de seu carater; não vislumbravam que o filtro magico de sua simpatia perante a juventude assentava na estrutura metalica de sua envergadura moral.

E si, como ninguem até hoje, conseguiu meu Pai o dom de interessar á mocidade, esse milagre só o podem realizar os que são verdadeiramente abnegados.

Melhor e com outra autoridade do que eu, porque poderiam lobrigar excessos do coração, fale seu velho e leal amigo, o prof. Olinto de Oliveira, a quem, neste instante, embora de muito longe, rendo as homenagens de meu respeito e de minha veneração:

“A inteireza do carater de Sarmento Leite, a despeito das reações e descontentamentos que pudesse suscitar, impoz-se de tal sorte ao respeito, á consideração, ao acatamento dos seus contemporaneos, que acabou por conquistar um premio bem raro para os homens publicos: a unanimidade no reconhecimento do seu valor e da sua superioridade”.

Nos tempos atuais, de mercantilisação das consciencias e de tamanho utilitarismo, em que os homens alucinados se degladiam, á cata de posições, levados de roldão numa verdadeira psicose coletiva, num delirio desenfreado de grandezas, é oportuno rememorar as luminosas palavras proferidas pelo saudoso Rivadávia Severo, o interprete candente da mocidade, na homenagem prestada, neste mesmo recinto, pela classe

academica, a Sarmiento Leite, no dia 7 de abril de 1924, sua data natalicia:

“Lembremos este Templo, Templo que erguestes sosinho, cheio de fé, d’olhos fitos na mocidade; porque não aspiraveis recompensa nenhuma; nunca tivestes em mente a paga da vossa abnegação pela nossa Escola; nunca sentistes, para vós, o minimo interesse futuro no traçardes as linhas asseguradoras do que ieis construir; abandonastes clinica, para vos dedicar á Escola, para vos dedicar a nós. E trabalhando assim, com animo tanto e desinteresse tamanho, afogaveis quiza desconfortos morais no conforto que presentieis para os outros”.

Tal foi, senhores, o Mestre, que hoje reverenciais, e que, a exemplo do sementeiro providente, plantou o carvalho secular para proveito e gozo das gerações futuras.

A todos vós, pois, o nosso agradecimento.

De Sarmiento Leite, o varão impoluto e justo, se poderá repetir o que Miguel Couto disse de Francisco de Castro, empregando uma frase sua: “Quando um homem desta ordem desaparece do numero dos vivos, servem-lhe de mortalha as paginas da historia”.

1) Alocução proferida pelo Prof. Sarmiento Leite Filho, por ocasião da sessão funebre solene em homenagem á memoria do Prof. Sarmiento Leite, realizada pela Faculdade de Medicina e pelo Centro Academico de Medicina “Sarmiento Leite”, em 24 de Abril de 1937, 2.º aniversario de sua morte.

*

Transcorridos dois anos desde aquella lugubre manhã de abril, em que para todo o sempre se evolou o espirito purissimo de meu Pai, que-reis ora, caros amigos, recordar, a beira-tumulo, em romagem piedosa de amor e de carinho, a trajetória gloriosa de uma proficua existencia, recamada amiude pelas flores rúbras do seu matirio e do seu calvario...

Com todo o assêrto afirma Ramalho Ortigão: “Cada um tem defeitos de suas virtudes e as boas qualidades dos seus defeitos”.

Em meu Pai, o maior defeito de suas virtudes foi a bondade; a melhor qualidade de seus defeitos — a generosidade; de fato, eram esses os traços dominantes de sua personalidade viril.

Por isso mesmo sofreu; e, por ser imensuravelmente bom e generoso, ascendeu ao Golgota do sacrificio...

Amigo sincero, leal e devotado, tocando ao extremo sua dedicação pelos amigos e pelos que se diziam se-lo, preferia muitas vezes em silencio sofrer, tragando a sós o amargor de um desengano, o travo de uma injustiça, para que outros não padecessem e não expiassem as proprias culpas.

Sofria, mas não se queixava.

E na amargura de sua alma e na generosidade de seu grande coração encontrava ainda tesouros de indulgencias para perdoar aos que não tinham a graça de ser bons.

Sofria. Quanta vez diariamente sorveu a cicuta interminavel do calice de amarguras; mas perdoava, porque, não obstante a pequenez do seu fisico, tinha consciencia da gigantez incomensuravel do seu valor moral!

Galvanizado no seu sonho idealista, alheio a intrigas e a injustiças, jámais desertára á luta, não desanimava sequer.

Pelejou e venceu!

E a Faculdade de Medicina, o seu sonho de moço, o orgulho de sua maturidade e a gloria de sua velhice, ostenta-se lá em baixo, na planície rumorosa, para, na maciszez da sua arquitetura, confirmar aos contemporaneos e ás gerações futuras as suas profeticas palavras: "Tudo neste mundo passa; vão-se os homens, mas as suas obras permanecem desafiando ao tempo".

Meu Pai, que, desapegado dos bons terrénos e desprendido de ambições mesquinhas, morreu pobre, esbanjando outrora em pról da sua querida Escola as sobras de seu parco orçamento, nos tempos calamitosos de uma luta herculea e desigual, mas por isso mesmo desinteressada, leal, sincera e idealista, bem poderia repetir, durante toda sua vida austera e pura, a apostrofe candente que Zeferino Brasil, o mago dos poetas rio-grandenses, dirigiu aos ambiciosos:

"O' vós, sequiosos de ambição, ouvi-me:
O ouro a ninguem já deu felicidade;
esta só nasce da serenidade
de um coração limpo de dor e crime".

Em verdade vos digo: o homem vale, não pelo fascínio das posições e cargos que ocupa, aliás contingentes e transitorios, mas pelo prestigio do carater inalteravel em todas as emergenciaes e pela messe de beneficios que esparge em derredor de si.

Morto embora, continua meu Pai ainda, do sarcofago em que dorme em paz, a derramar benções e a difundir beneficios pelo exemplo de sua vida e pelo estoicismo de sua morte, longe, bem longe da turba-multa que se agita lá em baixo em competições malsãs e ambições mesquinhas, longe, bem longe da ingratição e da maldade humana que não o podem ferir mais...

Aceitai, pois, nobres academicos, o tributo de nosso sincero e imenso reconhecimento nesta hora em que, pelo verbo eloquente de vosso interprete, o "Centro Academico de Medicina Sarmiento Leite" presta mais uma homenagem, em memoria daquele que sacrificou toda sua vida pelo bem da humanidade!

1) Alocução pronunciada pelo Prof. Sarmiento Leite Filho, por ocasião da romaria ao tumulo do Prof. Sarmiento Leite, em 24 de Abril de 1937, 2.º aniversario de seu falecimento.

Boletim da Secção de Cirurgia

da

Sociedade de Medicina

Comissão Redatora:

H. Varnieri
Adair E. Araujo
Luiz S. Barata



SUMARIO:

Os diverticulos do duodeno

Hernia inguinal

Secção de cirurgia da Sociedade de de Medicina de Porto Alegre

OS DIVERTICULOS DO DUODENO

Estudo critico de suas manifestações clinicas e do
seu tratamento.

Jacques Mialaret.

(Journal de chirurgie — Mars-1937)

Apezar dos numerosos trabalhos publicados a seu respeito, os diverticulos do duodeno constituem ainda uma afeção mal conhecida embora bastante frequente.

Existe plena discordancia entre os autores sobre a patogenia, classificação e o quadro clinico, especialmente na explicação das perturbações digestivas. Alguns autores aconselham o tratamento medico, mas este é puramente illusorio, pois todo o doente portador de um diverticulo duodenal deve ser operado tendo em conta as graves complicações que dele podem sobrevir.

A classificação depende do ponto de vista que é encarado o problema. Sob o aspéto anatomo-patologico pode-se considerar dois tipos: o diverticulo verdadeiro no qual se encontram todas as tunicas duodenais; o falso diverticulo no qual a parede é formada exclusivamente de mucosa, são as hernias mucosas de Rokitanski.

No ponto de vista patogenico existem: Os diverticulos congenitos, sendo esses sempre do tipo verdadeiro; os diverticulos adquiridos consecutivos a uma deformação, a uma hernia mucosa, a uma tracção da parede intestinal ou a uma hipertensão duodenal de causa intrinseca ou extrinseca; ou sejam os diverticulos secundarios dependentes de uma afeção duodenal ou extra-duodenal como os para-ulcerosos.

Encarando-os segundo a sua forma eles podem ser sesseis ou pediculados.

A séde habitual do diverticulo verdadeiro é na segunda, mais raramente na terceira porção do duodeno, e de regra no seu bordo concavo, antes ou depois da ampola de Vater, para deante, para traz ou mesmo intra-pancreatico. O diverticulo sessil é de difficil constatação porque é mais pobre em sintomas clinicos e porque a substancia opaca

não se mantem muito tempo nele, enquanto que o pediculado, com côlo estreito, tem sempre fenomenos de retenção que condicionam sinais clinicos mais evidentes e onde a substancia opaca se mantem com maior evidencia.

Quanto ás **manifestações clinicas** que os diverticulos do DUODENO apresentam, são de forma muito diversa segundo os individuos. Uns permanecem perfeitamente latentes e desconhecidos durante longo tempo, constituindo uma surpresa radiologica a sua descoberta, sem a menor manifestação para a função digestiva, outros, entretanto, apresentam uma sintomatologia muito rica, embora com quadros clinicos diferentes e nesse sentido podem ser observados segundo varios **tipos**: o tipo dispeptico, com dôr epigastrica, longo tempo depois das refeições, consecutivas á repleção do diverticulo pelo quino e aos fenomenos inflamatorios concomitantes; o tipo pseudo-ulceroso, em relação com um processo inflamatorio do diverticulo; o tipo da estenose pilorica, resultando de uma compressão exercida pelo diverticulo; o **tipo** intestinal com o quadro de enterite; o tipo hepato-vesicular imitando as colicas hepaticas; e o tipo pancreatico com a dôr peri-umbelical, vomitos, diarréa, sinais de insuficiencia pancreatica interna e externa, ictericia e emagrecimento progressivo, simulando um neoplasma do pancreas.

As complicações são a diverticulite aguda, supurada ou gangrenosa; as pancreatites agudas e mais raramente a cancerisação do diverticulo. Outras complicações podem aparecer como ictericia por compressão das vias biliares, peritonite secundaria á diverticulite, oclusão intestinal consecutiva ás adherencias ou á compressão do duodeno ou do delgado pelo diverticulo.

A terapeutica cirurgica tem sido encarada de maneira muito diversa pelos operadores. Uns intervêm diretamente sobre o diverticulo, ora fazendo a reseção, ora invaginando-o na luz intestinal, ora mesmo fazendo a diverticulopexia. Outros fazem a operação associada de invaginação e reseção nos casos de diverticulos multiplos, preferindo outros fazer anastomose de derivação do diverticulo. Uma operação paliativa é frequentemente praticada com a gastro-entero-anastomose, ou a duodeno-jejunosomia. A's vezes durante a operação não se consegue encontrar o diverticulo, e termina-se o ato operatorio sem que ele seja visto, e isso porque ele se dispõe de tal fórma que o torna difficilmente acessivel. Os diverticulos da segunda porção podem ser anteriores, posteriores ou intra-pancreaticos, sendo estes dois ultimos os de mais difficil acesso. Aqueles da terceira porção anteriores ou posteriores, retro-duodenais ou retro-pancreaticos, e a maior dificuldade da sua exeresse depende da visinhança do pediculo mesenterico. Os diverticulos da quarta porção só podem ser anteriores ou posteriores. Os diverticulos da primeira porção são de origem ulcerosa e portanto considerados como diverticulos secundarios ou falsos diverticulos. Segundo o autor não existem os diverticulos verdadeiros na primeira porção, condição que tem grande valor para o diagnostico com os processos ulcerosos que têm uma preferencia quasi absoluta nesta porção.

A operação é grave e dá uma percentagem de 23 mortes sobre 148 operados. Esse prognostico operatorio, depende em grande parte da séde do diverticulo a ser operado, assim aguardam uma gravidade especial os diverticulos intra-pancreaticos. O prognostico quanto aos sintomas clinicos, pode-se dar como 80% de resultados favoraveis, baseando-se nas publicações até hoje desconhecidas, porem, parece haver demasiado otimismo nesse numero, pois muitos enfermos operados e acompanhados pelo autor, continuavam sofrendo de seus disturbios digestivos, e nesse particular reduz as curas apenas a 40 %.

E. PAGLIOLI.

NEURILAN

*Poderoso calmante do
systema neuro-vegetativo.*

Indicado na excitação nervosa,
nos desequilibrios vasomoto-
ríticos, palpitações isoméricas,
dyspepsia nervosa.

À base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimandro.

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

Lab. Gross-Rio

NAO DEPRIMENTE

NEURILAN

Hernia inguinal

(Anals of Surgery — Setembro 1936)

Lawrence Fallis cirurgião do Henry Ford Hospital faz uma revisão de 1600 casos de hernias inguinais operadas nesse hospital de 1920 a 1929. Deste total, 800 doentes foram revisados dois anos depois da operação.

Quanto ao sexo a percentagem foi de 99% para os homens e 1% para as mulheres. — Idade: 80% depois dos 15 anos.

Ocupação: serviços pesados 82%. Vida sedentaria 18%.

O traumatismo entra em causa em 62% dos operados.

O estrangulamento foi observado em 1,4%. O tempo decorrido em que o individuo esteve com sua hernia antes de opera-la foi na media de seis mezes a um ano. Quanto ao lado, a hernia inguinal mostrou-se mais frequente a direita na razão de 6 para 5.

A anestesia mais empregada foi a raquideana (90% dos casos), nos casos restantes, gas etileno e novocaina local.

Quanto a classificação, 85% eram do tipo indireto e 15% diretas.

Extensão da hernia: 65% não passavam do canal inguinal e 35% desciam até o saco. Maneira de se comportar com o saco: em 47,4% o saco foi ligado no colo e ressecado; em 21% o saco foi ressecado e o orificio do colo saturado como uma brecha peritoneal; em 16% dos casos o saco foi fixado; em 12% uma sutura em bolsa foi praticada ao nível do colo, e em 3% o saco não foi aberto. Esta ultima condição é considerada falha.

Operações associadas: Durante as 1600 operações de hernia inguinal, foram praticadas ao mesmo tempo 105 intervenções sobre as bolsas e seu conteúdo, 32 apendicectomias, 16 operações variadas e 13 hernias em regiões diferentes do corpo. As complicações alcançaram a cifra de 5%. Complicações pulmonares 2,7%, infecção da ferida 1%; as restantes eram complicações por hematomas, orchites, hidrocele, flebite, etc.

A taxa de mortalidade constou de tres individuos que morreram de complicação pulmonar ou seja 0,24%. Tipo de operação: Helstead 86,6%, Tecnica de Bassini 13,4%.

Material de sutura empregado: seda em 96,6% e catgut em 3,4%. Bilateralidade 28%.

Em 800 casos revistos até dois anos depois da intervenção, foram encontradas 66 recidivas; as tecnicas de Halsteadl e Bassini ofereceram a cifra igual de 8%.

As recidivas foram mais frequentes a esquerda (38) que a direita (28).

Nas hernias diretas 11% e nas indiretas 7%.

A recidiva é considerada como erro de tecnica do cirurgião.

Dr. Jacy Monteiro.

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

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

COMPRIMIDOS COMPRIMIDOS

BIOLATOL

FERMENTO LACTICO

PREPARADO NO
LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO
PORTO ALEGRE

YEARTUA