

## Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre — 1939

PRESIDENTE

**FLORENCIO YGARTUA**

Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE

**HUGO RIBEIRO**

Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL

**RAUL DI PRIMIO**

Cat. Int. de Parasitologia

1.º SECRETARIO

**CARLOS DE B. VELHO**

2.º SECRETARIO

**SALVADOR GONZALES**

TESOUREIRO

**ANTÉRO SARMENTO**

BIBLIOTECARIO

**E. J. KANAN**

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

**TOMAZ MARIANTE**

Cat. de Cl. Medica

**A. SAINT-PASTOUS**

Cat. de Cl. Medica

**ELYSEU PAGLIOLI**

Cat. de Cl. Propedêutica Cirurgica

SECRETARIO DA REDAÇÃO

**SADÍ HOFMEISTER**

REDATORES

**GABINO DA FONSECA**

**MARIO TOTA**

**NOGUEIRA FLÔRES**

**ANES DIAS**

**PEDRO MACIEL**

**PEREIRA FILHO**

**MARIO BERND**

**J. MAIA FAILACE**

**AMERICO VALERIO**

**ALVARO B. FERREIRA**

**IVO CORRÊA MEYER**

**JOÃO G. VALENTIM**

**HELMUTH WEINMANN**

**WALDEMAR NIEMEYER**

**MARTIM GOMES**

**GUERRA BLESSMANN**

**D. SOARES DE SOUZA**

**VALDEMAR CASTRO**

**RAUL MOREIRA**

**JACÍ MONTEIRO**

**J. L. T. FLÔRES SOARES**

**NINO MARSIAJ**

**CARLOS CARRION**

**J. LISBÔA DE AZEVEDO**

**C. LUPI DUARTE**

**LUIS S. BARATA**

**ANTONIO LOUZADA**

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

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

Séde da Redação:

**RUA GENERAL CÂMARA, 261**

Caixa postal, 872



# Sumario

---

## Trabalhos originais

CORRÊA MEYER — Síndrome do nervo nasal ou síndrome de Charlin..	Pag. 177
HOMERO JOBIM — Imunidade antiestafilococica .....	„ 189

## Análise de revistas

Comentarios bibliográficos .....	„ 197
----------------------------------	-------

## Noticiario

Noticiario .....	„ 202
Homenagem ao prof. Nogueira Flores .....	„ 209

## Sociedade de Medicina

Sociedade de Medicina — Atas .....	„ 215
------------------------------------	-------

---

O autor que desejar aproveitar a composição tipográfica, para fazer imprimir, por sua conta, separatas de seu trabalho, deverá indicar por escrito, nos originais, o numero de separatas que desejar.

---

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

**Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulador**

— MEDICAÇÃO SERIADA —

**Instituto Terapêutico Orlando Rangel**

Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro





# Trabalhos originaes

## Síndrome do nervo nasal ou síndrome de Charlin

Prof. Corrêa Meyer

Catedrático de Clínica Oftalmológica.

E' um complexo de sintomas descrito precisamente há oito anos pelo Prof. Charlin, em aula memorável, no Serviço do Prof. Argañaraz, quando se referia, pormenorizadamente, ao estudo da observação que fez nascer mais um capítulo da patologia ocular.

Charlin não só descreveu todos os aspectos da síndrome, que hoje traz o seu nome, como também construiu, com a observação de outros casos, todos os capítulos de etiologia, patogenia, formas clínicas e tratamento.

As observações e estudos dos autores, que trataram da doença de Charlin, não foram mais do que confirmação dos trabalhos do professor chileno, pois neles nada mais puderam acrescentar de original ou inédito às conclusões expressas já por Charlin.

A nossa observação se estereotipa exatamente nos moldes do quadro descrito pelo professor de Santiago.

Reproduzí-la, como abaixo consignamos, é tornar redundante, em sua repetida forma, todo o complexo sintomático da síndrome. Nada de novo assinalamos, mas como intento de vulgarização, é que será apreciada.

### HISTÓRICO

Publicam os Arquivos de Oftalmologia de Buenos Aires, em a página 102, do número 3 e 4 de 1930, a lição dada por C. Charlin na cátedra do Prof. Argañaraz, na qual, já de início, descreve a feição clínica da síndrome do nervo nasal, fazendo então descrição pormenorizada da observação que lhe permitiu estabelecer uma nova entidade mórbida da patologia ocular.

Neste mesmo ano e na mesma revista, o Dr. C. Espildora Luque faz, referindo duas observações, interessante estudo da síndrome de Charlin.

As páginas 319 e 322 do mesmo volume dos Arquivos de Buenos Aires, de 1930, os Drs. Carlos P. Bambach e G. von Grolman relatam, respectivamente, a mesma síndrome acompanhada de úlcera da córnea e úlcera da córnea com hipópio.

O volume correspondente os números 1 e 2 de 1931, dos Arquivos de Oftalmologia traz uma observação dos Drs. Diego Arguello e Roberto Pereira sobre a mesma síndrome.

Nos Annales d'Oculistique, de Fevereiro de 1931, vem um extenso artigo de C. Charlin, que transcreve mais quatro observações, além da descrição, que torna a fazer, da primeira.

Os Arquivos de Oftalmologia Hispano Americanos, de Julho de 1931, publicam o trabalho de C. Charlin apresentado ao 1.º Congresso Latino-Americano de Santiago do Chile, realizado em Fevereiro de 1931. Já esta monografia traz 14 observações da síndrome estudada por Charlin.



Os Archives d'Ophthalmologie de 1931, à página 767, registam uma observação de J. François, que transcreve, sob a denominação de "névrite du nerf nasal", a descrição feita por C. Charlin anteriormente.

A seguir outros autores como Bonnet e Paufigue, Wibo, Argañaraz, Verdager, Dessauer referem novas observações, tendo Vila Ortis relatado uma com manifestações congestivas da conjuntiva e E. Luque outra atípica, que denominou de síndrome do nervo nasal invertida.

Mas cabe ainda a C. Charlin completar o estudo da síndrome do nervo nasal descrevendo as formas frustas e as causas gerais (1932), entre as quais, em 1936, se refere à síndrome do nervo nasal determinada por toxemia bacilar.

Transcrevemos na íntegra a observação princeps de C. Charlin, relatada nos Arquivos de Oftalmologia de Buenos Aires, número de Março e Abril de 1930, à página 132, pelo profundo interesse que desperta e pelo exemplo edificante de consciencioso trabalho mental e de bem conduzido raciocínio clínico que alcançam elaboração, através de vicissitudes várias, de novo capítulo da patologia ocular:

"Atendendo ultimamente uma queratite ulcerosa atípica muito rebelde e cujo diagnóstico etiológico permaneceu ignorado por dias numerosos.

Um jovem norte-americano, de 25 anos de idade, empregado das minas de cobre de Braden Copper & Cia., chega à minha consulta depois de uma semana de sofrimentos oculares com êstes antecedentes: nos dois primeiros dias de doença tudo se limitou a uma sensação de areia no olho direito, sensação que se foi fazendo mais e mais incômoda e logo se acompanhou de hiperemia conjuntival e abundante secreção amarelo-esverdeada. A presença de uma úlcera córnea alarmou o paciente e o fez empreender viagem a Santiago.

Examinamo-lo. A pálpebra superior do olho direito está em ptose inflamatória, a hiperemia bulbar é intensa, côr de sangue, e uma grande úlcera corneana acinzentada, superficial, ramificada, chupa a região central. De uma das ramificações se desprende um penacho acinzentado, talvez um pouco amarelado, que flutua no espaço conjuntival. A córnea está hiperestésica, o olho muito doloroso; há fraca hipotensão.

Cocainizamos e examinamos a úlcera com o microscópio e a lâmpada de fenda e não encontramos o aspeto característico da úlcera dendrítica que esperavamos. Coramos com fluoresceína e não precisamos mais nossa primeira impressão. O exame da secreção conjuntival e a raspagem da úlcera são negativos.

Não há alteração manifesta da sensibilidade da fronte, no entretanto, a fronte, em sua metade direita, correspondente ao olho doente, está vermelha, vasodilatação cutânea, que atribuímos por êrro às frequentes compressas quentes.

Instituímos o tratamento habitual da úlcera corneana sem resultado algum.

Recorremos a toda a gama terapêutica em vão. O olho persiste muito vermelho, a infiltração não tem tendência a diminuir. Os dias passam e o doente sofre muito. As dôres vivas, intensas, sobrevêm bruscamente, por crises, no momento das refeições, que devem ser interrompidas, ou durante o sono, causando insônia. O doente nos consultou em 17 de março e depois de 10 dias de atenção, de consultas de manhã e de tarde, não avançamos um passo. Estamos sem diagnóstico casual. Compreendemos que o doente



está cansado e sentimos que sua confiança desapareceu. Estamos desorientados. Consultamos a outro colega. A conferência médica não fez luz alguma. Mas inopinadamente uma circunstância casual surge e nos protege. Durante uma das consultas sobrevem uma crise dolorosa. Instituímos cocaina a 5% várias vezes até obter anestesia completa da córnea e com grande surpresa observamos que a dôr ocular persiste agudíssima. Queremos separar as pálpebras e esta suave pressão sôbre o globo provoca grande movimento de defeza da cabeça.

Este pequeno fato nos iluminou o campo clínico tão obscuro, foi a ponta do fio que permitiu nos orientar.

A persistência da dôr depois da anestesia completa da córnea nos fez localizar a nevralgia ocular no pólo posterior e não no pólo anterior ocular como até então e pensamos nos nervos ciliares posteriores, no gânglio oftálmico.

A relação úlcera-nevralgia, estabelecida até êsse momento, inverteu seus termos para tornar-se: (neurite ciliar posterior) nevralgia-úlcera.

Estabelecemos o diagnóstico de **neurite ciliar posterior**, de síndrome do gânglio oftálmico e depois tratamos de descobrir a causa desta neurite profunda orbitária, retroocular.

A reação de Wassermann e o exame de urina são negativos. Como antecedente imediato, se observa febre intestinal, de algumas semanas de duração (reação de Widal negativa).

Lembramo-nos então de um conselho que damos sempre a nossos alunos e que nos permitiu repetir aos mais jovens que nos escutam: "não descuideis jamais o interrogatório e quando vos julgeis derrotados, antes de vos dar por vencidos, refazei a anamnese. Porque si o exame objetivo surpreende a doença em um momento dado, em um instante clínico, o interrogatório mostra a doença em um movimento através do tempo e si um é uma fotografia, um instantâneo clínico, o outro é uma cinematografia".

Recolhemos de novo a anamnese e aqui descobrimos uma sintomatologia nasal, própria do gânglio esfenopalatino.

As crises dolorosas oculares se acompanham de obstrução nasal, de rinorrêia abundantíssima direita. Durante o acesso o doente tem a sensação francae indefinível que dá um forte resfriado, mas resfriado limitado ao lado direito (sensação de plenitude da cabeça). Depois de meia hora as dôres oculares direitas desaparecem e ao mesmo tempo a cavidade nasal direita se abre e termina a secreção.

E' terceira vez que o doente apresenta esta mesma afecção oculonasal. Faz 6 anos, nos Estados Unidos, teve uma úlcera da córnea direita muito dolorosa, que durou 2 meses etambem com resfriado intermitente. No ano passado sofreu esta mesma enfermidade durante mais de um mês, grandes dôres oculares e secreção nasal, por crises periódicas, secreção às vezes de côr amarelo esverdeada.

Prevíamos uma síndrome do gânglio esfenopalatino e enviámos o doente ao Dr. AlfredoAlcaio. O nosso colega encontrou enorme desvio do septo nasal para a direita, que se encaixa literalmente no cornete inferior (espinha irritativa), e uma marcadíssima congestão nasal especialmente direita, que encosta a mucosa da parede externa direita na parede do septo. Há obstrução respiratória quasi total e rinorrêia direita abundante. Exames nasais posteriores e a radiografia demonstram a integridade dos seios nasais. O colega pensa também no gânglio esfenopalatino e assim nos escreve.



Mas o gânglio esfenopalatino não dá sintomas bulbares (oculares), não dá a úlcera da córnea, porque não tem relação direta com o globo. Seus ramos eferentes vão às cavidades bucal, nasal, e faringéia, ao fundo da órbita, mas não ao bulbo ocular.

Na síndrome deste gânglio há certos sintomas muito pronunciados: epífora, dores profundas orbitárias, hiperemia conjuntival... e nada mais no território ocular. Encontramo-nos novamente em situação diagnóstica difícil.

Os sintomas nasais tornaram inaceitáveis o diagnóstico de síndrome do gânglio oftálmico, por que o gânglio oftálmico dá só ramos eferentes para o globo ocular. Por sua vez, os sintomas bulbares, corneanos, faziam inadmissível a síndrome do gânglio esfenopalatino, porque o gânglio de Meckel não dá nenhum ramo eferente para o globo ocular. Apresentaria por acaso o nosso doente síndrome mixta dos gânglios oftálmico e esfenopalatino

Heveria sido puco clínico recorrer a uma dupla localização para explicar o quadro em estudo. A dupla localização está quasi vedada em neurologia, quer se trate de neurologia especial ou geral.

Lembramo-nos então do nervo nasal e logo a anatomia nos convenceu na fôrma precisa que ela sabe fazer, que o comprometimento do nervo nasal podia irmanar a sintomatologia mixta, ocular e nasal, do caso em estudo. Desde logo, o nervo nasal, ramo do oftálmico, caminha justamente na região limítrofe, ao longo da parede interna da órbita e tem sob seu controle imediato a esfera ocular e a mucosa nasal em sua metade anterior”.

A seguir o autor estuda a anatomia do nervo nasal, que de justiça julga deve ser chamado oculonasal e interpreta, após, certos fatos clínicos, à luz desses conhecimentos anatômicos, que não compreendêra antes ou os desprezára.

“Assim, a metade da fronte direita vermelha (vaso-dilatação cutânea, que havíamos considerado com critério ligeiro como obra das compressas quentes), tomava grande significação com o conceito de neurite-ótica e com o conhecimento da anastomose deste nervo com o frontal.

Aproximamos a luz à cabeça do doente e surpreendemos muitas perolazinhas de suor na metade direita da fronte que se extendiam justamente até a linha média e par trás até a região parietal.

Surpreedíamos com este fenômeno a excitação das fibras simpáticas cranianas que do plexo simpático carotídeo interno passam ao nervo oftálmico e chegam depois por intermédio do nasal e sua anastomose com o frontal à fronte.

O doente, uma e outra vez ao nos falar de suas crises dolorosas nos assinalava sempre como pontos nevralgicos a região temporal (o fundo da órbita) direita, o **ângulo superointerno orbitário** e a parte média do dorso nasal. Ouvíamos, pois, indicar estes pontos e não lhes davamos valor aêstes dados preciosos. Justamente o doente nos marcava os pontos em que o nervo nasal emerge da profundidade e se faz superficial (o nasal externo na região palpebronal e o nasolobar, raminho terminal cutâneo do nasal interno na pele da eminência nasal).

Suspendemos todo tratamento ocular em 27 de março. O rinologista, Dr. Alcaino, institue pulverizações nasais de cocaina a 5% com adrenalina na fossa nasal direita, pulverizações que depois o próprio doente faz. Desde este dia o doente não sofre. Quando sente vir a crise dolorosa ocular, o paciente se pulveriza e tudo passa. Em 30, já o olho não está mais vermelho.



Em 1.º de abril a hiperemia bulbar diminuiu de maneira considerável, a opacificação da córnea se reduziu.

Em 4 de abril, vai o doente são, sem ter tido, desde a primeira pulverização, mais dores.”

### Observação pessoal

Senhora J. H., de 56 anos, nos procura, referindo-nos que há 2 meses está em tratamento de afecção ocular direita, assás dolorosa, que, faz uma semana, não lhe deixa conciliar o sono.

Sobreveiu a doença ocular após gripe. Fez, por indicação do colega que a assistia, aplicações locais com atropina, dionina, iodofórmio e novifórmio e injeções de leite e de sangue (autohemoterapia). Os analgésicos já não lhe suavizam mais as dôres, que surgem por crises de maneira intensa.

O exame revêla:

O. D.: queratite epitelial e sinais discretos de irite, que deformam o orifício pupilar, injeção pericorneana mais ou menos intensa. Fotofobia, blefaroespasma e epífora. Pálpebras vermelhas e muito sensíveis.

Dôres nevrálgicas intensas orbitárias, dôr na região ínfero intensa da órbita, na emergência do nasal externo.

Sensibilidade da péle do dorso direito do nariz. Ausência de dôr no ponto do nasolobar.

Mucosa nasal direita muito hiperemiada e coriza abundante, sobretudo do lado direito.

Em face do quadro clínico, que não deixava dúvidas a respeito da neurite do nasal, instituímos, no mesmo instante, as aplicações locais de cocaína e adrenalina. Desde esse momento, as dôres se atenuaram, permitindo já à doente, na noite desse dia, dormir tranquilamente. Em poucos dias tudo regredia, somente com o emprêgo da solução anestésica na fossa nasal direita e instilações oculares de adexilan.

Posteriormente, completámos a observação, tendo notado amígdalas palatinas sépticas, seios frontais e maxilar esquerdo transparentes; seio maxilar direito ligeiramente diminuído de transparência. Todos os dentes, postíços.

Os exames de laboratório que a doente nos apresentou, ulteriormente, se referiam a resultados obtidos meses antes e acusavam: . . . . .

Sangue: dosagem de uréia — 0,661 por litro

dosagem de creatinina — 2 gr. 1%

dosagem de glicose — 1 gr. 07 por litro.

Reações de Wassermann e Hect negativas.

Reações de Kahn, Meinicke e Müller positivas fracas.

Atualmente, a doente somente apresenta pequena nébula da córnea.

Não instituímos à doente nenhum tratamento geral, durante a fase de evolução da afecção ocular, somente tendo-nos adstrito à terapêutica indicada por Charlin, embora algumas reações sorológicas fossem positivas. Não resta dúvida que a neurite do nasal foi desencadeada pela infecção gripal, cedendo às instilações locais.

### Fórmulas clínicas

Devemos encarar, com Charlin, as fórmulas completas e incompletas da síndrome do nervo nasal.



A fôrma completa se caracteriza por quadro clínico típico descrito, desde o começo por Charlin, em sua observação princeps., constante de:

a) Crises dolorosas, paroxísticas, de extrema violência, em contraste com a benignidade do processo patológico, oculares e nasorbitárias, localizadas, de preferência, na raiz do nariz (ponto doloroso do nasal externo) e na região do nasolobar (ponto doloroso do nervo nasolobar) e acompanhadas de hiperestésias cutâneas.

b) Processo inflamatório ocular (polarite anterior, conjuntivites) tenaz e rebelde aos tratamentos comuns, mas que cede às insuflações de cocaina e adrenalina nasais.

c) Alterações da mucosa pituitária anterior acompanhadas de profusa hidrorréia. Ademais para caracterizar a síndrome, todo êsse quadro clínico lesaparece com aplicações de cocaina-adrenalina na porção anterior da fossa nasal.

Êste é um fâto de observação corrente. Há, por consequência, abolição dos sintomas oculares somente pelo emprêgo da medicação nasal. Nenhuma influência sofre a lesão ocular com o tratamento ocular.

Somente, como já vimos, em alguns casos, há necessidade de se associar ao tratamento local o regime ou a terapêutica geral.

Em síntese: a síndrome do nervo nasooocular de Charlin se caracteriza por:

- a) Inflamação do segmento anterior.
- b) Coriza ou hidrorréia profusa.
- c) Nevralgia facial (ocular e orbitária de extrema violência), com manifestações cutâneas.
- d) Melhora com aplicação nasal de cocaina-adrenalina.
- e) Influência negativa da terapêutica ocular.

### Fórmias frustas.

Charlin descreve três tipos clínicos, que se caracterizam pelo abrandamento dos sintomas da síndrome completa ou pela ausência de um grupo determinado de sinais.

Figuram nêles:

- 1.º) Aqueles casos em que os sintomas são sobretudo oculares.
- 2.º) Aqueles casos em que os sintomas são sobretudo nasais.
- 3.º) Aqueles casos em que predomina a fôrma nevralgíca, com sinais oculares ou nasais discretos e fugazes.

Além destas fôrmas frustas ou incompletas foram descritos um caso de síndrome do nervo nasal simulando sinusite frontal (Monteiro) e outro atípico de síndrome nasal denominado por Luque de síndrome invertida, por isso que todo o quadro cedeu com o tratamento ocular.

No entretanto, podem-se verificar, nestas fôrmas clínicas, embora de maneira atenuada, muitas vezes, outros sinais que concorrem ostensivamente na síndrome completa.

Assim é que Charlin observou nestas fôrmas incompletas:

- a) dôr nos pontos cutâneos do nasal ou do nasolobar;
- b) hiperestesia da pele nos territórios cutâneos dêstes ramos do nasal;
- c) positividade do exame nasal;
- d) o exame nasal não é nunca negativo quando feito com minuciosidade.



### Manifestações oculares:

São diversas as manifestações oculares da síndrome de Charlin, todas elas porém, subordinadas a localização no pólo anterior (polarite anterior). Raramente, a feccção se traduz por alterações conjuntivais.

Em geral, são lesões da córnea, ou simples erosão ou processo epitelial puro (queratite epitelial), que às vezes, só é possível, verificarem-se ao microscópio. No nosso caso, tratava-se de queratite epitelial com irite leve, já também observada por Charlin; ou mesmo processo ulcerativo, acompanhado (Groelman) de hipópico ou sem êle (Argañavaz, Charlin e outros).

Outras vezes somente é observada leve hipontensão do globo, como também irites e iridocelites.

Do lado da conjuntiva, conhecemos somente duas observações, que revelam reação: uma de Wibó, na qual foi observada conjuntivite comum e, outra, de Vila-Ortiz, que se referia à congestão conjuntival do tipo mixto, mas sobretudo periquerático.

### Etiologia

Não podia fugir a neurite do nervo nasal aos mesmos agentes eficientes determinantes das neurites em geral: causas infecciosas, tóxicas, mecânicas, por perturbações metabólicas, por carência vitamínica B.

No início, Charlin se referiu à síndrome somente elaborada por causas locais, mas, de imediato, no acervo grande de suas observações, outras, de natureza geral, lhe chamaram a atenção.

Em 1932, encarando, ao tratar da neurite retrobulbar, a simplicidade com que fôra exposta a sua solução cirúrgica pela abertura dos seios posteriores, que não condizia com a unanimidade dos casos bservados, mesmo naqueles em que se poderiam averiguar modificações somáticas, leves no labirinto etmoidoesfenoidal, capazes de explicar, por compressão ou por falta de aeração, a afeção retrocular do nervo ótico, diziamos nós o seguinte, o que se foi também observando à medida que se construía toda a síndrome do nervo nasal:

“Para nós deixou de ser assunto de cogitação restrita à oftalmologia, para tocar estreitamente no departamento complexo da rinofalmologia e abranger o vasto campo inexaurível da clínica médica.

Por isso, quando atentando a solução terapêutica da neurite retrobulbar, temos por norma encarar as suas múltiplas faces no afan de dominar sua variada e ainda de todo obscura etiologia. Não nos basta saber que é a lues, a esclerose em placas, as afeções rinológicas, etc., que determinam a afeção retrobulbar: as nossas pesquisas devem sempre ir além, procurando não somente esmiuçar as causas locais, como também surpreender as manifestações clínicas de processo geral ou focal, capaz de contribuir para explicar o *primum movens* do processo ocular”.

Tal deve ser a conduta no que tange ao esclarecimento etiológico da neurite nasal de Charlin, que não escapa, como não escapou, às mesmas determinantes conhecidas.

Si bem que, em alguns casos, a perturbação local é manifesta, o que, nos primeiros tempos, levou a considerar-se somente o tratamento pelas vaporizações nasais como eficiente de todo, em outras, a causa geral é predominante na gênese da neurite nasal ocular.



No estudo da síndrome do nervo nasal, pôde-se comprovar variada etiologia:

- a) Causas locais: espinha irritativa nasal-etmoidite, hipertrofia do cornete inferior, desvio do septo, estreitamento da cavidade nasal anterior (Charlin); após ressecção do cornete médio (Bonnet e Paufigne).
- b) Causas gerais (infecciosas e tóxicas): gripe, sífilis, tuberculose, diabete, etc.
- c) Causas focais: dentárias, sinusais, amingdalianas, etc.

Ainda embora não se deva perder de vista esta etiologia, não foi descrito nenhum caso de síndrome do nervo nasal ligado a avitaminose.

Não é bastante, pois, como nos demonstra o estudo das observações até agora descritas da síndrome do nervo nasal, sobretudo as de Charlin, instituir o tratamento local. Na maioria das vezes, êle faz tudo desaparecer, mas, em alguns casos, ou não obra ou somente atenúa, abrandando por pouco tempo as manifestações dolorosas. Devemos, nestes casos, ir adiante e surpreender a causa oculta, geral ou focal.

### Outras manifestações da síndrome

Além de manifestações oculares, nasais e nevralgias da síndrome do nervo nasal, quasi todos os autores têm assinalado e ratificado as observações de Charlin, demonstrando, além da hiperestesia cutânea já referida, a erupção de vesículas herpertiformes sôbre a narina (região do nervo nasolobar), sôbre a pele pálebronasofrontal (região do nasal externo) e hipersecreção sudorípara na fronte devida (Charlin) à anastomose do nasal externo com o nervo frontal.

Na observação que tivemos oportunidade de acompanhar, havia, como já assinalára Charlin em sua primeira observação, vermilhidão sôbre a pálebra superior (vasodilatação).

### Patogenia

Na explicação patogênica da neurite do nervo nasal, Charlin, muito razoavelmente, aventa a hipótese de se tratar, analogamente ao mecanismo que procura explicar a causa da neurite retrobulbar e da síndrome do gânglio esfenopalatino, de compressão, estrangulação do nervo nasal, por congestão da mucosa, em sua entrada na cavidade nasal, isto é, no orifício orbitário anterior. E tanto este fato, agora de observação comum, é verdadeiro, que basta a retracção da mucosa, desafogando o nervo em sua emergência na fossa nasal para que todos os sinais de neurite se atenúem e desapareçam.

### Diagnóstico

O diagnóstico da síndrome do nervo nasal é fácil, desde que estejamos atentos para os sinais nasais (hidrorréia, coriza), que orientam, em definitivo. Alguns casos, frequentemente, não são desde logo esclarecidos, por isso que os sinais nasais, discretos, passaram despercebidos. Nestes casos, as manifestações oculares não têm nenhuma particularidade ou feição especial. Sómente a sua coincidência com os sintomas nasais é que definem a sua etiologia.



“O que distingue, diz ainda Charlin, estas irites, estas úlceras, etc., de todas as outras irites ou queratites é justamente a sua rinorréia. Mas esta rinorréia não é um coriza comum. Também ela se diferencia de todas as outras rinites por determinados caracteres; é um coriza com hidrorréia profusa **unilateral com pontos dolorosos cutâneos e zonas de hiperestesia da pele.**

No diagnóstico diferencial, devemos encarar a síndrome do gânglio esfenopalatino, que apresenta com a síndrome do nervo nasal alguns traços comuns, como nevralgia e sinais nasais (hidrorréia). Mas em sua sintomatologia ocular, que é sobretudo neuralgia, não há sinal algum de lesão manifesta, que se encontra sempre na síndrome do nervo nasal (úlceras, irites, etc.).

Além disso, os sinais nasais são, na síndrome do gânglio, localizadas de preferência sobre a cauda do cornete médio, enquanto na síndrome de Charlin as manifestações nasais são anteriores.

Estaria assim, com a síndrome do nervo nasal, agora completada e observada por Charlin, “constituída” (Luque) a terceira entidade clínica das síndromes oculares rinógenas, cuja etiopatogenia e tratamento são de exclusivo domínio da rinologia:

1.º) A síndrome posterior ou nasosensorial (neurites retrobulbares rinógenas).

2.º) A síndrome mediana ou do gânglio esfenopalatino (coriza espasmódico).

3.º) A síndrome anterior, nasocular, a síndrome do nervo nasal.

Charlin publica em um quadro os caracteres, diferenciais entre a síndrome do nervo nasal e a do gânglio esfenopalatino.

### Síndrome do

#### Nervo nasal.

##### Anatomia:

Inervação do globo ocular na região anterior e superior da cavidade nasal, da pele do nariz e da região palpebrofrontonasal.

##### Síndrome:

Sintomas oculonasais **perma-**

1.º — Lesão anatômica ocular.

2.º — Congestão **intermitente**

da fossa nasal **anterior e superior.** Mais acentuada a congestão da cabeça do cornete inferior.

3.º — Pontos dolorosos **superficiais.**

a) Pontos dolorosos do nasolobar.

b) Pontos dolorosos do nasal externo.

4.º — Erupções cutâneas sô-

#### Gânglio de Meckel

Inervação do fundo da órbita, da região média e posterior da cavidade nasal, parte das cavidades bucais e faringéias. Ausência de inervação cutânea.

Sintomas oculonasais **intermitentes.**

1.º — Ausência de lesão ocular.

2.º — Congestão **intermitente** da região **posterior** da fossa nasal. Mais acentuada a congestão da cauda do cornete médio.

3.º — Ausência de pontos dolorosos superficiais.

4.º — Ausência de erupções cutâneas.



bre a narina e sôbre a região frontopalpebronasal (ângulo anterossuperior orbitário).

5.º — Cessação imediata da crise dolorosa e melhora rápida da afecção ocular pela aplicação da cocaina-adrenalina sôbre a mucosa ra região anterior da parede externa da fossa nasal (sinal patognomônico).

5.º — Cessação imediata da crise dolorosa pela aplicação de cocaina-adrenalina sôbre a mucosa da região do gânglio de Meckel (região posterior da parede externa da cavidade nasal: sinal patognomônico).

#### ZUSAMMENFASSUNG

Verf. bespricht an Hand eines von ihm beobachteten Falles das von Charlin aufgestellte Syndrom des nervus nasalis, das durch die Verbindung von nasalen Symptomen mit einer polaritis anterior gekennzeichnet ist und auf einer Neuritis des nervus nasalis beruht.

Auf die grundlegenden Fällen Charlins wird eingegangen und die Frage der Aetiologie, der Pathogenese, der klinischen Formen und der Behandlung im einzelnen besprochen.

#### BIBLIOGRAFIA

- Dr. C. Charlin — Síndrome del nervio nasal — Archivos de Oftalmologia de Buenos Aires — 1930 — pág. 132.
- Dr. C. Espildora Luque — Síndrome del nervio nasal — Arq. Oft. de Buenos Aires — 1930 — pág. 227.
- Dr. Carlos P. Bambach — Úlcera corneal en un síndrome del nervio nasal — Arq. Oft. de B. Aires — 1930 — pág. 319.
- Dr. G. von Grolman — Úlcera corneal com hipopion en un síndrome del nervio nasal — Arq. Oft. de B. Aires — 1930 — pág. 322.
- Dr. C. Charlin — Síndrome del nervio nasal — El Día Médico — 1930 — pág. 389.
- Dr. C. Charlin — Le syndrome du nerf nasal — Annales d'Oculistique — 1931 — pág. 86.
- Dr. C. Charlin — El síndrome del nervio nasal — Arch. Oft. Hispano-Americano — 1931 — pág. 369.
- Dr. C. Charlin — Le síndrome fruste du nerf nasal — An. d'Oc. — 1931 — pág. 808.
- Drs. Diego Arguello e R. Pereira — Síndrome del nervio nasal de Charlin — Arch. Oft. de B. Aires — 1931 — pág. 44.
- Dr. Jules François — Névríte du nerf nasal — Arch. d'opt. — 1931 — pág. 767.
- Dr. C. Charlin — El síndrome del nervio nasal — El Día Médico — 1931 — Tomo IV pág. 35.
- Dr. C. Charlin — El nuevo síndrome del nervio nasal y sus formas larvadas — Arch. d'oft. Hisp.-Amer. — 1932 — pág. 265.
- Dr. C. Charlin — La neuritis del nasal de causa general — Arq. d'oft. Hisp.-Amer. — 1932 — pág. 177.
- Dr. C. Charlin — Étiologie du syndrome du nerf nasal. — An. d'Oc. — 1932 — pág. 257.
- Dr. C. Espildora Luque — Un caso atípico de síndrome del nervio nasal (síndrome del nervio nasal invertido) — Arq. Oft. de B. Aires — 1933 pág. 462.



- Drs. P. Bonnet e L. Paufique — Sndrome du nerf nasal — Arq. d'ft. — 1933 — pág. 495.
- Dr. M. Wibo — Le syndrome du nerf nasal — An. d'Oc. — 1933 — pág. 169.
- Dr. J. M. Vila-Ortiz — Sur une nouvelle forme clinique du syndrome du nerf nasal — An. d'Oc. — 1934 — pág. 479.
- Drs. P. Bonnet e L. Paufique — Sndrome du nerf nasal — Rev. O. N. O. — 1934 — pág. 308.
- Dr. C. Charlin — La névrite du nerf nasal de cause général — An. d'Oc. — 1935 — pág. 82.
- Drs. J. Verdaguer e H. von Dorsauer — Sndrome del nervio naso-ciliar — Arq. d'Oft. Hisp.-Amer. — 1935 — pág. 504.
- Dr. C. Charlin — Sndrome du nerf nasal par toxémie bacilaire — An. d'Oc. — 1936 — pág. 25.





# CELLONA

A APERFEIÇOADA ATADURA GESSADA ALEMÃ

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

LATAS DE FOLHA COM 1 E 12 PEÇAS NOS TAMAANHOS USUAIS

O HODIERNO CIRURGIÃO APLICA SÓMENTE ATADURAS GESSADAS "CELLONA"

## Comunicação

Em nome de nossa representada: LOHMANN K. G. Succ. de Luescher & Boemper, fabrica localisada em Fhar am Rhein — Alemanha, comunicamos que em data de 24 de Janeiro pfd. foi concedida áquela fabrica a patente brasileira sob n.º 26.350, garantindo a si a fabricação de ataduras gessadas por um processo todo especial, que a nossa representada deu a denominação de "CELLONA".

Cumpre notar que a aludida atadura "CELLONA" é a unica atadura gessada cuja fabricação é patenteada em todos os paizes do mundo, alegrando-nos sobremódo que tambem agora no Brasil fosse concedida igual prerogativa, o que serve para reafirmar as incontestes qualidades da atadura gessada "CELLONA", já conhecida pela maioria da distincta classe medica e estabelecimentos hospitalares e cirurgicos do paiz e exterior.

**HANS MOLINARI & COMPANHIA**

Rio de Janeiro — Cx. Postal 833



## Imunidade Antiestafilococica

Homero Jobim  
Do Laboratório Geyer

Um dos capítulos mais interessantes da Imunologia é, sem dúvida, o da imunidade contra o estafilococo, que tem sido objeto de estudos aprofundados e, acompanhando as doutrinas sobre a imunidade em geral, tem sofrido interpretações várias.

A descoberta de Richet e Hericourt, em 1888, de que o soro dos animais inoculados com estafilococo possui propriedades imunizantes, iniciou esses estudos e orientou a interpretação no sentido exclusivamente humoral. Vários experimentadores se dedicaram a repetir e a observar as pesquisas de Richet e Hericourt, mas, apesar de encontrarem no soro dos animais inoculados propriedades bactericidas, não lhes foi possível confirmar integralmente as observações destes. Os anticorpos, antileucocidina e antihemolisina, encontrados nesses soros, sempre em título muito baixo, não conseguiam conferir a imunidade passiva, em franco contraste com o que se observava com a antitoxina difterica e tetânica, altamente preventivas.

A imunidade antiestafilococica parecia ser de natureza diferente da tetânica ou difterica. Outro fator, possivelmente de grande preponderância, devia acompanhar ou substituir o humoral.

A doutrina celular idealizada por Metchnikoff veio imprimir novo rumo á interpretação dos fatos. De início exclusivamente celular, dando á fagocitose a chave do problema imunológico, essa doutrina evoluiu, admitindo-se posteriormente uma associação celular e humoral na explicação da imunidade.

Wright, em 1902, inoculou no homem suspensões de estafilococos mortos pelo calor, com a esperança de, reforçando a fagocitose, conseguir a imunização e a cura das infecções estafilococicas. Surge, então, o método opsonico, isto é, a observação da propriedade conferida ao soro em facilitar e intensificar a fagocitose.

Iniciou-se o tratamento das estafilococias pelas vacinas de Wright, em doses crescentes e suficientemente espaçadas, para evitar a fase negativa, tão nitidamente evidenciada pelo índice opsonico. A dificuldade de verificação desse índice — necessário, segundo Wright, para uma vacinação eficiente — fez com que o intervalo das doses fosse indicado pelas reações locais e gerais, e os bons resultados obtidos provocaram o esquecimento, e quiçá, o seu descredito.

A imunidade contra o estafilococo passou, então, a ser vista como um fenomeno puro de fagocitose: era a supremacia da doutrina celular sobre a humoral.

Herelle propõe uma nova e sugestiva interpretação. Observa e



demonstra a existência nos focos de supuração, produzida pelo estafilococo e já em via de cura, de um principio litico que destroe esse germe — o bacteriofago. As substâncias resultantes da dissolução das bactérias determinam no organismo a imunidade. Essa descoberta de Herelle passou rapidamente das experiencias de laboratório á applicação prática, sendo brilhantes os resultados obtidos algumas vezes. Infelizmente, e com alguma frequencia, formam-se no organismo anticorpos, antibacteriofagos, que impedem a ação terapeutica, neutralizando completamente o principio litico.

Em 1922, Besredka publica seus trabalhos sôbre a imunidade local e propõe o tratamento das estafilococias pelos caldos-vacinas, obtidos por filtração de culturas de estafilococo e impróprios ao desenvolvimento do germe, pelo aparecimento do antivírus. Para Besredka, a imunidade é um fenômeno exclusivamente local, processando-se nos tecidos sensíveis, atingidos pelo agente infetante.

Eram essas as idéas dominantes, cada uma com seus defensores ardorosos, mas que não explicavam completamente a imunidade contra o estafilococo, quando, em Janeiro de 1928, em Bundaberg, Queensland, um accidente doloroso veio alterar o que se conhecia sôbre a infecção estafilococica. A contaminação por estafilococo de uma mistura toxina-antitoxina diftérica, usada na vacinação, determinou a morte de 12 entre 21 crianças inoculadas, com um quadro septicemico que salientava o elevado poder toxico do germe.

A comissão encarregada pelo governo inglês de pesquisar e elucidar a causa do accidente, tendo á frente o sábio australiano F. M. Burnet, isolou amostras de estafilococo que, perfeitamente observadas e melhor estudadas, levaram á demonstração da existência de uma toxina estafilococica na verdadeira expressão da palavra.

Burnet obteve esta toxina cultivando o germe em gelose semi-líquida em uma atmosfera de CO<sup>2</sup>.

A descoberta de Burnet deu origem a uma grande série de trabalhos, mostrando alguns as propriedades da toxina, e salientando outros novos aspéto no estudo da imunidade estafilococica.

Deter-nos-emos, embora pela maneira mais rapida possível, no estudo da toxina estafilococica, do toxoide obtido pela sua formolização, e na interpretação da imunidade que determina.

### TOXINA ESTAFILOCOCCICA

Para se conseguir uma boa toxina são necessários, como para as toxinas em geral, vários fatores: amostra bem toxigênica, meio de cultura favoravel, temperatura e tempo de incubação ótimos, e atmosfera adequada.

AMOSTRA. — A seleção de uma amostra bem toxigênica não é tarefa das mais faceis. Inicialmente temos a dificuldade de que nem todas as amostras são toxigênicas, o que se consegue apenas em 10% das examinadas.

Entre as selecionadas são muito raras as que formam toxina



de título elevado, e entre estas algumas perdem rapidamente o poder toxinogênico. Temos trabalhado com muitas amostras, isoladas por nós e recebidas de outros laboratórios. As que mais se têm prestado são: a 126, isolada por nós, a 134, recebida do Instituto Butantan, por intermédio do Dr. Travassos da Rosa, e a 141, amostra Wood, de Burnet, gentilmente cedida pelo prof. Sordelli, do Instituto Bacteriológico de Buenos Aires.

**MEIO DE CULTURA.** — O meio de cultura, que tem fornecido melhor toxina, é o meio líquido de Walbun, modificado por Burnet:

A um litro de água de carne preparada com coração de boi (250,0 para 1 litro de água), acrescentam-se 5,0 de peptona de Witte, 2,0 de fosfato de potássio e 0,3 de sulfato de magnésio; dissolver, filtrar e ajustar o pH entre 6,0 e 7,0; distribuir em frascos de 50 cc. e esterilizar a 120°, durante 20 minutos.

Experimentámos produzir a toxina em meio de Ramon, mas o título que obtivemos foi muito inferior ao que conseguimos regularmente com o de Walbun.

**TEMPERATURA E TEMPO E INCUBAÇÃO.** — A temperatura ótima é de 37°. O tempo de incubação que temos empregado é de 6 dias, não tendo obtido melhora na toxina, aumentando ou diminuindo o prazo de incubação.

**ATMOSFERA DE CO<sup>2</sup>.** — Usamos sempre, e com ótimo resultado, a cultura em ambiente com 20% de CO<sup>2</sup>, conforme aconselha Burnet, renovando a atmosfera no 4.º dia de incubação.

**PROPRIEDADES DA TOXINA ESTAFILOCOCCICA.** — A toxina estafilocócica é caracterizadamente uma exotoxina, e apresenta algumas particularidades interessantes em seu modo de agir:

1) Ação eritrocitolítica. — A toxina tem o poder de lisar, de uma maneira mais ou menos intensa, os glóbulos vermelhos dos diferentes animais. Esse poder de lise é facilmente destruído pelo calor, pelo formol e sob a ação dos ácidos. A inoculação da toxina em animais determina o aparecimento de um anticorpo, que neutraliza essa ação lítica.

O poder eritrocitolítico de uma toxina é facilmente titulável, e serve de padrão para avaliar o seu poder tóxico. Para isto coloca-se a toxina em concentrações várias, em uma série de tubos, em contato com uma emulsão de glóbulos de coelho ou de carneiro, lavados e diluídos a 1/5. Faz-se uma incubação a 37°, meia hora, e leva-se a temperatura baixa, durante 12 horas. Verifica-se, então, de acordo com Burnet, qual o tubo que contém, pelo menos, 50% de glóbulos hemolisados. A diluição que corresponde a este tubo é a D. M. H. (dóse mínima hemolítica), equivalente, digamos, a D. M. M. (dóse mínima mortal) da toxina diftérica.

O número de D. M. H., que contém cada partida, é variável com as condições acima estabelecidas, assim como para uma mesma amostra e nas mesmas condições sofre oscilações de uma partida para



outra. Temos obtido, em média, de 1.600 a 3.200 D. M. H. por cc., conseguindo, não raro, toxinas com 6.400 D. M. H. por cc.

Esse poder hemolítico da toxina estafilocócica diminui rapidamente já nos primeiros dias de preparação, desaparecendo completamente ao fim de algumas semanas, quando a toxina é conservada na temperatura ambiente, conseguindo-se conservar mais tempo, embora com uma desvalorização de 50%, quando é congelada. Temos toxinas congeladas há 5 ou 6 meses, que nos dão um título médio de 800 D. M. H.

2) Estreitamente ligada a esse poder hemolítico, observa-se uma ação lítica notável sobre os leucócitos e outras células do organismo. Aliás, essa ação sobre os leucócitos já tinha sido evidenciada em 1895, por Denys e Vandeveldt, que a denominaram leucocidina.

3) A toxina possui um poder letal, que se verifica facilmente no coelho, por ser o animal mais sensível, ocasionando a morte por via subcutânea ou intravenosa.

A inoculação de dose relativamente fraca de toxina (1/4, 1/10 de cc.), por via intravenosa, determina a morte imediata do animal, por síncope cardíaca e respiratória, precedidas de uma queda brusca e imediata da pressão arterial.

Póde-se determinar e estabelecer a D. M. L. (dose mínima letal), que alguns autores usaram para suas observações.

4) A toxina estafilocócica, quando inoculada por via intradérmica, determina a formação de grandes placas de necrose: é o que se denomina ação dermo-necrótica.

A dose mínima necrótica (D. M. N.), por ser muito variável, não se presta para a padronização de toxinas.

5) Travassos da Rosa, em São Paulo, evidenciou em 1936, uma ação tetânicante, que se revela rapidamente após a inoculação intracerebral por uma síndrome caracterizada por contraturas generalizadas, rigidez da musculatura da rachis, opistótono, taquicardia e tachypnéa iniciais e sensibilidade exagerada, morrendo, o animal algum tempo mais tarde.

Como esta síndrome é variável em intensidade, Travassos da Rosa estabeleceu uma dose mínima tetânicante letal (D. M. T. L.), que representa a menor dose de toxina capaz de produzir sistematicamente a síndrome nos 30 primeiros minutos após a inoculação e a morte em 24 horas em todas as cobaias inoculadas.

6) De todas estas ações, a que revela maior interesse prático, é o elevado poder antigênico da toxina, provocando o aparecimento rápido de antitoxina no soro dos animais inoculados.

**ANATOXINA ESTAFILOCOCICA.** — Burnet, após ter estudado e observado as diversas propriedades da toxina estafilocócica, conseguiu a sua transformação por meio do formol, nos moldes da transformação da anatoxina diftérica e tetânica, obtida por Ramon. Após uma permanência de 10 dias na estufa a 37°. com uma dose de formol a 4<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, a toxina perde completamente as suas propriedades, conservando, entretanto, o poder antigênico. Perfeitamente inocua, a anatoxi-



na estafilococica presta-se admiravelmente para provocar a imunização ativa, quer nos homens, quer nos animais, facilitando assim a produção de antitoxina para a imunização passiva.

Ramon e Boivin conseguiram, ultimamente, precipitar a anatoxina do caldo de cultura, levando o pH a 3,5 com ácido tricloracético ou sulfúrico e dissolvendo o precipitado em sol. de fosfato de potássio ou carbonato de sódio. Obtiveram, desta maneira, um produto purificado e concentrável, que permite uma imunização muito mais rápida e ativa.

Segundo a técnica preconizada por Ramon, verificámos qual o toxoide mais ativo: se o bruto, isto é, o caldo de cultura desintoxicado pelo formol, ou o precipitado. Inoculámos coelhos com diversas partidas de toxoides e, após um número idêntico de inoculações ( $\frac{1}{2}$  cc., 1 cc., 1,5 cc., 2 cc. e 2,75 cc.), com um espaço de tempo igual (uma semana depois da última inoculação), observámos nos animais imunizados com toxoide purificado a neutralização de 2 D. M. H. de toxina até com 0,002, enquanto que, com toxoide bruto, o limite de neutralização era de 0,02.

A anatoxina purificada, segundo Ramon, possui, pois, elevado poder imunizante ao lado de uma inocuidade bastante superior ao toxoide bruto, por se encontrar privada das impurezas do meio de cultura e ser possível a sua concentração na dose necessária e eficiente.

**IMUNIDADE ANTIESTAFILOCOCCICA.** — Vejamos agora as observações que determinam essas descobertas de Burnet e qual o reflexo que tiveram na interpretação da imunidade antiestafilococica.

Ramon e Richou fizeram experiências muito interessantes e sugestivas. Inocularam, num primeiro grupo de coelhos, estafilococos vivos suspensos numa mistura de lanolina e óleo de oliva, e observaram o aparecimento de antitoxinas no curso da imunização, embora em título muito inferior ao que se obtém após imunização pela anatoxina. Num segundo grupo inocularam a mesma quantidade da mistura lanolina-óleo-germes, mas desta vez após matar os germes pelo calor, e não observaram, embora com pesquisas aprofundadas e repetidas, a formação de antitoxinas. Finalmente, um terceiro grupo foi imunizado com anatoxina.

Os grupos acima foram inoculados com 0,5 cc., por via subcutânea, e com 0,2 cc., por via intradérmica, de uma suspensão de estafilococos virulentos (cultura de 24 horas), ao mesmo tempo que outro grupo de animais testemunhas não imunizados.

Nos pontos injetados observou-se: nos testemunhas, um edema grande e posteriormente uma escara muito extensa (com 2 a 3 cm. de diâmetro); nos imunizados por germes mortos incorporados à mistura lanolina-óleo, verificaram um edema um pouco menor, seguindo-se um nódulo inflamatório do tamanho de uma avelã; os coelhos imunizados com germes vivos e que contém um pouco de antitoxina, apresentaram lesões pouco intensas (edema pequeno e um nódulo discreto, que desaparece com o tempo); finalmente, no grupo imunizado pela anatoxina e que tem título elevado de antitoxina, o edema é quasi nulo, e o nódulo, das dimensões de uma lentilha.



Ramon e Richou, entre outras considerações, assim concluem dessas experiencias demonstrativas: "O estafilococo, cuja multiplicação é favorecida no ponto de inoculação pela inflamação devida ao excipiente goduroso, elabora "in situ" sua toxina. Esta toxina, graças aos fenomenos inflamatórios locais, é modificada em suas propriedades toxinas, mas não seu poder antigenico. Assim modificada a toxina, passa ao organismo, onde provoca a formação de antitoxina especifica. Essa antitoxina é capaz, como nos animais imunizados com a anatoxina, de proteger o organismo com um exito apreciavel contra a toxinfecção experimental".

Uma outra série de experiencias feitas por Ramon e Richou, e já repetidas e comprovadas por outros experimentadores, como Delaunay, Vitchin, Dowie, etc. demonstram a quasi ineficacia das vacinas com germes mortos. Um grupo de animais imunizados com emulsão de germes mortos e outro com anatoxina são submetidos á inoculação de prova com estafilococos virulentos. Observa-se que os do primeiro grupo, assim como os testemunhas, morrem nos primeiros dias, ao passo que os do segundo grupo morrem no fim de varios dias, ou permanecem vivos, como se nada tivesse havido.

Destas experiencias e dos resultados obtidos com a sôroterapia antitoxica, salienta-se logo o valor preponderante da antitoxina na imunidade antiestafilococica.

Por orientação de Ramon, fez Delaunay, no ano passado, uma série de pesquisas sôbre a histopatologia da infecção estafilococica. Observou em um grande número de animais as modificações celulares produzidas pela infecção experimental, encontrando o organismo imunizado ou não.

Extraordinariamente interessantes são estas observações, que culminaram em uma hipotese sugestiva e límpidante da imunidade antiestafilococica.

Após quinze horas, o exame histológico da lesão permite fazer, no animal imunizado, as constatações seguintes: "Sob uma epiderme absolutamente integra se encontra o tecido conjuntivo muito dilacerado e infiltrado por numerosos polinucleares. Os vasos são inflamados e cercados por leucocitos muito bem conservados. Entre os feixes musculares, em excelente estado, deslizam fusos de globulos brancos. As células conjuntivas não parecem ter atividade própria. Os germes estão presentes".

No animal testemunha a lesão se caracteriza, ao contrário, por uma epiderme fina e descolada da camada conjuntiva subjacente. Os vasos são dilacerados, mas não apresentam as cintas de polinucleares encontradas nos animais imunizados. As fibras conjuntivas são separadas e os nucleos já pouco visiveis. Os feixes musculares estão lesados, dilacerados, e é difícil distinguir suas fibrilas. Nos espaços interfasciculares a infiltração celular é muito pequena. Os estafilococos estão presentes".

Oitenta horas após a inoculação, vê-se nos animais imunizados uma lesão bem localizada, com os seguintes caratêres: -- "Epiderme e musculos em perfeito estado. Ao redor de um pequeno abcesso, que



ocupa o centro do córte, encontra-se uma proliferação extremamente notável de tecido conjuntivo de néo-formação, uma verdadeira casca. Histiocitos numerosos. Constata-se o aparecimento de vasos de néo-formação”.

Nos testemunhas, ao contrário, verifica-se o seguinte: — “A epiderme é uma massa mortificada, sem nucleos, com vestígios apenas de folículos pilosos. Um abcesso extenso, com polinucleares mais ou menos alterados, forma o limite inferior da necrose. Sobre a face profunda d'êste abcesso uma barreira conjuntiva está em vias de formação. Numerosos polinucleares infiltram êste tecido. Alguns histiocitos. Musculos em degeneração”.

Nessas observações verifica-se que nos testemunhas, após um pequeno affluxo de leucocitos immediatamente depois da inoculação, ha um afastamento d'êstes globulos de defesa, como se o germe exercesse um tropismo negativo sobre êles; ao passo que nos animais imunizados o numero de leucocitos é muito maior, não desaparecem (pelo contrário: aumentam), fagocitam os agentes invasores, havendo a neutralização do tropismo negativo.

A unica diferença que se observa n'esses grupos de animais é a presença de antitoxina no sôro dos imunizados, devendo ser êste o elemento responsavel pela neutralização do tropismo negativo exercido pelo germe sobre os leucocitos.

Baseado nas observações acima e nas de varios pesquisadores, Ramon e seus colaboradores lançaram a moderna e sugestiva explicação da imunidade antiestafilococica.

A infecção estafilococica se processa pelo afastamento dos elementos celulares de defesa do organismo por meio da toxina elaborada pelos germes, conseguindo êstes se multiplicar e vencer as resistencias organicas.

Quando o organismo está imunizado a antitoxina neutralizando a toxina permite que os germes sejam presa facil dos leucocitos.

A imunidade antiestafilococica é ao mesmo tempo antitoxica e antimicrobiana; antitoxica pela neutralisação da toxina estafilococica por meio da antitoxina correspondente, e antimicrobiana pela fagocitose dos elementos invasores pelos leucocitos.

A imunidade pôde ser natural ou artificialmente adquirida. O organismo adquire naturalmente a imunidade pelo contato frequente com o antígeno, por ser o estafilococo um germe muito espalhado na natureza e hospede constante da pele e das mucosas externas. Nos animais demonstra-se facilmente esta afirmação, provocando o aparecimento de antitoxina pelo simples pincelamento da faringe, sem que se exteriorize a infecção.

Provoca-se artificialmente a imunidade inoculando a anatoxina.

De tudo o que acima ficou exposto, conclue-se que o tratamento das estafilococias deve ser feito pela anatoxina, mesmo quando há necessidade de defesas imediatas, como nas septicemias, em que deve ser associada a sôroterapia antitoxica-estafilococica.





## Farinha Iso-Gastrica

FORMULA DO PROF. MOTTA MAIA

### INDICAÇÕES:

Gastrites, duodenites, úlceras gastro-duodenais, todas as afecções expoliativas das mucosas gástrica e duodenal, e, principalmente, após as intervenções cirúrgicas trazidas sobre o estômago e o duodeno.

### MODO DE USAR:

Uma medida (12 grs.) correspondendo à tampa do próprio vidro misturada em uma xícara de chá, de leite quente, lentamente, à maneira de mingau, com ou sem açúcar, três vezes ao dia. Esta posologia pode ser alterada de acordo com a prescrição médica.

### LABORATÓRIO PAN-ORGÂNICO

Avenida Geremário Dantas n.º 654 — Rio de Janeiro

Distribuidores: H. FERRAZ & CIA. LTDA.

Praça 15 de Novembro, 38-A.4.º andar, s. 41 — Telefone 23-1077 — Rio

Amostras à disposição dos senhores médicos

# IDDOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

# TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MARRUÍLO E CHALMOGRÍCO SUPERSATURADOS DE LÍPOIDES TOTAIS DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DA CLASSE MÉDICA

**PIO. MIRANDA & CIA. LTDA**

RUA S. PEDRO 62 - C. POSTAL 2523

**RIO**

Amostras em Porto Alegre:

**SCHUETZ & COMP. — Rua Senhor dos Passos, 94.**



# Comentários bibliográficos

## Análise de revistas

### ORTOPEDIA

José Valls e Enrique Lagomarsino. — O Tratamento Cirúrgico Das Fraturas Dos Planaltos Tibiais. — Rev. de Ortop. y Traumat. — Ano VII — N.º 4 — 1938 — Pág. 315-324.

Os aa. apresentam quatro observações documentadas de fratura unilateral do planalto tibial, tratada por osteossíntese, com resultados ótimos tanto anatômica como funcionalmente. Em oposição, relatam um caso em que esse tratamento fracassou, havendo a eliminação dos parafusos e do fragmento ósseo.

Empregaram a seguinte técnica: Incisão paramediana, quasi lateral, ao nível do joelho, chegando sem dissecação ao periósteo e à articulação. Reposição do fragmento no seu respetivo lugar, e, no caso de ser instavel, é fixado por meio de um ou dois parafusos de Lambotte. Exame da região, sobretudo dos meniscos e da cartilagem diartrodial, procurando readaptar as superfícies articulares, afim de que não haja uma incongruência que mais tarde prejudicaria a função.

Os aa. mostram-se satisfeitos com o postoperatório ocorrido sem incidências.

E. J. Kanan

Ricardo J. Caritat (Montevideu). — Sequelas De Paralisia Infantil (A Paralisia Isolada Do Tibial Anterior, Sintomas, Fisiopatologia Da Deformação E Seu Tratamento). — Rev. de Ortop. y Traumat. — Ano VII — N.º 4 — 1938 — 325-349.

Tres razões fundamentais fizeram com que estudasse essa lesão:

- a) é relativamente frequente entre as paralisias unimusculares de origem poliomiélica (observou 11 casos em dois anos e meio);
- b) determina uma deformação característica;
- c) o seu tratamento, pela transplantação do extensor próprio do grande podáctilo, dá excelentes resultados.

Após estudar os motores do pé, anatômica e fisiologicamente, tanto isolada como sinergicamente, descreve depois a deformação que teve oportunidade de observar nos seus casos de paralisia isolada do tibial anterior. E' constituída por um equinismo, cavismo, e hiperextensão do grande podáctilo. O equinismo é determinado pelo encurtamento do tendão de Aquiles; o cavismo pela queda do 1.º metatársico, causada pela paralisia do tibial anterior, baixando assim a porção anterior do bordo interno do antepé, que vem aumentar a curva da abóbada plantar, uma vez que o tibial posterior se mantém indene; a hiperextensão é formada pela ação do ex-



tensor próprio do grande podáctilo, que se coloca em Z, com a primeira falange em hiperextensão, quasi vertical, sobre a cabeça do 1.º metatársico, e a 2.ª falange em flexão de angulo reto sobre a 1.ª. Quando o extensor comum está concomitante paralizado, ou então secundariamente distendido, essa deformação típica é acompanhada de um certo valgusismo. Para o a. a deformação que descreveu é característica da paralisia isolada do tibial anterior, muito pouco ou nada estudada pelos diversos autores, cujas opiniões passa em revista. Estuda em seguida a fisiopatologia e a evolução da deformação, para em seguida abordar o seu tratamento, que consiste na transplantação do tendão do extensor próprio do grande podáctilo sobre a face interna da cabeça do 1.º metatársico, onde é fixado debaixo dum retalho osteoperióstico por meio dum pequeno parafuso. Antes, porém, corrige o equinismo pelo alongamento do tendão de Aquiles, o cavismo pela incisão da aponevrose plantar. O pé é imobilizado em ligeiro varo talo numa bota gessada, que é retirada ao cabo de tres semanas, para se submeter a um tratamento por meio de movimentos passivos e ativos, banhos, massagens, etc. O A. ilustra o seu trabalho com 5 observações, acompanhadas de fotografias antes e depois do tratamento preconizado, com excelentes resultados.

E. J. Kanan

## OFTALMOLOGIA

**K. T. A. Halbertsma.** — **Pseudoatrofia Do Nervo Ótico No Recemnacido.** (**Disgenesia Mielínica Das Vias Óticas**). — Arch. d'Opht. — 1937 — N.º 8 — Pág. 699.

O autor apresenta um caso de pseudoatrofia das papilas numa criança de poucos meses de idade.

Descreve em detalhe a síndrome e a evolução da afecção. A síndrome é idêntica à descrita pela primeira vez por Beauvieux (1926).

Estuda o diagnóstico diferencial em face da verdadeira atrofia inata, assim como a patogênese.

Deve-se considerar como causa mais provavel um processo de mielinização retardada das fibras óticas das papilas motoras de origem desconhecida.

Tratam-se os sintomas dessa afecção em relação com essa teoria.

A afecção se apresenta muito raramente.

Ed. Assis Brasil

**Roger Weckers.** — **O Ácido Láctico Do Cristalino.** — Arch. d'Opht. — 1937 — Tom. 1 — N.º 8 — Pág. 707.

Entre as hipóteses tendentes a explicar o mecanismo da catarata senil figura a que atribue ao ácido láctico um papel preponderante.

O autor mostra que o cristalino não constitue um sistema fechado para o ácido láctico e sim que existe uma troca dessa substância com o humor aquoso, o que deve fazer regeitar tôda a teoria da catarata baseada numa retenção de ácido láctico por aquele órgão.

Tomando por base de suas experiências o cristalino de bezerro ou de boi, o autor chegou às seguintes conclusões:

1 — a) O conteúdo em ácido láctico do cristalino de bezerro ou de



boi, fóra de todo trabalho intenso e prolongado, é consideravelmente mais elevado que o teor em ácido láctico do humor aquoso correspondente.

b) A concentração em ácido láctico dum cristalino jovem é mais elevada do que num cristalino velho.

c) Os cristalinos dum mesmo indivíduo contêm a mesma quantidade de ácido láctico.

2 — a) Quando o cristalino é imerso numa solução de Ringer, o ácido láctico difunde do cristalino para a solução de Ringer e o teor em ácido láctico do cristalino diminue.

b) A dissecação parcial da cápsula não modifica sensivelmente a rapidez da difusão.

c) O renovamento da solução de Ringer aumenta a quantidade total de ácido láctico difundido.

d) O teor em ácido láctico do cristalino é bastante durante tôda a duração da experiência e a difusão aumenta si se ajunta glicose à solução de Ringer.

3 — a) A difusão do ácido láctico pode-se fazer da solução de Ringer para o cristalino si a solução for adicionada duma quantidade suficiente de ácido láctico.

Ed. Assis Brasil

**André Huelo e Jean Voisin. — Tuberculose Miliar Da Coróide. —** (Archives d'Ophthalmologies. — Tome I — N.º 3 — Mars-1937). — Pág. 198.

Os autores relatam uma observação de tuberculose miliar da coróide, em que a autópsia assinalou uma granulosa pulmonar e meningéia, discretas lesões renais, não apresentando sinais microscópicos nos outros órgãos.

O estudo anatomopatológico revelou importantes modificações da coriorretina:

1.º — a olho nú mostram os córtices espessamento da coróide e da retina.

2.º — ao microscópio é verificado um edema inflamatório da retina, ausência de lesão específica e de folículos.

Quanto à coróide, vasos consideravelmente dilatados e raros folículos. Não há presença de células gigantes, tendo sido encontrados alguns bacilos de Koch. Tôdas essas lesões são mais evidentes na vizinhança da papila e à medida que se aproxima da "ora serrata" tornam-se raras, diminuem de intensidade e desaparecem.

**Outros elementos** — Nervos ciliares intactos. Nervo ótico, leve infiltração diapedética dos feixes, nas proximidades da papila. Baínhas ilesas.

Comparando os autores, as alterações verificadas nesse exame com as observadas por Bollaqué, Hillemand e Laporte, (Ann. d'Oculistique, 1927, p. 660) notaram que não coincidiam, concluindo que essa diversidade era o resultado da divergência das respectivas fases de evolução.

Gastão Torres

## OTORRINOLARINGOLOGIA

**Prof. Schmiegelow (de Copenhague). — Tratamento Cirúrgico Das Estenoses Cicatriciais Crônicas Da Laringe. —** The Journ. of Lar. and Otor. — Janeiro 1938.

Em conferência realizada em Londres, o A. descreve o seu método cirúrgico para o tratamento das estenoses cicatriciais da laringe. A sua



experiência firma-se em 18 pacientes por êle operados, cujas idades variam entre 1 ano e 56 anos. Aconselha o A., porém que se não opere antes dos 5 anos. Julga de capital importância descobrir a causa da estenose por minucioso exame, pois em um de seus casos tratava-se apenas de corpo estranho na laringe. Afirmo o A., com os seus 50 anos de prática da especialidade, que todos os casos podem ser tratados pelo seu método, até mesmo quando se trate de oclusão completa por tecido fibroso. Usa de anestesia geral nas crianças e local nos adultos. A cânula traqueal é levada o mais longe possível da laringe, para o que é feita uma nova traqueotomia baixa. Uma semana depois executa-se a operação, cujo primeiro tempo consta de fissura laringotraqueal, para franca exposição da estenose. O carater e extensão desta são cuidadosamente examinados. Com tesouras, bisturís ou forceps, é restabelecida a luz da laringe, de modo a aproximar-se o mais possível da normalidade. E' introduzido, então, um dreno de borracha (n.º 33 a 40 Charrière), de 5 cmtrs. de comprimento. Recomenda que a extremidade superior do dreno não fique acima do nível do ádito superior da laringe, nunca chegando á faringe. Com agulha que atravessa a pele, cartilagem e dreno transversalmente, passa-se fio fino de prata, cujas extremidades são mantidas por processo que descreve. Dêsse modo, o dreno mantém-se na posição escolhida. A pele pode ser suturada ou não. O dreno permanecerá de 1 a 10 semanas, conforme os casos, sem inconveniente algum, depois do que será retirado pela boca.

## MEDICINA LEGAL

**Mutel e Guibal, de Nancy. — Trombo Flebite Dos Seios Da Dura Mater Por Infecção A Distancia. — Annales de Médecine Légal. — Março de 1938.**

### ACIDENTE DO TRABALHO

Raríssimos são os casos de tais tromboflebitis. O autor refere a existência na literatura médica, de três apenas.

O primeiro é o de Raymond e data de 1880; refere-se a um indivíduo portador de psoríase generalizada que apresenta, repentinamente, uma síndrome hemiplégica que se faz acompanhar de contraturas e de crises epileptiformes. Na autópsia, um foco de amolecimento e trombose das veias parietais do encéfalo.

O seguinte é o de Claude e traz a data de 1911. E' o caso de uma senhora de 21 anos, em plena saúde, trabalhando perfeitamente e que morre em quatro dias, após cefaléa, torpor, e abalos paralíticos.

O exame cadavérico denuncia flebite das veias cedebrais, sem qualquer alteração das cavidades da face e do crânio.

Existia um processo inflamatório subagudo das trompas, com supuração.

Alude o terceiro caso, relatado por Barré e Greiner, a uma senhora de 25 anos que, nove dias após ter partejado, se queixa de torpor, sonolência, tem crises convulsivas, sobrevem uma síndrome hemiplégica embora passageira, à direita, hemiparesia esquerda. Essa apresentação clínica tem o detalhe da instabilidade de seu quadro, sintomas indo e vindo.

A albuminúria leva os médicos ao diagnóstico de eclâmpsia.

A autópsia diz da existência de trombose do seio transversal D e do longitudinal, o mesmo se dando com respeito às veias de Labbé e de Trolard.



O exame dos órgãos genitais verifica que o utero retém uma vegetação placentária das dimensões de uma noz; o plexo venoso da pequena bacia, os plexos venosos dos ligamentos largos, trombosados.

São casos enquadrados na variedade chamada septicemia venosa de Vaquez.

O quarto caso, motivo deste resumo, é o seguinte:

Um mineiro, em seu trabalho, é vítima de uma explosão que lhe determina uma leve escoriação, um pequeno hematoma, e descolamento ao nível do tórax superior da coxa direita.

Vem a febre, o hematoma supura e é drenado; logo cede a hipertermia, e o doente entra em aparente convalescença.

Ao cabo de quatro dias a contar do ato cirúrgico, o paciente apresenta novo levantamento térmico, crises clônicas à direita; nos membros; respiração tipo Cheine-Stokes, pulso de 60, e morte ao cabo de quatro dias.

Autópsia: trombose difusa de todas as veias da convexidade cerebral, o mesmo sendo observado no seio longitudinal superior.

Cavidade da face e do crânio em integridade absoluta. Cavidade torácica e abdominal sem qualquer alteração.

A abertura da lesão inicial evidenciou a cavidade de um hematoma drenado, com paredes supuradas; é perfeitamente limitada a cavidade.

O caso merece registro especial, dada a sua extrema raridade.

**Celso Cesar Papaleo**

**Vasileu e Melter, de Bucarest. — Doquimografia Pulmonar — Um Método Radiográfico Médico-Legal. — Annales de Médecine Légale. — Abril de 1938.**

A contribuição é ilustrada por “clichés” que apoiam as afirmações dos autores, que são as seguintes:

I — As áreas pulmonares do natimorto se confundem com as áreas cardíaca e abdominal, tudo se resumindo, na chapa e na radioscopia, numa vasta sombra, que cobrindo o torax, desce pelo abdômen, que ocupa em totalidade.

II — No recém-nascido que respirou, o aspeto é muito outro:

áreas pulmonares bem delineadas, região cárdiovascular evidente com nitidez, cúpulas diafragmáticas bem visíveis.

III — Essa apresentação característica não é alterada pela putrefação.

O valor do novo recurso é enorme, uma vez que é sabido que a prova de que se dispõe atualmente para a verificação de vida extrauterina, no caso de morte de recém-nascido — a docimasia de Galeno — perde o valor, por completo, quando se dá a putrefação do cadáver.

Merece considerada a contribuição original dos autores.

**Celso Cesar Papaleo**



### Livros recebidos

**Dr. Claudio Goulart de Andrade.** — **Algumas Considerações Atuais Sobre A Etiopatogenia Do Cancer Cervical.** — Tese para concurso de cátedra. — Of. Graf. de A NOITE — Rio. — 1938.

Interessante trabalho com o qual o A. se apresenta como concorrente ao título de Professor Catedrático da Clínica Ginecológica da Escola de Medicina e Cirurgia do I. H.

E', conforme friza bem o A. na capa de sua tese, uma contribuição estatística nacional, bordada de justos e interessantes comentários. Dá-nos conhecimento das estatísticas dos Professores Fernando Magalhães, A. Brandão Filho, U. Pinheiro Guimarães e dos Drs. Motta Maia, A. Agumaja, C. Corrêa da Cota, Mawite Santos e da sua própria no Hospital Hahnemanniano. Trabalho de interêsse mais nacional, merece ser lido e estudado por todos aqueles que, entre nós, se dedicam ao assunto.

A. E. Araujo

(Já publicado nos Anais da Faculdade de Medicina de P. Alegre).

## Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

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

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Pêgas

---

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas

e Ultra-Curtas



## Noticiario

O prof. Florencio Ygartua, reeleito presidente da Sociedade de Medicina. A posse da diretoria reeleita. Homenagens prestadas. Os discursos dos profs. Florencio Ygartua e Eliseu Paglioli. Outras notas.

Sob a presidencia do prof. Florencio Ygartua, presidente reeleito para o periodo de 1939, realisou-se a primeira sessão do corrente ano da Sociedade de Medicina de Porto Alegre. Aberta a sessão á qual compareceram os seguintes socios: drs. Luiz F. Vieira, Dinarte S. Martins, R. di Primio, L. Dorneles, Arthur S. Mascarenhas, José Gerbase, Hugo Ribeiro, Álvaro Ferreira, Carlos de Brito Velho, Salvador Gonzales, E. J. Kanan, Rubens Maciel, Luiz Falet, Fernando Schneider, Orlando Biancamano, Sadi Hofmeister, Anthero Sarmiento, Alfredo Hofmeister, Carlos Carrion, Rogerio S. Leite, Almiro Coimbra.

Aberta a sessão o senhor presidente convidou a ocuparem a mesa os demais membros da Diretoria que assim está constituída: Presidente prof. Florencio Ygartua, vice presidente dr. Hugo Ribeiro, secretario geral prof. Raul di Primio, 1.º secretario dr. Carlos de Brito Velho, 2.º secretario dr. Salvador Gonzales, tesoureiro dr. Anthero Sarmiento.

Logo após o presidente propoz a homenagem de alguns instantes de silencio á memoria do saudoso professor Argemiro Galvão, lutador que foi pelo engrandecimento da Sociedade de Medicina e incansavel diretor dos Arquivos Rio Grandenses de Medicina, órgão official da sociedade, durante varios anos. Realizada a homenagem, tomou a palavra o dr. Elias Kanan que pronunciou o elogio funebre do emerito ortopedista paulista prof. Rezende Puech falecido ha pouco. Depois de resaltar-lhe o valor de habil profissional e o renome de seus trabalhos científicos, propoz que se notificasse a familia do extinto e á Faculdade de Medicina de São Paulo a homenagem que a Sociedade de Medicina de Porto Alégria, assim lhe prestava.

Foi, após, concedida a palavra ao dr. Anthero Sarmiento, tesoureiro da Sociedade de Medicina que apresentou amplo relatório de suas atividades, demonstrando o florecente estado de suas finanças.

Aprovado o relatório, o prof. Álvaro Barcelos Ferreira, saudou os membros reeleitos da Diretoria, analisando, de maneira sucinta, a personalidade de cada um e afirmando a alegria da Sociedade por vêr seus destinos entregues a tais valores.



Por último falou o prof. Florencio Ygartua que leu a seguinte oração:

### FALA O PROF. YGARTUA

Estamos hoje novamente, aqui reunidos, para iniciar os nossos trabalhos na Sociedade de Medicina. O ano de 1938 marcou, para a vida científica desta Instituição médica, uma época de intenso trabalho e realizações, onde se realça o mérito dos nossos consócios, e, principalmente, daqueles que, com sua assinatura e contribuição científica, compareceram e participaram das sessões, ora com a sua autorizada palavra, ora com trabalhos de real valor ou ainda com interessantes e valiosas comunicações e brilhantes conferências. Relatar a vida da nossa Sociedade médica durante o ano que findou é sentir de maneira eloquente o seu grande prestígio e cada vez maior o cabedal precioso dessa série de conferências e comunicações verbais e por escrito de casos clínicos e assuntos dos mais importantes e de atualidade da medicina contemporânea, imprimiram assim brilho especial às nossas reuniões. E colegas da capital, do interior e de outros Estados do país e até do estrangeiro e companheiros de diretoria colaboraram e contribuíram para o engrandecimento e renome da nossa entidade e, assim continuando a longa trajetória das direções anteriores, que foram brilhantes e tiveram na presidência colegas eminentes. Uns descansam na eternidade, com a admiração, o respeito e as saudades dos que ficaram; outros, continuam na ativa vida profissional sempre ascendente e dignificante com elevado prestígio moral e social. É sempre grato, pois, lembrarmos os nomes daqueles que ultimamente dirigiram os destinos desta Sociedade que são: Sarmento Leite, Jacinto Gomes, Olinto de Oliveira, Nogueira Flôres, Anes Dias, Otavio de Souza, Thomaz Mariante, Gabino da Fonseca e Mario Totta. Em nossas sessões científicas ouvimos magníficas e importantes conferências, e muitos trabalhos que tiveram enorme repercussão noutros centros científicos do país e do estrangeiro e assim podem ser sumariados em trabalhos lidos nas sessões da Sociedade de Medicina, no ano de 1938. A atividade do laboratório em face da epidemiologia da febre tifóide — Dr. Miguelote Viana. Organização geral dos serviços sanitários no Estado de São Paulo e especialmente na Inspetoria de Profilaxia de Impaludismo — Dr. Leão de Moura. Uma tentativa de interpretação científica das formas duplas, triplas e dobradas de malária — Prof. Heitor Fróes. Proteção da criança contra a tuberculose na idade escolar. Profilaxia escolar — Dr. Borba Lupi. Impressões de uma viagem médica aos Estados Unidos da A. do Norte. Dr. Adair Eiras de Araujo. Enfermidade de Hand-Schüller-Cristian ou Reticulo-endoteliose crânio-hipofisária Dr. Florencio Ygartua. Situação da Colônia Santorial de Saint-Bois — Prof. Pedro C. Blanch (Lida pelo Dr. Gaspar Faria). Tuberculose e travesseiros — Prof. Ulisses de Nonoái. Evolução histórica da Ortopedia. Seu estado atual e suas tendências. Prof. Nogueira Flôres. Hemorroidectomia. Técnica Raul Pitanga Santos — Dr. Raul Pitanga Santos. Intra-dermoreação de Gilfithen e Gregg no diagnóstico rápido da gravidez normal e pato-



lógica — Dr. Aleizo Moreira. Tratamento cirurgico das fístulas anoretaes — Dr. Raul Pitanga Santos. Tuberculose pulmonar — A. M. Sisson. Hormonioterapia da hipertrofia prostática — Dr. Adair Eiras de Araujo. Um caso de retro-ção isquêmica de Wolkmann do membro superior — Dr. E. J. Kanan. Insuficiência tireoidiana na infância — Dr. Jean Lassère. Impressões de uma viagem ao Frata — Prof. Freitas e Castro. Aerodinmia. Dr. Jean Lassère. Diagnóstico diferencial entre a cura clínica da tuberculose pulmonar e a cura clínica das lesões pela tomografia ou radiografia em secções — Dr. Borba Lupi. Sôbre um caso de moléstia osteogênica — Dr. E. J. Kanan. Tuberculose verrucosa cutis — Dr. José Gerbase. Os fenômenos fluxionais da tuberculose pulmonar — Dr. Jean Lassère. Do simpático na sífilis — Prof. Ulisses Nonoái. Eritema nodoso — Dr. Hugo Ribeiro. O problema médico-social da lepra da 7.<sup>a</sup> região de saúde (Paraná, S. Catarina e R. Grande do Sul) — Dr. Luiz O. Medeiros. Úlcera duodenal, gastrectomia, doença reumatismal — Dr. Salvador Gonzales. Considerações em torno de um caso de angina aneutrófica ou agranulacítica precedida pela clássica angina de Vincent — Dr. Araujo Azambuja. Sétima costela cervical e espondilo-artrose deformante cervical — Dr. E. J. Kanan. Arterio-esclerose e sífilis — Prof. Ulisses Nonoái. Cianose na infância — Dr. Flarencio Ygartua. Transplantes ósseos pelo "Os purum e os novum" — Dr. E. J. Kanan. Pelada descalvante — Dr. Hugo Ribeiro. Algumas pesquisas sôbre a ovulação — Prof. Martinj Gomes. Várias conferências de médicos nacionais e estrangeiros foram realizadas em sessão conjunta com a Faculdade de Medicina, nesta instituição de ensino Médico. Concluímos que no ano findo verificamos — 31 sessões, — 23 presenças (em média) por sessão, — 35 novos sócios. Devemos recordar e destacar, também, que uma pleiade de brilhantes colegas e sábios professores de outros Estados da União e do estrangeiro emprestaram grande realce às nossas habituais reuniões científicas. Algumas dessas magníficas conferências realizaram-se em reunião da qual participou a Faculdade de Medicina, ou mesmo em reuniões extraordinárias na séde da nossa Sociedade ou no salão nobre e de conferências daquele estabelecimento de ensino, onde o seu ex-diretor efetivo, Prof. Saint-Pastous e ex-diretor substituto Prof. Marques Pereira, sempre contribuíram com seu elevado prestígio e colaboração para a maior solenidade destas conferências memoráveis. O nosso meio médico, representado por valores reais, muitos dos quais têm dado brilho e prestígio á nossa Sociedade de Medicina, são hoje citados e lembrados nos círculos médicos estrangeiros e nacionais. Cada vez que me afasto do vosso convívio e visito outros meios, vejo cada vez mais confirmado a simpatia e o renome que gozamos em outros centros. Isso nos representa um duplo motivo de satisfação e de orgulho. São assim as palavras também, que ouvimos daquêles que nos visitam e vivem em outros meios médicos. Lembremos, agora os visitantes ilustres, que honraram, com suas visitas e autorizada palavra, as nossas instituições médicas e aos quais a nossa Sociedade os prestigiou em todas as solenidades de que, justamente foram alvo. São êles: Volhard, Arruga, Hubschmann, Mon-



tenegro, Surraco, Pitanga Santos, Herrera Ramos, Purriel, Stajano, Lassère, Werneck, Buengeler, Marques Lisbôa, Pinheiro Guimarães, Mario Braga Abreu e Lodi. Nas reuniões científicas em homenagem de que participaram e receberam êstes eminentes colégas, a nossa Sociedade de Medicina colaborou com o seu prestígio e a sua dedicação. O reflexo da intensa vida médica e social da nossa entidade evidencia-se das numerosas e importantes publicações que teve a revista médica: "Os Arquivos Rio Grandenses de Medicina" cujos dados relatados falam eloquentemente: publicamos: 7.200 exemplares com 892 páginas. Publicados 33 trabalhos originais. Expedidos para 247 intercâmbios no país e no exterior. Expedidos para 26 embaixadas no estrangeiro. Intercâmbios. Brasil 99, Estados Unidos 6, Argentina 22, Bélgica 3, Uruguái 10, Austria 1, Chile 1, Suíça 3, Paraguai 1, Rumania 5, México 13, Italia 11, Cuba 10, Portugal 3, Colombia 3, Lituania 1, Dinamarca 1, Japão 1, Equador 1, França 1, Venezuela 1, Alemanha 7, Bolivia 1, Noruega 1, Canadá 1.

O patrimonio social cada vez maior demonstra o progresso da nossa entidade médica e basta citar o patrimonio social que, ha um ano, quando iniciei a presidência da Sociedade de Medicina, era de 19:518\$200 em 31-XII-1937 e atualmente, ao realizar-se o balango do ano que expirou em 31-XII-1938, durante nossa direção, acusou a importância de 28:269\$600. Melhoramentos e adaptação para melhor realizar as nossas conferências, seja por aparelho de projeção, quadro especial de projeção e negatoscópio, etc. e outros melhoramentos e enriquecimentos da nossa bibliotéca tem, também, engrandecido o nosso patrimonio social.

Na administração comercial e técnica dos "Arquivos" e em outras secções da Sociedade de Medicina, tem sido um colaborador e batalhador eficiente o nosso digno auxiliar Almanzor Alves, que tem também como valoroso auxiliar o acadêmico de Medicina, Fernando Alves.

O valor e o devotamento com que me honraram os meus últimos colégas, associados e companheiros de diretoria e ainda mais, o vosso gesto bondoso em eleger-me novamente para dirigir os destinos da Sociedade durante o corrente ano de 1939, muito me sensibilizam e honram. E' êste, também o sentir dos companheiros de diretoria que acabam de ser reeleitos. Podeis estar certos que á grandeza e renome da nossa instituição médica, consagraremos especial carinho e não mediremos esforços para que continue sempre em um ritmo crescente de prestígio e trabalho fecundo, porque assim exaltaremos a nossa classe, cheia de dedicação e de sacrificios.

Ao terminar o discurso que foi fartamente aplaudido e ao encerrar a sessão, o presidente Florencio Ygartua pronunciou palavras de agradecimento, em seu nome e no dos demais companheiros de diretoria também, reeleitos e convidou aos sócios presentes a reunião a irem á sua residência, onde os queria receber em companhia de sua familia. Incorporados foram á residência do presidente em que foram recebidos por êle e pela sua familia, mantendo-se aí em magnífica reunião, tendo feito uso da palavra, em nome dos colégas da So-



cidade de Medicina, o prof. Elyseu Paglioli que pronunciou expressiva oração, assim concebida:

### FALA O PROF. PAGLIOLI

Ygartua. Coube a mim a honra de saudar-te em nome dos membros da Sociedade que te reelegueu seu Presidente e que representa a entidade máxima das Associações Médicas do Rio Grande.

Aceitei a incumbência cheio de orgulho porque a tua personalidade proemina entre os maiores valores do nosso Estado serena e altiva, imposta ao conceito e á admiração de todos os médicos e de todos os leigos.

Aceitei a prazerosa tarefa porque, sendo tu o mais destacado coléga da nossa turma de 1923, a turma que tanto tem dignificado a nossa austera Faculdade, seria facil para o teu apagado coléga dizer o que foste como estudante, o que tens sido como médico, como cidadão e como Méstre, e o que és como Presidente da Sociedade de Medicina.

Leader dos companheiros de série já naquêlo tempo traçava as diretrizes dos demais estudantes, ora nos estudos, ora nos desportos, ora mesmo na vida particular de cada um e nas suas dificuldades.

Amigo leal, coração afeito ao bem alheio, já nêsse tempo o nome de Ygartua esboçava em largos traços o carater impoluto e dignificante daqueles que encontram no sacerdocio da Medicina um campo fértil para cultivar as virtudes mais eloquentes.

Como médico não te acomodaste nos cargos públicos que te foram oferecidos. Possuidor de um curso solidamente conduzido, de um grande talento e do desejo insaciavel de estudar e de trabalhar, deverias decidir com êsses brilhantes atributos o teu destino na clínica, na sociedade e no magistério superior.

Especializado em pediatria, alcançaste desde logo o êxito mais completo e dominaste bem a especialidade, porque ao lado da tua notavel cultura científica és possuidor dêsse dom misterioso da intuição clínica. O empirismo não medrou no teu espírito invulgar, porque a tua sabedoria gerada através de estudos exaustivos, nutrida pelo teu primoroso talento e consolidada pela experiência do teu trabalho, pairou sempre sôbre a tua exemplar atividade profissional.

Como méstre o teu brilho reluz sempre mais. Foste um dos primeiros a concorrer á livre-docencia na nossa Faculdade, cujo concurso fiou memoravel. A tua tése sôbre Heine Medin, essa soberba demonstração de sabedoria que tanto tem elevado o nosso meio científico pela repercussão que teve no país e no estrangeiro, é um atestado eloquente do que foi êsse concurso e do que já era nêsse tempo a tua personalidade científica.

Depois aprimoraste os teus conhecimentos e multiplicaste os teus trabalhos, transmitindo ás gerações médicas da nossa época os teus magistraes ensinamentos.

Quer nos congressos quer nas Jornadas Médicas, sempre foste um representante digno da nossa classe e a tua atuação serena e fértil muito contribuiu para elevar ainda mais o conceito moral e cientí-



fico do Rio Grande e da Nação.

Na Sociedade de Medicina sempre foste o pioneiro incansável, o animador entusiasta e o estudioso da elite de todas as suas épocas. Possuidor de uma vasta cultura geral foste sempre tu o baluarte das suas sessões, ora proferindo conferências brilhantes, ora comentando os trabalhos dos outros colegas, não com meras palavras mal fundamentadas, mas sempre com a precisão insofismável da tua experiência clínica e dos conhecimentos que consolidaste com o teu trabalho. Quando algum autor mais eminente realizava comunicados de grande alcance e ninguém se animava a comentá-los, todos olhavam atentos para o Ygartua, aguardando a palavra mais autorizada daquella assembléa sempre pronta e sempre acatada com tanta admiração.

Como presidente da Sociedade de Medicina bem confirmaste o que todos esperavam de ti. Durante o ano passado a Sociedade viveu uma fase excepcional. Impunha-se a tua reeleição e tu tiveste que aceitá-la.

A Sociedade de Medicina sente-se honrada em ter novamente na sua presidência o homem que representa uma das mais eminentes personalidades da Medicina nacional, e todos nós, os membros dessa máxima Sociedade médico-científica do Rio Grande o saudamos cheios de contentamento e de orgulho.

O dr. Ygartua emocionado agradeceu as referências tão elogiosas do colega e bom amigo, prof. Paglioli, e disse que o interprete dos colegas era um dos mais eminentes professores da Faculdade e de maior prestígio nos centros médicos do país e do estrangeiro, e, entre outras palavras assinala que tinha ouvido a expressão da bondade e do coração magnânimo do companheiro e colega ilustre, recebendo-as com profundo agradecimento, embora não as merecesse, pois, nada tinha feito a mais do que dedicar carinho e tratar de engrandecer cada vez mais a velha e prestigiosa Sociedade de Medicina.

Após seguiu-se com a palavra o Sr. Almanzor Alves, diretor da parte administrativa daquela entidade médica, o qual saudou o prof. Ygartua, com significativas palavras, realçando o mérito do homenageado pelas suas elevadas e excepcionais qualidades de carater, intelligencia, cultura e grande coração, virtudes todas éstas acrecidas de intenso dinamismo que muito tem colaborado para o renome e engrandecimento da Sociedade de Medicina.

O prof. Ygartua disse que também, agradecia, com grande satisfação, as referências feitas á sua pessoa pelo amigo dedicado e grande trabalhador do Sindicato Médico e Sociedade de Medicina, Sr. Almanzor Alves, cujas qualidades de honradês, de carater de dedicação e de trabalho marcam uma época na vida administrativa daquêlas instituições médicas, muito principalmente para o enriquecimento do seu patrimônio social.

### TÍTULOS DO PRESIDENTE REELEITO

O atual presidente da Sociedade de Medicina, conceituado pediatra, tem colaborado e participado de grande número de congressos científicos no país e no estrangeiro, onde em várias sessões da espe-



cialidade ocupou a presidência e, pela sua autorizada palavra e valiosos e importantes trabalhos científicos nêles apresentados muito tem contribuído para o bom nome e prestígio de nosso meio médico.

Atualmente é docente e chefe de clínica pediátrica médica e Higiene Infantil da Faculdade e possui os títulos seguintes: Membro da Academia Nacional de Medicina, Membro honorário da Sociedade de Pediatria do Uruguái, Membro correspondente da Sociedade Brasileira de Pediatria, Membro Honorário da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro e vice-presidente da Sociedade de Pediatria de Pôrto Alegre.

## Homenagem ao prof. Nogueira Flores

Resposta ao discurso do doutorando Carlos Caroni. Proferida pelo Prof. Nogueira Flôres em 30 de Outubro de 1938, por ocasião da inauguração do retrato daquêlê professor, na enfermaria de Cirurgia Infantil e Ortopedia, na S. Casa de P. Alegre.

Meus caros doutorandos!

Antes de tudo, cumpre-me invocar com saudades a memoria das figuras invulgares dos Professores Protasio Alves e Sarmento Leite, almas-mater da Faculdade de Medicina e Farmacia de Porto Alegre, cujos benefícios hoje todos nós usufruimos com a cultura médica Rio-grandense.

O gesto desta homenagem que acabais de me prestar, inaugurando meu retrato na Enfermaria de Cirurgia de Creanças da Santa Casa de Misericórdia, é pra mim sobremaneira confortante e animadora, porque se realisa no hospital, onde existe a dôr, o sofrimento e a miseria sob multiplos aspétos e onde eu sempre empenhei-me em aliviar, quando não podia curar os crueis padecimentos alheios com auxilio de meus queridos e altruistas doutorandos com suas vivas inteligências como tambem com as valiosas colaborações do chefe de clínica o docente José Vasconcelos, dos assistentes Altair Simch e Leo Mabilde e do Anatomo-patologista-docente Waldemar de Castro e do Interno, doutorando Thompson Flôres, a quem a todos agradeço com abundancia d'alma.

Assim também fostes Snrs. doutorandos presentemente meus auxiliares nesta obra de assistência e beneficência hospitalar diuturna aos doentinhos cujos cuidados são por demais complexos e ingratos pela própria natureza da especialidade de cirurgia infantil e ortopedica. São todas dignas de compaixão as creanças recolhidas a esta Casa, em cuja fachada está escrito: "Caritas", significando assim, **caridade por toda parte e por todos recantos do hospital de Misericórdia de Porto Alegre**". Lembrem-se pois, do eminente Professor de Clinica Médica da Usiversidade de Paris, Peter, nome por quem meu saudoso Mestre e Chefe de internato da Faculdade de Medicina do Rio Professor Benício de Abreu, invocava em suas brilhantes lições na **catedra de Clinica Médica**. Cite-se a propósito "Para se fazer um bom médico é



preciso coração e espírito: coração para fazer o bem, espírito para bem fazê-lo”.

Aqui nesta Casa trabalho com amor e altruísmo anos afóra. E porque não dizer também de minha vida acadêmica na Misericórdia do Rio, centro de minha aprendizagem e de minha formação médica, recebendo e ouvindo os ensinamentos, dos bons e saudosos Mestres, figuras eminentes da Medicina Brasileira, para não citar os nomes d'êste relicário.

---

Considero bem oportuno vos falar de uma recente publicação na “Vida Médica” do Rio, do Dr. Oscar Ferreira Junior: Quem nos ensina é o doente e não o professor. Fica êste título sem comentários, porque é sugestivo. Dizer e repetir-se da necessidade inadiável da frequência e da permanencia no hospital para ouvir do doente a história de sua doença, para observar meticolosamente, desembrulhar mesmo os casos obscuros e complicados da clínica, a par dos trabalhos de laboratórios e de anatomia-patológica pela necropsia. Faz-se mistér, v. g. repetir o que declara Pascualt — (de Cannes), a propósito da apendicite — “a apendicite crônica não se descobre sem que se a procure”.

Meus Snrs., não vos deveis preocupar senão em adquirir uma cultura geral para então vos aparelhar com segurança e eficiencia dos conhecimentos básicos para escolherdes uma especialidade da medicina para a qual tiverdes pendor.

---

Repitamos que o vosso gesto é manifestado por um sentimento e um espírito de afetividade em avaliar os esforços que venho fazendo com muita escassez de recursos nesta importante Clínica especializada, com perseverança para sua melhor eficiencia no ensino da cirúrgia infantil e ortopedica; pelo que então, quizestes dizer de vossa bondade e do vosso reconhecimento nêste momento.

Deveis saber que me sinto devéras feliz entre o vosso convívio no hospital e por mais ainda de vê-los de novo dotados de uma galhardia jovial para a luta da vida profissional moderna, que é difícil, ingrata e trepidante, quiçá agravada de um prognóstico sombrio para o Universo.

Já sois meus conhecidos velhos, dêsde os tempos de vossa bemdita entrada para a Faculdade, quando fui vosso examinador no exame vestibular de História Natural.

Acho-me agora comvosco, sem ter perdido o contato com o correr dos anos, com as mesmas ilusões profissionais e amor pelo ensino de outróra, afim de vos orientar, dando-vos as minhas melhores energias no Estado Novo em que o sentimento de brasilidade se vai realizando e firmando na educação de seu povo.

---



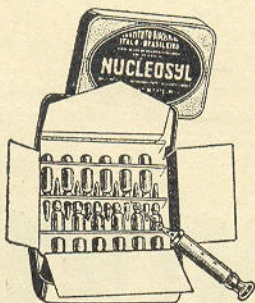
Vou, data venia, repetir os conceitos de um incomparavel Mestre da Medicina Legal de Lyon e conhecido Professor Lacassagne do que escreveu em seu notavel livro "La verte vieillesse": Um velho avaro e orgulhoso não pôde ser feliz. Que deseja pouco, tenha a mão facilmente aberta para dar, se lembra de "se dicton du midi" **mieux vaut donner de la main chaude que de la main froide**, se mostre afavel para captar simpatia, evitando o aborrecimento e mau humor.

O velho é um egoista, pregador, ás vezes desconfiado, critica do que fazem os jovens, lastimando-se do passado. "Todos o repetem, mas há velhos, não tendo esta mentalidade, amando, protegendo os moços, os dirigindo, lhes inspirando certo trabalho. São verdadeiros avós espirituais.

Muito agradecido por esta imerecida homenagem.

# NUCLEOSYL

Calcio - Manganez - Nucleinas



INDICAÇÕES: Anemia, clorose, neurastenia, depauperamento organico, fraqueza congenita, infecções cronicas, estados post-infecciosos.

*Em todos os casos de descalcificação do organismo*

MEDICAMENTO

**I B I**

DOSE: uma ampôla (via hipodermica) ao dia; duas nos casos graves. Crianças,  $\frac{1}{2}$  ampôla ou mais, conforme a idade

INSTITUTO LORENZINI S. A.

CAIXA POSTAL 2892 - S. PAULO



## GYNOESTRIL

Di-hydro-folliculina  
Gotas (50 U. I. por gota)  
Comprimidos (250 U. I. por comp.)  
Ampoulas (1000 — 10.000 —  
50.000 U. I. por amp.)  
Tratamento heroico das Ame-  
norreás e disfunções ovarianas

## TAXOL

Agar-agar — Fermentos laticios  
Mucosa intest. — Acid. biliares

Drageas

Terapeutica fisiologica da  
prisão de ventre

## RUBIAZOL

O mais atoxico dos sulfamidos  
Carboxy-sulfamido-chrysoïdina  
Comprimidos — Ampoulas  
Stafilo-Strepto-Pneumo e Meningococias.

## CALFIX

Calcio granulado associado  
à fixadores  
Recalcificação em geral

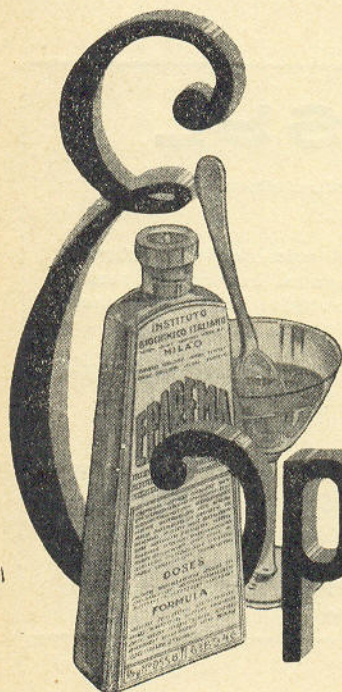
## THIOPHYL

Granulos contendo compostos  
sulfurados mais estanho.  
Stafilococias. Dermatoses

AMOSTRAS E LITERATURAS :

LABORATORIOS SILVA ARAUJO ROUSSEL S/A.

Deposito em Porto Alegre: Rua Andrade Neves 97 — Caixa Postal 818



**E**m todas as molestias do figado e das vias biliares; na prisão de ventre, dermatose, distúrbios circulatorios e nevrose de origem hepática.

DOSE: 1—3 colherinhas (das de chá) em pouca agua antes das refeições, duas vezes ao dia.

# parema

Extrato integral concentrado de figado fresco de vitela, cascara sagrada, boldo, ruibarbo.

INSTITUTO LORENZINI S. A.  
Caixa Postal 2893 — S. Paulo.



## Orientação terapêutica nas úlceras gastro-duodenais

Mota Maia

Da Academia Nacional de Medicina  
Livre docente da Universidade  
do Brasil

Já de ha muito venho me dedicando á cirurgia gastro-duodenal com o maior entusiasmo, encarando de frente a solução de certos e complexos problemas que ainda não chegaram a uma conclusão definitiva, desafiando a argúcia de não pequeno número de pesquisadores.

Ha tempos, perante a Academia Nacional de Medicina, focalizando a questão terapêutica da ulcera gástrica duodenal, afirmava: (1)

“Como cirurgião moderno não posso compreender o tratamento da ulcera gastro-duodenal defendendo um unico e determinado metodo operatorio. Não me prevaleço sómente da minha estatística para basear a indicação tecnica, pois reconheço que as estatísticas se neutralizam diante de cada caso clínico, differença que as distanciam entre si, mas compreendo o tratamento do ulcus sob um triplice aspecto:

- a) cuidar da evolução da ulcera;
- b) tratar da gastrite;
- c) solucionar o problema do quimismo gastrico.

Todo o processo terapêutico que visar a unilateralidade, não cumprirá com a finalidade desejada, favorecendo até a evolução da lesão. Adepto intransigente desta concepção penso que o tratamento da ulcera gastro-duodenal deva ser dividido em duas fases:

- 1.º) periodo clínico.
- 2.º) periodo cirurgico.

O tratamento clinico deve ter por principal objetivo estimular a cicatrização das lesões, combatendo o fator etio-patogenico; visar o estado inflamatorio e modificar a secreção gastrica pela prescrição de um regime dietetico com o fim de excitar o menos possivel a produção do suco gastrico. Basta lembrar o que afirma Leriche:

“Muitas úlceras são facilmente curaveis por qualquer processo medicamentoso ou dietetico suscetivel de modificar o funcionamento secretorio do estomago.”

Este conceito, emitido pelo grande cientista francês, calou profundamente no meu espirito. Surgiu, então, a idéia de estabelecer para meus doentes portadores de ulcus gastro-duodenal uma orientação que se basearia na diretriz acima descrita. Durante dez longos anos usei como terapeutica a associação do carbonato de bismuto e beladona com alguns amilacios, logrando fornecer, a um só tempo, o medicamento e o elemento nutritivo.

Como **elemento medicamentoso** fixei desde logo o carbonato de bismuto associado á beladona. Como **elemento nutritivo**, após experimentação cuidada de grande numero de cereais, cheguei á conclusão de que melhor seria o emprego dos amidos de batata, arróz, araruta e milho.

Ascendem a mais de duzentos e cincoenta os casos operados e a outro tanto aqueles em que estabeleci a terapêutica clinico-dietetica. Neles empreguei esta associação medicamento-alimento, obtendo resultados auspiciosos. A minha experiencia autoriza a afirmar que, com ela, cumpre-se integralmente a finalidade proposta no inicio desta exposição.

### Elementos Medicamentosos

a) — **Carbonato de bismuto**: Atua como medicação cicatrizante, procurando estabelecer sobre a ulcera uma camada protetora que impede o contacto aggressivo dos alimentos e a ação particularmente destrutiva dos fermentos digestivos. Neutralizante da hipercloridria, em face de sua função quimica, diminue a gastralgia e os espasmos do piloro, exercendo ainda ação emoliente sobre a mucosa

(1) Boletim da Academia Nacional de Medicina n.º 2 — ano 108 — 1937.



gastro-duodenal em fase inflamatória. Como ensina Gaston de Lyon, a ação do carbonato de bismuto constitue um verdadeiro **curativo local**.

b) — **Beladona**: A associação da beladona tem por escopo aumentar a eficiência do elemento medicamentoso. É conhecida a ação sedativa que ela exerce sobre as fibras musculares lisas e também sobre as excito-secretoras, fazendo diminuir o espasmo e a secreção da mucosa gastro-duodenal. Associada ao carbonato de bismuto favorece a proteção da ulcera, pela sua ação paralisante da motoricidade gastrica.

#### Elementos nutritivos

**Amilo de batata**: De real valor alimentar. É constituído por uma percentagem de 70% de agua, 20% de hidratos de carbono, albumina, gordura, etc. Facilita a hidratação organica e modifica o metabolismo intratextural por ser facilmente assimilavel. Ocorre lembrar ainda o poder alcaminzante sobre o meio sanguinio, devido ás suas bases alcalinas, principalmente a potassa.

**Amilo de arroz**: Valor nutritivo quatro vezes superior ao da batata. Contem 67% de substancias amilaceas — 6% de substancias albuminoides e 1% de gorduras. Sua facil digestão constitue a vantagem primordial sobre outros alimentos, principalmente para os dispepticos. Como afirma Gaston de Lyon "o arroz associado ao leite constitue o melhor alimento dos dipepticos".

**Amilo de araruta**: De longa data é empregado nas convalescências e estados adinamicos como analeptico. Tem ação particularmente eletiva para os estados inflamatorios dos tecidos com os quais se põem em contacto, servindo por este motivo como emoliente nas gastrites.

**Amilo de milho**: Alimento excelente, de facil assimilação, o seu uso se perde na noite dos tempos. Entram na sua composição agua, proteínas, gorduras, amido, açucar, etc., tornando-o, pois, alimento histico e combustivel.

A essa mistura proporcionada de medicamentos e amilacios denominei **Fari-nha Iso-Gastrica**. Eis a formula:

Carbonato de bismuto .....	60,0
Beladona em pó .....	0,40
Amilo de arroz .....	70,0
Amilo de milho .....	50,0
Amilo de araruta .....	40,0
Amilo de batata .....	20,0

#### Apresentação

Este produto é apresentado em vidros de boca larga contendo 240 gramas de um pó branco de cheiro agradável e facilmente misturavel aos liquidos, tendo como medida **pro-dosis** a tampa do proprio vidro (12 gramas). Dá para 20 min-gaus.

#### Indicações

Gastrites, duodenites, ulceras gastro-duodenais, todas as afecções, expo-liativas das mucosas gastricas e duodenal, e, principalmente, após as interven-ções cirurgicas sobre o estomago e o duodeno.

#### Modo de usar

Uma medida (12 gramas) misturada em uma chicara de chá de leite quente, lentamente á maneira de mingau, tres vezes ao dia. A associação do leite aumenta evidentemente o valor nutritivo do produto. Esta posologia pode ser alterada de acordo com a prescrição medica.



# Sociedade de Medicina

## Atas

Áta da sessão realizada no dia 28 de Abril de 1939.

Sob a presidencia do Prof. Florencio Ygartua e secretariada pelo Dr. Carlos de Brito Velho, realizou-se mais uma sessão ordinaria da Sociedade de Medicina, tendo comparecido os seguintes sócios: Drs. Norman Sefton, A. Mascarenhas, Apolo Gomes, Luiz Barata, Luiz Rothfuchs, E. J. Kanan, Paulo Louzada, Hugo Ribeiro, Salvador Gonzales, N. Flôres Valentim, Alfredo Hofmeister, Sadi Hofmeister, Rubens Maciel, A. Coimbra, Fernando Schneider, Hugo Silva.

Aberta a sessão foi lida e aprovada a áta da sessão anterior é apresentado á casa o expediente que constou de um cartão de saudação, enviado pelo Dr. Jean Lassère.

Logo após foram apresentadas as propostas de novos sócios e notificado a transferencia da conferência do Prof. Álvaro B. Ferreira para a próxima sessão.

Tomou, então, a palavra o Prof. Nogueira Flôres que propoz um voto de pesar pela morte do eminente fisiólogo Plácido Barbosa, ha pouco falecido. Aprovada a proposta, iniciou-se a série de comunicações o Sr. Presidente que depois de diversas considerações sobre os tres períodos de Rauke, referiu o caso de um doente de sua clínica com cavernização de canero de noculação pulmonar e evolução rápida para a cura. Relatou, ainda, um caso de meningite estafilócócica, post-pipal, em via de cura.

Em continuação falou o Dr. Salvador Gonzales, apresentando e comentando a história clínica de 40 anos de uma paciente que lhe veio ha algum tempo ao consultório, e que depois de uma série sumamente sugestiva de radiografias demonstrou ser portadora de micro-gestia. Depois de longas e eruditas considerações o Dr. Salvador Gonzales explicou a situação da doente como dependente de um velho processo de peri-gestrite que houvesse estrangulado o estômago em sua maior porção, explicando assim a sintomatologia clínica e o achado radiológico.

Comentaram os Drs. Norman Sefton e Hugo Ribeiro, tendo o último sugerido como possível causa de estado gétrico atual, antiga gastrite sifilítica.

Fez-se ouvir, nesta ocasião, o Dr. Norman Sefton, que se achava



ha dois anos no interior do Estado e cujo retorno foi vivamente saudado pelo Sr. Presidente, sob o que êle denominou: "Sugestões para o reerguimento material e principalmente mora da Medicina".

Depois de ter vivamente criticado a situação do médico perante a nossa sociedade, lembrou uma série de remédios adequados ao mal.

Passando-se á discussão, durante a qual se fizeram ouvir vários sócios, o Sr. Presidente lembrou que o ante-projeto do Estatuto da Ordem dos Médicos, a ser brevemente promulgado pelo Sr. Presidente da República, resolve de maneira cabal sinão todo, a quasi totalidade dos vícios sitados pelo Dr. Norman Sefton. Por isto propoz que o orador depois de um estudo sôbre o assunto, apresentasse á casa sugestões cabíveis.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão, da qual lavro a presente áta que por mim vai assinada e pelo Sr. Presidente.

Porto Alégre, 5 de Maio de 1939.

**Dr. Carlos de Brito Velho**

1.º secretario

#### Áta da sessão do dia 12 de Maio de 1939.

Sob a presidencia do Prof. Florencio Ygartua, realizou-se mais uma sessão desta Sociedade, á qual compareceram os seguintes sócios: E. J. Kanan, Carlos de Brito Velho, Rubens Maciel, Carlos Carrion, Antonio Azambuja, Marajó de Barros, Samuel de Barros, Lupi Duarte, Sadi Hofmeister, Aleixo Moreira, Helio Medeiros, Almiro Coimbra, Fernando Schneider, Luiz Faiet, Helio Ferreira, R. di Primio, Paulo Louzada, Orlando Biancamano, Alfredo Hofmeister, Luiz Rothfuchs, José Vasconcelos, Mingione, Luiz Barata, Salvador Gonzales, Álvaro Barcelos Ferreira, Nogueira Flôres, Adair Eiras de Araujo, Hugo Ribeiro, Gaspar Rogerio Sarmiento Leite, Fernando Dorneles.

Aberta a sessão foi lida e aprovada a áta da anterior.

Lógo após o Snr. Presidente deu a palavra ao Prof. Tomaz Mariante que passou a lêr, sua esperada conferência intitulada: "Tratamento cirúrgico das nefropatías médicas unilaterais".

Posta em discussão a conferência que fôra calorosamente saudada com uma salva de palmas, tomou a palavra o Prof. Álvaro Barcelos Ferreira que depois de resaltar o alto valor científico do trabalho lido, lembra ter sido o mesmo confirmado, ultimamente, nos centros europeus, por médicos e pesquisadores de nomeada.

Em seguida pede a palavra o Dr. Rubens Maciel que tece considerações sôbre o estado atual da questão, principalmente do ponto de vista fisiológico e termina acentuando a prioridade de Tomaz Mariante nêstes estudos.

Fala, então, o Dr. Adair Eiras de Araujo que depois de saudar efusivamente o Prof. Mariante por sua conferência, recorda casos vistos na clínica Mayo e em Nova York por ocasião de sua viagem e que



tenham sofrido a nefretomia. Continuando, sugere que o segundo dos casos do Prof. Mariante poderia ser considerado não como uma nefropatia médica, mas como pequena hidronefroze, afecção que pôde produzir toda a sintomatologia apresentada pelo paciente.

Em resposta fala o Prof. Mariante que depois de agradecer as palavras elogiosas, passa a se referir ás objeções do Dr. Eiras de Araujo, com longa série de considerações em defesa de seu ponto de vista.

Toma, enfim, a palavra o Sr. Presidente, que depois de felicitar o conferencista da noite, propõe se tratar das investigações necessárias para que seja assegurada ao Prof. Mariante, a prioridade da terapêutica cirúrgica das nefrites unilaterais.

Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão e convocada outra para a próxima sexta-feira, para a qual estão inscritos os Drs. Doc. E. J. Kanan e A. S. Mascarenhas

Pôrto Alegre, 12 de Maio de 1939

**Dr. Carlos. de Brito Velho**

1.º secretário

#### **Áta da sessão do dia 19 de Maio de 1939.**

Sob a presidencia do Prof. Florencio Ygartua e secretariada pelo 2.º secretário, Dr. Salvador Gonzales, realizou-se mais uma sessão ordinária da Sociedade de Medicina, tendo comparecido os sócios seguintes: Drs. A. Sarmento, E. J. Kanan, S. Barros, G. da Fonseca, O. Biancamano, F. Dorneles, L. de Escobar, A. Mascarenhas, J. V. Amaral, S. Hofmeister, C. Lupi Duarte, G. R. Sarmento Leite, R. Maciel, F. Schneider, H. Medeiros, A. B. Ferreira, A. G. Santos, A. Hofmeister, P. Louzada, F. M. Espirito, H. Ferreira, L. Faiet, A. Coimbra.

Aberta a sessão e como nada constasse do expediente passou-se á apresentação de propostas para novos sócios.

Na ocasião foi proposta pelo Dr. Rubens Maciel, o Dr. Fernando Schneider.

A seguir o Snr. Presidente convidou para fazerem parte da mesa dos trabalhos os Drs. G. da Fonseca e A. Dorneles.

Com a palavra o Dr. A. Mascarenhas que fez uma interessante comunicação sôbre um caso de abcesso reta-faringêo por otíte sifilitica da coluna cervical.

Ao terminar sua comunicação o orador foi muito aplaudido.

Em torno do caso relatado pelo Dr. A. Mascarenhas, teceram comentários os Drs. Kanan, Gonzales e Ygartua.

A seguir o Dr. Kanan fez uma comunicação sôbre um caso de "Disjunção trâmática púbica associada á sua diástase sacro-iliaca, cujo resumo é o seguinte: O A. salientou a raridade desta entidade mórbida, comparando-a com a fratura da bacia. A disjunção da sífise púbica pôde ser simples ou associada á outras lesões da bacia, e pôde ser complicada por uma lesão visceral que vem ensombrear o prognóstico. O osso coxal, em virtude da rutúra das sífise púbica, sófre vá-



rios desvios: no sentido vertical, transversal ou frontal, constituindo tipos característicos da afecção traumática. A bexiga, a uretra, o réto, etc., podem ser feridos pelo traumatismo. Além dos sinais clínicos, a radiografia é um elemento de grande valia para revelar a natureza, o gráu, e a complicação da disjunção traumática da sínfise púbica, que deve ser distinguida de que sobrevem, algumas vezes, após o parto.

O A. ocupou-se depois sôbre o tratamento, demorando-se na apreciação dos processos cirúrgicos e dos processos incruentos, para aconselhar os últimos em primeiro lugar, e só no seu fracasso é que se deverá tentar a intervenção cirúrgica para a redução do desvio. O prognóstico é geralmente bom. O resultado funcional é sempre bom em relação ao resultado anatômico, que raramente é completo. A radiografia sempre demonstra um desvio que não foi reduzido, apesar da melhor técnica empregada. O A. apresentou várias radiografias que foram estudadas minuciosamente onde foram visualizadas as diversas lesões antes e depois do tratamento”.

Como ninguém mais quizesse fazer uso da palavra, foi encerrada a sessão, cuja áta foi por mim lavrada.

Pôrto Alegre, 19 de Maio de 1939.

Dr. Salvador Gonzales

2.º secretário

**NEURILAN**

*Poderoso calmante do  
sistema neuro-vegetativo.*

Indicado na excitação nervosa,  
nos desequilíbrios vasosympato-  
thicos, palpitações, insomnias,  
dyspepsia nervosa.

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

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

**NÃO DEPRIMENTE**

**NEURILAN**

Lab. <sup>rio</sup> Gross-Rio