

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ÓRGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XII ANO

ABRIL DE 1933

N. 2

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1933

PRESIDENTE

TOMÁS MARIANTE

Catedrático de Cl. Prop. Médica

VICE-PRESIDENTE

F. YGARTUA

Doc. e chefe de Cl. Pediat. Médica

SECRETARIO GERAL

LEONIDAS ESCOBAR

Assist. de Cl. Médica

1.º SECRETARIO

ARI VIANA

Assist. de Cl. Prop. Médica

2.º SECRETARIO

HOMERO JOBIM

Do Lab. Geyer

TESOUREIRO

LUPI DUARTE

ARQUIVISTA

JOSÉ EBOLI

R. MOREIRA

Catedrático da Cl. Ped. Méd. e
Hig. Infantil.

DIREÇÃO CIENTÍFICA

R. DI PRIMIO

Docente de Paracitologia.

E. J. KANAN

Assist. de Cl. Cirurg. da
F. M.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

J. FLORES SOARES

REDATORES

AÑNES DIAS

PEREIRA FILHO

P. MACIEL

OTAVIO DE SOUZA

H. WALLAU

NOGUEIRA FLORES

D. MARTINS COSTA

CARLOS BENTO

MARTIM GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

WALDEMAR CASTRO

JACINTO GODOI

HELMUTH WEINMANN

WALDEMAR JOE

JACI MONTEIRO

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 6 meses: 15\$000 — Estrangeiro: 30\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara n. 264 — 3.º andar

Endereçar tudo o que for relativo à Redação aos secretários

Assuntos comerciais com o gerente L. MARCOS, das 2—4 na sede da Redação

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

NORMAN M. SEFTON — Fumadores de Datura Stramonium e Inter-	
ressos medico-legais — Nota previa	Pg. 57
PIAGUAÇU CORRÊA — Sobre um caso de Distrofia Farinacea — For-	
ma hidropica	" 66
CARLOS BENTO — Tuberculose dos velhos	" 74
J. VALENTIM — Tolerancia do ouvido e das fossas nasais aos corpos	
estranhos	" 89

Sociedade de Medicina

Atas	" 91
------------	------

Assuntos de atualidade

Congresso Internacional de Luta Cientifica e Social contra o Cancer	" 95
Congresso Internacional para a Proteção da Infancia	" 96
2.º Congresso Medico Sindicalista	" 97

Revista das Revistas

Sobre a determinação oscilométrica da pressão minima	" 99
Hidronefróse e vaso aberrante	" 99
Nossa experiência sobre anestesia epidural	" 100
Fecundação artificial	" 100
Dreno de borracha incrustado no parênquima renal	" 101
Osteosíntese	" 101
Técnica da fistula intestinal, com relação a sua futura oclusão espontânea	" 101
Sobre o diagnóstico e tratamento das estenoses cicatríciais do esôfago	" 102

Publicações

AREGNTINA

El Dia Medico	" 103
La Semana Medica	" 103

BRASIL

Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria	" 105
Arquivos do Hospital do Centenário	" 105
Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo	" 105
Brasil Medico	" 106
Bahia Medica	" 107
Boletim do Sindicato Medico Brasileiro	" 107
Folia Clinica et Biologia	" 107
Gazeta Clínica	" 108
Laboratório Clínico	" 108
O Hospital	" 108
Pediatria Prática	" 108
Revista Clínica	" 108

Círculos e teses

VICENTE DE MODENA — Raquianestesia	" 109
------------------------------------------	-------

Notas

Arquivos Riograndenses de Medicina	" 110
------------------------------------------	-------

IOPESAN

Medicação iodo — iodetada — peptonada

em —

Extrato poli-opoterapico digestivo glicerinado

FORMULA POR C. C.

Iodo metalico	0,020
Iodeto de potassio	0,025
Peptona de Witte	0,050
Ext. ^o de macerado poliorganico (extrato gastro-espôleo-pan- creatico)	0,10



O IOPESAN é uma complexa e estavel associação de medicações disemelhantes, mas que se completam nos efeitos salutares. Rico em iodo livre e combinado, sob forma orgânica, exerce importante função hipotensora arterial e diminui a hiperviscosidade sanguínea habitual em certos estados morbidos, arteriosclerose à frente. Graças ao seu teor em peptonato de Creangas: conforme prescrição médica.

iodo e em iodeto o IOPESAN não faz tardar seus efeitos como medicação iodada concentrada.

São unanimes os autores em reconhecer os multiplos obices que embarracam os tratamentos iodicos, de eficacia jamais posta em duvida, pela experiência clínica de tão longos anos. Esses acidentes vão desde os fenomenos clássicos de iodismo, até às manifestações dispepticas de irritação gasto-intestinal. A associação opoterápica digestiva corrige admiravelmente a ação irritativa da medicação iodada, em altas doses. Por todos esses motivos o L. B. C. apresenta o seu IOPESAN às multiplas indicações terapêuticas da medicação iodetada, certo de contribuir utilmente para a medicina clínica.

INDICAÇÕES: O IOPESAN tem perfeita indicação em todos os casos que necessitam uso da medicação iodo-iodetada, COM A VANTAGEM DA CORREÇÃO DOS HABITUAIS ACIDENTES DE INTOLERANCIA.

Entre outras mencionemos as principais indicações: arteriosclerose, hipertensão arterial, arterites específicas, linfatismo, obesidade.

MODO DE USAR:

Adultos: tomar 10 gotas em um ponente dagna ou leite às principais refeições.

Laboratorio de Biologia Clínica Ltda. — Rio de Janeiro

Depositario: Francisco de Reverejo Barros - Rosário 609

Trabalhos originais

Fumadores de *Datura Stramonium* e Interesses medico-legais

por

Norman M. Seston

NOTA PREVIA

Neste modesto trabalho desejamos, antes de mais nada, declarar que, nem de longe, pretendemos haver nêle um estudo completo sobre a "Datura Stramonium", quer sob o ponto de vista de suas propriedades químicas, quer sob o ponto de vista de sua ação sobre o organismo. Ao contrário, aqui fazemos um ligeiro esboço, salientando apenas o que de mais direto possa interessar à Medicina Legal.

Também queremos deixar dito que, em nossa observação da parte VI, reconhecemos falhas que deveríamos considerar profundas si não fôra o fáto da escassez de recursos no local onde foi feita a observação nos privarem de completá-la.

Esta observação foi feita em 1930, mas somente agora reunimos os poucos dados colhidos para redigirmos este pequeno trabalho.

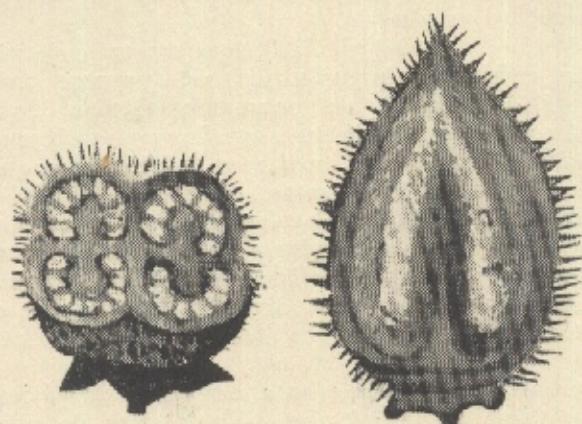
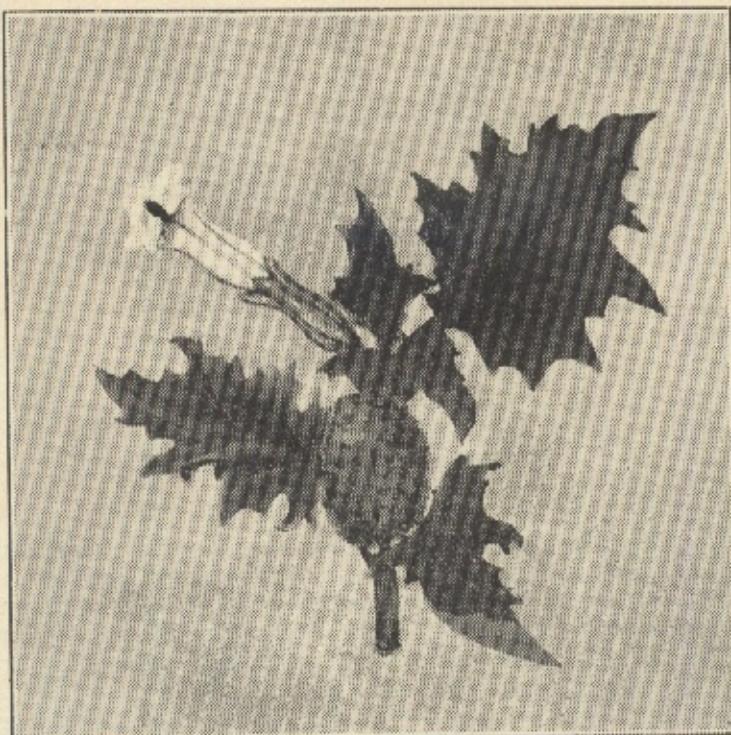
Havíamos já desanimado de conseguir alguma documentação mais segura referente a certos sintomas que havíamos observado; quando, há poucos dias, encontramos, com rara felicidade, o que apresentamos na V parte destas ligeiras notas.

No capítulo da Medicina Legal referente às intoxicações com reações anti-sociais, muito bem estudados se acham os diversos casos de fórmulas crónicas ou agudas do alcoolismo, morfinismo, cocainismo, etc.

Nada, porém, encontramos nos diversos autores que se relacionasse com a intoxicação **crônica** dos fumadores da "Datura Stramonium".

São as propriedades desta planta nas crises astmáticas que podem crear esta classe de intoxicados. No interior do nosso Estado este uso é bem propagado.

Os fumadores a usam em fórmula de cigarros ou em cachimbos e a conhecem pelo nome de Figueira do Inferno, Erva do diabo, Erva dos feiticeiros e, na França, o povo a conhece ainda sob a denominação de "Pomme épineuse". Estas denominações populares são oriundas quer de sua configuração exterior quer dos efeitos que ela produz sobre o organismo.



Datura Stramonium

I

LIGEIRA DESCRIÇÃO DA "DUTURA STRAMONIUM"

A Datura Stramonium é da família das Solanaceas, muito comum entre nós e na Europa, principalmente em Portugal.

E' encontrada nas margens das estradas, nas depressões de terreno, nos entulhos e nos campos, ou áreas de campos, pouco ferteis.

Tem a altura de 1 m. a 1m.50, apresenta folhas com formato de conjunto ovoide, alargadas na sua base, mais estreitadas na extremidade. As bordas são desiguais, com saliências multiplas em forma triangular com nervuras medianas, umas mais proeminentes que as outras e com novas saliências sobre as principais.

As folhas verdes apresentam um tom escuro na sua face superior e mais claro na superfície ventral.

As flores são brancas, grandes e infundibiformes e aparecem, em nossos climas, entre Novembro e Janeiro.

O fruto é uma capsula ovoide eriçada de espinhos pouco resistentes, dividida interiormente em quatro septos que contêm grande número de pequenas sementes ovoides e arroxadas apenas à saliências laterais nos septos que às contém em modo alternado.

Tanto a folha como o fruto tem um cheiro nauseante, fetido, que aumenta pela atrição e esmagamento e diminui pela dissecação, tornando-se quasi inodora.

O sabor é acre, amargo e desagradável, o qual, também pela dissecação, desaparece, tornando-se mesmo insípido.

São estes os característicos principais e suficientes para seu reconhecimento.

II

PROPRIEDADES TERAPEUTICAS

As propriedades terapêuticas que lhe atribuem o povo são várias, sendo que em uso externo se registram as aplicações das folhas sobre o rosto nos casos de odontalgias, cuja propriedade sedativa acalma as dores. Esta propriedade lhe é atribuída também nas diversas nevralgias e "cólicas", em que é aplicada em forma de cataplasmas confeccionadas com o decoito de suas folhas.

Internamente ⁽¹⁾ é usada em fumigações, cigarros, charutos ou em cachimbos, pela aspiração da fumaça desprendida, como bom calmante nas crises astmáticas. Este é o seu uso mais comum e, justamente, o que mais perigoso se torna por suas consequências, como veremos adiante.

Excluimos aqui apreciações sobre o seu uso pela medicina que, empregada em doses terapêuticas diversas, já bem estabelecidas em forma de extrato, infuso ou tintura, aproveitando suas propriedades,

⁽¹⁾ Anderson e Troussseau a indicaram para este fim.

que, deste modo, não nos interessam neste estudo, visto o seu emprego, assim, ser, além de racional, muito pouco usado.

Antigamente foi a datura indicada no tratamento de varias molestias mentais, como a melancolia, epilepsia, etc.

Ultimamente começam a aparecer indicações ao tratamento do "parkinsonismo".

III

O PRINCIPIO ATIVO DA DATURA

O principio ativo da "Datura Stramonium" entre outras substâncias comuns aos demais vegetais é um aleoloide, a **daturina**, ⁽¹⁾ substância branca, cristalizada, inodóra, amarga, pouco solúvel na água fria, mais solúvel na água em ebulição, facilmente solúvel no álcool, menos solúvel no éter e, formando, com os ácidos, sais mais solúveis.

Alguns autores consideram a **daturina** como resultante dum mistura de atropina com substância ainda não determinada ou com a hiosciamina. Outros a reputam como isomérica com a atropina, da qual se distingue apenas no modo de cristalização e, que desvia o plano de polarização para a esquerda (levogira), ao passo que a atropina não influí sobre a luz polarizada. Também difere no fato de seus sais não precipitarem sob a ação do cloreto de platina, o que acontece com os sais da atropina.

IV

SINTOMATOLOGIA GERAL

Como a beladona, a datura em doses elevadas produz secura da garganta, disfagia, dilatação pupilar, taquicardia, taquipnéia, elevação térmica, hipertensão arterial, diminuição da sensibilidade, e atenua a dor.

Alguns autores chamam atenção para outros sintomas de intoxicação como sejam: agitação, vertigens, escurecimento da vista, leve delírio furioso, sensação de constrição na garganta e, até mesmo, a amaurose, que pode durar vários dias.

Em dose mortal seguem-se a estes fenômenos o colapso e estupor sucedaneos do delírio, convulsões ou paralisia com hipotermia que precede a morte.

Apresenta muitos efeitos semelhantes aos da beladona, da qual difere essencialmente:

- a) na intensidade do delírio;
- b) nas produções extraordinárias de alucinações com visões fantásticas;
- c) na persistência da midriase e
- d) na amaurose, que pode durar até semanas.

Estes são os principais sintomas que conseguimos fornecidos por vários autores, nos quais não encontramos nenhuma descrição sintomatológica que viesse corresponder à observada por nós em caso que adeante relataremos.

⁽¹⁾ Manquat — Thérapentique — Vol. III pag. 515.

Já nos sentiamos, assim, um tanto isolados em nossa observação, como dissemos acima, quando, após consultarmos bibliotecas diversas, inclusive a do Hospital São Pedro, nos deparamos na da Faculdade de Medicina com duas obras que nos vieram elucidar grandemente, com descrições muito mais completas da intoxicação pela datura stramonium.

São elas os "Elementos de Toxicologia e de Medicina Legal aplicada ao Envenenamento" por A. Rabuteau, obra publicada em Paris no ano de 1873⁽¹⁾ e "Alcaloides" por B. Dupuy, também publicada naquela cidade em 1889.

Os casos são de intoxicação aguda e só passaremos a descrever os sintomas que nos possam interessar mais diretamente.

V

OPORTUNAS OBSERVAÇÕES A SEREM CITADAS

Rabuteau, em sua observação n.º 1 do capítulo que estuda a Datura Stramonium, relata que, em 26 de Novembro de 1835, uma criança com 2 anos e meio de idade, engoliu, sem mastigar, mais de cem grãos de estramônio. Entre os sintomas vários que não importa referir novamente aqui, devemos evidenciar alguns, como sejam, de inicio, um estado de embriaguez, e, após uma hora, movimentos descoordenados, congestão ocular, expressão maníaca, palavras incoerentes e rápidas; esforços para alcançar objetos imaginários e, no momento em que dirige os olhos para o lado onde os acredita ver, solta um grito de terror, recua e sobre o rosto com as mãos. **O furor a arrebatá em seguida, ataca, belisca e tenta morder tudo que está em redor.** Cerca de duas horas e meia depois começa a perda da voz ou gritos alternadamente com tosse sonora.

O pulso aumenta até 200 pulsações por minuto, acompanhado de 100 respirações no mesmo espaço de tempo (?).

Por sua vez, B. Dupuy em sua obra "Alcaloides" (pag. 501 — Vol. I) diz ter lido nas efemerides dos "Curieux de la Nature" (3.º ano pag. 303), entre outros sintomas, os que assinalaremos como mais importantes.

Um indivíduo com 28 anos de idade, tendo ingerido com certa bebida algumas sementes de estramônio, acordou-se durante a noite em sobressalto, com propósitos os mais insensatos, ameaçando sua esposa e seus filhos, pedindo que lhe deem armas, agitando-se furiosamente, entoando canções e cantos impuros e passando dias em estado de completa demência. Na noite do inicio da molestia foram necessários policiais vigorosos para contê-lo.

Dupuy ainda diz que Duguid também registrou um caso semelhante. Em todos eles também apareceram taquifigmia, taquipnéia,

Um outro caso apresentado por Dupuy em sua 3.ª observação, versa sobre uma melancólica-maniaca já há muito considerada com-

⁽¹⁾ Nesta obra encontramos o autografo do antigo mestre de nossa Faculdade, Prof. Dias Campos.

pletamente curada que, estando a passeiar com sua filhinha, ingeriu, por serem por esta ultima oferecidos, alguns grãos de estramônio. Horas depois manifestou varios dos sintomas descritos no capítulo competente entre os quais o furor que a levou a cometer desatinos, procurando quebrar os objectos que se achavam em seu redor, a ponto de a julgarem novamente atacada de sua antiga molestia nervosa. Chamaram, então, o Dr. Bernard, que não só a atendeu, observando os outros sintomas comuns á intoxicação estramoniiana, como ainda assistiu á sua morte. A presença de sementes de estramônio veio esclarecer, plenamente, o diagnóstico.

Dupuy, que muito bem estudou as propriedades da Datura Stramonium, evidenciou seu uso e suas indicações na ásma nos usos "per os", sem falar nos fumadores desta solanacea.

E' nesta parte que ele chama atenção para o fato de que o uso constante pelos ásmaticos não mais produz efeito no fim de certo tempo nas doses indicadas, para terminar por reputar de perigoso e sem valor real em tais casos.

Nenhuma referencia faz este ou outro qualquer autor, por nós consultados, a estados de intoxicação crónica pelo estramônio, o que desejamos fazê-lo, apresentando a observação a seguir, sinão como certo, ao menos suspeitíssimo de tal, como veremos.

VI

UM CASO DE PROVAVEL INTOXICAÇÃO

Trata-se de J. L., casado, com 60 anos de idade, branco, natural deste Estado, anteriormente fôra guarda-livros e, ultimamente, por razões varias, emprega sua atividade como professor de primeiras letras, percorrendo diversas estâncias onde oferece seus serviços para lecionar os filhos de pessoas que residem, como se vê, longe dos recursos escolares.

Homem de estatura mediana, já um pouco encurvado pelo peso dos annos, mas, relativamente á sua idade e saúde, é bem conservado.

Nada informa de interesse para o nosso estudo sobre seu passado morbido, aliás escasso, a não ser a ásma tipo essencial que de ha muitos annos o atormenta. Nega molestias venereas anteriores. Não fuma, nem faz uso do alcool.

As informações sobre ascendentes e colaterais nada revelam de interessante. Nega molestias **nervosas** nas pessoas de sua familia. Apenas um caso de tuberculose em um colateral. Seus filhos e sua esposa gozam saúde e são bem equilibrados no que diz respeito ao estado mental. Não apresenta passado **venereo**.

Temperamento calmo, bondoso e até mesmo muito paciente para com seus alunos, apesar de tão "inervante", ser, ás vezes, sua profissão atual.

O unico mal de que se queixa é sua ásma que não o abandona.

Aliás pela **auscultação**, notam-se sinais evidentes do mal.

No exame somatico ainda devemos anotar uma ligeira taquicardia (80 pulsações) e diminuição da visão, que não pudemos aquilar por falta de aparelhagem no local onde o observamos.

Como se trata, no caso, de um homem de certa instrução, muito claramente tudo nos informou, com bom discernimento e fiel relato do que indagamos.

Levou-nos ao exame acima a circunstância de ter o paciente se queixado de sofrer de certos "ataques". Para melhor compreensão, descreveremos, em primeiro lugar, o que vimos, para, depois reproduzirmos a descrição dada dos sintomas subjetivos.

Certa vez, estando em grupo de palestra e apreciando o "chimarrão", foi o nosso paciente atingido por um de seus "ataques", o qual foi por nós presenciado.

"Fazia alguns minutos que J. L. se calára e começara a fazer movimentos desordenados de cabeça, segurando-se com as mãos convulsas no banco onde se achava sentado. Isto levou-nos a indagar o que sentia, ao que ele com dificuldade nos respondeu, pedindo que o cuidasse, que o socorresse, pois, sentia ser aos poucos arrebatado pelo seu "ataque". Tinha a face contraída, com expressão angustiosa.

Os olhos largamente abertos tomam um aspéto de pavôr, as mãos tornam-se mais crispadas, o corpo vai lentamente tomando uma atitude agressiva. Confusas exclamações que, até então, eram de lamento, passam a ser de furor. Não responde mais ao que se lhe pergunta e, repentinamente, desvairado, atira-se a um tronco de madeira para o qual ha muito dirigia o olhar, procura com furor desmedido, espanca-lo e logo tudo cessa. Cai em ligeiro estado de imobilidade, com os olhos fechados, face ligeiramente contraída, e ao contâto de nossa mão, para encontrar um pulso taquicardico e pequeno, abre novamente os olhos, com expressão de tristeza e desalento, recusa o auxilio prestado, levanta-se quasi por si e procura sentar-se afim de descansar, dizendo sentir-se muito fatigado. (¹)

Por duas vezes ainda tivemos oportunidade de assistir a crises, não tão completas, no espaço de 50 dias.

Vejamos o que nos informou o paciente do que sentira em tais ocasiões

VII

ALGUNS ESCLARECIMENTOS DE IMPORTANCIA

Informou-nos J. L. que pressentia perfeitamente a aproximação da crise, tanto que, tendo horror dela, ainda conseguia pedir socorro aos circunstantes. O que se seguia, entretanto, não o permitia mais falar. Tornava-se presa de um terror crescente, mas, (dizia ele), justificado, pois, sempre o que lhe estava **fronteiro**, um tronco, um objeto qualquer ou mesmo uma pessoa, estes passavam, para ele, por uma metamorfose inimaginável; pareciam se tornar um "monstro", uma "cousa horrivel" (sic) que lhe causava tal pavôr que só a agressão e o despedaçamento do que via é que, naquêles momentos, poderiam tirá-lo daquela situação em que tanto lhe assaltava o medo a ponto de atingir ao desespero (sic). Agredia, pois, por desespero, por desvairamento. Ia, enfim, do terror ao pavôr.

(¹) Apesar do calor reinante e dos esforços feitos não houve a menor transsudação.

Guardava lembrança de tudo até ao momento de perder completamente os sentidos. Sómente a "entourage" não o impressionava mais. Depois, de certo ponto, pois, parecia ficar absorvido pelo terror que o dominava.

Não nos sentíamos em condições de dar um diagnóstico a este estado de nosso paciente.

Por mero acaso, entretanto, o vimos fumar cachimbo e, interpellando-o sobre que estava a fazer, pois nos havia asseverado que não usava o fumo, ele explicou-nos que "aquilo não era fumo e sim uma "erva" chamada Figueira do Inferno que, muito bem lhe fazia á ásma". (Sic).

Imediatamente nos ocorreu que pudesse haver correlação entre este uso e mesmo, abuso de tal planta, com os seus ataques.

Indagamos mais e soubemos que ele fumava diariamente um cachimbo ao menos, para evitar as crises de ásma e, quando estas, mesmo assim se apresentavam com certa intensidade, fumava 5 e 6 cachimbadas por dia.

Determinamos que abandonasse tal hábito que reputávamos, como responsável pelos seus males.

Foi o suficiente para que ele abandonasse o uso do cachimbo.

Passamos a fazer a medicação adequada á ásma.

Dias depois ainda sentiu um estado de certa ansiedade que não foi por nós presenciado.

Tres meses ainda tivemos em convívio próximo a J. L. Nada mais lhe havia acontecido. Após isto perdemos-lo de vista.

Antes de terminar esta parte, queremos ressaltar aqui que J. L. dizia temer imensamente que algum dia pudesse vir a agredir involuntariamente alguém, pois, por duas vezes, se dirigira (ineconscientemente já se vê), para uma pessoa. Felizmente, dizia ele, nunca soube porque, nada de maior aconteceu. Note-se também que J. L., apesar de ser homem que vivia no campo, nunca usava arma alguma, pois não era de seu hábito.

VIII

CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTADO MENTAL — CONCLUSÃO

Do complexo sintomatológico exibido nos diversos casos citados, devemos evidenciar, para interesse médico-legal, as perturbações mentais.

A ilusão, a alucinação e o delírio alegre ou furioso são encontrados quasi que de maneira constante.

A tendência á agressão é presente em quatro dos casos descritos. A criança de 2 anos e meio chegou a ponto de agredir de maneira a mais intensa, com sejam a tendência a morder, arma muito natural de que as crianças lançam mão. O indivíduo de 28 anos exigiu mesmo uma arma para tentar completar de modo mais violento sua agressão. No caso da maníaca vimos o despedaçamento de tudo que a rodeava. O nosso paciente consumou uma agressão.

Ha semelhança e verdadeira identidade de sintomas no decorrer das intoxicações quer agudas, quer crónicas, sendo que a responsabilidade do toxicó no estes casos, não carece dúvida.

De fato, o ilustre psiquiatra Dr. J. Godoy, tomado conhecimento dos fenômenos psíquicos apresentados pelo nosso observado, opinou de que o quadro é o de confusão mental alucinatória terrificante, comparável, perfeitamente, aos episódios sub-agudos da intoxicação alcoólica.

Aqui ficamos sem mais comentários. Parece-nos, porém, comuns as intoxicações crónicas ou agudas, pela Datura Stramonium os estados psíquicos de real interesse médico-legal, por serem os mais propícios aos crimes irresponsáveis: **ilusão, delírio alucinatório e excitação psico-motora.**

Sobre um caso de Distrofia Farinacea - Forma hidropica*)

por

Giaguacú Corrêa

Ao conhecimento da Sociedade de Medicina trazemos hoje um caso bastante interessante de disturbio nutritivo que já ha algum tempo tivemos oportunidade de observar no Serviço de Assistencia á Infancia do Centro de Saúde que dirigimos. A presente comunicação se refere a um transtorno alimentar de observação frequente na clínica de crianças, merecendo a nossa atenção, unicamente pela sua pouca publicidade em nosso meio.

Eis a observação:

Celita, 14 meses, branca, natural deste Estado, matriculada no serviço em 19 de Maio do corrente ano, sob o n.º 2.789.

Antecedentes hereditarios: Paes fortes, não havendo antecedentes morbosos na familia. Tem 5 irmãos e um falecido de coqueluche.

Antecedentes pessoais: Gravidez e parto normaes. Nacida a termo. Sempre gosou saúde, segundo informação de sua mãe. Não teve sarampo, varicela, coqueluche ou gripe. Ultimamente é que tem tido diarréia, emagrecido muito e sobrevieram-lhe "inchumes" (sic) no rosto mãos e pés, motivo pelo qual veio á consulta. Mamou ao peito exclusivamente até tres meses, havendo sempre irregularidade das mamadas, quer quanto ao numero e duração das mesmas. Dos 3 aos 6 meses, alimentação natural e tres veses ao dia, mamadeiras com decotos de aveia. Finalmente, dos 6 meses até um ano e dois meses, caldo de feijão e leite de vaca com farinha de maisena e polvilho. Este alimento era preparado da seguinte forma: tres colheres das de sopa de leite, uma dagua e duas de maisena e polvilho. A criança tomava 5 veses ao dia esta mistura farinacea. Nunca lhe deram caldos de legumes, de carne ou suco de frutas.

Exame do doente: Trata-se de uma criança distrofica, pesando

*) Comunicação feita á Sociedade de Medicina de Porto Alegre em 16/11/932.

apenas 6k750 grs. Estatura 72 cm. Seu peso, de acordo com a idade atual, 14 meses, deveria ser 10k200 grs. e o talhe 76 cm. Temperatura retal 36°. Logo a primeira vista chama-nos a atenção a sua face edemaciada, balofa e palida. O torax bastante emagrecido, conforme se vê na presente fotografia, em contraste com o rosto, que se apresenta redondo e infiltrado. (Fig. 1).

Edema acentuado nas pernas (Fig. 2), dorso das mãos e pés, deixando à pressão do dedo um godet nitido, característico da infiltração. Na parte postero-inferior das pernas, o edema está diminuído e a pele parece ter murchado, dando-nos a mesma sensação ao toque digital, de uma substância pastosa.



Fig. 1

Vicente Baptista compara essa desidratação à massa de vidraceiro. Hipotermia das extremidades. Eritema das partes genitais.

Aparelho digestivo: Anorexia intensa, mucosa da boca hipermiada e seca. Dentição retardada, sómente 8 dentes. Fígado e baço não palpaveis; ligeiro estado dispeptico, 3 a 4 evacuações esverdeadas e ás veses pardacentas.

Aparelho circulatorio: Abafamento das bulhas cardíacas.

Aparelho respiratorio: Nada de anormal.

Exames complementares — Fezes: Ausencia de ovos de parásitos; **Sangue:** hematias 4.949.800, hemoglobina 70%; **Urina:** traços le-

vissimos de albumina; **sedimento:** muitos piocitos, ausencia de cilindros; **Dosagem de cloretos:** 0,702%. Num segundo exame não mais foi constatada a albumina, conservando-se, porém a mesma taxa de cloretos e ainda a presença de piocitos.

Pela anamnese de nosso doente observa-se que seu regime alimentar foi constituido, por muito tempo, quasi que exclusivamente de mingaus farinaceos com quantidades minimas de leite.

Um regime assim prolongado e rico de substancias hidrocarbonadas, sem aacrecimo de outros elementos indispensaveis ao desenvolvimento do organismo infantil, determina um disturbio nutritivo grave, caracterizado por uma hipoalimentação qualitativa, a que se denomina de distrofia farinacea.

Birk, Schweizer, Velasco Blanco e tantos outros apologistas das ideias do eminent Prof. Czerny, definem-na como uma entidade clinica, resultante da alimentação exclusiva ou predominante de farinhas. Para Lust é um disturbio consequente ao uso prolongado de substancias farinaceas, motivando uma hipo-alimentação parcial, dependente da falta de gordura, albumina e saes na alimentação. Marfan denomina a distrofia farinacea de "diarreia devido ao uso preoce ou excessivo de farinhas."

Czerny e Keller foram os primeiros que na Alemanha observaram e estudaram os danos nutritivos, ocasionados por uma alimentação excessivamente hidrocarbonada. Seus estudos foram seguidos por uma pleiade de notaveis pesquisadores, taes como: Langstein, Meyer, Kluve, Tobler e muitos outros.

Si elucidarmos agora as causas que levam a criança á distrofia, veremos como as mesmas são variadas e que importancia desempenham no desencadear de tão gravissimo transtorno.

A prescrição prolongada de um regime de cosimentos ou decotos de farinhas, com fins terapeuticos, no decurso de uma ligeira dispepsia, é causa que muitas vezes determina esse grave disturbio alimentar.

A melhora dos fenomenos dispepticos, como a diminuição ou supressão da diarreia, dos vomitos e mais o aumento de peso, devido a infiltração dos tecidos, justifica ainda a continuaçao do regime unilateral, que vem mais tarde ocasionar a distrofia farinacea.

Como fator predisponente a esse estado distrofico, deve ser assinalada a propaganda intensiva e muitas veses escandalosa das farinhas infantis, em substituição ao leite materno. A ignorancia das mães no que concerne á alimentação dos seus bêbés e os conselhos erroneos das pessoas amigas, vizinhas e comadres que se dizem "entendidas" em dietetica infantil, contribuem ainda de uma maneira notável para que se ponha em pratica o regime exclusivo de hidratos de carbono. Observa-se tambem nas classes menos abastadas, principalmente no operariado, o uso inadequado da alimentação amilacea. Justifica-se essa preferencia pelo fato das farinhas comumente usadas, taes como: maizena, farinha de trigo, polvilho, araruta, etc., serem adquiridas por pouco preço, o que já não se dá com o leite, devido ao

seu custo ser mais elevado. A hipogalatia materna contribue da mesma forma para que seja instituída, mui precocemente, a alimentação farinacea.

Dizem os autores que em determinados paizes, principalmente na Europa, uma parte da população mal informada, adquire o costume de dar muito cedo aos latentes uma alimentação rica em hidratos de

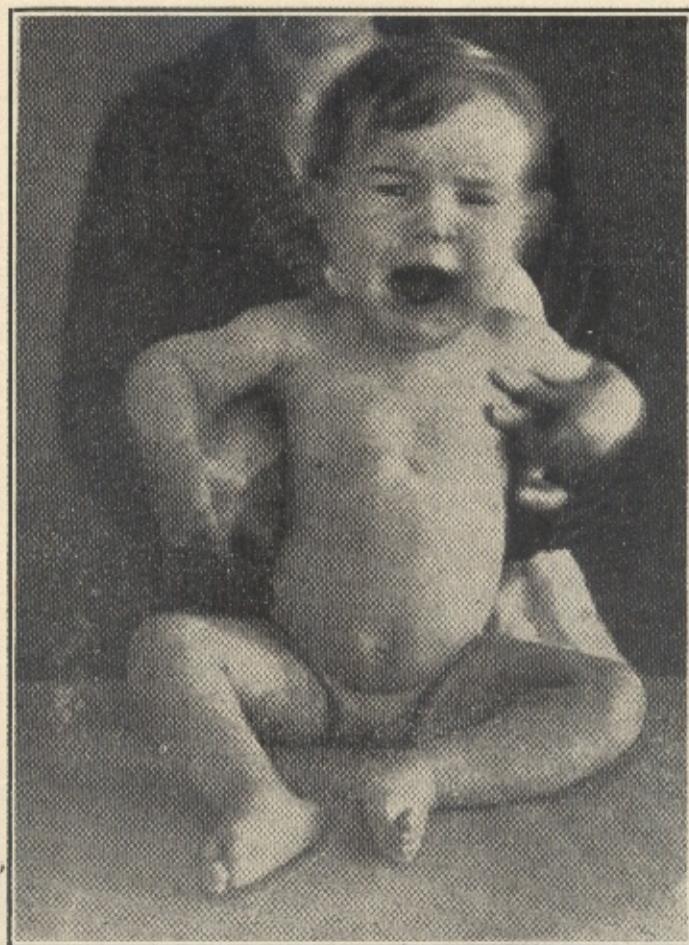


Fig. 2

carbono. Em algumas cidades do Estado do Rio de Janeiro, mórmente em Angra dos Reis, o saudoso e notável Prof. Fernandes Figueira, teve ocasião de observar a frequencia da distrofia farinacea, devido ao habito das mães fluminenses alimentarem os seus bebês com sôpas e mingaos de farinha.

FORMAS CLINICAS

Segundo os autores filiados á escola alemã, existem tres tipos clinicos dominantes de distrofia farinacea: a forma atrofica, a hipertonia e a hidropica ou hidremica. Marfan classifica os tres tipos clinicos dos alemães como fazendo parte de um todo sintomatico, denominando a forma hidropica de "estado prodomico" e considerando a hipertonia e a distrofia, sintomas não muito frequentes. A sintomatologia da forma atrofica muito se assemelha á da decomposição alimentar de Finkelstein. Em ambas se observa o seguinte: pele seca, palidez intensa, hipotermia, diminuição consideravel do tecido adiposo, emagrecimento acentuado, face simiana ou voltairiana, olhos encovados nas orbitas e ventre distendido. Em suma, um estado de miseria orgânica caracterizado pela falta de elementos — plasticos e energeticos — albuminas e gorduras.

Pelo deficit destes elementos não ha mais formação de novos tecidos. Dá-se, ao contrario, destruição das celulas para satisfazer as necessidades orgânicas, ou melhor, como diz Czerny, ha fome de causa interna. O tipo hipertônico é caracterizado pela hipertonia da maior parte dos musculos. Estes se apresentam ríjos e salientes. Querem alguns autores que a causa da hipertonia corra por conta de modificações fisico-químicas do tecido muscular.

Assevera Finkelstein que o estado hipertônico não é uma manifestação exclusiva da distrofia farinacea. Assinala ainda o autor alemão a grande frequencia de sintomas espasmofílicos em crianças alimentadas com substâncias farinaceas. Poucas vezes falta o laringo-espasmo. Em casos gravíssimos, Holt teve ocasião de observar a presença do epistotomo. O tipo hidropico é de observação mais frequente e de maior importância. A nossa doentinha é portadora dessa forma clínica de distrofia. O Prof. Garrahan, livre docente de pediatria da Faculdade de Medicina de Buenos Aires, diz que a presença de edemas na segunda infância e no adulto, sugere a ideia de afecção renal ou cardiaca e nos lactentes, a infiltração aquosa faz pensar sempre em defeitos de alimentação.

Segundo as pesquisas de Weigert e Czerny, a alimentação hidrocarbonada determina forte embebição d'água no organismo. Zunt acha que edema seja devido ao glicogênio que, em se depositando nas celulas hepáticas e musculares, fixa duas ou três vezes seu peso em agua.

Outro autor, Park, julga que a forma hidropica da distrofia farinacea seja ocasionada pela falta do fator A. Outros ainda incriminam a vitamina C, como causadora dessa hidremia.

Estudando as alterações de metabolismo d'água e dos sais, diversos autores, tais como: Bischoff, Neoye e Weigert, fizeram interessantes experiências em animais e no homem. Querem os autores Denton e Kormann que o estado hidropico da distrofia farinacea seja devido à ausência de amino-acidos na alimentação.

Os referidos autores, em notáveis pesquisas, determinaram edemas em ratos, curando-os depois com simples acréscimo de caseína à alimentação. Weigert provou que os cães alimentados com gorduras

são ricos neste elemento e pobres em agua, ao passo que nos cães alimentados com hidratos de carbono, o inverso se observa.

Lages Neto, de São Paulo, estudando a função dos hidratos de carbono no organismo infantil, diz que estes provocam retenção de elementos osmoticos e coloidaes e determinam uma combinação instável entre a albumina e os alcalis. Si estudarmos agora as alterações do metabolismo dos saes, veremos a importancia que exercem na forma hidropica dessa distrofia. No exame de urina ha quasi sempre grande deficit de cloreto de sodio e ausencia absoluta de cilindros e elementos patologicos.

Keler já havia constatado que as urinas dos doentes com distrofia farinacea, são pobres em cloro. Admite-se que a retenção do cloreto de sodio no organismo corra por conta da introdução deste sal na alimentação farinacea, sendo escassa a sua eliminação. Para o Prof. Navarro, de Buenos Ayres, a analise de urina dos distroficos que revele ausencia de alterações e pobresa em cloreto de sodio tem grande importancia para o diagnostico da distrofia farinacea.

Frank e Stolt fizeram estudos em cadaveres de distroficos limitando suas investigações ao figado que representa na criança uma grande parte do peso total. Acharam que o residuo seco total estava diminuido e a quantidade de cinsa maior que a normal. Havia aumento de N. a. e. l. e diminuições de saes de K. Os demais elementos: Mg Ca e S. não acusaram grande diferença. Gobler constatou a diminuição dos elementos mineraes em todos os orgãos, verificada pela quota em cinsas. Encontrou o K diminuido na pele, nos ossos e mormente no tecido muscular; o calcio do esqueleto aumentado em grao correspondente ao estado de ossificação; o Mg diminuídos em todos os tecidos.

Na perturbação alimentar ocasionada pelos excessos dos hidratos de carbono tambem se faz sentir a ausencia consideravel de todas as vitaminas. Como complicação da distrofia farinacea, consequente a falta do fator A, devemos assinalar a distrofia alipogenética de Block. A ausencia da vitamina A, na alimentação hidrocarbonada, acarreta graves perturbações oculares, tacs como a Keratomalacia e a Xerosis da conjuntiva, havendo na maioria das vezes ulcerações da cornea, com hernia da iris, comprometendo assim seriamente o aparelho visual.

Blevard observou quatrocentos e trinta e quatro (434) crianças e dezenove (19) adultos com xeroftalmia por carencia da vitamina A. As crianças de menos de um ano constituiam a maioria, sendo que as do sexo masculino eram em menor numero. A mortalidade tambem foi maior nas crianças e 27% dos quaes sobreviveram, 24% com visão muito diminuida, 35% perderam um olho e sómente 14% conservaram boa visão.

O tratamento desta disvitaminose, distrofia alipogenética, consiste na prescrição de oleo de figado de bacalhau, manteiga de leite, suco de frutas, verduras e legumes.

O poder de resistencia da criança com distrofia farinacea é por demais escasso. A diminuição da imunidade não é nunca tão manifesta em nenhuma outra forma de transtorno, como neste produzido

pelas farinhas. As infecções se sucedem e se multiplicam, terminando em pouco tempo com a vida da criança distrofica. Diz o Prof. Meyer, de Berlim, que se deve sempre considerar como um enfermo grave, toda a criança com transtorno ocasionado pelos hidratos de carbono. Os doentinhos distroficos, com suas defesas bastante diminuídas, são geralmente acometidos de piuria. Os eminentes e já consagrados pediatras paulistas, Simões Corrêa e Margarido Filho, comentando os trabalhos dos Profs. Aron e Hirsch, sobre a piuria, asseveraram que a distrofia farinacea, em sua forma hidropica, é desordem de intercambio que mais favorece a infecção supurada das vias urinárias.

Para o lado da pele, como manifestação de pouca defesa do organismo, registram-se as piodermites e os furunculos que contribuem ainda mais para agravar o estado geral da criança distrofica.

PROGNOSTICO

O prognostico da distrofia farinacea é quasi sempre bastante grave; estando o mesmo sob a dependencia de multiplos fatores, tais como: idade da criança, estado geral, tempo do regime farinaceo e ainda mais, presença ou não de doenças intercorrentes.

Quanto mais novo for o distrofico, tanto mais severo será seu prognostico.

TRATAMENTO

Passemos agora, baseados nos autores alemães, ao estudo dietético da distrofia farinacea.

Sendo esse transtorno nutritivo uma doença por carencia de albuminas, gorduras, saes e vitaminas, devemos dar ao organismo infantil os referidos elementos em suas proporgões normaes e reduzir, nas quantidades devidas, os hidratos de carbono.

Para as crianças distroficas com menos de seis meses, o leite materno tem a sua indicação, como alimento ideal que é, em tão gravissima perturbação.

A alimentação natural poderá ser administrada em pequenas doses, evitando-se assim que a criança mame demasiadamente, a ponto de se agravar ainda mais o seu transtorno. Sendo possível, deve-se ordenhar o leite e dal-o ás colherinhas.

Kleinschmidt segue a tecnia seguinte: manda dar no primeiro dia, uma só vez, um decoto de cereaes e cinco vezes, 40 á 60 grs. de leite humano e nos dias seguintes, aumenta o leite e diminue a farinha até atingir 1/6 do peso.

Nos casos em que a diarreia é intensa, o leite caseinado tem a sua indicação em doses de 40 a 60 grs. com mais 3% de assucar nutritivo (nutromalt ou lactana).

E ainda, para combater as dejeções diarrheicas, pôde-se lançar mão do exelente alimento-medicamento — o leitelho, (Eledon, Edelweiss) adoçado com sacarina.

Czerny é de opinião que se deva começar aos poucos, administrando primeiramente vitaminas e proteinas e depois, em quantidades diminutas, a gordura.

Aconselha o autor alemão, uma mistura de mucilagem e ovo, ou então, presereve o leite acido.

No caso de inapetencia, bastante acentuada, em que a criança ingere quantidades alimentares insuficientes, aconselham alguns autores, a introdução do leite materno no estomago por meio de sonda, em dose de 100 á 200 grs., uma ou duas veses por dia. Finalmente, nos casos de alimentação artificial, não devemos esquecer os alimentos ricos em vitaminas — suco de laranja, de limão e tomate — elementos esses indispensaveis ao restabelecimento das crianças com distrofia farinacea.

No presente caso, achando-se a nossa doentinha com evacuações dispepticas, provenientes naturalmente de fermentações acidas dos hidratos de carbono, foi prescrita uma terapeutica anti-fermentativa.

Primeiramente, instituimos uma diéta hidrica de 12 horas, chá adoçado com sacarina; logo em seguida, em pequenas doses, e com espaços de 4 em 4 horas, leite com cazeon e mais 3% de assuear nutritivo (nutromalt). Com este tratamento, a doentinha incontinenti se restabeleceu da diarreia e passou, então, a tomar a mistura butirofarinacea, com grande aproveitamento.

Mais tarde foi ministrada á nossa doente sopas de legumes e caldo de frutas.

Pela presente curva ponderal pôde-se julgar as melhorias em seu estado geral.

CURVA PONDERAL

DATA	PESO
19/5/932	6k700 grs.
31/5/932	6k
7/6/932	7k330 grs.
16/6/932	7k800 "
20/6/932	7k280 "
27/6/932	7k360 "
4/7/932	7k440 "
12/7/932	7k800 "
19/7/932	7k630 "
25/7/932	7k830 "
23/8/932	8k030 "
6/10/932	9k300 "
27/10/32	9k750 "
10/11/32	9k810 "
24/11/32	9k920 "

Nota-se na curva do peso, logo no inicio do tratamento, uma queda de 700 grs., o que deve ser interpretada como consequencia da diminuição dos hidratos de carbono na alimentação. A nossa observada estava unicamente encharcada pela excessiva alimentação farinacea.

Tuberculose dos Velhos

por

Carlos Bento

Chefe de Clínica da Clínica Médica Propedeutica

O trabalho diário da especialidade sempre nos dá ensejo a novos estudos que a nosso ver, são de extraordinária importância e vêm contribuir de certo modo, para o esclarecimento de determinados pontos de fisiologia que são sempre de atualidade.

A literatura médica de antanho e a de nossos tempos, fala-nos da tuberculose dos velhos e atráe a nossa atenção para esse fato, que tem sido desrespeitado até hoje, por pensarem ainda muitos clínicos que a infecção tuberculosa não atinge os organismos que alcançaram a velhice.

E' a tuberculose do velho uma afecção cuja inadvertência é causa frequente de dolorosíssimas consequências.

Dedicam-se tantos estudos à tuberculose da infância, artigos, monografias, conferências, etc., enquanto que a tuberculose dos velhos está a exigir os mesmos estudos e a maior preocupação dos fisiólogos e dos experimentadores.

Está fóra de dúvida que a tuberculose dos velhos possue modalidades especiais, particularidades evolutivas e sintomas e síndromes clínicas, muito diferenciados da tuberculose do adulto e da infância.

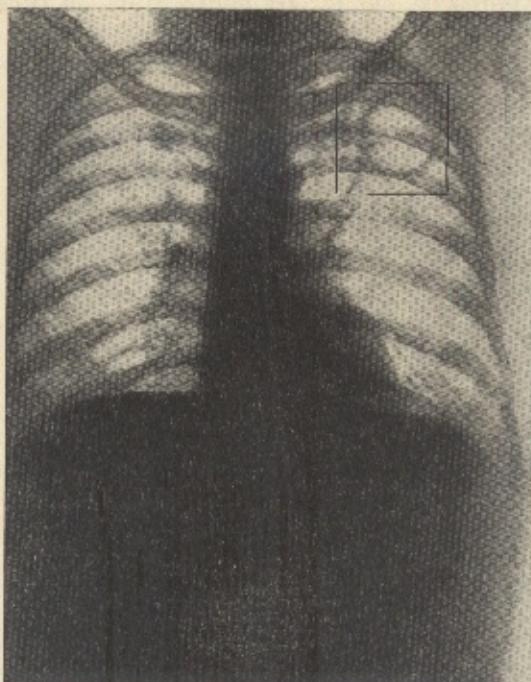
Para diagnosticar e tratar um velho tuberculoso, necessita o fisiólogo abordar pontos de vista particulares diversos daqueles que servem, ou melhor, que são aplicados para o tratamento e o diagnóstico da tuberculose das crianças e dos adultos.

A tuberculose dos velhos é uma tuberculose que se desenvolve num terreno aonde existe uma maior imunidade; dahi o motivo da sua evolução ser lenta, torpida e apresentar-se em geral sob uma forma fibrosa (Barlaro).

Para Calmette as razões porque as formas anatomo-patológicas da tuberculose são no velho diferentes das que apresenta o adulto e a juventude, são várias: por um lado no adulto e no velho trata-se quasi sempre da reinfeções e não de primo-infecções, por outro lado o sistema linfático ganglionar mudando de contestura desde o terceiro ano, não tem a mesma aptidão, para reter e cultivar in loco o bacilo tuberculoso.

Rauzier é de opinião que a tuberculose pulmonar do velho é o mais das vezes, imputável à persistência ou ao despertar, sob influência de causas diversas, dumha tuberculose antiga, pulmonar ou extra-pulmonar, e se a encontra nos antecedentes dos velhos tuberculosos,

seja uma bronquite tenaz ou hemoptises recidivantes, seja adenopatias supuradas, um tumor branco, uma osteite suspeita, um lupus cicatricial ou alguma otite prolongada.



Radiografia n.º 1

A. M. O. — 54 anos.

Fomos chamados para atender esta paciente em sua residência, queixando-se ela de uma bronquite asmática que há muitos anos a incomodava, tendo consultado diversos clínicos sem obter resultado com os vários tratamentos instituídos por eles.

Com um exame clínico minucioso, radiológico e de laboratório, verificamos tratar-se de uma tuberculose pulmonar, cavitária.

Pesquisa do bacilo de Koch no escarro, positiva.

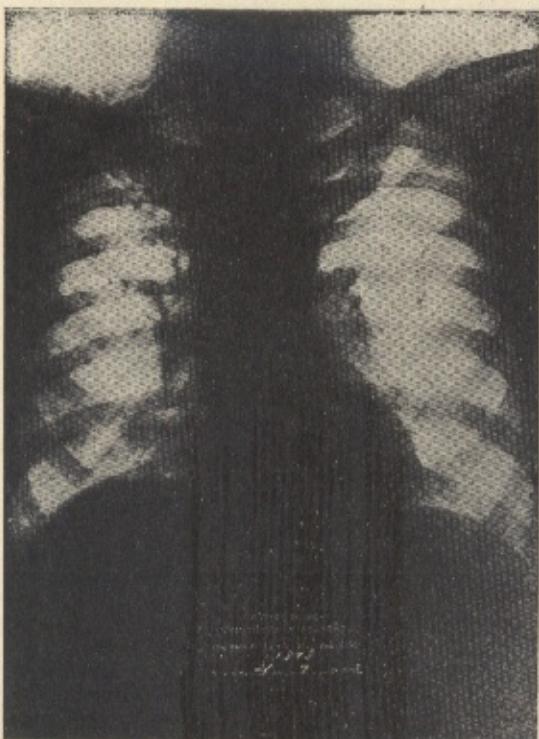
Peter acha que, mais raramente, ela é primitiva e não se encontra, nos antecedentes do indivíduo, nenhuma propatia bacilar; o indivíduo torna-se tuberculoso em qualquer idade.

R. Oppenheim e Coz praticaram, num espaço de quatorze meses, 260 autopsias em indivíduos de mais de 60 anos, verificando que existiam em 193 lesões de tuberculose pulmonar, sendo que 110 achavam-se melhoradas, enquanto que 83 se encontravam em plena evolução.

Em 1910 Landouzi constatou que os tuberculosos velhos, evidentes, estavam muito longe de ser excepcionais. Sobre 16.229 indivíduos mortos de tuberculose, no departamento de Sena, 1.317 eram de mais de 60 anos, sejam 8,8 %; e sobre 23.251 velhos mortos no mesmo ano e no mesmo departamento, 1.317, seja 5,66 %, eram tuberculosos.

Baudot num período de 10 anos, sempre segundo o Anuário Es-

tatistico de Paris, mostrou que sobre 149.566 obitos por diversas causas, nos individuos de mais de 60 anos, 8.276 morreram de diversas formas de tuberculose, dos quais 7.507 de tisica pulmonar. No mesmo espaço de tempo, para a mesma categoria de individuos, o departamento de Sena indicava que 12.304 obitos eram de tuberculose diagnosticada e 10.020 obitos por bronquite cronica, para um total de 284.538 obitos.



Radiografia n.º 2

S. A. O. — 58 anos.

Este paciente viu falecer seis filhos, com menos de 8 anos de idade, com o diagnostico dado pelos medicos assistentes, de meningite e bronco-pneumonia.

Após a morte do ultimo adoece gravemente e fomos chamados para assisti-lo, onde verificamos ser ele um tuberculoso pulmonar, confirmado o nosso diagnóstico clinico pelos raios X e exame de laboratorio.

Com referencia a estes obitos diagnosticados de bronchite cronica, nós concordamos com Calmette que diz: que muitos deles seriam tuberculosos.

Halbrón e Petez dizem que em todo velho portador de uma bronquite será necessario pensar numa tuberculose oculta e praticar exames sistematicos do escarro.

Letulle e Halbrón opinam que os velhos tussidores podem ser tu-

bereulosos, eliminar bacilos e constituir desta sorte uma fonte de contagio para aqueles que os rodeiam.

Iehock examinou no Salpentriére o escarro de 20 velhos que tinham bom aspéto, encontrando bacilos de Koch em 8 deles.

Valdez diz que o numero de escarros positivos para o bacilo de Koch, examinados por ele, de velhos operarios que ainda continuavam trabalhando, é assustador, sendo que todos eles eram tidos por simples tussidores cronicos de boa aparence.

Breton dedicando um estudo especial á reação de Vernes pela resoreina, demonstrou a frequencia da tuberculose evolutiva nos velhos tussidores, onde encontrou o indice ótico superior de 30 a 34 %.

Muller-Deham (Albert) escrevendo sobre o diagnostico da tuberculose pulmonar nos velhos, insiste sobre a frequencia desta doença nas afecções aparentemente banais. O autor demonstra as particularidades da tuberculose do velho e diz encontrar nesta idade fórmas de tuberculose miliar e ganglionar, como nas crianças.

Segundo estatisticas de Naegeli, 97 a 98% de adultos autopsiados em hospitais apresentavam lesões tuberculosas; sómente entre os velhos se apresentavam 60%. Erouard na morgue de Paris, Schang e outros chegaram às mesmas conclusões.

Não existindo uma idade fixa em que os diversos autores determinem o inicio da velhice, vamos tomar por base a idade de 50 anos, pois Hypocrates diz que ela se inicia aos 56 anos, Daubenton aos 63 anos, Flaorense aos 70 anos, e outros classicos atribuem o começo da velhice nas proximidades dos 60 anos.

A tuberculose passava por ser muito rara no velho, até os estudos de Peter, Potain, Marfan, Rauzier, Pie e Bonamaur, Etienne.

Porém, si tomarmos a porcentagem da tuberculose nas pessoas idosas, observaremos que ela é tão frequente como no adulto.

Consultando uma estatistica feita por Jeock durante os anos de 1925 a 1928, verificamos que o numero de obitos foi de 2.770.188, sendo que 270.748 desses obitos foram produzidos pela tuberculose.

Nessa mortalidade por tuberculose figuram 57.381 obitos de 50 a 100 anos, assim discriminados:

50 a 54 annos	19.101 obitos
55 a 59 "	14.032 "
60 a 64 "	10.452 "
65 a 69 "	6.991 "
70 a 74 "	3.743 "
75 a 79 "	1.993 "
80 a 84 "	716 "
85 a 89 "	274 "
90 a 94 "	71 "
95 a 99 "	17 "
100 "	1 obito

No hospital onde trabalhamos existem 2 enfermarias para tuberculosos de ambos os sexos, das quaes obtivemos a seguinte estatistica:

Enfermaria de mulheres

1930-1931

Nesses dois annos, o total de enfermas foi de 522, sendo 40 dellas com mais de 50 annos de idade, com o diagnostico de tuberculose pulmonar.

Enfermaria de homens

1931

Nessa enfermaria conseguimos somente a estatistica do ano de 1931 por faltar o livro de doentes do ano de 1930.

Existiam em tratamento 283 doentes sendo 58 com mais de 50 annos portadores de tuberculose pulmonar, conforme o diagnostico registrado.

Nos Dispensarios da Inspetoria de Prophilaxia da Tuberculose da cidade de Niterói entre 6.000 fichas examinadas, o Dr. Alberto Diniz encontrou 1815 tuberculosos contagiantes, distribuidos nas diversas idades de 0 a 70 annos, observando que de 40 a 50 annos, o numero de doentes contagiantes era de 358; de 50 a 60 annos, 114, de 60 a 70, 29.

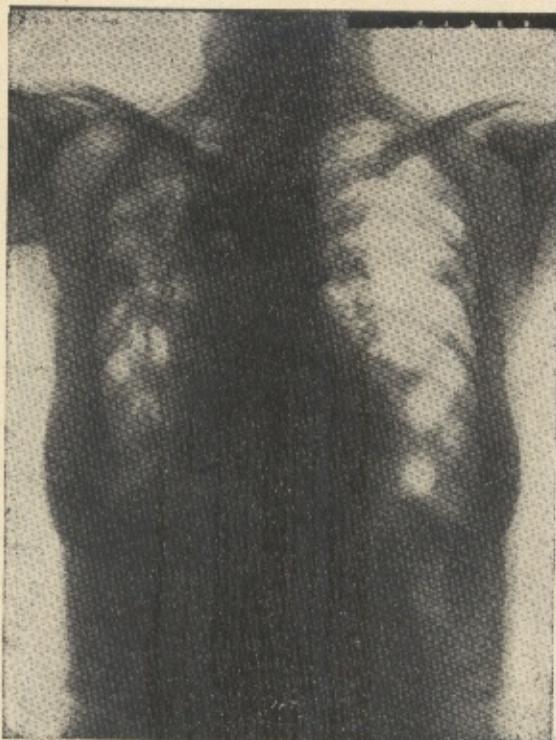
O Dr. Octavio de Freitas na sua contribuição apresentada ao 2º Congresso Pan Americano de Tuberculose diz o seguinte: em média em 1.000 obitos de todas as idades eis como se subdividem os mortos de cada idade, entre os tuberculosos falecidos no Recife nesse ultimo decenio:

0 a 1 mez	1,4
1 a 12 mezes	9,6
1 a 5 annos	17,5
6 a 10 annos	13,1
11 a 20 annos	147,2
21 a 30 annos	364,4
31 a 40 annos	226,5
51 a 60 annos	57,9
61 a 70 annos	24,9
71 a 80 annos	9,4
81 a 90 annos	2,7
91 a 100 annos	0,5
Maiores de 100 annos	0,3
Idades ignoradas	4,5
Soma	1.000,0

Laennec, Louis Beau, Lebert e quasi todos os nosographos da velhice, (Custatt, Pruss, Hasse) assinalaram a existencia da tuberculose nos velhos, porem apreciam de maneira diversa a proporção dos tuberculosos velhos.

Prus atribue á tuberculose 1/26 dos obitos nos velhos, Geis e Mouton 1/7, Lounois e Bourgeois mais ou menos 1/8.

Fuller julga que a tuberculose é tão frequente aos 70 anos como aos 15 e Manfred compara a velhice à primeira infância sob o ponto de vista da predisposição bacilar. Peter vai mais longe, pois declara que "sobre 100 pessoas de 70 anos há igual número de tuberculosos que sobre 100 indivíduos de 20 anos e Combes, em tese muito documentada afirma que morrem tantos bacilosos de mais de 55 anos como entre 15 e 20 anos.



Radiografia n.º 3

B. S. S. — 61 anos.

Esta paciente desde muitos anos vem tendo hemoptises, mais ou menos abundantes, sem o que nunca fosse suspeitada a presença de uma tuberculose pulmonar. Examinada por nós, constatamos pela clínica, exame radiológico e laboratorial, ser uma tuberculosa pulmonar.

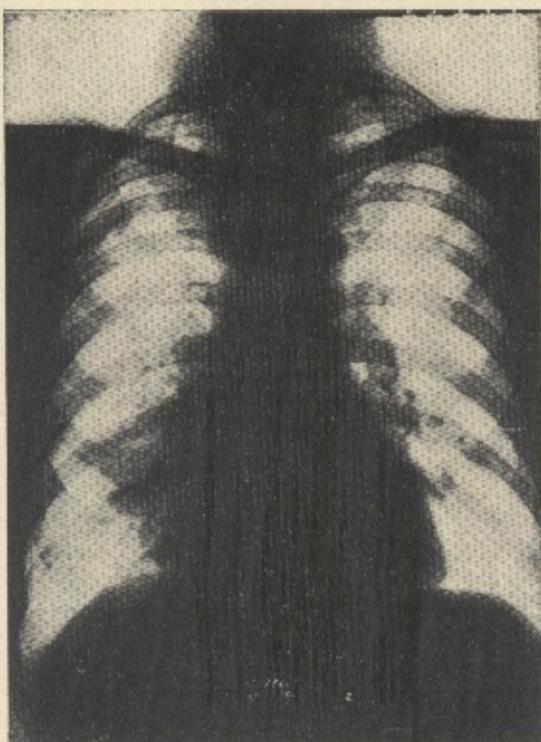
A estatística de Barié é menos impressionante: sobre 92.141 óbitos sobrevindos em 10 anos, em indivíduos de 60 a 92 anos, em 10 grandes hospitais de Paris, observaram-se 2.202 casos de tuberculose (1604 homens e 598 mulheres) ou seja uma proporção de 2,29 p. 100 de cifra total de óbitos por tuberculose nos mesmos hospitais ou asilos de velhos.

Cassio Rezende em seu Estudo Estatístico Demográfico Sanitário do ano 1908, conclui do seguinte modo:

1) A mortalidade da tuberculose é muito mais elevada nos adultos ou adolescentes do que nas crianças.

2) entre as crianças sua maior frequencia se observa no periodo de 1 a 2 anos, e depois de 0 a 1 ano; destas idades em deante ela decresce progressivamente até 15 anos.

3) A partir de 15 anos começa novamente a augmentar até atingir o seu mais elevado coefficiente no periodo de 30 a 40 anos; em seguida entra outra vez em declinio até as idades avançadas da vida (80 a 100 anos) em que parece tomar novo incremento.



Radiografia n.º 4

A. P. — 55 anos.

Este paciente apresenta uma tuberculose pulmonar com exame de laboratório positivo para o bacilo de Koch, estando em tratamento médico há muito tempo. Apesar da radiografia ter sido feita em o nosso Instituto, não é nosso cliente.

Segundo Cornet, a idade de 60 anos é precisamente aquele em que na Prussia se observa a maior proporção de tuberculosos.

Em 1800 autopsias de velhos praticadas por Schlesinzer no Hospital Geral de Viena, foram encontrados 500 com lesões tuberculosas pulmonares, das quais 117 eram ativas e graves.

No Hospital São Pedro desta Capital, conseguimos obter a estatística de óbitos por tuberculose pulmonar, nos anos de 1930-31.

- 1930: total homens — 14, sendo dois com mais de 50 anos.
 total mulheres — 21 sendo duas com mais de 50 anos.
- 1921: total homens — 14, sendo um com 50 anos e outro com 48.
 total mulheres — 17, sendo duas com mais de 50 anos e uma com 48.

Fórmas clínicas

A tuberculose do velho pode, sob o ponto de vista anatomico, se apresentar sob a fórmia crônica ou sob a fórmia aguda. As fórmas agudas bem estudadas por Mouretton, Audoin, Barrié, etc., são no velho como no adulto em numero de tres: a granulía ou tuberculose miliar aguda; a pneumonia caseosa ou tísica aguda pneumovicia; a bronco-pneumonia tuberculosa ou tuberculose galopante.

A fórmia crônica oferece a estudar para o lado do pulmão lesões específicas e lesões não específicas.

As lesões não específicas que acompanham a tuberculose do velho, são: o enfisema, a bronquite, a dilatação bronquica e o endurecimento escleroso do pulmão.

As lesões específicas dividem a fórmia crônica em: fórmia ulcerosa comum que é a reprodução, no velho, da tísica crônica banal do adulto; a fórmia bronquitica ou catarral que tem por principal caracter uma expectoração abundante; a fórmia latente que se traduz por uma caquexia progressiva com emagrecimento, tósse, expectoração e algumas vezes dispnéa; a fórmia fibrosa que se observa sobretudo nos artíticos e se mostra frequentemente associada ao enfisema; a fórmia hemoptoica muito comum, caracterizando indiferentemente casos agudos e crônicos; enfim a fórmia pleuritica tem por substratum ás vezes um pleurite persistente, outras vezes um derrame tenaz.

As fórmias agudas de ordinario não se instalam de inopino, o mais das vezes elas sao secundarias e vêm complicar ou terminar a evolução duma tuberculose torpida, pulmonar ou extra-pulmonar sem que possamos estabelecer a relação entre a frequencia do seu aparecimento e a séde do fóco original.

Nas tuberculosos crônicas extra-pulmonares devemos distinguir as alterações tuberculosas e as lesões não específicas.

As localizações extra-pulmonares, nos velhos, são raras; com exceção da pleurisia seca e da pericardite adesiva, que são frequentes, as outras manifestações da tuberculose tão comuns na criança como no adulto (lesões do laringe, dos ganglios, do intestino, do fígado, dos ossos e articulações, da região peri-anal, do epididimo, do anexos etc.), nós encontraremos, sim, raras vezes.

Entre as lesões não específicas que observamos fóra do pulmão nos tuberculosos velhos iremos assinalar as seguintes: a degenerescência graxa do fígado, sem grande hipertrofia; a hipertrofia e a dilatação cardíacas, substituindo a atrofia cardíaca dos tuberculosos adultos; a esclerose renal oposta à nefrite parenquimatosa tão frequente na juventude; a esclerose supra-renal explicando a cór adsoniana de muitos tuberculosos velhos; enfim a associação frequente do cancer à

tuberculose, assinalada anos atraç por Pieot que viu num mesmo pulmão, alterações tuberculosas e uma lesão cancerosa.

Calmette diz que, contrariamente ao que se pensava nestes ultimos anos, a tuberculose pulmonar crônica é muito frequente nos velhos, simulando algumas vezes uma forma particular que os clinicos denominam asma esencial ou enfisema (Hirtz).

Valdés Lambea no seu estudo dedicado á "Tuberculose de los viejos", descreve o tipo do velho tuberculoso magro, palido e fraco; o tipo do tuberculoso obeso, pletorico; o tipo de velho tuberculoso com dispneia asmatiforme e o tipo de velho tuberculoso alepolico. Este mesmo autor diz que o velho tuberculoso obeso, geralmente depois dos quarenta anos, transforma o seu tipo constitucional quando antes, na infancia e na juventude, era um individuo fraco e delgado.

Klevitsk diz que é muito provavel que exista uma relação entre a tuberculose e a asma bronquica, tendo observado entre 423 enfermos de asma a existencia de oito casos de tuberculose pulmonar, ou seja 1,9 %.

Schroeder encontrou entre 4.137 tuberculosos somente 30 asmaticos, ou seja 0,7 %.

Sargent diz que um sindrome clinico identico á bronquite cronica e ao enfisema pulmonar, pode ser realizado por certas formas de tuberculose pulmonar fibrosa, pela analogia dos seus sintomas e de sua evolução.

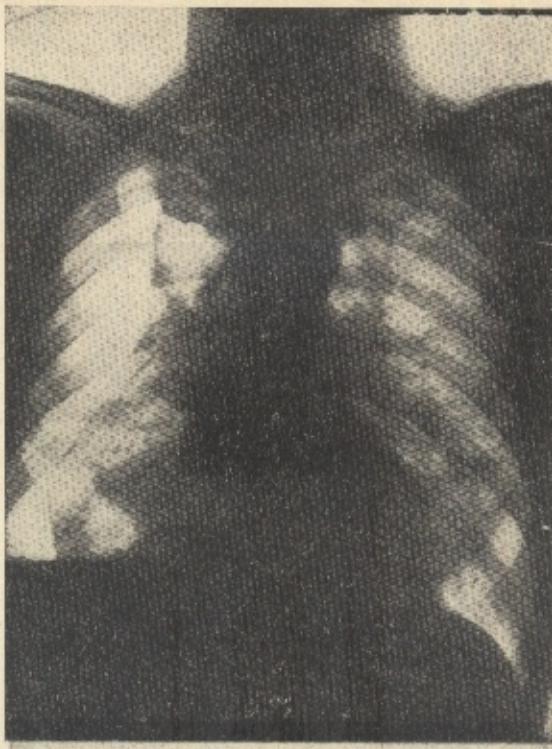
Rist e Ameuille falam numa observação demonstrativa onde a autopsia permitiu reconhecer a dilatação dos bronquios, sobre os quais se desenvolveu tardivamente, uma tuberculose.

Fatinomeyer se refere a um caso de pneumonia caseosa num velho com 56 anos de idade, que iniciou a sua doença com um tisico, com uma evolução crônica e com tendência á cura, beneficiando-se com a aplicação associada do antígeno metilico com o pneumotórax.

Bard fala numa forma anatomo-clínica pela qual o doente que tosse e escarra por periodos, durante os quais ele é copiosamente bacterífero, permanecendo depois, por muito tempo, em bom estado aparente, sobrevindo às vezes surtos febris qualificados de bronquite. Depois progressivamente ele se caquetiza e realiza a forma que o mesmo autor denominou ulcero-fibrosa caquetizante.

Schlesinger lembra que a tuberculose pulmonar dos individuos de idade avançada, transcorre frequentemente sem temperaturas e a exploração fisica acusa somente sintomas de escassa importancia.

Deante de tantas formas clínicas de tuberculose pulmonar dos velhos, concordamos com o que diz Bertier: — E' nos velhos que tosem e escarram que devemos suspeitar uma tuberculose pulmonar, examinando cuidadosamente o pulmão, principalmente, e fazendo repetidos exames de escarro.



Radiografia n.º 5

F. S. — 54 anos.

Esta observação é dum cliente dum nosso colega, sendo a radigrafia feita em o nosso Instituto, onde se nota uma tuberculose pulmonar, cujo exame de laboratorio foi confirmado pela presença do bacilo de Koch no escarro.

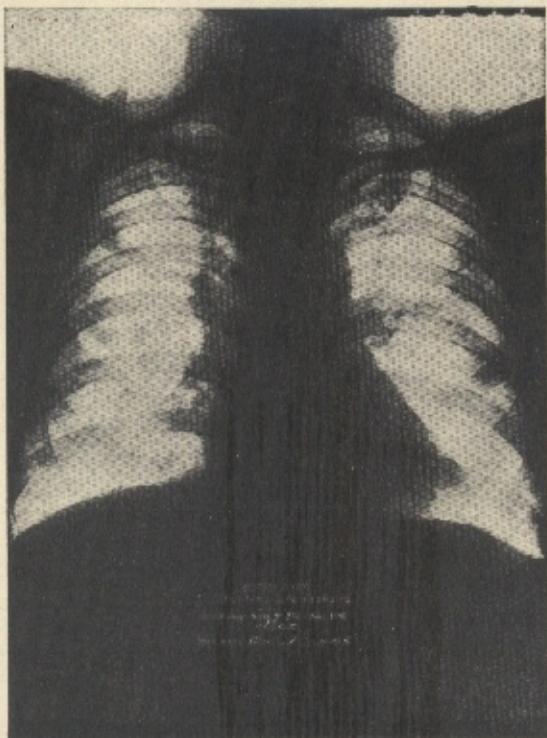
Esquema

Formas clínicas de
tuberculose pulmonar dos velhos

- | | |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Formas agudas | 1) Granulia — tuberculose generalizada ou tuberculose miliar aguda.
2) Pneumonia cascosa ou phtisica pneumonica.
3) Tuberculose galopante ou bronco-pneumonia tuberculosa. |
| Formas cronicas | 1) Forma ulcerosa comum.
2) Forma bronquitica ou catarral.
3) Forma latente.
4) Forma fibrosa.
5) Forma hemoptoica.
6) Forma pleuritica. |

Tratamento

Ao tratarmos um velho atacado de tuberculose pulmonar ou extra-pulmonar, devemos evitar os reacalificantes a adrenalina e a co-esterina, por causa da arterio-esclerose e da tendência à hipertensão. Porém o arsenico e o tanino podem ser muito utéis e são geralmente bem suportados, em certos casos.



Radiografia n.º 6

J. M. — 68 anos.

Este paciente nos procurou, declarando sofrer de uma bronquite há muitos anos e que ultimamente lhe tem prejudicado a ponto de não o deixar trabalhar como outr'ora. Fez uso de um número incalculável de medicamentos (para a bronquite), sem ter obtido resultado.

Ha poucos dias este senhor perdeu uma filha vitimada pela tuberculose pulmonar, declarando-nos não saber como nem de onde ela adquirira a doença.

Dante deste fato praticamos um minucioso exame no sr. J. M. e chegamos à conclusão de ser ele portador de uma tuberculose pulmonar crônica, como muito bem confirmaram o raio X e o laboratório; e a nossa opinião de ser ele o único responsável pela doença de sua filha, sendo ele o seu transmissor.

Os medicamentos mais empregados são: os balsâmicos, os sulfurosos, os tonicos, os amargos. O arsenico, contra-indicado em casos de febre, será prescrito todas as vezes que o rim se alterar; o emprego do óleo de figado de bacalháu exige uma tolerância estomacal perfeita. O

iodureto é um detectável medicamento todas as vezes que o bacilo de Koch habita o aparelho respiratorio; ele congestiona a mucosa bronquica e provoca frequentemente as hemoptises. A revulção pelo iodo ou a terebentina, tão salutar nos jovens, é menos ativa no velho, cujas reações nervosas são mais ou menos enfraquecidas. Quanto ás curas termais, é preciso nos velhos, usá-las com muita prudencia: as aguas sulfurosas só excepcionalmente serão indicadas.

E' necessário evitar as altitudes e o frio, enviando, si for possivel, os doentes para um clima de planicie, longe do litoral; o ar e o calor ser-lhes-ão muito uteis.

Aos velhos portadores de uma tuberculose pulmonar não lhes é recomendavel o tratamento sanatorial, porque o tratamento da tuberculose nos velhos apresenta certas particularidades, oferecendo mais dificuldades que no adulto: o velho dificilmente se sujeita a uma disciplina higienica ou alimentar, custa-lhe muito renunciar a habitos que lhes são caros e que consideram indispensaveis.

Impediremos tambem a super-alimentação, inutil e perigosa, porque o estado dos rins e das arterias contra-indica o uso da carne em grande quantidade e dos lipoides.

Vigiaremos o estado do coração que principalmente tem razões de estar fatigado, nos fibrosos e nos esclerosos com lesões extensas.

A existencia simultanea de uma tuberculose e de uma afecção organica do coração, agrava consideravelmente o prognostico ainda que não exista fenomeno algum de descompensação.

E' preciso não negligenciar a profilaxia do meio em que vive o doente; si fosse possivel impôr, a todos os velhos encatarrados, sem distinção, tanto aos bacilosos reconhecidos, como áqueles cuja tuberculose se reveste da mascara de bronquite, a escarradeira higienica, de bolso e a de mesa, muitas existencias humanas, principalmente crianças, seriam protegidas do contagio da tuberculose.

A higiene do tuberculoso velho exige, como nas outras idades, a estadia prolongada ao ar livre, que se evitem a fadiga, os resfriamentos, a poeira e o fumo.

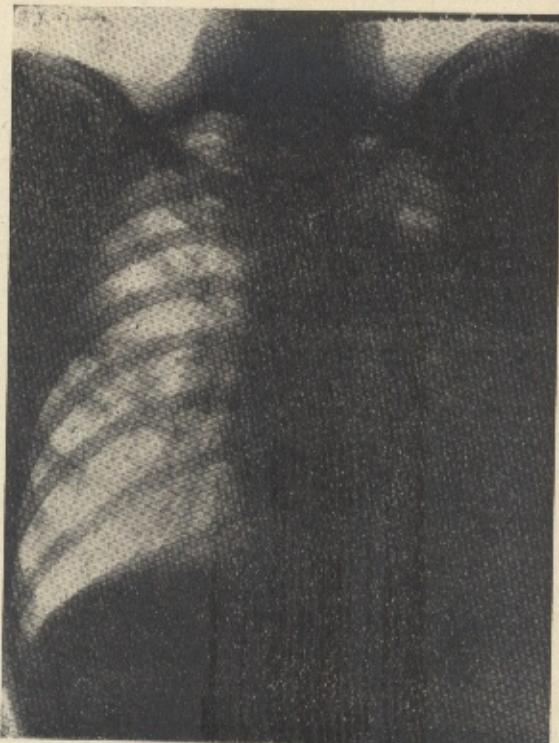
Week falando sobre os resultados da colapsoterapia nos tuberculosos acima de trinta anos declara que os resultados são ainda excelentes, entretanto nesta categoria os accidentes tardios (pleurisia por relaxamento, derrame a vacuo), são mais frequentes.

M. Buequoy termina o seu trabalho intitulado "A auroterapia nos tuberculosos idosos", do seguinte modo: "encastrand o ação dos sais de ouro nas diversas formas de tuberculose, Mollard indica uma porcentagem de melhora de 34 %". Pensamos que nos tuberculosos pulmonares idosos esse algarismo é aplicavel e que, por conseguinte, estes doentes devem aproveitar, tanto quanto possivel, o tratamento aureo, salvo quando houver contra-indicação. Certamente, as formas que evoluem de improviso para a easificação não serão de modo algum influenciadas, mas, em compensação, as formas cronicas com tendência fibrosa poderão tirar um real proveito da auroterapia."

Ainda no tratamento da tuberculose pulmonar do velho, devemos sempre investigar para descobrirmos a existencia de qualquer fator

extra-bacilar que possa intervir na evolução da molestia e no seu tratamento.

O fator diabetico, o fator sifilitico, tão importantes, assim como a acidose tão frequente nos tuberculosos velhos, devem sempre ser pesquisados pelos exames de sangue e de urina.



Radiografia n.º 7

J. J. — 51 anos.

Não é nosso cliente, porém pela radiografia nota-se a presença de uma tuberculose pulmonar, com predominância à E.

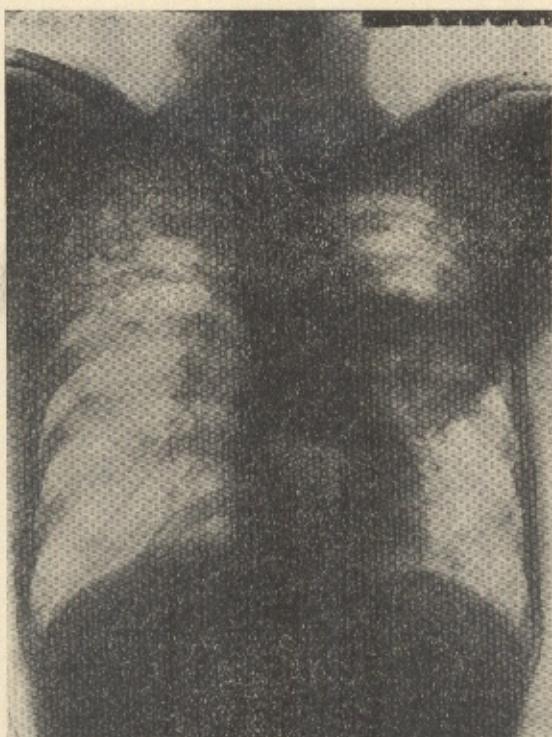
Não devemos nos esquecer do estado funcional do estomago e dos intestinos; da insuficiencia hepatica, insuficiencia renal nos velhos, para melhor orientação terapeutica, quando chegar a occasião precisa de indicarmos o tratamento e o regime higienico-dietetico.

Valdez trata a tuberculose dos velhos com as tuberculinas, considerando-as como produtos mais apropriados nesses casos.

Conclusões

- 1) Pelas estatisticas que conseguimos reunir neste trabalho, fica provado que existe a tuberculose pulmonar nos velhos, com maior frequencia do que se pensava até agora.

2) A nossa observação diária confirma a confusão das diversas formas clínicas da tuberculose do velho em outras afecções do aparelho respiratório, (bronquite, asma, enfisema, dilatação dos bronquios, etc.)



Radiografia n.º 8

A. H. S. — 58 anos.

Fomos chamados para atender uma criança portadora de uma bronco-pneumonia que desde logo despertou a nossa atenção o modo diverso como evoluía esta afecção no pequenino que examinamos.

Verificamos depois, tratar-se de uma bronco-pnunomia de origem tuberculosa. Alguns dias após o falecimento do pequeno veiu ao nosso consultório o sr. A. H. S., avô deste e que com ele convivia para que nós o examinassemos. O exame clínico, radiológico e de laboratório, constataram uma tuberculose pulmonar tiferosa.

Para nós foi este o transmissor da tuberculose pulmonar ao pequenino que acima apontámos.

3) O tuberculoso velho, de boa apariencia, com ou sem escarro bacilífero, é um perigoso elemento no seio da sua família.

4) O tuberculoso velho pode viver muitos anos como provou Peter com um colega seu tuberculoso aos 40 anos, permanecendo trabalhando até aos 92 anos, sempre tussindo.

- 5) As formas clinicas da tuberculose pulmonar dos velhos, que até este momento observamos, foram: forma fibrosa, ulcero caseosa, miliar, hemoptoica, fibro ulcerosa com fibro-tórax e forma caseosa.
- 6) O tratamento da tuberculose pulmonar do velho exige um cuidado extraordinario por parte do tisiologo.

As nossas observações

O numero de clientes observados por nós é bastante elevado, e a todo o momento surgem novos casos que vem confirmar o perigo de contagio, que sempre apontamos, pela convivencia intima, familiar, dos velhos tuberculosos com as criangas.

Estas são sempre as vitimas dos velhos tussidores cronicos tuberculosos, que afirmam com insistencia que em nada prejudica a sua bronquite ou a sua asma; e no entanto diariamente uma familia se esfacela ou vê os seus descendentes morrerem nos primeiros anos de vida.

Tolerancia do ouvido e das fossas nasais aos corpos estranhos

por

J. Valentim

Temos, ás vezes, certo injustificado escrupulo em publicarmos observações de casos clinicos que, apesar de raras, nos parecem banais.

Assim, porem, não pensam os nossos colegas estrangeiros que, como nós, labutam nesta difícil arte de Hipocrate.

Constantemente, encontramos em jornais ou revistas observações de casos que diariamente verificamos na clinica sem nos merecerem um registro jornaleseco.

Será bom ou mau esse nosso habito?

Parece-me que mau, pois em vez de dar uma idéa de modestia, representa, ao contrario, uma certa indiferença e pouco caso pelo que é nosso, pelo que produzimos.

Mas é nosso vezgo antigo acharmos sempre o que é dos outros melhor do que é nosso.

E isto é tão certo, que ha alguns colegas que não se interessam por um assunto por digno de atenção que êle seja, desde que não traga no rotulo que é de fulano de Berlim ou de sierano de Paris.

E deve estar aí a justificativa de muitos individuos darem uma volta pelos arredores da capital e depois dizerem que foram á Europa, á China etc.

* * *

A' pagina 454 de "Les Annales d'Oto-Laryngologie" de 1932, encontramos uma observação de M. Bruas, de um corpo estranho no ouvido de uma joven, durante o longo periodo de 9 anos, sem grandes perturbações.

Sem querermos primazia, poderemos citar um caso em que nossa paciente suportou, conscientemente, durante 12 anos, um grão de feijão no ouvido, sem que lhe trouxesse incomodos tanto para a sensibilidade como para a audição. E diga-se que essa senhora, moradora em uma cidade do interior, quando tal fato se deu, só se lembrou de extraí-lo quando transferiu residencia para esta capital e foi levar uma parente sua ao nosso consultorio para ser examinada. A principio duvidamos da veracidade de sua narração, mas consentindo que a examinassemos, constatamos logo que havia algo de anormal em seu ouvido externo E, que mais nos pareceu cerasun que outra cousa, não obstruindo por completo o conduto. Feita uma lavagem com o enema nesse orgão, saiu um corpo duro e escuro, que examinado com

cuidado, verificamos que se tratava, de fáto, de um grão de feijão completamente seco, envolto em densa camada de cerumen.

Não fosse essa casualidade, naturalmente continuaria esse corpo estranho por toda a vida!*

* * *

Com menos tempo, temos observado outros, como o de uma menina de 12 anos que, segundo sua mãe, quebrou um lapis de ardósia no ouvido, de $1\frac{1}{2}$ cms. de comprimento, mais ou menos, cujo fragmento aí permaneceu durante 7 anos, produzindo de quando em vez certo mal estar.

Esse corpo estranho tambem foi extraído envolto em cerumen.

Parece-nos que aí está o segredo da tolerancia tão grande do ouvido para os corpos estranhos: a propria natureza envolve-os de uma substancia que lhes abranda as arestas duras e irritantes.

* * *

Das fossas nasais, tivemos dois que reputamos de longa data, pois um era o de uma menina de uns 8 anos mais ou menos, que reteve em sua fossa nasal D um fragmento de papel, pelo espaço de um ano, sem poder extraír por falta de especialista. Seus sintomas principais eram obstrução dessa fossa nasal e coriza unilateral fetida.

* * *

Uma outra criança que tambem tratamos, de 5 anos de idade, permaneceu 8 meses com um fragmento de madeira, das dimensões de um pau de fosforo, na fossa nasal D, sem que os pais dessem por tal. Essa criança tomou uma serie de sulfo-arsanal, por suspeita de que essa coriza **uni-lateral** fetida fosse de origem sifilitica.

Sociedade de Medicina

Atlas

Ata da sessão realizada a 24 de março de 1933 em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Sob a presidencia do prof. Thomaz Mariante, servindo de secretario o abaixo assinado e com a presença dos socios snrs. drs. Thomaz Mariante, Plinio Gama, Saint Pastous, Carlos Hofmeister, Carlos Bento, Nicolino Rocco. C. J. Kanan, Decio Martins Costa, Raul di Primio, Decio Souza, Leonidas Escobar, Ary Vianna, Ivo C. Meyer, Baptista Hofmeister, Norman Sefton, Martim Gomes, Ricaldone, Pedro Maciel, Adayr Araujo, Florencio Ygartua, Alvaro Ferreira, Waldemar Job, Mario Bernd e Loforte Gonçalves, o snr. presidente abriu a sessão. Em seguida pediu a palavra o dr. Carlos Bento, que informou á casa ter sido publicada no Rio a primeira Revista Brasileira de Tuberculose, isto é, o seu primeiro numero, pelo que propunha que a diretoria desta Sociedade oficiasse á Sociedade Brasileira de Tuberculose congratulando-se por esta publicação; posta em votação foi unanimemente aprovada. Passando-se á ordem do dia, foi dada a palavra ao dr. Nicolino Rocco, que fez o necrologio do prof. Bruschetini e terminou lendo a primeira comunicação sobre a tuberculose que este professor fez á uma sociedade medica italiana e propunha que dito comunicação fosse apensada a esta ata; posta em votação foi unanimemente aprovada. Em seguida foi concedida a palavra ao dr. Saint Pastous, que leu sua conferencia sobre "a situação atual do ensino medico de Radiologia nos diversos paizes do mundo"; terminada a leitura pediu a palavra o dr. Carlos Bento para propôr que esta Sociedade dirigisse um apelo á Faculdade de Medicina desta capital no sentido de fazer funcionar o curso de radiologia, sendo que este apelo deveria ser instruído com o trabalho impresso óra lido; o snr. presidente propõe que também no mesmo sentido se deveria oficial o quem de direito; o dr. Decio Martins Costa propõe que se pedisse o apoio das Sociedades de Medicina existentes no país afim de reforçarem o apelo desta Sociedade; o dr. Ivo Corrêa Meyer propôz que o trabalho do dr. Saint Pastous servisse de base para o estudo desta disciplina; sendo postas em votação as propostas acima foram todas aprovadas; pedindo a palavra o dr. Saint Pastous, agradeceu o interesse tomado pela Casa e propõe que não se tome estas atitudes, pois o seu trabalho nada mais era que unicamente a primeira parte de um trabalho mais completo que está elaborando, relatando suas "demarches" no Rio de Janeiro junto ao governo e assim pedia que se não fizesse o apelo; posta em discussão falaram os drs.: Decio Martins Costa que, em vista

do exposto pelo conferencista, propôz o adiamento do procedimento desta Sociedade; o dr. Carlos Bento vota a favor da nova proposta do dr. Decio e justifica seu voto; o prof Ivo Correa Meyer vota também com a proposta do dr. Decio e propõe ainda que se consigne em ata um voto de louvor ao dr. Saint Pastous pelo seu brilhante trabalho; postas em votação estas últimas propostas foram unanimemente aprovadas. Devido ao adiantado da hora o snr. presidente encerrou a sessão, marcando para a ordem do dia da próxima reunião uma conferência do dr. Faria Góes intitulada "uma especialização da medicina, digo, "uma nova especialização médica — a medicina de aviação — sua prática no Brasil"; fará a apresentação do conferencista o dr. Raul di Primio e discussão e aprovação do Regulamento da biblioteca. Para constar lavrei a presente ata, que assino com o snr. presidente.

Dr. Thomaz — presidente.

Dr. Ary Vianna — 1.^o secretario.

Ata da sessão realizada a 31 de março de 1933 em uma das salas do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Sob a presidencia do prof Thomaz Mariante, servindo de secretário o abaixo assinado e com a presença dos snrs. drs. Gaspar Faria, Raul di Primio, Ivo C. Meyer, Annes Dias, Antero Sarmento, C. J. Kanan, Decio Souza, Carlos Bento, Loforte Gonçalves, Plínio Gama, Mario Bernd, Poly Espírito e Homero Jobim, o snr. presidente abriu a sessão, informando que por motivo de força maior o dr. Faria Góes não podia fazer sua anuncuada conferência. Passando-se em seguida á ordem do dia, foram previamente lidas as atas das sessões dos dias 17 e 24 do corrente, que foram aprovadas unanimemente sem discussão; no expediente foi lido um ofício datado de 25 do corrente da Sociedade de Medicina de Santa Maria comunicando a posse de sua nova diretoria, bem como o ofício de resposta. Passando-se ás proposetas dos novos sócios, foram apresentadas as seguintes: pelo snr. presidente — o dr. José Acioly Peixoto; pelo prof. Ivo C. Meyer — o dr. Ary Antonio Pinto; pelo prof. Annes Dias — o dr. Heitor Cirne Lima pelo docente Decio de Souza — o dr. Luiz Sarmento Barata e pelo dr. E. J. Kanan — o dr. Sergio Machado Moreira — sendo que estas proposetas foram feitas para sócios efetivos. Em seguida foi discutido o projeto de Regulamento da Biblioteca apresentado pelo docente Decio de Souza, ao qual apresentaram emendas os drs. Mario Bernd, Pedro Maciel e o snr. presidente, ficando sua redação final aprovada pela forma abaixo: Art.^o 1.^o — A biblioteca da Sociedade de Medicina de Porto Alegre compõr-se-á de revistas adquiridas mediante assinatura ou troca com os Arquivos Rio Grandenses de Medicina e de livros ou qualquer outra publicação oferecidos á Sociedade — Art.^o 2.^o — A biblioteca ficará sob a fiscalização mediata do secretario geral da Sociedade e imediata de um bibliotecario. Inicialmente a gerencia dos Arquivos acumulará as funções de bibliotecario. — Art.^o 3.^o — A biblioteca funcionará em sala apropriada, em lugar central, provisoriamente das 10 ás 12 e das 14 ás 17 horas. § 1.^o — A obtenção das revistas, livros ou qualquer outra publicação, durante as horas de leitura na sede da biblioteca, far-se-á mediante um talão em

que figurarão a assinatura do leitor, o titulo da obra e sua data; — § 2.^o — esse talão será devolvido ao leitor mediante a entrega da obra ao bibliotecario. — Art.^o 4.^o — Os numeros de revistas, livros ou qualquer outra publicação não poderão sair da sede da biblioteca. — Art.^o 5.^o — Ao bibliotecario cumpre: a) ordenar as revistas, livros ou qualquer outra publicação em fichario cujo sistema será ulteriormente estudado; b) estar presente na sala de leitura durante o expediente. — Art.^o 6.^o — As revistas, livros ou qualquer outra publicação, só serão expostos á disposição, digo, só serão postos á disposição dos socios sete dias após o recebimento. — Art.^o 7.^o — Ao secretario geral da Sociedade cumpre convidar um certo numero de socios aos quais serão entregues as revistas, livros ou qualquer outra publicação durante os primeiros sete dias e que se obrigarão a fazer resumos dos principais artigos e criticas dos livros ou qualquer outra publicação para serem lidos nas sessões da Sociedade e publicados nos Arquivos Rio Grandenses de Medicina. Passando-se ás comunicações verbais, pediu a palavra o dr. Mario Bernd, que relatou um caso de tolerância excepcional a estricinina; comentaram o prof. Annes Dias e o docente Decio Souza; em seguida o docente Decio Souza, a titulo de nota previa, comunica um caso de mal epileptico complicado de edema agudo do pulmão, sequente a uma punção sub-occipital; foi comentado pelo docente Mario Bernd; em seguida o snr. presidente comunica as pesquisas feitas, na 20.^a enfermaria, de carotina em casos de anemias secundárias e de Biermer; esta comunicação foi comentada pelo prof. Annes Dias e pelo dr. Homero Jobim. Não havendo mais comunicações verbais a serem feitas e devido ao adiantado da hora, o snr. presidente encerrou a sessão, marcando para a ordem do dia da proxima reunião uma conferencia do dr. Norman Sefton sobre reações microcristalográficas em medicina legal (algumas sugestões a respeito). Para constar lavrei a presente ata que assino com o presidente.

Dr. Thomaz — presidente.

Dr. Ary Vianna — 1.^o secretario.

Ata da sessão realizada a 7 de abril de 1933 em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Sob a presidencia do dr. Thomaz Mariante, servindo de secretario o abaixo assinado e com a presença dos socios snrs. drs. Thomaz Mariante, Ary Vianna, Gabino da Fonseca, Hugo Ribeiro, Carlos Hofmeister, Norman Sefton, Homero Fleck, Coradino Lupi Duarte, Floreneio Ygartua, Raul di Primio, Helmuth Weimann, Luiz Fayet, Fernando Villeroy Schneider, Carlos Bento, Alvaro Ferreira, E. J. Kannan, Homero Jobim, Loforte Gonçalves, Decio Martins Costa, Mario Bernd, Couto Barcellos, Plínio Gama e Gaspar Faria o snr. presidente abriu a sessão. Em seguida foi lida a ata da sessão anterior, que foi aprovada unanimemente, sem discussão; logo após foram votadas as propostas para socios efetivos, tendo sido aprovadas unanimemente, tornando-se, portanto, socios efetivos os snrs. drs. José Acioly Peixoto, Ary Antonio Pinto, Luiz Sarmento Barata, Heitor Cirne Lima e Sergio Machado Moreira, ficando a primeira secretaria encarregada pelo snr. presidente de officiar aos novos socios. Em seguida foi dada

a palavra ao dr. Norman Sefton, que fez sua conferencia intitulada "reações microeristalográficas em medicina legal (algumas sugestões a respeito); posta em discussão, falaram os drs. Helmuth Weimann e Mario Bernd; em votação, foi aprovada unanimemente. Em seguida pediu a palavra o dr. Plínio Gama, presidente do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul, dizendo que, por uma deferência especial vinha pessoalmente convidar a Sociedade para nomear um seu representante, que juntamente com o Sindicato e Associações médicas do Estado, combinasse medidas afim de serem postas em execução as exigências do decreto que regulamenta o exercício de medicina; posta em discussão, pediu a palavra o dr. Homero Fleck, para propor que o snr. presidente fosse o representante desta Sociedade; posta em votação, foi unanimemente aprovada. Em seguida o snr. presidente agradece sua nomeação, prometendo tudo emvidar em benefício da classe e da Sociedade. Após o snr. presidente nomeia uma comissão composta dos snrs. drs. Raul di Prímo, Decílio de Souza e E. J. Kanan, para organizar definitivamente a biblioteca, tendo sido aprovada unanimemente. Dado o adeantado da hora, o snr. presidente encerra a sessão, marcando uma reunião especial para o dia 19 do corrente, na qual o dr. Faria Góes provavelmente fará sua anunciada conferencia, dependendo unicamente da resposta de um ofício que esta Sociedade enviou ao snr. Chefe da Aeronáutica, pedindo a permanência do aludido colega até aquela data. Para constar, lavrei a presente ata, que assino com o snr. presidente.

Dr. Thomaz — presidente.

Dr. Ary Vianna — 1.^o secretário.

Ata da sessão especial realizada a 24 de abril de 1933 no salão nobre da Faculdade de Medicina.

Sob a presidência do dr. Thomaz Mariante, servindo de secretário o abaixo assinado e com a presença de senhoras, autoridades civis e militares, a médicos e estudantes de Medicina, o snr. presidente abriu a sessão, convidando para tomar parte á mesa o dr. Chefe do Serviço de Saúde da 3.^a Região Militar; em seguida o snr. presidente comunica á casa que esta sessão especial havia sido convocada afim do dr. Faria Góes, médico da Aviação Naval, fazer uma conferencia intitulada — uma nova especialização médica — a Medicina de Aviação — sua prática no Brasil — e que o conferencista ia ser apresentado pelo dr. Raul di Prímo, a quem concedeu a palavra. O dr. di Prímo, em discurso, faz a apresentação do dr. Faria Góes. Após o snr. presidente concede a palavra ao conferencista, que lê, então, o seu trabalho. Terminada a leitura, uma prolongada salva de palmas se fez ouvir, tendo o conferencista sido muito felicitado. Em seguida o snr. presidente agradece a comparecência das senhoras, autoridades, médicos e estudantes, dizendo não felicitar o dr. Faria Góes porque a felicitar cabe á Sociedade de Medicina, que teve o ensejo de apreciar tão interessante conferencia, encerrando em seguida a sessão. Para constar, lavrei a presente ata, que assino com o snr. presidente.

Dr. Thomaz — presidente.

Dr. Ary Vianna — 1.^o secretário.

Assuntos de atualidade

CONGRESSO INTERNACIONAL DE LUTA CIENTIFICA E SOCIAL CONTRA O CANCER

Sob o patrocínio do sr. Presidente da Republica Espanhola, deverá reunir-se, em Madrid, de 25 a 30 de Outubro de 1933, um Congresso Internacional de Cancerologia de caráter científico-social, com duas secções: Social e Científica, cada uma com quatro subsecções. Será também organizada uma Exposição Internacional de Cancerologia no que diz respeito á aparelhos, ao cancer experimental, aos modelos de Institutos e Hospitais, á bibliografia cancerologica, em todos os idiomas, etc.

SECÇÃO CIENTIFICA

Biologia da celula cancerosa.

- a) Excitantes da divisão celular.
- b) Metabolismo da celula cancerosa.
- d) Cancer experimental.
- c) Cultura de celulas cancerosas.

Diagnóstico precoce do cancer.

- a) Préancer.
- b) A biopsia no diagnóstico do cancer.
- c) Diagnóstico biológico do cancer.
- d) Possibilidades da radiografia no diagnóstico do Cancer.

Tratamento do cancer.

- a) Quimioterapia.
- b) Electroterapia no Cancer.
- c) Curicoterapia.
 - 1) Telecuricoterapia.
 - 2) Curicoterapia intranéoplasica.
 - 3) Técnica para obter a melhor seletividade da radiação.
- d) Roentgenterapia.
 - 1) Fracionamento e protração da radiação Roentgen no tratamento do cancer.
 - 2) Ação comparativa das radiações Roentgen e gama sobre a celula cancerosa.

Tumores do Sistema Nervoso.

- a) Anatomia dos tumores do sistema nervoso central.
- b) Anatomia dos tumores do sistema nervoso periferico.
- c) Diagnóstico dos tumores intracranianos.
- d) Cirurgia dos tumores intracranianos.

SEÇÃO SOCIAL**Cancer profissional.**

- a) Cancer industrial.
- b) Legislação geral contra o cancer.
- c) Seguros contra o cancer.

Estatística do cancer.

- a) Estatística demográfica.
- b) Cancer das raças.

Organização da luta contra o cancer.

- a) Organização dos centros anticancerosos.
- b) Organização de um bureau internacional permanente de Luta contra o Cancer relacionado com a Sociedade das Nações.
- c) Ensino prático do medico.

Profilaxia anticancerosa.

- a) Educação do público contra o cancer.

CONFERENCIAS

- 1) Organização da luta social contra o Cancer.
- 2) Conceito histológico da malignidade dos tumores.
- 3) Novas orientações na terapêutica do Cancer.
- 4) Possibilidades terapêuticas do Radium.
- 5) Resultados da Cirurgia e da Curioterapia no Cancer do útero.

Foi nomeado o Dr. JULIO BEJARANO como secretário-geral,
Atocha, 104. Madrid.

**CONGRESSO INTERNACIONAL PARA A PROTEÇÃO DA
INFÂNCIA**

Realizar-se-á um Congresso Internacional para a Proteção da Infância, sob a presidência do sr. Paul Strauss, antigo ministro da Higiene e Membro da Academia de Medicina, em Paris, de 4 a 9 de Julho de 1933.

Os trabalhos constarão de 8 secções, assim discriminadas:

1.^a secção: Maternidade.

Consultas prénatais.

Presidente da secção: Dr. Couvelaire.

2.^a secção: Primeira Infancia.

Da importancia da educação técnica das mães na luta contra a mortalidade infantil.

Presidente da secção: Dr. Mouriquand.

3.^a secção: Segunda infancia (crianças de 3 a 14 anos).

Vigilancia do desenvolvimento fisico da criança durante o periodo escolar.

Presidente da secção: Dr. Dufestel.

4.^a secção: Adolescencia.

Vigilancia do desenvolvimento fisico da de 14 a 18 anos.

5.^a secção: Infancia Anormal.

Acerca dos meios praticos de ensinar um oficio aos anormais psíquicos e de favorecer seu exercicio.

Presidente da secção: Dr. G. Paul-Boncour.

6.^a secção: Serviço Social.

Assistencia social da criança de idade escolar.

Presidente da secção: Dr. P. Armand-Delille.

7.^a secção: Secção Jurídica.

Organização da tutela legal do filhos naturais.

Presidente da secção: Sr. Leredu.

8.^a secção: Comunicações diversas.

Questões relativas á proteção materna e infantil que não entram no quadro das questões propostas nas outras secções.

KANAN.

2.^o CONGRESSO MEDICO SINDICALISTA

Deverá realizar-se em a nossa linda Capital na 2.^a quinzena de Junho proximo futuro, o 2.^o congresso medico sindicalista. Para esse certamen a comissão encarregada de sua organização pelo S. M. R. S. não tem poupado esforços. As teses oficiais, em numero de 12, encerrando os mais interessantes assuntos profissionais e sociais são as seguintes:

- 1.^o — O papel do Medico na organização do estado moderno.
- 2.^o — O papel do medico em face da limitação da natalidade.
- 3.^o — O medico e o estado de funcionario publico.
- 4.^o — O medico nas escolas.
- 5.^o — Regulamentação da Assistência Pública Hospitalar.
- 6.^o — Casa do Medico.
- 7.^o — Seguro — doença.
- 9.^o — A falta de colaboração das demais coletividades, fator da má organização da medicina social.

- 10.^o — As reivindicações da classe médica no Brasil e seus principais impecilhos.
- 11.^o — Ensino médico e exames por decreto.
- 12.^o — Amparo e assistencia ao estudante de medicina.

Além destas teses, cujos relatores serão escolhidos entre membros dos diversos Sindicatos do Brasil, qualquer sindicado poderá apresentar a sua tese sobre os problemas profissionais e sociais que mais interesse lhe merecerem.

1.^o — Por essa ocasião pretende a Sociedade de Medicina de Porto Alegre organizar as jornadas médicas rio-grandenses, nas quais serão ventilados os mais modernos temas médicos cirúrgicos. 2.^o — A comissão já obteve 30% de abatimento nas passagens para os congressistas na Comp. Nacional de Navegação Costeira e espera obter as mesmas vantagens com as demais companhias de transporte, Viação Ferreas e Hoteis. 3.^o — Aos colegas do interior que queiram participar do congresso e das jornadas pedimos o obsequio de enviarem á sede do Sindicato Médico com a maior urgencia a sua adesão.

Revista das Repistas

Sobre a determinação oscilométrica da pressão mínima. — Dr. J. Barbosa Corrêa e Ddo. Carlos de Oliveira Bastos — in Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXV, 95, fevereiro de 1933.

Examinando 80 casos para fazer o estudo comparativo entre as técnicas oscilométricas por compressão e descompressão progressivas da braçadeira os autores encontraram os seguintes resultados:

1 — pelo processo da descompressão a Mn. foi determinada em 56 casos (70%) e impossível em 24 (30%). Nos primeiros as curvas oscilométricas eram do tipo I de Gomez; nos segundos do tipo II e III.

2 — pelo processo da compressão a Mn. pôde ser determinada em 75 casos (93,75%) e impossível em 5 (6,25%). Nestes 5 casos a determinação foi impossível pelo primeiro método.

3 — dos 56 casos cuja Mn. pôde ser determinada pelos 2 métodos, permitindo assim um estudo comparativo, o valor da Mn. esteve de acordo em 39 casos (69,6%); houve uma diferença de 1 cm. de Hg. entre as duas técnicas em 16 casos (28,6%) ora em favor do método ascendente ora em favor do descendente; em 1 caso apenas (1,8%) a diferença foi de 2 cm. de Hg.

4 — a pressão Mx. estava concorde com os dois métodos em 45 casos (56,25%); houve uma diferença de 0,5 a 1 cm. de Hg. em 32 casos (40%) e diferença de 2 cm. de Hg. ou mais em 2 casos apenas (2,5%).

5 — a pressão média pelos dois processos (considerando no caso de planaltos o valor intermediário) concordou em 44 casos (55%); houve diferença de 1 cm. de Hg. ou menos em 33 casos (41,2%) e de mais de 1 cm. Hg. em 3 casos (3,8%).

6 — o índice oscilométrico, pela técnica que os autores seguiram (primeiramente a descompressão e em seguida a compressão) era maior pelo processo da compressão em 70 casos (87,5%); igual em 8 casos (10%) e menor em 2 casos (2,5%).

7 — as curvas oscilométricas têm realmente os tipos mais variáveis; mas pôdem ser esquematizadas nos 3 tipos de Gomez.

8 — sem dúvida a técnica da compressão progressiva da braçadeira facilita muito a medida da mínima.

Hidronefróse e vaso aberrante — Considerações a propósito de 2 casos — Dr. Athayde Pereira — in Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXV, 107, fevereiro de 1933.

O autor apresenta dois casos de hidronefróse e vasos aberrantes. Nos dois casos o diagnóstico foi confirmado pela pélagrafia, que mostrava um cotovelo angular juxtapiálico, sem outro motivo que pudesse justificar a grande estase urinária.

A operação provou o diagnóstico pelo encontro do vaso aberrante (arteria) proveniente da nora abdominal.

O autor concluiu que apesar das controvérsias existentes sobre a genese das hidronefroses por vasos aberrantes, nos casos relatados, o vaso produziu a hidronefrose como obstáculo mecânico e fator primário.

Nossa experiência sobre anestesia epidural — Dr. Henrique Arouche de Toledo — in Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXV, 117, fevereiro de 1933.

O autor cita diversas estatísticas e resultados obtidos por meio da anestesia e os trabalhos publicados entre nós. Aborda a anatomia da região e o necessário para o desenvolvimento deste meio de anestesia. Descreve sua técnica frisando suas vantagens, o título das soluções empregadas, com base sobre uma experiência de mais de 100 casos.

Cita os inconvenientes do método e os meios possíveis de os evitar, dizendo ser a melhor maneira de anestesia quando se deve agir sobre o terreno perianal. Seu emprego em Urologia, Ginecologia e Obstetrícia é de real valor. Terminando apresenta 100 casos feitos em operações de fistóse, prostatectomia por via suprapubica e perianal (op. Voëling), hemorroides, fistulas perianais e fissuras, feitas no serviço cirúrgico do prof. Alves Lima, na Santa Casa, no Hospital Militar da Força Pública e no Hospital Alemão.

Conclui, dizendo ter obtido 92% de boas anestesias, em três casos sem sucesso, de todo, e em três casos foi obrigado de completar a anestesia pelo eloxílico.

Fecundação artificial — A respeito de um caso — Dr. Oliveira Pirajá — in Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, XXV, 131, fevereiro de 1933.

O autor começa o seu trabalho dizendo não querer considerar o problema da fecundação artificial unicamente sob o aspecto científico, afim de evitar discussões inuteis.

Estende-se em considerações sobre a raridade da indicação da prática e sobretudo do resultado de fecundação artificial.

Explica duas modificações da técnica usual introduzidas no seu caso com bom resultado: 1.º a prova da permeabilidade tubária, pelo método de Rubin, feita pela auscultação, apenas com a sonda de Rubin munida dum pequeno intermediário de cautechú e duma seringa de 5 cc. cheia de ar atmosférico; 2.º o ato mesmo da fecundação artificial feita com a própria sonda de Rubin que serviu na prova anterior e uma seringa de 2 cc. cheia de esperma retirado do condón apôs o coito.

Relata a observação completa do seu caso de fecundação artificial numa mulher estéril após seis anos de casamento, e na qual foi feito o diagnóstico de esterilidade por causa mecânica (Retro-versio-flexio-uteri). O esperma empregado foi do próprio marido, obtido apôs um coito condomado. O caso coroado de sucesso foi acompanhado até oito meses apôs o parto a termo.

O autor diz finalmente que em seu caso pretendem apenas um controle rigorosamente científico e uma absoluta probidade profissional, ajudar a natureza, onde pensou que o seu auxílio foi útil, e contentar o desejo dum casal que pretendia atingir o fim social do casamento: a conservação da espécie.

KANAN.

51.51

Dreno de borracha incrustado no parenquima renal — L. Frankenthal — Leipzig — Alemanha (Inkrustiertes Gummidrain im Nierenparenchym).

Zentralblatt für Chirurgie — n.º 3 — 1933 — pagina 147.

O autor relata a observação duma doente, na qual fora feita uma pielotomia posterior por caleculo renal, com posterior drenagem por um tubo de borracha, que foi retirado dias após sob anestesia.

A paciente, entretanto, não ficou livre de suas perturbações, e exames posteriores, quando baixada á clinica de Frankenthal, revelaram a presença dum corpo estranho no rim em questão.

Novamente submetida a uma intervenção, foi retirado, em pedaços, um tubo de drenagem de borracha de 5 centimetros de comprimento, por 5 milímetros de largura.

Sequencia operatoria normal e a paciente teve alta curada.

Lembra o autor, que quando houver necessidade de drenagem, a mesma seja feita com gaze ou se for empregado um dreno de borracha, o mesmo tenha no minimo a largura dum centimetro, e que quando for retirado, deverá ser perfeitamente examinado, para que a ruptura, caso houver, seja desde logo descoberta.

EICHENBERG.

Osteosintese por Dr. W. Gross — Hamburgo — Alemanha.

(Zur Fixation reponierter Bruchflächen).

Zentralblatt für Chirurgie — N.º 2 — 1933 — pagina 75.

O autor principia por relatar os inconvenientes das osteosinteses por materiais estranhos ao organismo, e confessa não ser partidário das mesmas.

Resaltando o valor do emprego do material osteo-plastico, cita duas técnicas que tem empregado nas fraturas obliquas do humero e ossos do antebraço. No primeiro caso fixa as extremidades ósseas por um manguito de aponevrose, suturado no periosteio e no segundo empregá um retalho do tendão do grande palmar, aplicado circunferentemente ao nível da fratura.

Após, contensão em aparelho ou goteira gessada.

Lembra para a fratura do femur o emprego de material retirado do costureiro.

Tecnica da fistula intestinal, com relação a sua futura oclusão expontânea — Dr. Dimiter Sarafoff.

(Zur Technik der künstlichen Darmfistel mit Hinblick auf ihren späteren Spontanverschluss).

Zentralblatt für Chirurgie — N.º 4 — 1933 — pagina 198.

O autor estuda as indicações e contra-indicações dos varios métodos e técnicas empregados nas fistulas intestinais, tanto do grosso intestino, como do intestino delgado.

Acha que o metodo de Witzel, não dá vasão suficiente ao conteúdo intestinal, enquanto que o tubo de Mixter deixa uma fistula, que deverá ser após, fechada operativamente.

Sarafoff, reúne ambos os métodos aproveitando as indicações dos mesmos, e por meio duma sutura em bolsa de tabaco e varios pontos, forma em redor da parte do tubo de Mixter que penetra no interior do intestino, um manguito de parede intestinal, serosa contra o vidro e mucosa olhando para o lumen do intestino.

Ao ser retirado o vidro o manguito se retrae e obstrue facilmente a luz da fistula. — Apresenta um certo numero de observações, de pacientes submetidos ao seu processo, com excelente resultado.

EICHENBERG.

Sobre o diagnostico e tratamento das estenoses cicatriciais do esofago — R. Deme.
(Der Wandel in der Diagnose und in der Behandlung der narbigen Oesophagusstenosen).

Zentralblatt für Chirurgie — n.º 4 — 1933 — pagina 194.

Demel faz um estudo historico sobre o diagnostico e tratamento das estenoses cicatriciais do esofago. — Lembra a dificuldade na determinação da impermeabilidade ou permeabilidade da estenose, ponto basico para a orientação terapeutica.

Cita o metodo da sonda eletrolitica, mostrando suas vantagens sobre os outros meios diagnosticos, descrevendo a tecnicia do processo.

Apresenta duas interessantes observações, onde os outros meios diagnosticos fisicos e quimicos, tinham dado a estenose como impermeavel, diagnostico este, destruido pelo metodo da sonda eletrolitica, que veio verificar a permeabilidade da estenose, levando o cirurgião ao tratamento pela sondagem e dilatação.

Em vista dos resultados obtidos, lembra que antes do cirurgião tomar uma atitude definitiva em relação ao metodo de tratamento duma estenose cicatricial do esofago, deverá sempre usar o metodo da sonda eletrolitica, e só quando esta tambem demonstrar a impermeabilidade, deverá lançar mão da plastica do esofago.

EICHENBERG.

Publicações

ARGENTINA

El Día Médico N.º 32 — Marzo — 1933.

(Buenos Aires)

Dr. Helion Póvoa — Dos originalidades Brasileñas.

Dr. Gabriel Peco — Diagnóstico diferencial entre colecistitis crónicas y úlcera duodenal.

Dr. Leonardo C. Perrusi — La orientación psicologica del Instituto biotipológico argentino.

N.º 33 — Marzo — 1933.

La Semana Médica N.º 10 — Marzo 9 — 1933.

(Buenos Aires)

Oftalmología — Alteraciones óbito-oculares en las fracturas craneanas.

Lesiones del nervio óptico; exoftalmus pulsátil, por los Drs. Prof. Raúl Argañaraz y José A. Sena

785

La Provisión de pan a los hospitales municipales de Buenos Aires — Estudio técnico y administrativo. Informe elevado a la Superioridad por el profesor Pedro Escudero ;

805

El contralor periódico del estado de la salud, por el Prof. Gregorio Aráoz Alfaro y la Dra. Teresa Malamud

812

Osteoartropatía tabérica de la columna lumbar tratada por injerto de Albee, por el Dr. José Alberto Caeiro

816

Tuberculosis del tractus tirogloso, por los doctores Roberto C. Ferrari y Miguel Eduardo Jörg

821

Tuberculomas del fondo de saco subenadripcital y tuberculoma solitario de la Médula, por los Drs. Luis A. Weber y Enrique H. Lago-marsino

826

N.º 12 — Marzo 23 de 1933.

965

Doctor Luis Samengo — En Buenos Aires el 14 de marzo de 1933

Contribución experimental al estudio de la patogenia y fisiopatología de las enfermedades distróficas epifisiarias en la edad de crecimiento, por el Dr. Aníbal S. Introzzi

968

Toxicología — "Estadísticas de intoxicaciones", por los Drs. Alfredo Buzzo y Rogelio E. Carratalá

980

Cátedra de Semiología del Prof. T. Padilla — "Sobre un caso complicado de hemorragia meníngea y cerebelosa, Paquimeningitis hemorrágica interna diagnosticada en vida", por los Drs. Rodolpho Dassen y Francisco Martínez

984

Anginas y electrargol, por el Dr. Pablo Lernoud

987

Sobre um caso de enfermedad de Küssmaul — Maier (Periarteritis nudosa), por los Drs. Mauricio della Paolera y Donato Vivoli	990
Biología — Gangrena pulmonar experimental por Eugenio M. Etchegoin. (Colaboración diréta)	998
Cáncer de estómago a forma de anasacea, por el Dr. Miguel Joselevich	1000
Clinica quirúrgica — Sobre um caso de equinococosis perritoneal múltiple, clínicamente primitiva, por los Drs. Manuel Cieza Rodríguez y José M. Mainetti	1003
Ateneo de Clínica Médica. (Catedra del Prof. Pedro Escudero). — Novena sesión: agosto 20 de 1932. Presidente: Dr. Juan L. Silvestre. Secretario: doctor Augusto Casanegra.	1009
Química biológica — Estudios bioquímicos sobre lactobacterias, por el Dr. Pedro V. Cernadas	1031
Parasitología — Nota previa sobre una nueva aplicación del método de Giemsa para la coloración de los protozoos fecales, por Eduardo Suárez Pelegrín. (Colaboración directa).	1036
Sugestiones al Colegio Médico, por el Dr. F. Charovsky	1037

N.º 13 — Marzo 30 de 1933.

Clínica Médica — La presión media dinámica en la insuficiencia auricular, por el Dr. Carlos P. Waldorp	1041
El tratamiento dietético de enfermos del corazón, por el Prof. Dr. Hugo Salomon	1045
Clinica quirúrgica — Tratamiento de las infecciones agudas piógenas en su aspecto quirúrgico, por el Dr. Pablo L. Mirizzi	1052
Miocarditis tifica con trastornos de conducción aurículo ventricular, por el Dr. Isaac Natán	1069
Submaxilitis y wartonitis. Obstrucción del conducto de Warton, por el Dr. Arnaldo Yódice	1074
Otorrinolaringología — Interpretación de la evolución mastoidea en los niños, por los Drs. Jorge I. del Piano y Rodolfo Hita	1081
Clinica quirúrgica — Resección e injerto autoplástico en rifon único (investigaciones experimentales), por el Dr. Carlos Mastrosimone	1082
Fisiopatología canalicular, por el Dr. Manuel Boix Pou	1091
Válvulas de ciego y colon ascendente, por el doctor Alejandro Dussant	1097
Asuntos universitarios — Enseñanza de la Anatomía en las Facultades de Medicina de París, Berlín, Viena y Londres, por el Dr. Jaime Cateula	1099
Cátedra de Clínica Dermatosifilográfica de Buenos Aires — Informe anual correspondiente a 1932, elevado por el Dr. Pedro L. Baliña	1107
Tisiología — El Carbón en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, por los Drs. C. Fonso Gandolfo, Floro Lavalle y E. Fowler Newton	1109
Sobre la difteria, por el Dr. Marcos R. Suárez	1111
Hospital Rawson — Maternidad Samuel Gache; Servicio de Niños: Movimiento del servicio de puericultura post-natal inmediata durante el año 1932, por los Drs. Enrique Adalid y Florencio Escaradó	1111
La virtud de la ignorancia, por el Prof. Pierre Abrami	1112

BRASIL

Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria e Psiquiatria N.º 1 — Jan. e Fev. 1933.

(Rio de Janeiro)

Paraplegias em flexão de origem cerebral — Prof. A. Austregesilo	1
Dados estatísticos sobre a paralisia geral — Doutor Adauto Botelho	7
Sobre Migrânia Oftalmica — Prof. A. Fuchs	14
Distônias de torção localizada — A. Nobre de Melo e Quintanilha Junior	24
Anaestesia Paulista de Medicina e Cirurgia N.º 2 — Fevereiro 1933.	Ann
Sobre a determinação oscilométrica da pressão mínima. — Dr. J. Barbosa	
Corrêa e Ddo. Carlos de Oliveira Bastos	95
Hydronefrose e vaso aberrante — Dr. Athayde Pereira	107
Nossa experiência sobre anestesia epidural sacra — Dr. Henrique Arouche de Toledo	117
Fecundação artificial — Dr. Oliveira Pirajá	131

Archivos do Hospital do Centenario (N.º 1 — Dezembro 1932).

Prof. Dr. Adolpho Simões Barbosa — Redação	
Desseis casos de corpos estranhos no esophago — Dr. J. de Andrade Medicis	
Tratamento cirúrgico da tuberculose pulmonar — Prof. João Alfredo	
Raehi-anesthesia na infância — Prof. Barros Lima	
Syndrome sthetacustica do fôco na arteria pulmonar nas sinistrocardias dos tuberculosos — Dr. Luciano de Oliveira	
Um caso de "Cretinismo endémico" em caráter esporádico — Dr. Nelson Chaves	
A importância dos ambulatorios de clínica médica no Diagnóstico dos casos de tuberculose de evolução recente. Possibilidade de instalação de centros de pneumocolapsoterapia e frenicectomia — Dr. Agenor Bomfim	
Doença celiaca — Dr. J. Robalinho Cavalcanti	
O processo de Zeferino Amaral na cura cirúrgica das varízeas — Dr. Beiró Uehôa	
Prenhez ectopica — Hematocele pélvica — Ligeiras considerações sobre quatro casos — Dr. Martiniano Fernandes.	

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

(N.º 3 — Dezembro de 1932 — S. Paulo)

Azevedo, V. G. e Campos, J. M. C.: Do exame radiológico da uretra feminina	145
Carini, A. e Vespucci, P.: Primeiro caso autoetônio de febre ondulante em S. Paulo	148
Fernandes, C.: Calcificação pleural	131
Hermeto, S., Jr. e Novaes, L. A.: Sarcoma gigante-celular periostal da extremidade superior da tibia	134
Hungria, J. S.: a) Fibro-sarcoma da omoplata; b) Sarcoma do bacinetete	141—143
de Melo, F. F.: Cruz Vermelha Infantil e Colônias de Férias	147
Rebelo Neto, J.: Correção cirúrgica do nariz em séla pelo processo Filatow-Gillies e Joseph	123

Brasil Médico (N.º 5 — 4 Fevereiro 1933).

(Rio de Janeiro)

Trabalhos do Instituto Oswaldo Cruz — Vacinações contra a febre amarela, pelo Dr. Henrique de Beaurepaire Aragão.

Haverá uma forma filtrante do myco-bacterium leprae?, pelo Dr. H. C. de Souza Araujo.

Trações directas sobre o esqueleto applicadas no tratamento das fraturas, pelo Dr. F. E. Godoy Moreira.

Variedades. — Clima e alimentação — De nephritico, sed pharenctic — Prospecces — Paixão bizarra — L'étudiant de médecine — Francisco de Castro, orador — Epigramma — O glutão — Epitaphio, por Humberto de Campos.

N.º 6 — 11 de Fevereiro de 1933.

Resultados clínicos da vacinação antituberculosa pelo B. C. G. III. Observações de crianças vacinadas em 1929, pelo Dr. Alvimar de Carvalho.

Epitheliomas das glandulas tálpebraes, pelo Dr. Gabriel de Andrade.

A propósito de novos focos de febre amarela na América do Sul, por J. Lemos Monteiro e J. Travassos.

N.º 7 — Fevereiro de 1933.

Trabalho do Instituto Oswaldo Cruz — Sobre o emprego de revulsivos no beri-beri (Nota Prévia), por J. da Costa Cruz e Ary Vianna.

Departamento de Physiologia da Faculdade de Medicina de S. Paulo — Novo micrometodo de dosagem de uréa no sanguê, por J. A. Cavalcanti (1.º assistente) e J. N. V. Sonnleitner (doutorando).

Estudos comparativos no grupo "Anatapsittacosis" do gênero "Salmonella" Lignieres 1900, por Arlindo de Assis.

Kistos intra-vesicais do ureter, pelo Dr. Américo Valerio.

Trabalho de serviço clínico do Prof. Martagão Gesteira. Asilo dos Expostos — A respeito de novo processo para o diagnóstico da diathese exsudativa — (Método de Alessandrine Strob), pelo Dr. Braulio Xavier Filho.

N.º 8 — Fevereiro de 1933.

Trabalho do Instituto Oswaldo Cruz — Tentativas infrutíferas de cultura do mycobacterium leprae pelo método de Löwenstein, pelo Dr. H. C. de Souza Araujo.

Serviço de Clínica Cirúrgica do Prof. Alves de Lima — (Faculdade de Medicina de S. Paulo) — Sarcoma giganteo-cellular periostal da extremidade superior da tibia. Clínica e anatomo-pathologicamente maligno. Considerações anatomo-clínicas sobre os tumores giganteo-cellulares, pelo Drs. S. Hermeto Junior e L. Araujo Novaes.

Tratamento das otites médias suppurações crônicas pelos ión de zinco, pelo Dr. C. L. Amarante.

N.º 9 — 4 de Março de 1933.

Trabalho do Instituto Oswaldo Cruz — Considerações sobre as hemogregarinas das aves, pelo Dr. Henrique de Beaurepaire Aragão. Prognóstico da malária — (Lição de Clínica Tropical), por Heitor R. Fróes.

Cirurgia da medulla. Em torno de um caso de ferimento da medula cervical por estilhaço de granada. Tetraplegia e cephaloplegia. Operação e Cura, pelos Drs. Rolando Monteiro e W. Berardinelli.

N.º 10 — 11 de Março de 1933.

Trabalho do Instituto Biológico de S. Paulo. Virus do typho exanthematico de S. Paulo, obtido em cobayas mediante inoculação de piolhos (*P. Capitis*), pelos Drs. J. R. Meyer e J. Saborido.

Algumas notas sobre o paludismo no alto São Francisco, pelo Dr. Fjezzar Leite.

Registro Clínico — Um caso de meningo-encefalite grippal, por Arnaldo de Castro Carvalho.

Tratamento do empyema na infância pelo Tuerocholato de sodio, pelo Dr. Eugenio Schwarz. (Res. pelo Dr. José M. Rocha).

Estado actual do tratamento da hypertrophia da prostata, pelo Dr. José M. Esperabé Gonzalez (Continua).

N.º 12 — Março de 1933.

Sobre as modalidades clínicas da syndroma de Landry, pelo Dr. Aloysio de Castro.

As quatro harmonias biológicas, pelo Dr. Renato Kehl.

Estado actual do tratamento da Hypertrhophia da prostata, pelo Dr. José M. Esperabé Gonzalez. (Conclusão).

Câncer do seio, por G. Taylor. (Res. por Alvaro Pontes).

Notas Therapeuticas — Contribuição ao tratamento de intoxicações graves por meio de altas doses de "Coramina Ciba", pelo Dr. S. Altmann — Tratamento da asthenia nervosa pela phytina "Ciba" — O "Immunol" Giffoni.

Bahia Médica (N.º 2 — Fevereiro de 1933).

(Bahia).

Doença de Gaucher — Sá Oliveira.

Tremor localizado — Edistio Pondé.

Boletim do Sindicato Médico Brasileiro (N.º 51 — Março de 1933).
(Rio de Janeiro).

Folia Clínica et Biologia (N.º 1 — Janeiro de 1933).

(S. Paulo).

U. Rosa e S. Carpinelli. Seminoma ed embriode del testicolo (con 2 fig. nel testo) 1

J. R. Meyer — Anatomia pathologica do typho exanthematico de S. Paulo, na cobaya (con 14 fig. nel testo) 5

Gazeta Clínica (N.^o 2 — Fevereiro de 1933).

(S. Paulo).

Laboratorio Clínico (N.^o 84 — Nov. e Dezembro de 1932).

(Rio de Janeiro).

Santos Dumont (alegoria) Castro Barreto — Desenho de Seth.

Creatinina e convulsão, pelo Dr. Mário Bernd — Síndromes suprarrenais,
pelo Dr. Galileu Lima.

(S. Paulo).

Dr. Barros Vianna — A influencia do calor sobre os laetentes

6

Dr. Vicente de Módena — Lipoma pseudo-fluctuante da mama

12

Dr. Godofredo Pignataro — Anemias e avitaminose

16

O Hospital (N.^o 2 — Fevereiro de 1933).

(Rio de Janeiro).

Prof. Umber — Sobre alguns pontos relativos a diabetes, especialmente
sobre as glycosurias por excitação, não diabéticas (publicado em
portuguez e alemão).

Xavier Pedrosa — Diabetes no Brasil.

Alvaro Serra de Castro — Caso atípico de malária na infância.

N.^o 3 — Março de 1933.

Jorge de Gouvêa — Um caso de esophagoplastia antethoraxiea dermatointestinal.

Heraldo Maciel — Conceitos sobre a nosologia do Brasil.

Alberto Renzo — Injeções intrapulmonares de ouro na tuberculose pulmonar.

Pediatria Prática (N.^o Dezembro de 1932).

(S. Paulo).

Poliartrose infantil progressiva — Dr. Martinho da Rocha.

Um caso de nervo pigmentado — Drs. José Martinho da Rocha e Amadeu Fialho.

Atrofia — Decomposição — Dr. O. Chiaffarelli.

Vitamina anti-esteril e — Dr. Vicente Batista.

Revista Clínica (Março de 1933).

(Rio de Janeiro).

Estudos e observações sobre o tratamento com o "Hemozol". (Conclusão). — Trabalho realizado pelo Dr. Xavier Pedrosa.

Livros e téses

Dr. Vicente de Módena — RAQUIANESTESIA —
Sociedade Impressora Paulista,
edit. 1932.

O autor fêz um estudo cuidadoso da raquianestesia, baseado em 355 observações. Descreve a anestesia por via raquiana nos seus diversos aspétoes fazendo um relato de todos os meios necessarios para uma bôa prática deste processo, afim de se obter um resultado seguro e eficaz. Finaliza as suas considerações com as seguintes conclusões:

- 1) De todos os anestesicos que até hoje empregamos, a Seurocaine é a que nos forneceu os melhores resultados.
- 2) De 355 observações verificamos sómente dois casos de exito letal, dos quais um unico pôde ser levado á conta da anestesia.
- 3) As dôses variam com a idade, estado geral do doente, sua compleição fisica, natureza e duração do áto operatorio.
- 4) A dôse manejável é maior do que a de outros anestesicos congeneres.
- 5) As complicações registadas são em numero inferior ás dos outros métodos de anestesia.
- 6) A raquianestesia facilita imensamente o papel do cirurgião, permitindo-lhe intervir em muitos casos em que os demais processos impossibilitam ou, pelo menos, agravam o prognostico de uma operação delicada.
- 7) A raquianestesia pela Seurocaine é perfeitamente tolerada pelos individuos a partir de dois anos, até idades avançadas.
- 8) Os acidentes verificados foram todos passageiros.

KANAN.

Notas

ARQUIVOS RIOGRANDENSES DE MEDICINA

As colunas dos **Arquivos** estão ao dispôr dos srs. médicos, quer do Estado como de outras partes do País.

As colaborações devem obedecer as normas da ortografia oficial, no caso contrário a Redação fica com o direito de fazer as necessárias alterações. Os artigos devem ser datilografados e acompanhados do respetivo resumo e, si possível, de conclusões.

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

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