Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVI | JUNHO DE 1937 | N. 6

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1937

PRESIDENTE
MARIO TOTTA
Cat. de Clinica Obstetrica

VICE-PRESIDENTE
WALDEMAR NIEMEYER
Doc. de Cl. Oftalmologica

SECRETARIO GERAL
HELMUTH WEINMANN
Docente de Histologia e Embriologia Geral

1.º SECRETARIO
LUIS S. BARATA
Doc. de Cl. Urologica

2.º SECRETARIO
CARLOS CARRION

TESOUREIRO
CORADINO L. DUARTE
Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO
E. J. KANAN
Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇAO CIENTIFICA
THOMAZ MARIANTE
Cat. de Cl. Medica

FLORENCIO IGARTUA
Doc. de Cl. Pediatrica

ELYSEU PAGLIOLI
Doc. de Anatomia, Cirurgia e Obstetricia

SECRETARIO DA REDAÇÃO
ADAYR FIGUEIREDO

REDATORES

NOGUEIRA FLÔRES
ANNES DIAS
R. DI PRIMIO
PEDRO MACIEL
PEREIRA FILHO
MARIO BERND
H. WALLAU
AMERICO VALERIO
ALVARO FERREIRA
IVO CORRÊA MEYER
JOÃO L. DE AZEVEDO
MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
WALDEMAR CASTRO
RAUL MOREIRA
J. MAYA FAILLACE
JACY MONTEIRO
FLÔRES SOARES
HUGO RIBEIRO
NINO MARSIAJ

Assinaturas:

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

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

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

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

NOGUEIRA FLÔRES — Novos rumos dados á Cirurgia Infantil e Ortopedia com o advento dos Raios Röentgen ..... Pag. 241

PAULO OSORIO — Osteopsatirose ..... „ 246

VALENTIM — Contribuição ao tratamento da Ranula ..... „ 251

J. MAYA FAILLACE — Eugenia e alcoolismo dissimulado ..... „ 257

DELPHIN DE MESQUITA BARBOSA—Brucellose humana e dos animaes „ 261

POLI M. ESPIRITO — Estudo sobre as condições de nutrição dos alunos do Colegio Elementar "Paula Soares" ..... „ 267

IODEFIS

PREPARADO COM IODOPEPTIDIOS ABIURÉTICOS

amps. de 2cc., contendo 10 centigrs. de iodo

Via intramuscular ou endovenosa

O mais energico medicamento contra os espasmos dolorosos do pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos ureteres, do utero, etc.

ATROVERAN

SEM ENTORPECENTES

A' base de papaverina, belladona, meimendro e boldo.

XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.rio Gross - Rio

Novos rumos dados á Cirurgia Infantil e Ortopedia com o advento dos Raios Röentgen.

pelo Prof.

Nogueira Flôres

Como introdução á importância da radiologia á Clínica Cirúrgica Infantil e Ortopédica, releva dizer que deve a ciência brasileira os feitos pelo dr. Francisco Pereira das Neves, presidente do Foto Club Brasileiro, a quem cabem as glorias da iniciativa no Rio de Janeiro em 1896, fim do mês de Janeiro nos Laboratórios de Física da Faculdade de Medicina do Rio, confiado á direção do eminente catedrático de Física, de saudosa memória, dr. João Martins Teixeira.

Neste mesmo ano surgiu a distinta tese de doutoramento do aluno dessa Faculdade, Adolfo Carlos Lindenberg, cujo título de seu bem elaborado trabalho foi "O raio X no ponto de vista médico-cirúrgico".

A 22 de Setembro de 1896 fez-se no laboratório de Física da Faculdade de Medicina do Rio, a primeira aplicação dos raios X á medicina clínica no Brasil. Seguiu, neste mesmo ano para a Europa, o catedrático de Clínica Propedêutica, Prof. Alfredo Thomé de Brito, da Faculdade da Baía, comissionado pelo Govêrno para estudar o processo e suas aplicações á medicina. Assistimos, no mês de Junho de 1897, na Clínica Propedêutica desse notavel catedrático, observações radiológicas auxiliadas pelo seu distinto chefe de clínica e atual catedrático de Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas, Prof. João Fróes.

Alguns investigadores brasileiros ensaiaram os raios de Roentgen, como Francisco Fajardo, Esteves de Assis e Orozimbo Ribeiro. Apareceram, por esta época, trabalhos a respeito da genial descoberta de Röentgen, que têm prestado á humanidade extraordinários benefícios, sendo seus progressos assombrosos: Na Revista dos Cursos da Faculdade do Rio os estudantes Henrique Duque Estrada, na Revista Acadêmica, Eugenio Hertz, na Revue Médico-Chirurgicale, do Catedrático de Clínica da Escola Politecnica do Rio, notavel professor Alvaro de Oliveira, e, finalmente, o snr. Fernando X, publicaram uma série de artigos no Diário Popular de São Paulo.

O eminente cirurgião Dr. Edmundo Berchon foi o primeiro no estado do Rio Grande do Sul (cidade de Pelotas) que importou uma instalação lação de radiologia para o seu serviço de clínica particular no ano de 1896 mais ou menos.

---

1) Leonard (notavel radiologo americano, declarou no XVII Congresso de Medicina de Londres que "a Anatomia, a Fisiologia, a Patologia e a sintomatologia vivas devem ser escritas, e isto será possivel somente quando os resultados do estudo do doente pelo metodo radiológico forem completas".

Resumindo o papel da radiologia nesta Clínica Cirúrgica especializada, devemos vos dizer que, com o advento dêsse instrumento de exploração, deu-se novos rumos, abriu-se novos horizontes á Cirurgia Infantil e á Ortopedia. (1) Esta nova ciência de Röentgen dotou de maneira tal que a fez incluir na Patologia, ampliando mais o capítulo da sintomatologia, com sindromos novos e bem precisos, diagnósticos, prognóstico e tratamento das doenças em geral, cirúrgicas e ortopédicas. E' um poderoso e admiravel instrumento de investigação que se legou á medicina não só como meio de observação subsidiária como tambem uma documentação necessária, por isso que não podemos dela prescindir e não devemos despreza-la. A radiologia faz, sem exagêro, uma devassa do organismo tal como se procedesse a uma dissecção, em suma, de uma autópsia "in vitam", perdoe-nos a comparação. Não deixa, portanto, de se admitir a hipótese de que, com a descoberta dos raios de Roentgen, não ha mais mistérios a desvendar-se no corpo humano. Tal é o seu benefício que vai prestando á humanidade, tal têm sido os seus aperfeiçoamentos no campo experimental, no campo da técnica, que nos faz pasmar, que nos deixa maravilhado.

Não temos o direito de fazer sofrer uma criança para adquirir noções hipotéticas de uma fratura ou mesmo transformar uma fratura subperiósticaou incompleta, que, por via de regra, é dolorosa ao menor exame, quando uma radiografia não só nos dá uma certeza diagnóstica, como ainda fornece dados preciosos no tratamento.

A radiografia, meus senhores, teve seus detratores e teve seus entusiastas. E' mister, contudo, se colocar em um meio termo, não sendo um sistemático ou nenhum exclusivista. Recordamo-nos bem que em nossa recente viagem de estudos de aperfeiçoamento no Serviço do Professor Ombrédanne (de Paris), secção de Ortopedia, ter ouvido de seu assistente e colaborador Lance declarar: Quando se observa uma radiografia da coluna vertebral, Mr. Ménard considerava a radiografia: "le royaume des ombres". Acreditamos nas palavras de Lance, bem valiosas para nós, a respeito, fazendo comtudo comentários nesta conferência sôbre o sentido de Ménard, diremos com Belot: ao film e ou á pantalha não se deve supôr que apresentem o diagnóstico; nela se representam sombras mais ou menos confusas, que cumpre interpretar; o problema é muitas vezes difícil de resolver e reclama uma bôa educação médica. Nem sempre é fácil de interpretar uma radiografia, maximé da coluna vertebral, quando não é tirada com tecnica precisa, daí a dificuldade da interpretação a acresce ainda que as informações laboratoriais gozam tambem das mesmas falibilidades".

Meus senhores, a escutar outros, acreditamos que é um método de precisão científica absoluta, enquanto que é preciso fazer radioscopias e radiografias e obter do laboratório radiológico provas nítidas e obter informação escrita pelo tecnico, convenientemente interpretada, afim de cotejar com o caso clínico em fóco, por isso que, deveis saber, que esta investigação é de valor relativo em face da clínica.

Do contrário, o clínico póde chegar por simples conclusões do radiologista a cometer êrros e muitas vezes bem grosseiros.

Assim, pois, é de grande relevancia, portanto, que o clínico tambem saiba lêr uma radiografia, descontando as causas de êrro e tirando as suas conclusões de parceria com a sintomatologia, nunca desprezando, todavia, o caso clínico. A radiografia póde nos fornecer dados seguros. Todavia, não se deve pedir mais do que ela nos póde informar.

Temos, verbi gratia, que um dos seus principais papeis é aproveitar para o diagnóstico dos casos de nossa clínica especialisada: o diagnóstico dos descolamentos epidisarios e o seu controle, o das luxações e o seu controle e da fraturas e seu controle, não esquecendo que deveis vos lembrar haver alguns aspétos insólitos da ossificação, os quais pódem ser tomados por fraturas. Ainda no tratamento, o controle nas intervenções de cirurgia ortopédica tem o seu valor; o valor diagnóstico da luxação congenita da anca e seu tratamento por manobras externas, acompanhando sessão por sessão, nos seus diversos atos á marcha dessas manobras. Releva tambem vos dizer que o diagnóstico desta luxação congenita se torna indispensavel á radiografia que firma o diagnóstico, suspeitando, apenas de luxação. O diagnóstico das tuberculoses ósseas e artrites tuberculosas, cujos sinais radiográficos são abundantes elementos semiológicos, devendo-se, por via de regra, controlar-se a sua marcha e o seu tratamento para informar a família, si a doença entrou em convalescença ou si o caso é considerado clinicamente curado. No raquitismo a radiografia sóbe de ponto, e de tal modo que, os clínicos crearam uma *anatomia radiológica para esta distrofia óssea adquirida;* como sabeis, os três tipos elementares de deformação raquítica: nodosidades, infiltração diafisária e inflexão justa epifisária apresentam por sua vez, uma variedade de importantes sinais radiográficos, como sejam descalcificação, aspéto do bordo inferior da diafise voltada para a epifise, muitas vezes recortada em forma de cúpola ou teto (figueira, pagode, pitoresca comparação). Deveis ainda ter conhecimento que a uma série de distrofias ósseas que pela mór parte eram tiradas do quadro das artrites tuberculosas com as quais eram antes confundidas ([1]). Assim, pois, os exames clínicos não nos podem orientar para um diagnóstico provavel sem provas radiográficas e lançareis mão dessas provas para completar o exame do paciente, formulando então o seu diagnóstico, tais sejam as seguintes: a osteocondrite epifisária do femur, que é uma coxa plana e correntemente conhecida por doença de Leggs, Calvé e Perthes, a respeito da qual, declarou o Prof. Mouchet: "La clinique n'est presque rien dans l'ostéocondrite, la radiographie est tout, la radiographie est la clef di diagnostic".

A affecção de Lannelongue-Osgood-Schlatter, em que a radiografia é elemento precioso na verificação da falta de solução de continuidade da tuberosidade anterior do tibia, ou por ausência ou arrancamento traumático da tuberosidade tibial, que se caracterisa melhor por uma apofisiolise tibial anterior, á semelhança da epifisiolise da côxa vara, a doença de Koeller, dita escafoidite tárgica das jovens crianças, aspecto do escafoide como um disco biconcavo, notavelmente achatado de diante

---

2) Osteocondrite da anca, artrite juvenil na anca, escafoidite tarsica, apofisite tibial, epifisite vertebral dolorosa dos adolescentes e muitas outras.

para trás, de contornos irregulares, recortado ou dentado, parecendo o tecido fortemente condensado de maneira tal a lembrar, pela sua opacidade, corpos metálicos. Esta modificação característica da escafoidite, não é revelada sinão pela radiografia. Os sinais clínicos são vagos e pouco acusados pelo que a frase tambem aforismática de Mouchet é bem sugestiva: "La clinique n'est presque rien, est presque tout." E a verificação da séde dos projetis por arma de fogo, corpos estranhos na aparelho digestivo, cálculos do aparelho genito-urinário e os da vesícula biliar? Por via de regra uma exploração radiológica é indispensavel e o diagnóstico do cisto ósseo? E de outros mais, tumores ósseos? Quantas e quantas vezes temos verdadeiros achados pela radiografia, em casos de certas doenças que não suspeitavamos: verbi gratia, raquitismo, espina bifida oculta, costelas suprenumerárias, cavernas, pulmonares mudas e outras? Com os aperfeiçoamentos da aparelhagem radiológica chegamos a estabelecer uma cirurgia ortopédica desconhecida dos nossos antepassados, como a radiografia estereoscópica e a craneoradiografia.

A artografia na luxação congenita do quadril de Böhm e Tennenbaum (da Alemanha) e Giraudi (da Italia) e Mutel (da França), e a encefalografia, sob modalidades diversas: a pneumografia, a ventriculografia de Dandy, a encefalografia e a arteriografia combinada de Lohr e Jacob (da Alemanha), a mielografia por insuflação de Josefson e Jacobs, a opacificação de Sicard e Forestier (da França); a angeografia de Sicard, de Paris e Egas Muniz de Lisbôa, a arteriografia retrograda de Mario Kroeff, do Rio e arteriografia ascendente de Saitu e Kanikava (do Japão) e outros meios de exploração mais.

Culminam, como deveis ter observado em novas orientações á radiologia e de certos progressos assombrosos. Ainda no I Congresso da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia de São Paulo, declarava Carlos Osborne do Rio: "não ha Ortopedia e Traumatologia sem radiografia". Logo os presados colegas hão de estar interessados ao que se passa na rotina radiológica como tambem nos seus progressos e evolução.

Eis porque, me proponho no momento, focalizar o problema das radiografias de alta precisão. O prof. Cadenat, de Paris, chama a atenção recentemente, que para as osteotomias se necessita de uma prática segura e controladora pela radiografia feita com tecnica especial. Ouviram, dizendo algumas verdades principais ou supostas tais. Temos ainda que vos declarar em uma palavra apenas da nossa orientação, atenta ao curso de nossa vida trepidante e de nosso progresso intensivo, a clínica precisa armar-se de elementos de exploração mais eficientes para fazer um diagnóstico seguro e mais rápido, para o que não será demais dispor o clínico de suas seringas de injeções, pequeno arsenal cirúrgico, aspirador de Potain, termo-cauterio de Paquelin e se fará mister tambem de um aparelho de radiologia transportavel; precioso instrumento de exploração.

Abril de 1937.

Trabalho do serviço de cirurgia de homens do Hospital da Santa Casa de Misericordia de Pelotas.

Chefe: Dr. Felix Caputo

Osteopsatirose

por

Paulo Osorio
Assistente

A osteopsatirose, chamada tambem fragilidade dos óssos, reune, hoje, consoante as idéias modernas duas afecções que até então eram consideradas como entidades mórbidas distintas: *osteogenesis imperfecta* de Vrölick e *osteopsatirosis* de Löbstein.

A primeira produz fraturas múltiplas antes do nascimento, ainda na vida intra-uterina.

A segunda traduz-se pela existência de fraturas patológicas iniciando-se aproximadamente em crianças de 2 até 12 anos.

E' a seguinte nossa observação pessoal de um caso de fragilidade óssea em um menino de 14 anos:

F. P. S., branco, natural de Pelotas, residente á rua General Argolo 462, baixou á Enfermaria Pimenta, Serviço de Cirurgia de Homens do Hospital da Santa Casa, em 28 de abril de 1934, ocupando o leito 20, sob a papeleta 1123.

Antecedentes pessoais: Desde a primeira infância sofreu inumeras fraturas, elevando-se seu número a nove, com exceção das três atuais. Fraturou duas vezes a côxa direita; duas vezes a esquerda; duas vezes a perna direita; uma vez a esquerda; duas vezes o cotovelo esquerdo. Vimos pela primeira vez o paciente na ocasião da segunda fratura do cotovelo esquerdo. Tratava-se de uma fratura completa do bico da olécrana, sem grande deslocamento.

A pessoa da familia que o acompanhava não nos contou acerca dá série de fraturas de que havia sido vítima. Nessa ocasião ignorámos qual fosse sua verdadeira etiologia. Após 30 dias de imobilização do cotovelo em hiperextensão, houve perfeita consolidação da fratura.

Nega qualquer outro antecedente mórbido.

Antecedentes hereditários: Pai falecido de causa ignorada. Quando criança teve várias fraturas. Após seu casamento sempre foi sadío. Mãe

viva e forte. Dentre os avós e tios maternos não existiu um que tivesse a moléstia do menino. Dos avós e colaterais paternos foi-nos impossivel saber algo a respeito. Tinha uma irmã que faleceu com três anos de idade, não informando si foi portadora de alguma fratura. Tem um irmão com 23 annos, possuindo as escleróticas azues, tendo zoadas principalmente no ouvido esquerdo e palpitações ao praticar algum esforço. Fraturou, aos 5 anos, três vezes a côxa direita e duas vezes a esquerda.

História da moléstia atual: F. P. S. em 28/IV/34, ao procurar descer uma escada resvalou, caindo ao sólo. Desde êsse momento não conseguiu levantar-se sósinho do lugar aonde caiu, em consequência de dôres expontâneas na côxa direita e ambos cotovelos.

Pelo exame físico foi constatada uma fratura completa do terço médio do femur direito, uma outra justa-articular da extremidade inferior do humero direito e enfim ainda mais outra do bico da olécrana esquerda.

Após redução das fraturas o membro inferior direito foi imobilizado em extensão contínua; o cotovelo direito em flexão de 90° e o cotovelo esquerdo em hiperextensão. Nessa ocasião não foi feito exame radiográfico, porque qualquer tentativa de mudança de posição produzia dôres intensas em suas três fraturas. As escleróticas do menino possuem uma intensa coloração azulada (vêr fotografia). O crâneo nitidamente distrófico apresenta-se com bóssas bi-temporais (crâneo de rebordo de Apert) com saliência da escama do ocipital. Existe tambem prognatismo do maxilar inferior. São os seguintes os dados fornecidos pela craneometria: diâmetro frontal mínimo — 8 cm; diâmetro transversal máximo — 29 cm; diâmetro sagital — 34 cm; altura do crâneo — 15 cm; diâmetro bizigomático — 31 cm; altura total da face — 12 cm; circunferência cefálica horizontal — 54 cm; índice cefálico — 85.29. Segundo êste índice, poder-se-á fazê-lo entrar na categoria dos crâneos braquicefalos. Comparativamente ás médias normais, o diâmetro antero-posterior é maior do que o transversal, daí seus companheiros terem-no apelidado "cabeça de ovo". Os incisivos superiores acham-se ausentes. Os molares superiores e inferiores apresentam cáries de diversos gráus.

Exames complementares: Calcemia 9,2% mg. Reações de Wassermann, Hecht, Jacobsthal no sangue, negativas.

Exame da audição: Ouvido direito — voz cochichada a 3 m. Ouvido esquerdo — voz cochichada a 2m50. Rinne negativo para os dois lados. Weber indiferente. Tímpanos róseos e retraidos. Conclusão: otite média de pouca intensidade.

Exame da visão: Olho direito e esquerdo visão igual a 5/5. Reflexos pupilares á luz e acomodação normais. Córneas claras. Fundo do olho normal. Conclusão: nada de anormal foi observado.

Exame radiográfico: Praticou-se um exame de todo o esqueleto. O unico fato anormal constatado foi a presença de estrias transversais nas

diafises dos óssos longos dos membros, principalmente no membro inferior (radiografias 1, 2 e 3). Seguindo a regra, as fraturas consolidaram nos prazos normais, tendo alta no hospital o menino em condições satisfatórias. Enquanto esteve hospitalizado foi-lhe prescrita medicação cálcica e vitamínica, aconselhando-se-o a continuar seu uso por largo tempo.

Existem fatos parecendo demonstrar a unidade nosológica das duas osteodistrofias referidas acima: *osteogenesis imperfecta congenita* e *osteogenesis imperfecta tarda*, ambas agrupando-se sob a denominação comum de *osteopsatiróse*, termo grego que significa fragilidade óssea.

Dentre os autores que escreveram sôbre o assunto, encontra-se presentemente uma maioria quasi absoluta que considera as duas osteodistrofias como tendo uma única e exclusiva entidade mórbida sómente em períodos diversos de sua evolução.

Desconhecemos, na verdade, a causa primordial dessa fragilidade óssea toda especial que se observa desde a vida intra-uterina até a segunda infância.

Contudo, a devemos considerar como uma perturbação de osteogênese perióstica. Daí a denominação de *displasia perióstica*, termo pelo qual tambem é conhecida a osteogenesis, imperfecta congenita.

Desde Ollier até Leriche e Policard que se póde considerar o periosteo como elemento formador de tecido ósseo. A fragilidade óssea em suas duas formas seria, pois, considerada como uma disfunção perióstica.

Até aqui existe uma unidade absoluta na interpretação dos fatos. Mas a verdadeira causa dessa disfunção está sujeita a inumeras hipóteses. Assim, Bauer e Harbbitz acreditam que essa disfunção seja uma insuficiência qualitativa dos osteoblatos em relação á osteogenese normal.

Hagenbach e Scholtz pensam que se trata de diminuição grande do número dos osteoblastos. Volkmann, Tillmann e Ziegler, em virtude do tempo de consolidação de uma fratura de osso osteopsatirósico ser idêntico ao de um osso normal, pensam que a osteogenese processa-se de maneira idêntica em ambos casos, porem na osteopsatiróse o tecido ósseo néoformado é anormalmente reabsorvido devido á atividade dos osteo e mieloblastos ou então trata-se de processo de autolise.

Na verdade até hoje estamos na ignorância da biologia normal da osteogenese perióstica. Quando se conhecer os mínimos detalhes dêsses fenômenos cuja importancia bio-patológica foi tantas vezes salientada por Leriche e seus colaboradores, certamente ter-se-á dado um grande passo para a verdadeira etiologia dessa fragilidade especial dos óssos. Ha autores, achando-se Apert nesse número, que tentam explicar a causa da osteopsatiróse não por simples modificação da osteogenese, condicionando a fraturas patológicas múltiplas, e sim por alterações dos tecidos derivados do mesenquima, associando-se algumas vezes á isso disfunções de certas glândulas endocrinas, tais como a tiroide, paratiroide,

timo. Apert argumenta da maneira seguinte: frequentemente coexistindo com a osteodistrofia existem modificações de outros tecidos mesenquimatósos: delgadez da esclerótica e do tímpano, frouxidão articular. Em algumas familias possuem uns escleróticas azues, outros surdez, outros enfim contam em seu passado mórbido inumeras fraturas.

No estudo clínico o sinal capital é o sindrome de fragilidade óssea. O recemnascido atingido por fraturas ainda "in utero" apresenta-se com o aspecto de um micromelico de membros curtos, pois a osteodistrofia tem especial predileção para os óssos longos e para os da caixa craneana. Frequentemente observa-se nos membros um arqueamento de seus óssos de concavidade dirigida para dentro, podendo-se encontrar vários calos, indício de fraturas intra-uterinas ou crepitação óssea. A face é pequena, contrastando geralmente com o grande desenvolvimento do crâneo que, pela palpação, mostra o enorme afastamento dos óssos entre si, podendo ser comparado ás hidrocefalias. Regra geral a vida é muito limitada.

Na osteogenesis imperfecta tarda os sinais de fragilidade óssea iniciam-se desde os 2 até 12 ou 14 anos de idade, diminuindo quasi sempre com o advento da puberdade. O menor traumatismo poderá determinar uma fratura, até mesmo um simples exame para pesquisa de crepitação ou mobilidade anormal. Daí a denominação popular de "homens de vidro", termo aplicado aos pacientes osteopsatirósicos.

Fato fundamental e até mesmo paradoxal: essas fraturas consolidam nos prazos normais, sendo as pseudartróses excepcionalíssimas. Seu número é algumas vezes impressionante. Citam os autores casos de 30 e até 41 fraturas em um só doente. Na forma tardia, após ossificação do crâneo, regra geral apresenta-se êle com vários tipos de deformação. O mais comum encontrado é o chamado crâneo de rebordo de Apert: bossas bilaterais nas regiões temporais, ossiput saliente. São, geralmente, crâneos braquicefalos bastante acusados.

O exame radiográfico dos óssos fraturados ás vezes fornece dados interessantes, principalmente as diafises. Ha autores que descobriram as seguintes anomalias: delgadez da cortical, transparência maior do tecido ósseo diafisário, diminuição ou mesmo ausência das trabeculas do osso. No nosso caso existiam estrias transversais, mormente no membro inferior. Entretanto, êsses sinais não foram constantemente encontrados.

Alem do sindrome ósseo existem sintomas acessorios que se acham mais ou menos presentes na osteopsatiróse.

Poderemos citar:

1) *Escleróticas azues*, sinal que frequentemente se observa associado á fragilidade óssea, sendo devido á delgadez da esclerótica, que deixa transparecer o pigmento negro da coroide. Como já foi referido, para alguns autores só a presença das escleróticas azues indica a existência de uma forma frusta de osteopsatiróse, encontrando-se frequentemente nos colaterais o sindrome ósseo integral.

2) *Surdez* — que se manifesta desde a infância, atingindo progressivamente seu máximo na idade adulta. E' explicada pela delgadez e

esclerose timpânicas e anquilóse dos ossinhos do ouvido interno. Entra na categoria da otoesclerose progressiva.

3) *Lesões dos faneros* — A irrupção dentária pode ser tardia, sendo os dentes de cor amarelada e translúcidos. Os cabelos raros e quebradiços. As unhas friaveis.

4) *Frouxidão dos ligamentos articulares*, portanto frequência ás luxações.

5) *Perturbações das reações eletricas dos músculos*, caracterizando-se por diminuição da contração farádica e modificações na curva de contração.

6) *Hereditariedade*, que se observa mais ou menos em 15% dos casos de osteopsatiróse. Apert demonstrou que a herança está subordinada á lei de Mendel. Em raros casos poderá ser colateral ou transmitida pelo sexo feminino.

O metabolismo e principalmente o cálcio e o fósforo foi sempre estudado nos doentes osteopsatirósicos. A calcemia, regra geral, é normal e a fosfatemia levemente diminuida. — Em relação ao diagnóstico diferencial na forma precoce osteogenesis imperfecta congenita, deveremos afastar o crâneo — tabes precoce, a osteopatia heredo-sifilítica, as osteomalacias infantis, as fraturas dos raquíticos.

Na forma tardia, osteogenesis imperfecta tarda, recorremos aos sinais acessórios de osteopsatiróse, eliminando as causas mais encontradiças de fraturas patológicas (sifilíticas, escorbúticas, neoplásicas, as devidas á quistos ósseos etc.) — As fraturas serão tratadas pelos meios habituais. Si uma intervenção cirúrgica for indicada, esta poderá ser levada a termo sem temor, pois os doentes atingidos por fragilidade óssea suportam como um indivíduo normal qualquer operação. As inúmeras terapêuticas gerais tentadas até hoje não surtiram o efeito almejado. Quer os antisifiliticos, quer os extratos opoterápicos de quasi todas as glândulas endocrinas não conseguiram modificar a evolução da osteopsatiróse.

Entretanto, é dever nosso não cruzarmos totalmente os braços diante dêsses pobres enfermos fadados a grandes sofrimentos. Devemos prescrever-lhes cálcio, fósforo, substâncias irradiadas, aplicações de raios ultra-violeta, observando a evolução de sua fragilidade óssea, tratando as fraturas que sobrevierem, enfim, aguardando o completo desenvolvimento do esqueleto, porque parece que a gravidade da molestia se atenúa com o evolver do tempo.

PORQUE

A ILLUSTRE CLASSE MEDICA BRASILEIRA PREFERE A TODO E QUALQUER PRODUCTO SIMILAR, NACIONAL OU EXTRANGEIRO A

PHOSPHO - CALCINA - IODADA

?

Por ser manipulado com o maximo escrupulo e escorreito de impurezas;

Por dever a sua composição a tres elementos de reconhecido valor therapeutico:

PHOSPHORO

CALCIO

IODO;

Por ser absolutamente isento de alcool;

Por não produzir iodismo;

Por não conter fluoretos (descalcificantes), phosphatos acidos (assimilação nulla), phosphato monocalcico e bicalcico (fraca assimilação), glycerophosphatos (assimilação 18 %);

Por augmentar o numero de globulos sanguineos e restituir as forças;

Por ser um grande agente de estimulação nutritiva e

Por ser um TONICO PERFEITO na opinião dos grandes clinicos que já tiveram occasião de observar e constatar (vide documentos annexos ao vidro) os seus beneficos effeitos sobre a Anemia, Neurasthenia, Lymphatismo, Escrophulose, Rachitismo, Adenopathia, Phosphaturia, Chlorose, Bocio, Bronchite asthmatica, Manifestação da syphilis, Rheumatismo chronico, Convalescenças e durante os periodos da gravidez e do aleitamento.

——o——

Para obter amostras queira dirigir-se á CAIXA POSTAL 1578. São Paulo.

Contribuição ao tratamento da Ranula

Dr. Valentim

Dois casos que nos vieram ás mãos, sugeriram-nos estudar e escrever alguma cousa sobre este assunto, que ou por banal, ou por pouco frequente, é pobre na literatura médica, principalmente em oto-rino-laringologia, onde é parcamente tratado.

Dir-se-á que a ranula cabe melhor num capitulo da cirurgia geral que num de faringo-laringologia. Assim parece. Mas a especialidade de ouvido, nariz e garganta, extende dia a dia seu campo de acção além dos já largos limites gravados em seu rotulo. E' assim que o oto-rino-laringologista vái até á traquéa e aos bronquios em busca de um corpo extranho, de um fragmento de tumor, para o exame anatomo-patologico; é assim que êle abre uma mastoide ou um seio frontal e vái até á dura-mater e á massa encefalica, em busca de um abcesso extra-dural ou cerebral, etc.

Para êle, hoje, tudo interessa: uma amigdala infectada, um dente incluso, um seio doente como uma guéla de lobo, um abcesso cerebral ou uma trombose sinusal. Tudo está em sua alçada.

A' primeira vista, parece que a denominação desses tumores provem de seu aspeto fisico semelhante á rã, si bem que para tal precise muito bôa vontade.

Aliás a medicina é fertil em denominações que não correspondem ás entidades morbidas. A. Paré, porém, assim os chama por que as pessôas que dêles são afectadas falam como esse retíl, isto é, coaxam!... (tambem com muito bôa vontade — pois as duas pacientes que vimos, apesar de serem portadoras de quistos enormes, não coaxavam!...)

Definição:

Na definição de Forgue, ranulas são coleções liquidas e enquistadas que se encontram no assoalho da boca e na região supra-hioidea.

Para uns autores são quistos salivares, para outros, quistos congenitos do assoalho da boca.

Variedades:

Existem tres variedades:

1.º) — a ranula do recem-nascido, muito rara,
2.º) — a ranula comum ou sub-lingual,
3.º) — a ranula supra-hioidea.

Déstas, a que mais nos interessa é a sub-lingual, que se desenvolve insidiosamente nas pessôas jovens, sob a forma de um tumor ovoide, de dimensões variaveis, que podem ir do volume de uma avelã ao de um ovo de galinha. E' mole e se aloja debaixo e para deante da lingua, no assoalho da boca, de cada lado do freio ou só de um lado. Ás vezes póde acontecer que, unilateral, desenvolve-se sob o freio, dando o aspéto bilobado. Apresenta 2 pólos, um superior livre, outro inferior que se perde no assoalho da boca e é de dificil enucleação.

Anatomo-patologia:

Ao microscopio, segundo Ch. Lenormant, a parede da ranula aparece constituida de 3 camadas que se superpõem, de fóra para dentro: 1.º) uma camada fibro-elastica que encerra vasos e fibras musculares estriadas longetudinais; 2.º) uma camada de tecido embrionario, mais ou menos espessa, e sulcadade numerosos vasos com paredes friaveis, o que explica a frequencia das hemorragias intra-quisticas; 3.º) emfim, uma camada epitelial, cuja constituição difére segundo os autores que a estudaram (Robin-Bazy, von Hippel e Suzanne, e outros). Fundos-de-saco glandulares tambem foram encontrados na parede quistica.

A incisão da parede de uma ranula dá saída a um liquido xaroposo, espesso, de côr citrina e inodóro. Este liquido não tem a constituição quimica da saliva, pois, si é rico em mucina, é pobre de ptialina e sulfocianato de potassio.

Patogenia:

A patogenia da ranula é um de seus capitulos mais discutidos. Em numero de cinco são, teoricamente, as suas causas, a saber:

1.º) — Retenção salivar, por obliteração do canal de Wharton;

2.º) — Transformação quistica das glandulas Blandin-Nühn (Recklinghausen);

3.º) — Inflamação da bolsa serosa de Fleischmann (Fleichmann e Tillaux);

4.º) — Degenerescencia mucosa das glandulas sub-linguais (Suzanne);

5.º) — Enfim, uma teoria congenita para os quistos com cilios vibrateis, do assoalho da boca (Neumann).

Ésta ultima é a aceita por Sulton, Imbert e Jeambrau. Baseia-se sobre estudos anatomicos e está de acôrdo com a extrutura histologica e a evolução clinica dessa entidade morbida.

Forgue, partidario da origem congenita e combatendo as quatro primeiras, diz: 1.º) o canal de Wharton é quasi sempre permeavel. Além disso, o liquido da ranula não tem analogia alguma com a saliva; 2.º) o centro de origem da ranula é contrario á teoria de Recklinghausen; 3.º) a bolsa serosa de Fleischmann não existe; 4.º) Suzanne atribue a ranula á glandula sub-lingual esclerosada internamente por causa desconhecida. Essa esclerose produz por compressão a atrofia dos elementos glandulares, que degeneram e sofrem alteração mucosa. O tumor quis-

tico resultaria dessa destruição extensiva ao mesmo tempo aos *acini* e ao tecido conjuntivo ambiente, e o liquido mucoso néla contido, é o *reliquat* dos elementos desaparecidos. Ésta degenerescencia mucosa, diz Forgue, não foi encontrada por outro autor e tão sómente por Suzanne. E, ainda, que éla não explica os fatos quando a ranula é atapetada de um epitelio vibratil.

Defendendo essa teoria congenita, diz ainda Forgue, textualmente: "em certos quistos branquiais a parede e o conteúdo têm caratéres semelhantes. Essa identidade de estrutura, faz pensar em uma identidade de natureza. As ranulas ligam-se, pois, a formações de origem branquial. São quistos mucoides congenitos."

Etiologia:

A ranula é uma afecção bastante frequente, sobretudo nos individuos novos e principalmente do sexo feminino.

Não são bem conhecidas suas causas determinantes, incriminando-se, entretanto, as estomatites e a *estafa vocal*. (Será por isso mais frequente na mulher?).

Sintomas subjetivos:

Quando muito desenvolvida, a ranula, além de pouca dôr, produz embaraços á mastigação e á deglutição e, bem assim, perturbações vocais, pelo recalcamento da lingua para cima e para traz, chegando a encostar, ás vezes, á aboboda palatina. O doente diz que tem sensação de bola na boca. Não ha febre.

Sintomas objetivos:

De um ou de outro lado do freio da lingua ou dos dois lados ao mesmo tempo, observa-se, como já vimos acima, um tumor ovoide mole, depressivel, do tamanho de uma avelã a um ovo de galinha, indolor, de côr rosea-azulada e de crescimento lento. Ha sialorréa.

Complicações:

Ch. Lenormant refere-se a dois ou tres casos de morte, em que os quistos, provavelmente, romperam-se á noite, asfixiando os doentes com seu liquido.

Na criança, quando muito volumosos, deslocam os dentes inferiores para a frente. O proprio maxilar inferior atrofia-se, adelgaça-se e se revira para fóra (Kuttner, Marestin).

São raras as infecções e supurações do quisto e quando isso acontece, nunca se nóta abcesso do assoalho da boca. Como se vê, as complicações sérias são raras.

Prognostico:

E' benigno, na maioria dos casos.

Diagnostico:

O diagnostico da ranula é facil. Não póde ser confundido com o lipoma do assoalho da boca, que é mais superficial, de consistencia pastosa e não flutuante. Menos ainda com o linfoangioma do recem-nascido, pelo seu desenvolvimento rapido e seu volume consideravel; e, enfim, nem com o angioma do assoalho da boca, que não constitue um tumor liquido regular e nitidamente limitado.

Tratamento:

O tratamento até aqui seguido tem sido o cirurgico, quer incisando simplesmente, quer fazendo a ablação parcial do tumor e cauterizando a ferida com nitrato de prata. Esse processo, além de doloroso, tem sido ineficaz, pois, o tumor regenera-se com a maior facilidade. A ablação total é muito dificil, si bem que possivel, pelas aderencias profundas do tumor com o canal de Wharton, nervos e vasos linguais.

O tratamento por nós instituido e que constitue o principal objetivo desta comunicação, é novo e foi por nós empregado pela primeira vez, pois nunca o encontramos quer em revistas quer em tratados. Consiste na aplicação da fulguração numa parede do quisto, com o fito de formar uma fistula permanente que esvasiará o tumor a medida que o liquido fôr se formando. Sua tecnica é simples e está ao alcance de todos. E' a seguinte: anestesia-se a extremidades livre do tumor com mistura de Bonain, durante uns 2 minutos, aplica-se em seguida uma centelha do comprimento de um centimetro mais ou menos na face antero-superior do pólo livre do quisto, de sorte a fazer-se uma perfuração dessa parede, de diametro um pouco maior do de uma agulha de punção lombar. Terminada essa perfuração, o liquido escôa-se expontaneamente e o tumor apaga-se, po rassim dizer.

A operação, que é indolor, está terminada. Ao passar, porém, o efeito da anestesia, o doente experimenta dôres vivas. Prescreve-se-lhe então um bochecho analgesico. As dôres abrandam-se e no fim de 5 a 6 dias tudo se normalisa; o paciente fala e se alimenta com facilidade. Mais um ou dois dias, a escara produzida pela fulguração cái e a fistula permanece aberta, só um pouco reduzida de diametro. Ha nos primeiros dias da aplicação eletrica infiltração, rubôr e sialorréa intensas, que desaparecem pela quéda expontanea da escara acima citada.

As observações abaixo descritas, são elucidativas. Examinemo-las:

A. S. — 33 anos, casada, branca, brasileira, domestica, deste Estado. Apresentou-se ao nosso serviço em 3.11.34.

Informa que ha 4 ou 5 anos saíu-lhe um tumor debaixo da lingua, tumor esse operado e reproduzido por varias vezes, sendo que ha 10 dias reapareceu pela ultima vez. Não sente dôres mas lhe embaraça a fala. Seu estado geral é bom. Em seu passado morbido encontra-se apendicite, já operada, afeção do figado, colite e muitos abortos. No que nos diz respeito, encontramos só um desvio do septo nasal, lado D. e um tumor sub-lingual do mesmo lado, do tamanho de um ovo de galinha, de côr rosea-azulada, indolor á apalpação e recalcando completamente a lingua para cima e para traz, até á aboboda palatina. Fizemos então,

como tratamento, uma incisão com o bisturí, de um centimetro de extensão, no ponto mais proeminente do tumor. Escoou-se logo um liquido de aspéto xaroposo, citrino, inodoro. O tumor retraíu-se e a doente ficou aliviada. Em 5.12.34, a paciente voltou ao nosso consultorio, com o s eu tumor reproduzido e queixando-se dos mesmos sintomas. Nova incisão com o bisturí, reproduzindo-se nova saída de liquido e mesmo alívio da primeira vez. De 15.12.34 a 23.1.35 passa éla muito bem. Em 25.11.35 reproduziu-se o tumor, com forte pressão na região suprahioidea. Maiores sensações de dôr e depressão psiquica da doente. Fizemos então com a fulguração, uma fistula, segundo a tecnica acima exposta. O tumor esvasiou-se completamente, aliviando logo a doente. Prescrevemos-lhe um bochecho sedativo. Em 27.12.35 a doente nos apareceu pela primeira vez, após essa aplicação, em muito bôas condições. Tumor completamente retraido, com a fistula aberta, por onde não se notava saída de liquido algum. Em 1.10.36 a vimos pela ultima vez, completamente curada.

A segunda observação é a seguinte:

D. F. — 22 anos, solteira, domestica, branca, brasileira, deste Estado. Apresenta-se ao consultorio em 29.5.35.

Queixa-se de embaraço á deglutição e á fala, pois ha tres dias nasceu-lhe um tumor debaixo da lingua, que cada vez aumenta mais de volume e lói bastante. Nada de importancia em seu passado morbido, pois só sofreu de apendicite, de que se operou. Estado geral bom. Ao que diz respeito á nossa especialidade nada encontramos digno de nóta.

No assoalho da boca, porém, sob a ponta da lingua, lado E, encontramos um tumor do tamanho de uma nóz, recalcando esse orgão para cima e para traz, doloroso á pressão, de côr rosea-azulada, a boca cheia de secreção salivar e a doente, de facto, falava com dificuldade. Nessa ocasião fizemos a fistula da parede do quisto, com a fulguração, do modo já exposto acima, escoando-se logo um liquido xaroposo, citrino e inodoro, dando alivio imediato á paciente. O tumor retraiu-se, voltando a lingua á sua posição normal.

Receitamos-lhe uma formula sedativa para bochechar.

Em 31.5.35 a doente volta á consulta, ainda com muitas dôres. Receitamos-lhe uns comprimidos de Cibaleina e o mesmo remedio para bochechar. Em 6.6.35 retorna a paciente ao nosso consultorio, muito contente, por não mais lhe encomodar não só a doença como as consequencias do tratamento. Em 11.6 tem alta, curada. Em 20.12.35 vem D. F. consultar-nos por otalgia de origem dentaria. Informa-nos então que nunca mais lhe encomodou o dito tumor. Verificamos tambem que a fistula persistia, com seu diametro menor do que o feito na ocasião da fulguração e que por êle não se eliminava nenhum liquido.

CONCLUSÕES:

Rematando podemos fazer as seguintes conclusões:

a) — é impropria a denominação de "ranula", pois nem fisica, nem fisiologicamente dá a impressão desse util animal;

b) — a denominação mais cientifica é, parece-nos, a de quisto congenito do assoalho da boca, segundo Neumann, amparado por Sultan, Imbert, Jeambrau, etc.

c) — o quisto congenito do assoalho da boca póde e deve figurar no capitulo de oto-rino-laringologia;

d) — o quisto congenito do assoalho da boca póde ser curado sem a extirpação, operação de dificil execução, pelo processo da fistula permanente produzida pela fulguração;

e) — a incisão do quisto congenito não cura, é paliativa;

f) — resta a estudar si o quisto congenito não elimina mais liquido pela fistula, ou si o faz, o doente o deglute ou o cospe de mistura com a saliva. Em caso de deglutição, si traz ou não perturbações ao paciente.

g) — o quisto congenito do assoalho da boca é uma afecção benigna;

h) — o quisto congenito é mais comum no sexo feminino.

Haverá alguma relação entre quisto e apendicite? Pois os dois casos acima citados mencionam apendicite operada.

Notas de medicina social

Eugenía e alcoolismo dissimulado*

Ao encerrar a série de palestras promovidas pela Liga Pró-Abstinência Porto Alegrense, aproveitarei o ensejo para expôr sumariamente as razões médico-sociais que levam os anti-alcoolistas a não se limitarem apenas á temperança, mas a pregar e praticar a abstenção completa de bebidas etílicas.

Na luta incessante entre e centelha divina que anima a creatura e a matéria imperfeita que a corporifica, o aperfeiçoamento do indivíduo traduz-se, essencialmente, pela passagem da ordem material á ordem intelectual e, desta, á superioridade moral. E' a prevalencia conciente dos sentimentos elevados de altruismo, trabalho e justiça sôbre as paixões inferiores, instintivas, inerentes ao barro humano.

Sob a ação do alcool, desde logo, insensivelmente, obliteram-se as faculdades superiores de julgamento e auto-domínio. Em seguida, menos rápido, porém inelutavel, sobrevem o crepúsculo gradual da inteligencia, exalta-se e deforma-se a imaginação, que se torna desordenada e aberrante. A animalidade, por último, readquire a supremacia primitiva e anula a progressiva ascensão do homem para os ideais supremos de perfeição moral.

Eis em rápidos traços o cíclo comum da existência do alcoolatra inveterado que, por vezes, em fugidios instantes de razão, ainda tem a desventura inenarravel de compreender o doloroso descálabro da própria personalidade. E sofre, e se debate e luta, quasi sempre sem êxito, para se libertar do lodaçal sinistro que o submerge, lenta e implacavelmente.

VÍCIO ALCOOLICO SEM EMBRIAGUÊS AGUDA

Idêntico é o evolver da intoxicação etílica em sua forma aguda, a embriaguês, reproduzindo em curto espaço de tempo o quadro trágico do retrocesso espiritual a que leva o alcoolismo inveterado. Suas fases mais típicas a sabedoria popular simbolizou com justeza nas características de quatro irracionais: o papagaio, o leão, o macaco e o porco, termo final da degradação funesta que pode invalidar das mais toscas ás mais altas expressões da raça.

Menos aparente, porém muito comum e, por isto mesmo, mais nocivo sob certos aspectos, é o etilismo crônico em suas formas latentes ou frustas, isto é, o vício alcoolico dissimulado sem embriaguês aguda.

---

* Conferência feita durante a Semana anti-alcoolica de 1936. Irradiada pela R. S. Gaúcha.

A maioria dos bebedores habituais, realmente, não atingem á fase última da intoxicação etílica. Limitam-se a doses fracas e repetidas, que não determinam sintomas nítidos da impregnação alcoolica que, no entanto, neles se processa inevitavelmente, traduzindo-se por lesões gástricas e hepáticas, sorrateiras mas bem caracterizadas. E repercute quasi sempre no aparelho mais nobre da economia, no cérebro, cujas funções superiores são precocemente atingidas e prejudicadas.

Tal a pseudo-utilidade do uso diário de bebidas alcoolicas, quaisquer que sejam elas, desde o ilusório aperitivo ao vinho rotulado como tônico ou alimento. Este, possivelmente menos nocivo, porém qualquer deles capaz de ser o marco inicial do hábito avassalante, pois todo ébrio já foi um bebedor moderado, lentamente anulado pela degradação que o subjugou.

Em todas as coletividades — revela-nos o estudo das predisposições hereditárias — existe um grande número de individuos com a inclinação latente para a embriaguês. Afastados da tentação insidiosa, essa tendência não se manifestará; no caso contrário, a fraca dóse inicial aos poucos não mais lhes dará a mesma excitação e far-se-á mister aumentá-las continuamente. Eis o hábito que se estabelece, o vício dominador que se instala!

Ainda peor:

— Fatores negativos da robustês da raça, os alcoolistas habituais, mesmo moderados, podem não apresentar distúrbios sensíveis, mas têm suas células básicas alteradas e, não raro, geram filhos desequilibrados, epiléticos, neuropatas dissimulados e futuros ébrios.

Para essa lúgubre legião de enfermiços e degenerados mentais não concorrem apenas os descendentes dos alcoolatras inveterados. Não é só o ébrio, com efeito, quem dilata pelo futuro em fóra os estigmas indeléveis da herança alcoolica. Basta por vezes a desastrosa intercorrência de uma impregnação transitória e acidental, tão rápida e profunda é a ação do veneno etílico sôbre o organismo humano. Nem outra é, frequentemente, a causa remota, e talvez esquecida, do aparecimento de casos isolados de doenças mentais, malformações congenitas, abastardamento moral, a pontilhar de dôr uma prole até então forte e sadía.

"Filhos da alegria" — assim se expressava com acerto o grande Pinard, referindo-se aos inúmeros idiotas e imbecís concebidos durante o carnaval, vindimas e outras festas populares em que Baccho impera.

E' especialmente visando o benefício da creança que nós, os anti-alcoolistas militantes, reputamos tambem prejudicial e, portanto, inaceitavel sob o ponto de vista sanitário, aquilo que comumente se intitula de "moderação". Onde termina esta, quais em verdade seus limites precisos? Qual o pai ou educador que poderá demarcá-los para o adolescente de quem deve ser o modelo e o guia espiritual? E que autêntico cientista conseguirá traçar, com segurança, as fronteiras do proclamado "uso habitual e inofensivo" de bebidas alcoolicas — quando sabemos que variabilíssimas são as suscetibilidades individuais e silenciosas certas manifestações tóxicas, ás vezes apenas percebidas quando explode o delírio característico que leva ao hospício ou á barra do tribunal?

O que aconselhamos, pregamos, praticamos, é a abstenção total de bebidas alcoolicas, ideal eugênico que julgamos mais próximo daqueles cumes inatingiveis da perfeição infinita, de que falava o idealismo renovador de Ingenieros. Convictos, outrossim, de que o dever cumprido é ainda uma das poucas venturas reservadas ao homem, levamos sempre aos mioprágicos da vontade ou do saber o auxílio dos ensinamentos da ciência e, sobretudo, o estímulo fecundo do exemplo, miraculoso poder que convence, que converte, empolga e triunfa!

PELA EDUCAÇÃO SANITÁRIA DA CRIANÇA

Antes de finalizar esta palestra, cujo único mérito consiste na limpidez da intenção que a inspirou, desejaria transformar minhas palavras em fervorosa exortação á vossa clarividência, em apêlo aos vossos mais puros sentimentos e, si necessário fôr, em verdadeira súplica. Súplica em pról da preservação das novas gerações, que têm o direito de exigir, com a vida, a saúde do corpo, a perfectibilidade da alma e a centelha radiante da lucidez mental.

Dirijo-me, por isto, principalmente aos artífices máximos da formação espiritual do futuro homem. Peço, para nossa causa, a cooperação fundamental do professorado rio-grandense, o qual, digno entre os mais dignos, sabe sem dúvida — que não é educador quem se limita a passar do seu espírito para o do educando noções de ciência ou de arte. E jamais esquece que o verdadeiro professor "transforma a alma e o corpo, equilibra nervos, robustece os músculos, apura a inteligência, desenvolve a bondade, ensina a justiça, tira em suma da creação o homem como se tira do carvão negro o diamante".

Colaborai na óbra indispensavel da educação sanitária da infancia contra os males multiformes do alcoolismo. Procurai fixar na placa sensivel do sub-conciênte da criança os bons hábitos da abstinência, das nórmas hígidas e superiores que conduzem ao aperfeiçoamento gradual do indivíduo e de sua descendência. Pela responsabilidade de vossa nobilitante função social, não vos deixeis abater ante arremetidas de interêsses mal feridos, de preconceitos ancestrais, do comodismo esteril de céticos e incientes.

Lento e áspero porém seguro, é o germinar e frondescer das grandes causas que visam o aperfeiçoamento humano. E si, porventura, tardarem os resultados aparentes desse bendito apostolado, e o desalento vos quebrantar, revigorai-vos meditando êsses conceitos lapidares e profundos de Ruy Barbosa, o maior campeador das grandes causas cívicas de nossa Pátria:

"A verdade não se impacienta, porque é eterna. Quando praticamos uma ação bôa, não sabemos si é para hoje ou para quando. O caso é que seus frutos podem ser tardios, mas são certos. Uns plantam a semente da couve para o prato de amanhã, outros a semente do carvalho para o abrigo ao futuro. Aqueles cavam para si mesmos. Estes lavram para o seu país, para a felicidade dos seus descendentes, para o benefício do gênero humano".

J. Maya Faillace.

Arsaminol

Arsenico pentavalente injectavel
contendo 0,05 de Arsenico por cc.

Tolerancia perfeita — Segurança em doses elevadas. Rigorosamente indolor pelas vias: sub-cutanea e intra-muscular.

SYPHILIS — LEISHMANIOSE — ESPIROCHETOSE — TRYPANOSOMIASE

Empolas de 3 e de 5 cc. (adultos). Empolas de $1^1/_2$ cc. (creanças)
Caixas com 6 empolas (adultos) e 10 empolas (infantil).

MEDICAÇÃO ARSENICO MERCURIAL

ENESOL

Salicylarsinato de Mercurio

SYPHILIS em todas as suas manifestações.

Caixas de 10 empolas de 2 cc.
Dóse média: 1 empola de 2 cc. por dia

INJECÇÃO INTRAMUSCULAR.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & Cie - Paris
Seys, Pierre & Co. Ltda. -- Caixa Postal 489 -- Rio de Janeiro

Brucellose humana e dos animaes

Delphin de Mesquita Barbosa

Medico Veterinario — Prof. de Pathologia e Clinica Medica da Escola de Agronomia e Medicina Veterinaria da Universidade do Rio Grande Sul.

Exmo. Snr. Presidente e demais membros da Sociedade de Medicina do Rio Grande do Sul.

Li no "Correio do Povo" de 6 do corrente a noticia da ultima reunião dessa Sociedade Científica, aliás, todas são sempre lidas por mim, com grande prazer.

Acontece, porem, que nesta tive a atenção presa no resumo de um trabalho do ilustre médico Dr. Antonio Bottini sôbre: — "Brucelose Humana". Fez êle citação dos trabalhos de Arlindo de Assis, Aben Athar, Carini e Vepuci, Lacorte, Gonçalves Carneiro e do eminente professor Pereira Filho, descrevendo ainda uma bela observação em sua clínica, terminando a comunicação com a interrogação: "A acção patogênica da brucelose abortus bovis é a mesma para os animais e para o gênero humano?

Lendo esta interrogação, firmou-se em mim a convicção que a muito venho tendo, isto é: a necessidade que existe do contacto mais íntimo entre os médicos humanos e os médicos veterinários, com relação ás moléstias comuns aos homens e aos animais.

Já se foi o tempo em que o titulo de veterinário era empregado com fim pejorativo. O médico veterinário de hoje tem base suficiente para estar em contacto com o médico humano e tomar parte nas suas reuniões e discutir os assuntos que lhes são correlatos. O médico veterinário de hoje, estuda Fisiologia, Histologia, Anatomia Patológica, Anatomia Comparada do homem e dos animais, Bacteriologia, Higiene, bem como a inspecção de produtos de carne, leite e seus derivados, gêneros de primeira necessidade na alimentação humana.

Portanto, creio, o médico veterinário deve mesmo, ser ouvido pelo médico humano, com relação ás moléstias que atacam indistintamente os homens e os animais.

No Brasil existe: a Tuberculose, o Carbunculo, a Raiva, a Aftosa, a Brucelose etc., alem das moléstias parasitárias, *comuns aos homens e aos animais*, as quais vêm sendo estudadas, com carinho, por um grande número de médicos veterinários. Nos estudos de Tuberculose, temos: os médicos veterinários, Vitor Carneiro, Alexandre Melo, Epaminondas de Souza, Silvio Torres, Desidério Finamor, Pedro Rolin, o signatário do presente e outros; sôbre o Carbúnculo, seria fastidioso enumerar os co-

legas, no entretanto, cito apenas um caso passado comigo no municipio de Cipó, no Estado da Baía. Tendo o proprietário de uma pensão, aproveitado a carne de um bovino morto sem observação veterinária, ao tirar o couro deu um corte no dedo, manifestando-se pústula maligna; o pobre homem recorreu ao médico da localidade, foi á capital do Estado, consultou vários médicos, sem que nenhum chegasse á conclusão do mal ou, pelo menos, lhe indicasse a aplicação do sôro anticarbunculoso como recurso; voltando êle no mesmo dia a Cipó, eu lhe fiz ciente de que devia recorrer ao sôro; foi mandado um próprio á capital buscar recurso e quando regressou, o infeliz já havia morrido.

Nos estudos de Raiva, estão se salientando hoje om médicos veterinários, e entre êles: Silvio Torres, Blanc de Freitas, Moacir de Souza, Gesualdo Grocco, Freitas Lima, Alvaro Sales, Vital Costa, Durval Valadares. Na Aftosa, temos: Otávio Dupont, Moacir de Souza, Américo Braga, Silvio Torres, Iris Abreu Martins, Argemiro de Oliveira. Nas moléstias parasitárias e em inspeção de produtos de origem animal: Otto Pecego, Murilo Sampaio, Fróes da Cruz, Silvestre Scharra, Taltibio Silveira, Sá Erp, Belizario Tavora, Osvaldo de Carvalho e Silva; e, por fim, deixei justamente para falar em Brucelose, moléstia hoje provado o seu contagio do animal ao homem. Cameçarei a falar no recente trabalho do Dr. G. Radules-Calefet, médico-veterinário da cidade de Bucarest, membro correspondente da Sociedade de Patologia Comparada e de Higiene Geral de Paris.

Em seu trabalho o colega diz: "Os casos de brucelose verificados em animais e homens, em Bucarest e em seus arrabaldes, embora menos frequentes que os descritos em outros centros da Europa Central e Ocidental, são devidos, até a hora actual, á infecção pela Brucela Abortus. Não se puderam registrar aqui casos que se possam atribuir, com exatidão, ao contágio pela Brucela Melitensis, e o facto é explicavel pelo ínfimo número de cabras existente nesta cidade. Um só caso suspeito de melitococcia, e somente passageiro na cidade, foi constatado num oficial que veio de um quartel do litoral do Mar Negro, cujos antecedentes mostravam haver êle consumido leite de cabra."

Depois de um longo histórico dos trabalhos procedidos nas fazendas dos arabaldes de Bucarest, diz o Dr. Calefat no seu maravilhoso artigo "*Verificações atuais*" — "Diante da impossibilidade, nas condições presentes, de empreender uma acção geral, capaz de identificar e de englobar, numa estatística geral, todas as bruceloses de Bucarest, assumimos a tarefa de controlar, pelo menos, de perto, sob o ponto de vista de bruceloses, os estados sanitários de todos os animais leiteiros de todas as pessoas que vivem em contacto com os animais, disseminados na superfície de um sector inteiro da Capital, que é dividida, sob o ponto de vista administrativo, em quatro grandes sectores."

"Nossa acção se desenvolveu no quarto sector N. O. da cidade, que compreende o pequeno e o grande arrabalde deste sector, onde

foram submetidos ao controle de sôro-aglutinação, todos os bovinos, bem como a maior parte das pessoas que vivem em contato com êsses animais: fazendeiros, leiteiros, moços manipuladores ou distribuidores de leite, e, também, um número suficiente de indivíduos que não estavam em contato com os animais, porem, que consumiam seus produtos."

"Tanto nós, como nossos auxiliares, agentes e homens de serviço, submetemo-nos ao mesmo controle. E á medida do possivel, nos lugares infectados, foram submetidos a mesma prova comparativa: os cavalos, os porcos, as carneiros, os cães e, raramente, os búfalos.

Eis, em resumo, os resultados das observações feitas na ocasião do nosso controle sanitário:"

(Para não alongar esta descrição, transcrevo apenas quatro das doze citações feitas pelo autor do trabalho, precisamente as quatro que dizem respeito ao homem.)

"1.º — A existencia de brucelose animal e humana, devida á *Brucela abortus bovis*, é bastante evidente entre os animais de Bucarest e de seus arrabaldes, como tambem entre os homens desta cidade que vivem em contato com êsses animais ou que consomem seus produtos: leite, crême, manteiga, queijo branco, coalhada, etc.

"2.º — A frequencia de Brucelose humana vai, nos meios infectados por *Brucela abortus*, de 27% (Tatarano, em Pautelimon) até 75% (Albesco Iliesco, em Rochon), segundo o exame do sangue, contando também as reacções francamente positivas.

"3.º — A contaminação diréta ou profissional é a mais frequente: o pessoal de estábulo, os leiteiros, os veterinários, os auxiliares, seus homens de serviço, são os mais frequentemente atingidos e dão as sôro-aglutinações positivas mais elevadas.

Casos de resistência natural e casos de receptividade excepcional foram notados. Assim um confrade que teve oportunidade de praticar, quasi todos os dias, casos de distocia e que ingeriu de um a dois litros de leite crú por dia, jamais sentiu nenhum sintoma caraterístico de febre ondulante e jamais apresentou uma sôro-reacção positiva. Ao contrário, um dos nossos auxiliares, que nunca teve oportunidade de auxiliar-nos em casos de distocia e que é mesmo anafilático para o leite e seus derivados, mas que sempre nos auxilía nas vacinações anticarbunculosas, nos estábulos indenes, como também nos infectados pela brucelose, apresente, ao contrário, sintomas típicos de febre ondulante, com sôro-aglutinação intensamente positiva.

4.º — A *contaminação indiréta*, muito menos frequente, deve se atribuir, na grande maioria, aos casos de alimentação lactea. Em certos casos, a sugeira da água de beber, a dos legumes pelas dejecções de animais infectados, representa a única explicação plausivel da contaminação dos indivíduos que não consomem produtos lacteos. Até o presente, a contaminação indiréta pela manipulação de carnes não foi posta em evidência.

Em 2.630 sôros examinados, em um só labortório, e provenientes de indivíduos que não estavam em contacto com bovinos, mas, que se alimentavam de leite ou de seus derivados, registraram-se, somente, 152 aglutinações, cuja maioria fracamente positiva e somente 6 casos intensamente positivos; ao passo que, para as pessoas que vivem em meios infectados de brucelose bovina, as aglutinações positivas ultrapassam, as vezes, a percentagem de 70% (arrabalde Rochan)."

Êste trabalho continúa dando outros resultados.

Passarei agora a falar das observações feitas sôbre a brucelose, por médicos veterinários patricios.

Em maio de 1930, os médicos veterinários, Cícero Neiva e Alexandre Melo, escreveram um artigo sôbre "Moléstia de Bang em São Paulo". Dizem os autores:

"Entre nós, que saibamos, é êste o primeiro trabalho que aparece firmando a existência, pelo menos no território do Estado, de *Brucela Abortus Bovis*, que conseguimos isolar, tendo-se feito igualmente a profiláxia do mal em uma grande fazenda de criação, pelo método de Bang: sôro- diagnose e isolamento dos reagentes. A moléstia de Bang é também contagiosa ao homem, através do leite e derivados não pasteurizados e por outros vectores, nêle determinando um estado infeccioso febril de caracter tifoide, e o abortamento nas mulheres pejadas."

Em junho de 1934, o médico veterinário Cícero Neiva, escreveu um artigo sôbre "Aglutinas para o gênero Brucele em sôros de animais". Depois de apresentar uma serie de provas conclue o seu artigo no seguinte resumo:

"Foram feitas provas de aglutinação em 1.482 sôros de animais na maioria abatidos, para consumo da Capital de São Paulo, no Matadouro da Cia. Armour do Brasil.

Os antigenos empregados se constituiam de amostras de Brucele Abortus, Br. Melitensis e Br. Suis.

Êsses sôros assim se distribuiam: 414 de bovinos que deram 28 reacções positivas a 1:100 e acima; 216 de caprinos, com 3 provas positivas a 1:100 e um a 1:200; 208 de ovinos com uma só reacção positiva a 1:100. Em 644 sôros de suinos houve alta percentagem de aglutinações positivas consideradas assim provas iguais a 1:100 e acima, num total de 44,04%."

Resulta destas observações que a fonte principal de infecção humana deve ser, em São Paulo, a especie suina, de acôrdo, não somente com resultado aqui consignado, como também pelas verificações de casos humanos de brucelose já registrados em São Paulo, terem Br. Suis como agente etiológico e finalmente pelo insulamento deste germe por Penha (veterinário) e por Pacheco, em porcos dêste Estado."

Ainda em 1930, o médico veterinário Silvio Torres constatava pela sôro-aglutinação a existência de brucelose, no Estado do Rio.

O primeiro caso humano de brucelose em São Paulo foi descripto por Antonio Carini, que apezar de médico humano, muito se tem dedicado a pesquizas veterinárias e B. Vespuci; identificaram êles a Br. Suis em um tripeiro, tendo esta identificação impressionado o Diretor do Serviço Sanitário do Estado, que por sua vez nomeou uma comissão composta de médicos humanos e médicos veterinários que ficou constituida com o titulo de *"Comissão de estudos da febre ondulante em São Paulo"*. Em seguida o médico veterinário Vitor Carneiro isolou a Br. Suis, do sangue de um operário manipulador de carne de frigoríficos, cuja descrição clínica foi feita por E. Framonti.

Êste ano ainda apresentaram belíssimos trabalhos os médicos veterinários Alexandre Melo, Otto Pecego, Eloi Harman e José Bifoni.

O primeiro com o título "Nova amostra de brucela abortus isolado em São Paulo" e os três últimos em colaboração o trabalho com o título "Contribuição ao estudo de infecção brucelica nos suinos".

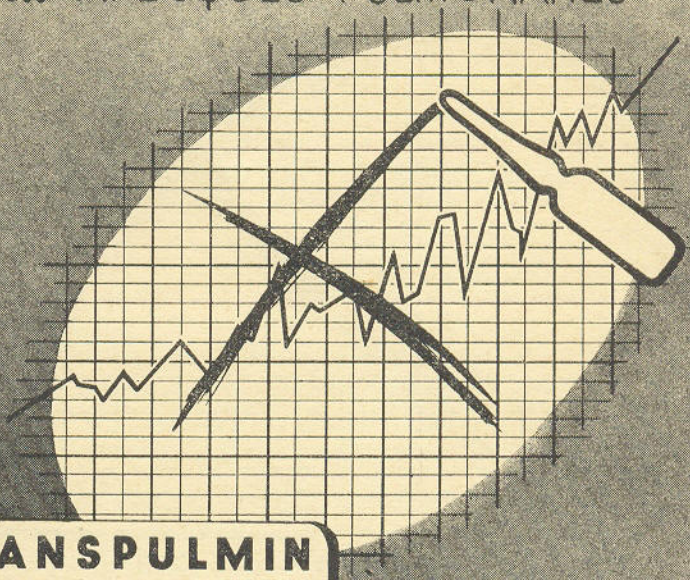
Alem destes trabalhos já citados, existem outros que não possuo no momento entre os quais: "Um caso de patologia bovina em medicina humana" pelo médico veterinário Alexandre Melo e o primeiro relatório da Comissão de estudos da febre ondulante em São Paulo.

Saindo fóra da brucelose, lemos no número de 31 de agosto dêste ano do "Brasil Médico", um artigo — Nota Previa — dos médicos Genesio Pacheco e Cavalcanti Proença sôbre a transmissão da Raiva pelo sangue, cujo artigo foi respondido pelo "Correio do Povo" de 24 do mês p. pdo. pelo médico veterinário Gesualdo Crocco, aonde poem em evidência os muitos e vários trabalhos originais seus, sôbre êste assunto e publicados no Almanaque do "Correio do Povo" em 1920, na Hygia, jornal médico, de maio de 1928; na "Estancia", Set. de 1928; na Revista Ceres, 1930, bem como trabalhos dos médicos veterinários Rehag e Henrique B. de Freitas.

Como vêm, srs. membros da Sociedade de Medicina do Rio Grande do Sul, com a exposição que acima faço, quero apenas demonstrar a necessidade que existe na íntima colaboração entre o médico humano e o médico veterinário em prol do muito que poderemos, juntos, fazer pela população do nosso caro Brasil.

Espero que aceiteis esta modesta colaboração, como inicio do elo que em futuro muito próximo aproximará as duas classes para colaboração científica de grande alcance para ambas.

contra AFECÇÕES PULMONARES:



TRANSPULMIN

(3% de quinina basica, canfora e oleos volateis)

Gripe, Bronquites aguda e cronica, abcessos pulmonares. Bronco-pneumonia, Bronco-ectasias, etc.

Embalagem: Caixas de 3, 6, 12, 75 e 250 amp.

SOLVOCHIN

(Quinina em solução aquosa a 25% pH-7,2)

Especifico contra a pneumonia cruposa, taquicardia paroxismal, inercia uterina, etc.

Embalagem: Caixas de 3 e 12 ampolas

SOLVOCHIN-CALCIO

(1 ampola de 5 cc. contém 1 cc. de Solvochin e 0,072 gr. de calcio)

Solvochin-Calcio reune a ação anti-toxica, pneumococo-especifica da quinina ao efeito anti-exsudativo e anti-flogistico do calcio.

Embalagem: Caixas de 3 e 12 x 2,5 cc. e 3 x 5 cc.

Homburg

Representantes para o R. G. do Sul

Weskott & Cia.

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

Estudo sobre as condições de nutrição dos alunos do Colegio Elementar „Paula Soares"

apresentado ao Exmo. Sr. Othelo Rosa, dd. secretario da Educação e Saude Publica

pelo

Dr. Poli M. Espirito

EXM.º SR. OTHELO ROSA
D. D. SECRETARIO DE ESTADO DOS NEGOCIOS
DA EDUCAÇÃO E SAUDE PUBLICA.

No desempenho da função que exerço na Inspetoria Medica Escolar, estive no ano proximo passado examinando de saude os alunos de alguns estabelecimentos de ensino publico estaduaes. Tive assim ocasião de apurar que, embora o estado sanitario geral não possa ser considerado mau, ha numerosos escolares em condições deficientes de saude. Para os exames de laboratorio, vali-me do concurso da Diretoria de Higiene, os quaes me vieram revelar a presença de uma aluna no Grupo Escolar "LUCIANA DE ABREU" em plena eliminação de Bacilos de Koch pelo escarro. Em outro caso, ficou esclarecida uma suspeita de mal de Hansen, cujo resultado felizmente foi negativo para esse terrivel mal, porém positivo para a Sifilis. Nesses, que cito como exemplos, assim como nos demais casos, sempre tomei as necessarias providencias, ora afastando os alunos doentes do convivio escolar, ora recomendando os cuidados cabiveis, ora aindo ministrando a medicação a pedido dos respectivos responsaveis. A este proposito citarei o caso de um aluno do Colegio Elementar "PAULA SOARES" que era portador de hernia inguinal dupla e que, entretanto participava de todos os trabalhos letivos, inclusive os mais variados exercicios fisicos. Providenciei junto a Direção do Colegio para evitar um possivel incidente, que poderia atingir gravidade, e interessei-me junto a familia para o devido tratamento do aluno. Foi ele assim submetido a uma intervenção cirurgica que lhe corrigiu aquela perturbação e, ainda, fez um tratamento geral, porque tambem era portador de Heredo-sifilis, com grande proveito.

Além desse trabalho de inspeção de saude, procurei, num primeiro ensaio verificar qual o estado de nutrição dos nossos escolares, pois entre o estado nutritivo, resistencia organica e infecção ha uma relação estreita. O organismo em deficit nutritivo fica á mercé da agressão dos agentes infecciosos sem dispôr, em muitos casos, de suficiente elemento de defesa para proteger-se. Da mesma fórma, a desnutrição

dificulta ou impede o pleno exercicio das atividades. Mas, por outro lado, o estado de supernutrição tambem póde ser decorrente de um desvio da normalidade funcional organica, por uma perturbação endocrinica, ou por um vicio de alimentação. Compreende-se, pois, o interesse em observar em que grau de nutrição se acham as creanças e adolescentes que frequentam os bancos escolares.

O interesse especulativo, no caso, ainda cresce de significação, considerando-se que, ao que me conste, não ha nenhum trabalho feito entre nós, no genero.

Para iniciar esse trabalho, preferi o Colegio Elementar "PAULA SOARES", onde já encontrei um processo de fichamento dos alunos, por classes e secções, indicando idade, altura e peso. A Exma. Sra. Diretora desse Colegio, D. Maria do Carmo Mendonça Lima, senhora afeita e consagrada ao seu mistér de educacionista, já havia compreendido a necessidade de acompanhar o desenvolvimento fisico dos alunos de seu Colegio, tendo a auxlia-la professoras que já se familiarizaram com os processos de medição e pesagem. Graças ao esforço desenvolvido, poude o colegio referido instalar e fazer funcionar regularmente uma cozinha, que serve diariamente aos alunos um prato de sopa, bem preparado, conforme tive ocasião de observar. Com essa providencia, muito terá de melhorar o estado nutritivo dos alunos, pois V. Excia. poderá deduzir da necessidade dessa instituição pelos dados que abaixo exponho.

Existem varios processos para deduzir o estado de desenvolvimento e a robustez dos individuos, procurando estabelecer "indices" de acôrdo com os dados antropometricos pessoaes. Alguns autores organizaram tabelas para controlar o crescimento e o peso, outros procuram relação entre peso, estatura e perimetro toracico. Para o presente estudo, vali-me do indice chamado "PELIDISE", que se me afigura de muita utilidade na apreciação do estado de nutrição do examinando. Em Minas Geraes está em uso esse indice no serviço de Inspeção Medica Escolar, sendo sistematicamente calculado o Pelidise de toda criança fichada.

O Pelidise, proposto por von Pirquet, é um indice derivado da altura do individuo na posição sentada. Elevando-se ao cubo essa altura, medida em centimetros, obtem-se como resultado dez vezes o peso em gramas. O Pelidise é a relação que existe, num determinado individuo, entre a raiz cubica de 10 vezes o seu peso em gramas e a altura sentada, tomada na unidade "metro", isto é

$$\frac{\sqrt[3]{10\ P}}{As}$$

Para tomar a referida altura, senta-se o individuo em posição bem erecta e mede-se a distancia entre o plano horizontal do assento e o da porção mais alta da cabeça, estando esta em posição intermedia, nem em flexão, nem deflexão.

Com o altimetro é muto facil de se obter essa medida, mas pode-se tambem obte-lo encostando o examinando á parede e servindo-se de

um objeto em esquadro (um livro, por ex.) para tomar a altura da cabeça: basta então medir a distancia entre o banco e o referido esquadro.

O quociente da divisão

$$\frac{\sqrt[3]{10\,P}}{As}$$

é o indice "Pelidise".

Consideram-se em bom estado de nutrição os individuos com indice entre 94 e 100; abaixo de 94 ficam os sub-nutridos, acima de 100 os supernutridos. Naturalmente, é necessario afastar as causas de erro que possam desvirtuar o valor do indice, algumas grosseiras, como sejam, tomar a altura em posição incorreta, não deduzir o peso da roupa, etc.; outras já delicadas, como o estado de plenitude gastrica, vesical e intestinal, certos estados patologicos, como o mal de Pott, os edemas, etc.

Foram medidos e pesados 953 alunos do colegio "PAULA SOARES", de idade entre 6 e 19 anos. Como é bem de notar, são reduzissimos os alunos de 17 anos para cima, pois ao alcançar essa idade têm os educandos, em geral, já seu curso elementar completo. Tambem os de 6 anos são muito poucos, por ainda não estarem em condições de acompanhar os trabalhos letivos do mesmo curso. Com tão poucos elementos, compreende-se tambem o pequeno valor que se pode atribuir ás percentagens estabelecidas. Inclui-os, porém, neste estudo apenas subsidiariamente para alguma ilustração sobre os mesmos.

Nos quadros organizados, acham-se os alunos distribuidos por adeantamento e por idade. Vou dar aqui os resumos que servem para fixar os resultados.

ESTADO DA NUTRIÇÃO DOS ALUNOS POR IDADE E SEXO

Alunos de **6 anos**	2 masc. ..	sub-nutr. ...	2	=	100 %
		normaes	0		
Total 4	2 fem. ...	sub-nutr. ...	2	=	100 %
		normaes	0		
Alunos de **7 anos**	19 masc. .	sub-nutr. ...	11	=	57,9 %
		normaes	7	=	36,8 %
		super-nutr. ..	1	=	5,3 %
Total 36	17 fem. ..	sub-nutr. ...	9	=	52,9 %
		normaes	6	=	35,3 %
		super-nutr. ..	2	=	11,8 %

Alunos de **8 anos**	29 masc.	sub-nutr.	14	=	48,3 %
		normaes	15	=	51,7 %
		super-nutr.	0		
Total 66	37 fem.	sub-nutr.	23	=	62,2 %
		normaes	14	=	37,8 %
		super-nutr.	0		
Alunos de **9 anos**	25 masc.	sub-nutr.	15	=	60 %
		normaes	10	=	40 %
		super-nutr.	0		
Total 77	52 fem.	sub-nutr.	27	=	51,9 %
		normaes	25	=	48,1 %
		super-nutr.	0		
Alunos de **10 anos**	35 masc.	sub-nutr.	19	=	54,3 %
		normaes	16	=	45,7 %
		super-nutr.	0		
Total 107	72 fem.	sub-nutr.	25	=	34,7 %
		normaes	41	=	57 %
		super-nutr.	6	=	8,3 %
Alunos de **11 anos**	18 masc.	sub-nutr.	12	=	66,3 %
		normaes	6	=	33,7 %
		super-nutr.	0		
Total 157	139 fem.	sub-nutr.	76	=	54,7 %
		normaes	50	=	36 %
		super-nutr.	13	=	9,3 %
Alunos de **12 anos**	34 masc.	sub-nutr.	14	=	41,1 %
		normaes	18	=	53 %
		super-nutr.	2	=	5,9 %
Total 155	121 fem.	sub-nutr.	64	=	52,9 %
		normaes	50	=	41,3 %
		super-nutr.	7	=	5,8 %
Alunos de **13 anos**	22 masc.	sub-nutr.	12	=	54,5 %
		normaes	10	=	45,5 %
		super-nutr.	0		
Total 127	105 fem.	sub-nutr.	54	=	51,4 %
		normaes	44	=	42 %
		super-nutr.	7	=	6,6 %

Alunos de **14 anos**	11 masc.	sub-nutr.	6	=	54,5 %
		normaes	5	=	45,5 %
		super-nutr.	0		
Total 107	96 fem.	sub-nutr.	57	=	59,3 %
		normaes	33	=	34,4 %
		super-nutr.	6	=	6,3 %
Alunos de **15 anos**	1 masc.	sub-nutr.	0		
		normaes	1	=	100 %
		super-nutr.	0		
Total 67	66 fem.	sub-nutr.	35	=	53 %
		normaes	25	=	38 %
		super-nutr.	6	=	9 %
Alunos de **16 anos** Total 36	36 fem.	sub-nutr.	17	=	47,2 %
		normaes	15	=	41,7 %
		super-nutr.	4	=	11,1 %
Alunos de **17 anos** Total 14	14 fem.	sub-nutr.	5	=	35,7 %
		normaes	8	=	57,2 %
		super-nutr.	1	=	7,1 %
Alunos de **18 anos** Total 2	2 fem.	sub-nutr.	1	=	50 %
		normaes	1	=	50 %
Alunos de **19 anos** Total 2	2 fem.	2 fem.	2	=	100 %

EM RESUMO:

ALUNOS OBSERVADOS: 953	Sub-nutr.	500	=	**52,5 %**
	Normaes	398	=	**41,7 %**
	Super-nutr.	55	=	**5,8 %**

Essa discriminação por idade dos alunos permite fazer algumas considerações paralelas ao estudo em foco. Em relação ao sexo, nota-se que aos 7 anos ha maior numero de meninos do que de meninas (19 e 17 respectivamente), mas para cima dessa idade diminue a proporção de rapazes, a ponto de haver, aos 14 anos, apenas 11, sendo de 96 o numero de meninas. O colegio não admite rapazes de mais de 14 anos, havendo excepcionalmente um com 15. Acredito que a diminuição proporcional de meninos se verifique porque a maior parte das meninas se ori-

enta no sentido de se matricularem na Escola Normal, sendo preliminarmente necessario fazer o curso elementar; emquanto que com os rapazes os objetivos diferem. Alguns devem abandonar o colegio para trabalhar no comercio ou na industria; outros, em boa parte, canalisam-se para os cursos ginasiaes; outros, emfim, vão fazer um aprendizado técnico que lhes proporcionará um oficio manual. Julgo de bastante importancia focalizar esse aspecto das presentes observações, porque a ele se liga um dos ramos do ensino (ensino técnico profissional), que constitue uma das chaves do desenvolvimento e progresso da nacionalidade, merecendo por isso uma particular atenção.

Observa-se esse decrescimo proporcional de rapazes na capital, onde ha numerosos estabelecimentos de ensino de varias naturezas. Para confirma-lo seria necessario verificar si tambem é observado nas localidades do interior.

Decorre ainda dessa observação, que embora os resultados globaes se refiram a ambos os sexos, são mais exatos em relação ao feminino, visto que quanto maior o numero de individuos examinados, mais se avisinham as medias da realidade.

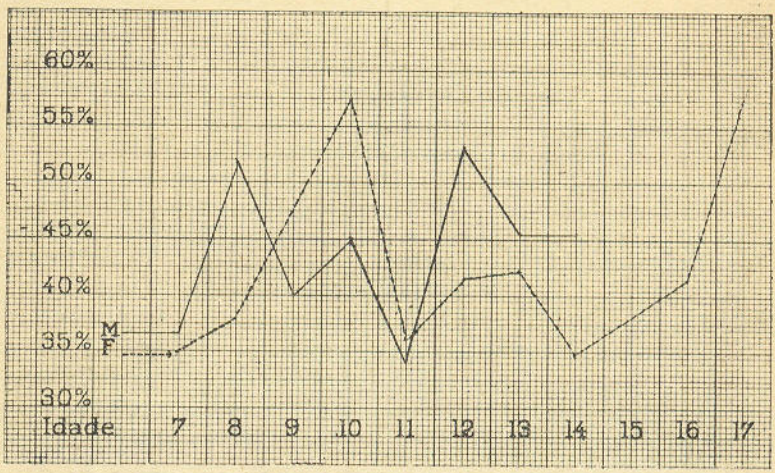
Outra apreciação que atinge ao mesmo tempo o sexo e a idade, é a variação das percentagens dos indices de nutrição. Deixando de parte os alunos de 6 anos, assim como os de 18 e 19, por serem em numero muito exiguo para conclusões verosimeis, observa-se que a proporção de escolares normalmente nutridos é sensivelmente baixa aos 7 anos (35,3%) subindo progressivamente até aos 10 anos, quando atinge 57%; sofre aos 11 uma queda brusca (36%) para subir aos 12 anos (41,3%) aí permanecendo aos 13 (42%); nova queda, a mais pronunciada, observa-se aos 14 anos (34,4%), passando a 38% aos 15 anos, 41,7% aos 16 e 57,2% aos 17 anos de idade. Somando-se aos normalmente nutridos os super-nutridos, os numeros naturalmente se elevam, mas a curva das percentagens sofre poucas modificações.

Isso quanto aos escolares do **sexo feminino.**

Já para os alunos do sexo masculino regularmente nutridos os acidentes da curva percentual são muito diversos. Baixa aos 7 anos, ela tem grande ascenção aos 8, para baixar aos 9, subindo novamente aos 10, com regressão pronunciada aos 11, tornando a subir aos 12 para descer aos 13, conservando-se na mesma altura aos 14 anos. E interessante é que a curva quasi não sofre alterações adicionando os super-nutridos, porquanto estes só existem aos 7 anos, (5,3%) e aos 12 (5,9%). Nas demais idades não foram encontrados alunos do sexo masculino super-nutridos. De modo geral, portanto, observa-se que dos 7 aos 13 anos a curva sobe e desce alternadamente cada ano.

Que razões ditariam essas modificações nas curvas? É dificil de apura-las com justeza, principalmente porque essas modificações são apreciadas em conjunto, emquanto que as variações são eminentemente individuaes. Cada individuo tem suas condições peculiares, conforme sexo, raça, hereditariedade e particularidades funcionaes. Mas, de modo geral, pode-se interpretar esses modificações de conjunto, observadas em grande numero de individuos, como resultantes das

leis do crescimento e pubertarias. O desenvolvimento não é contínuo para um mesmo individuo, ha momentos em que ele é mais pronunciado, outros em que ele é reduzido; certas épocas são de predominancia de crescimento num determinado sentido, ora na estatura, ora no volume; outras, de maior desenvolvimento em certos segmentos do corpo, emquanto os outros permanecem mais ou menos estacionarios



Curvas das percentagens de alunos em estado normal de nutrição, por idades e sexos (M e F)

A puberdade representa uma época de grandes modificações organicas, mas a idade em que ela se processa oscila dentro de limites mais ou menos amplos. Todas essas alterações estão grandemente sob a influencia das glandulas endocrinicas que regem o desenvolvimento organico e o desabrochar das funções, as quaes ainda estão na dependencia das condições de nutrição.

O que, em todo caso, é certo, é que essas modificações têm grande significação para os educandos, pois existe uma alternancia entre o desenvolvimento fisico e psiquico, não sendo aconselhavel impôr maior trabalho ao organismo que já reclama para si proprio grande soma de energia. Outrosim, as fases de maior crescimento reclamam maior parcela de materiaes, donde a conclusão do estabelecimento de um adequado regime de nutrição, sobre o qual a escola pode influir eficientemente.

Em relação ao indice de nutrição dos alunos distribuidos conforme seu **adiantamento escolar**, os quadros tambem informam minuciosamente.

EM RESUMO, a observação apura:

I Ano: 99 alunos.	sub-nutridos	54	=	54,5 %
	normais	42	=	42,5 %
	super-nutridos	3	=	3,0 %

II Ano: 187 alunos.	sub-nutridos	95	=	50,8 %
	normais	87	=	46,5 %
	super-nutridos	5	=	2,7 %
III Ano: 198 alunos.	sub-nutridos	91	=	46,0 %
	normais	90	=	45,5 %
	super-nutridos	17	=	8,5 %
IV Ano: 223 alunos.	sub-nutridos	132	=	59,2 %
	normais	78	=	35,0 %
	super-nutridos	13	=	5,8 %
V Ano: 167 alunos.	sub-nutridos	89	=	53,3 %
	normais	66	=	39,5 %
	super-nutridos	12	=	7,2 %
VI Ano: 94 alunos.	sub-nutridos	46	=	48,9 %
	normais	42	=	44,7 %
	super-nutridos	6	=	6,4 %

(Nesta discriminação figuram 968 alunos, emquanto na feita pelas idades constam 953. A razão é que não foi apurada a idade dos demais alunos).

Ainda aqui o exame dos resultados é muito instrutivo. A percentagem de subnutridos vai baixando gradativamente do I ao III anos, em favor dos normaes e super-nutridos; no IV ano sobe bruscamente a percentagem dos sub-nutridos, á custa principalmente dos normaes; decresce, depois, nos V e VI anos, a proporção de sub-nutridos, melhorando a percentagem de normaes.

Essa elevação do numero de sub-nutridos, mais acentuada no IV ano e ainda alta no V, sugere-nos algumas considerações. Frequentam o IV ano alunos de 11 a 14 anos, sendo poucos os de menos ou de mais idade. Ora, observando a curva dos indices de nutrição normal por idades, nota-se que justamente aos 11 anos ha um verdadeiro colapso, tanto para os alunos do sexo masculino como para o feminino; aos 12 e 13 ha uma reanimação, precaria porém para as meninas, com nova queda aos 14 anos. Esta concordancia está a indicar um cuidado particular para os escolares dessas idades, já na extensão e execução dos trabalhos escolares (de modo especial a educação fisica), já no regime alimentar, que deve ser bem fornecido. Ao contrario do que parecera, a conclusão a que se chega com essas observações é que, com referencia particular á educação fisica, esta disciplina não pode ser gradativa, em esforço crescente com a idade, mas sim oscilante conforme o estado fisiologico dos educandos. Quer-me parecer que essa conclusão é de alta relevancia para a preservação do estado higido dos escolares.

As considerações supra são extensivas ao V ano, porquanto os alunos que o cursam têm idades como os do IV, havendo, porém, um maior numero dos que atingiram 15 e 16 anos, e mesmo 17. A curva do indice normal de nutrição melhora dos 14 anos em diante, mas ainda é baixa aos 16, elevando-se satisfatoriamente aos 17 anos.

Abro aqui um parentesis para uma consideração.

A idade minima para matricula na Escola Normal é 13 anos. Justamente quando a menina adolescente (é insignificante o numero de rapazes no curso complementar) se acha numa fase de precariedade organica, indicada pela curva percentual do indice de nutrição, é que vae defrontar com um curso mais exigente, de extensão muito maior e com grande numero de disciplinas. Seria, portanto, o caso de reduzir as exigencias do programa, não diminuindo-o, mas ampliando a duração do curso. Com 9 ou 10 cadeiras a atender, todas de extensão grande, sacrifica-se a estudante numa época em que lhe são tão preciosas para seu proprio organismo as energias de que pode dispôr. Dilatado por dois anos, com o objetivo de diminuir a materia dos primeiros, chegaria a normalista aos ultimos anos do curso quando já seu organismo tivesse atravessado a época de precariedade organica e se encontrasse em pleno desenvolvimento fisiologico. — Tambem essa consideração parece-me de importancia e de grande interesse para a saude e preparo das alunas.

Que relação ha entre o estado de nutrição e o aproveitamento escolar?

Procurei tambem analizar o assunto por este aspecto. Para isso confrontei o numero de alunos que conseguiram aprovação e os que não a conseguiram nos exames do ano respectivo, distribuindo-os pela classificação dos seus estados de nutrição.

EM RESUMO, temos os seguintes algarismos:

Sub-nutridos	aprovados	360
	reprovados	101
	não compareceram	32
Normais	aprovados	289
	reprovados	75
	não compareceram	18
Super-nutridos	aprovados	40
	reprovados	15
	não compareceram	4

Estes algarismos dão as seguintes percentagens de aprovação:

Sub-nutridos	aprovados	73,0 %
Normais	aprovados	75,6 %
Super-nutridos	aprovados	67,8 %

Nota-se, por esses dados, que a maior percentagem de aprovação éatribuida á categoria dos alunos de indice de nutrição normal, o que, até certo ponto, vem em favor da influencia do bom estado nutritivo sobre o aproveitamento dos trabalhos letivos. Deve-se, entretanto, notar a pequena diferença existente entre as percentagens das tres categorias, e, principalmente, que a menor percentagem é dada pelos super-nutridos. . . Que interpretação dar a esse fenomeno? E' admissivel que os trabalhos escolares tenham influido no indice de nutrição, fazendo-o baixar, em consequencia mesma das atividades desenvolvidas. Teriam, assim passado de uma categoria para a outra inferior um certo numero de alunos, vindo melhorar a percentagem de aprovação dos sub-nutridos, e, da mesma forma, alguns super-nutridos teriam passado para a categoria de normaes, baixando a percentagem daqueles. Segundo essa hipotese, seria a falta de esforço desenvolvido a explicação simultanea para o fracasso nos exames e a permanencia do indice de super-nutrição, sendo os referidos 67,8% correspondentes aos alunos que, apesar do esforço e do estudo, conseguiram guardar seu indice de nutrição elevado. Forçoso, entretanto, é reconhecer que multiplos fatores podem influir no aproveitamento escolar, sendo o estado de nutrição apenas um deles.

Baseado nos dados constantes dos quadros organizados, procurei o indice de nutrição dos alunos, conforme as respectivas raças. Obtive as seguintes percentagens:

Raça branca: 877 alunos	sub-nutridos	465	=	53,0 %
	normais	360	=	41,0 %
	super-nutridos	52	=	6,0 %
Raça preta: 12 alunos .	sub-nutridos	1	=	8,3 %
	normais	9	=	75 %
	super-nutridos	2	=	16,7 %
Raça mixta: 47 alunos .	sub-nutridos	26	=	55,3 %
	normais	20	=	42,6 %
	super-nutridos	1	=	2,1 %

O menor indice percentual de sub-nutridos é apresentado pelos alunos de raça preta, com muito elevada proporção de normaes e super-nutridos. Seguem-se os de raça branca e, afinal, os mixtos. E' de notar, porém, o pequeno numero de elementos da raça negra, o que, se não invalida o resultado obtido, impõe certa reserva na sua apreciação, para ulteriores verificações.

A titulo de contribuição para estudos comparativos dos dados antropometricos, resumo, no quadro que segue, os valores mais frequentes nas medições a que procedi. Esses dados referem-se unicamente a alunos do referido colegio "PAULA SOARES". A expressão do "tipo" ou "tipos" medios depende de verificação mais extensa.

DADOS ANTROPOMETRICOS COLHIDOS ENTRE OS ALUNOS DO COLEGIO ELEMENTAR PAULA SOARES

Idade	Estatura em metros		Altura sentada em centrs.		Peso em kg.	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
7	1,19a 1,28	1,15a 1,25	62 a 70	60 a 70	19 a 28	19 a 29
8	1,20a 1,32	1,16a 1,28	63 a 72	62 a 72	21 a 30	21 a 29
9	1,19a 1,34	1,19a 1,35	64 a 73	65 a 74	22 a 30	23 a 33
10	1,26a 1,35	1,23a 1,42	68 a 74	66 a 77	25 a 35	24 a 37
11	1,29a 1,39	1,30a 1,51	70 a 77	69 a 80	27 a 35	28 a 45
12	1,35a 1,48	1,34a 1,56	72 a 80	70 a 84	32 a 42	32 a 50
13	1,38a 1,54	1,44a 1,58	74 a 81	74 a 86	34 a 45	37 a 54
14	— —	1,44a 1,60	—	77 a 87	—	37 a 56
15	— —	1,50a 1,61	—	80 a 88	—	40 a 57
16	— —	1,50a 1,61	—	80 a 88	—	44 a 57
17	— —	1,51a 1,65	—	80 a 90	—	44 a 60

O pequeno numero de alunos do sexo masculino com 14 anos de idade e ausencia de idades maiores impediram a obtenção dos dados respectivos. Da mesma forma, sendo pequeno o numero de alunos de 17 anos, os dados têm importancia restrita.

Comparando os valores contidos no quadro supra com os de escolares do Rio e Niteroí, nota-se que, em varias idades, são mais fortes que os dos referidos escolares.

E' interessante notar ainda que os dados relativos aos alunos do sexo masculino são superiores aos do feminino nas idades de 7 a 8 anos, mas daí para cima observa-se o contrario, sendo mais altos os do sexo feminino. Confirma-se assim o desenvolvimento mais precoce da menina em relação ao menino, fenomeno que está ligado a diversos fatores fisiologicos.

Além dos dados acima citados, foram colhidas tambem as dimensões toracicas de um certo numero de alunos, assim como a ampliação toracica, mas não são ainda suficientes para fixar conclusões apreciaveis de conjunto. Pretendi mesmo utiliza-los para outros estudos, como o indice de Bornhardt, e a relação entre os diversos dados, mas não obtive resultados satisfatorios, razão porque não os incluo aqui. Posteriormente desenvolverei essas questões tão interessantes, relativas ao desenvolvimento somatico dos nossos escolares.

Algumas considerações finaes.

A elevada percentagem de sub-nutridos, no conceito derivado do indice Pelidise, permitiria supor seja muito elevado o limite inferior tomado para os individuos considerados de nutrição normal. Para tal verificar, seria necessario efetuar um exame bastante meticuloso que apurasse a existencia ou ausencia de alguma causa justificativa da sub-nutrição, e só na ausencia é que se poderia reduzir o limite do Pelidise. A inexistencia de trabalhos similares em nosso meio, ao menos de mim conhecidos, não permitiu estabelecer um confronto, estudo dos mais importantes na materia que nos interessa. Pela mesma razão, não pude pela escassez de elementos e premencia de tempo, controlar e fixar difinitivamente os valores por meio do exame completo (somatico, funcional e psicologico) do grande numero de alunos medidos. Vali-me, entretanto, de uma referencia que considero de importancia, pois tratasse da aplicação do Pelidise nos estabelecimentos de ensino de Minas Geraes, conforme trabalho publicado pelo Inspetor Medico Escolar J. Castilho Junior, daquele Estado.

E' oportuno, a proposito, considerar que tambem na Argentina é inquietante o estado nutritivo de grande parte da população. "O povo argentino degenera por falta de nutrição", diz o Senador Palacios. Perto de 30% dos conscritos são inaptos para o serviço militar. "Mais da terça parte da população argentina é doentia", afirma o professor Escudero. A tal ponto impressionou-se esse eminente professor, que pelas colunas de um jornal de Buenos Aires desenvolveu uma serie de artigos sobre alimentação, campanha que repercutiu na população.

Pelas noticias que se lêm em jornaes medicos, o estado de nutrição da população do Norte do nosso paiz é em grande parte muito precario, até pela dificuldade de obtenção dos alimentos indispensaveis.

Si, pois, a percentagem de sub-nutridos apurados nos presentes estudos é de causar apreensões, verifica-se, entretanto, que é um mal que não atinge sómente a nós, e está a exigir uma campanha para

minora-lo. A esse respeito, a iniciativa do Colegio Elementar "Paula Soares" é altamente louvavel, proporcionando aos seus alunos de escassos recursos ao menos uma refeição substanciosa diariamente.

Varios meses de trabalho continuo foram necessarios para a confecção do estudo presente. No corrente ano, porém, o trabalho está muito facilitado, pois com o concurso das professoras D. D. Ruth Casado e Elsa Viriato da Rocha foi organizado um quadro que contém os indices de Pelidise desde a altura sentada de 55 cm. até 90 e de 15 Kg. até 75, de meia em meia unidade. A procura do Pelidise é, desse modo extremamente simplificada para a grande maioria de casos, devendo-se unicamente fazer os calculos dos poucos casos que se afastem do quadro.

Seria de desejar que esse processo se extendesse aos demais estabelecimentos de ensino. O estudo, muito mais amplo então, nos permitiria tambem uma visão mais larga do estado de nutrição dos nossos escolares, e as conclusões que dele resultassem serviriam de base a providencias necessarias.

A proposito organizei para o referido colegio "PAULA SOARES" uma ficha, que, "mutatis mutandis", poderá ser utilizada nos estabelecimentos de ensino.

Outrosim, de muito proveito para os alunos seria a organização de cozinhas escolares, como a que possue o "PAULA SOARES", principalmente nas zonas habitadas por elementos de parcos recursos. Paralelamente a essa instituição difundir os conhecimentos basicos sobre a ciencia da nutrição, para orientar os paes dos alunos e a estes mesmos na pratica de uma sadia alimentação, com o que se daria um grande passo em favor da saude da população.

PORTO ALEGRE, 3 de Junho de 1936.

(as) .**Dr. Poli Marcelino Espirito**
da Inspetoria Medica Escolar.

Iolipobí

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

Formula por empola de 4 cc. em vehiculo oleoso:

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

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc.

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

Original associação obtida pelo L. B. C.:

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

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

INDICAÇÕES

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

MODO DE USAR:

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

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DIRECTOR:

Dr. Mario Pinheiro

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

ASSISTENTE:

Dr. Hélion Póvoa

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