No. 2 PORTO ALEGRE, ABRIL de 1921 Anno II

Archivos Rio-Grandenses de Medicina

ORGÃO DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

REDACTORES:

PROFS. ANNES DIAS, RAYMUNDO VIANNA e LUIS GUEDES

HEMORRHAGIA CEREBRAL

Resumo de uma licção dada aos doutorandos, de 1920, na enfermaria do professor Annes Dias

Coube aos illustres doutorandos a escolha do assumpto; a elles e ao gentil convite do illustrado collega prof. Annes Dias devo a honra insigne desta licção. Não me proponho, advirto-vos desde já, fazer um estudo completo, acabado, a respeito da questão, um dos capitulos mais bem estudados da pathologia cerebral. A tanto se opporia o limitado espaço de tempo de uma só palestra. Terei, todavia, o maior empenho em fazer, de maneira abreviada, a descripção das cerebrorrhagias, accentuando, de passagem, os pontos mais interessantes no terreno da clinica e da pathologia.

Meus senhores.

Dentre as variadas especies de lesões cerebraes em fóco, figuram á frente, assumindo logar de inconfundivel destaque, as de condição vascular, seja no sentido de hemorrhagia, seja no de ischemia, á conta de embolia ou de trombose. De taes processos, porém, muito se distancia, pela maior frequencia, a hemorrhagia, cuja séde de eleição está no dominio dos ramos centraes da arteria cerebral média ou sylviana, destinados á irrigação dos ganglios da base: **Corpo estriado, thalamo optico** e **nucleo lenticular.** Cumpre recordar, sem demora, que taes vasos são do typo terminal, no sentido dado por Cohnheim, isto é, desprovidos de anastomoses. Esses ramos se distribuem, naquella altura, segundo dois grupos: um, anterior, o **lenticulo-estriado;** outro, posterior, o **lenticulo-optico,** e representam precisamente os pontos preferidos das lesões degenerativas (em 75 % dos casos, segundo Durand-Fardel).

Do grupo das **lenticulo-estriadas,** é o ramo antero-externo o que fornece o maior numero de hemorrhagias (zona descollavel), tanto que lhe valeu o nome de arteria hemorrhagipara de Charcot.

Duas condições anatomicas explicam a notavel incidencia dos fócos apopleticos na região dos nucleos pardos da base, ou, para limitar melhor ainda, da região **capsulo-estriada** (quadrilatero de Pierre Marie): 1.º) a existencia de vasos terminaes, sem anastomoses que podessem derivar uma hypertensão transitoria ou permanente, graças a uma circulação collateral; 2.º) a menor resistencia da estructura nervosa naquella area.

Taes sejam, entretanto, a extensão e a violencia da hemorrhagia, que o sangue bem poderá abrir caminho na direcção dos ventriculos lateraes, o que será um accidente da mais alta gravidade, visto que a

inundação ventricular importa em prognostico lethal.

A região **capsular** é, pois, a séde preferida de taes lesões em fóco. Seguem-se depois e por ordem de frequencia: o **centro oval**, a **cortex**, a **protuberancia**, o **bulbo**, o **cerebello** e o **corpo calloso**. Comtudo, e a despeito de certa uniformidade clinica em todas essas localisações, possivel se torna, a miude, o diagnostico anatomico ou topographico da lesão, arrimando-se o clinico á interpretação semiotica dos numerosos signaes e symptomas que o poderão conduzir nesse sentido.

Abrindo mão, por agora, de taes eventualidades, sirva-nos, como typo para o nosso estudo, a localisação **capsular**, dentre todas, como já se disse, a mais commum. Varias condições devem ser aqui attendidas, segundo a hemorrhagia, acontece em um dos **ganglios basaes**, em plena **capsula interna** ou nas **capsulas externa** e **extrema**, por onde trafegam as vias extra-pyramidaes. Pois, de taes possibilidades dependerá, como é bem de entender, o prognostico sob o ponto de vista da permanencia definitiva ou transitoria dos equivalentes clinicos da lesão cerebral em fóco. Claro está, por exemplo, que se a hemorrhagia fôr **extra-capsular** e, apenas mediatamente, por compressão, interromper a conducção nervosa pelas vias motoras, o complexo symptomatico bem poderá ser de curta duração, esvaindo-se tão depressa vá cessando a compressão. Muito outro será o caso, se a lesão irromper no imo da capsula interna, porque, então, se foi o segmento motor o interessado, ha de ser definitiva e irremovivel a paralysia — typo hemiplegico, tanto mais extensa e pronunciada quanto maior o numero de fibras dilaceradas. — Em que pese á opinião de alguns, e entre elles Déjerine, que até ha bem pouco ainda, admittiam, na capsula interna, certa systematisação de suas fibras e, correspondentemente, typos isolados de paralysias, monoplegias, etc., os estudos e observações de P. Marie e Guillain vieram desmentir esse conceito, sobre o fundamento de um repetido numero de necropsias. Segundo a licção desses autores, e o litigio parece liquidado sobre o assumpto, toda lesão do segmento motor da **capsula interna** determinará hemiplegia, cuja intensidade será proporcional á quantidade de fibras destruidas, visto que, continuam elles, a **capsula interna** representa um systema de conducção, em massa, do movimento volitivo para o lado opposto.

Exceptuados os factores traumaticos, a hemorrhagia cerebral significa um accidente secundario ou terminal de uma lesão de natureza inflammatoria ou degenerativa dos vasos da circulação de encephalo, muito particularmente no dominio arterial. A lesão arterial ou, para empregar a expressão corrente, a arterite é, de seu lado, a resultante de uma infecção ou intoxicação, quando não fôr o atheroma ou a arterio-esclerose, attributos constantes da senilidade. Dentre as infecções, occupa o primeiro logar, como é sabido, a syphilis. Seja porém qual fôr o responsavel etiologico pela lesão arteritica, o certo é que della resultará frequentemente a ectasia, formação dos assim chamados aneurysmas miliares, o que não é condição essencial, visto que as alterações estructuraes da parede vascular tambem poderão consentir a hemorrhagia pelo mechanismo da **diapedese**.

As dimensões do fóco hemorrhagico são das mais variaveis, podendo alcançar até ao volume de um grande hematoma, principalmente quando o sangue jorra num dos ventriculos. Tudo depende do calibre do vaso e da tensão a que elle está sujeito. Via de regra, a hemorrhagia começa no segmento anterior do **nucleo lenticular** e, infiltrando-se por entre as estructuras vizinhas, invade as capsulas externa e interna, podendo alcançar o **thalamo**.

Um fóco recente mostra um coagulo banhado em sôro, não adherente. Alguns dias após, retrahe-se o coagulo que, então, se prende ao tecido derredor por uma trama fibrinosa.

Depois, sôro e coagulo começam a ser reabsorvidos e, a tal ponto, que de tudo restará, por fim, apenas um residuo ocre, no qual o exame microscopico irá revelar a presença de crystaes sanguineos, pi-

gmento e gotticulas de gordura. Se a lesão fôr de pequenas dimensões, o processo de reparação do fóco, por conta da **glia** e de tecido conjunctivo de neoformação poderá levar a uma cicatriz mais ou menos irregular. Mas, se de maiores proporções fôr o derramen, dar-se-á a formação de uma capsula em derredor, a chamada parede limitante do cysto apoplectico, contendo maior ou menor quantidade de liquido seroso.

Parallelamente e consoante a antiga lei de Waller, processar-se-á a degeneração secundaria ou distal da via motora, quer em relação ao feixe pyramidal cruzado, quer ao chamado pyramidal directo, o de Türck. A esclerose descendente póde ser acompanhada histologicamente ao longo de todo o trajecto dessas vias, em qualquer altura, desde o fóco inicial, passando pelos diversos segmentos do eixo encephalo-medullar. De tudo resultará uma faixa de tecido escleroso substituindo totalmente as fibras nervosas daquelles cordões motores. E não só isso, mas tambem no sentido centripeto ou proximal, posto que muito menos pronunciadas, poderemos verificar taes alterações até á corticalidade inclusive. Consequentemente e, por vezes, de maneira precoce, surgirão lesões atrophicas das collateraes que poderão alcançar mesmo as cellulas do **corno anterior** da metade cruzada da medulla, não poupando as raizes motoras correspondentes e os musculos e os grupos de musculos por ellas innervados. Em uma fórmula unica: degeneração descendente do systema motor representado pela successão dos neuronios superior e inferior, o cerebro-espinhal e o espinho-peripherico.

Taes as noções fundamentaes no dominio da anatomia pathologica e que imprescindiveis se tornam ao claro entendimento do assumpto.

Num dado caso de cerebrorrhagia, varios motivos se conjugam para a determinação do temivel accidente. A primeira condição reside, como já ficou entendido, na lesão arterial. Todas as demais poderiam ser representadas pela hypertensão circulatoria e pelo vigor da impulsão cardiaca.

Respeito á idade, a regra é sobrevir a hemorrhagia entre 45 e 60 annos, com decidida preferencia pelo sexo masculino. A nephrite é affecção frequente em taes casos e facilmente se traduzirá assim pelos signaes clinicos como pelos exames de laboratorio. Todos os factores susceptiveis de accelerar e exaltar a tensão sanguinea poderão determinar, nos predispostos, a hemorrhagia. Assim os esforços musculares de qualquer natureza, os excessos de mesa e os desvios de regimen alimentar, os resfriamentos, as emoções violentas, os accessos de tosse e de esternutação, o coito, etc., etc., eis outros tantos motivos de valor.

"Após os setenta annos, escreve Chartier (**L'Encephale**, Set. 1907, pg. 362), torna-se rara a hemorrhagia cerebral. Porque? Acaso estará o motivo numa selecção natural? Na reducção de suas condições determinantes? No augmento progressivo da espessura das tunicas vasculares? Ora, continúa aquelle autor, hypertensão, lesão arterial, menor resistencia do tecido cerebral, eis os tres factores sabidos na determinação do phenomeno. Pois bem. Os dois ultimos só tendem a progredir com o tempo, emquanto o primeiro vae diminuindo de intensidade. A atrophia do musculo cardiaco intervem, pois, em grande numero de arterio-esclerosos, como uma causa providencial da reducção da pressão sanguinea, estabelecendo assim uma feliz harmonia entre a força myocardica e a resistencia vascular.

Evolução e aspectos clinicos

De tudo quanto até ahi foi estudado, resalta claramente que o quadro clinico da hemorrhagia cerebral fica sob a immediata dependencia da extensão do derramen e da sua situação. Seja como fôr, porém, e abandonando por agora a discussão dessas hypotheses, o commum é o sobrevir do accidente de maneira subita, violenta, siderando o individuo pelo "ictus", prostrando-o inteiramente inerte e inconsciente. Não raro se observa a precedencia de certos disturbios ominosos, attestando, sem duvida, a irregular circulação do en-

cephalo: vertigens, somnolencia, cephaléa, desordens no dominio da sensibilidade, paresthias, perturbações visuaes e auditivas, angustia precordial, etc.

Então, e variando embora a maneira do ataque, entra o doente em pesado somno que o conduz, as mais das vezes, ao coma carotico de duração variavel de horas a 1 ou 2 dias. E' completa a resolução muscular; a sensibilidade, inteiramente abolida; a respiração, profunda e estertorosa e, por vezes, ao rythmo de Cheyne-Stokes. O pulso é, de ordinario, tenso e de normal frequencia; em certos casos, porém, retardado ou accelerado. A face inexpressiva é, ora pallida, ora congesta, vultuosa e banhada em suor. Contrahidas ou dilatadas, as pupillas não reagem á luz. Os reflexos conjunctival e corneano, abolidos. Toda a musculatura em completa flaccidez, permitte os movimentos passivos dos membros em toda a sua amplitude; impossivel impôr-lhes qualquer attitude pela ausencia do **tonus** muscular. Assim, por exemplo, suspendendo-se passivamente o membro thoracico de um ou de outro lado, logo cahirá pesadamente como massa inerte, tão depressa o abandonemos ao seu proprio peso. A despeito disto, porém, casos se deparam em que possivel será verificar a quéda muito mais rapida do membro correspondente ao lado paralysado.

Os esphincters se tornam incontinentes e a urina, ao menos nas primeiras horas, poderá revelar a presença de albumina e de glycose.

Raro é que se observem convulsões generalisadas ou de um só lado, o que então significará, quasi sempre, inundação ventricular ou hemorrhagia na base.

A temperatura, logo de começo, poderá cahir de 1 — 2.° para depois voltar á normal ou elevar-se mesmo seu tanto. A quéda sensivel e duradoura da temperatura e, bem assim, a sua elevação rapida e accentuada, são expressões de alta gravidade.

Outro signal bem nitido, no commum dos casos, é o que se traduz na asymetria da face, pela paralysia do respectivo nervo e por onde se poderá ajuizar do lado acommettido: "á cada expiração se infla a bochecha desse lado como se estivera o doente a "fumar cachimbo"." (A. de Castro).

Fique entendido, todavia, que tal criterio poderá ser enganoso, no caso possivel de hemiplegia alterna onde, como se sabe, a paralysia facial é do lado opposto ao dos membros perdidos. Na verdade, difficil se torna, ás vezes, a tarefa de determinar o lado da hemiplegia, se outros signaes não occorrerem que nos orientem nesse sentido. Está, em tal caso, o **desvio conjugado** da cabeça e dos olhos, consoante certas condições assignaladas por Vulpian, Landanzy e Grasset: o doente olha a lesão se ha paralysia; os membros convulsos, se ha contractura, invertendo-se a regra nas lesões protuberanciaes.

A um exame mais detido, os membros alcançados pela paralysia se mostrarão muito mais flaccidos e hypotonicos do que os do lado contrario, onde poderá haver certa resistencia á mobilisação passiva.

De grande valor será tambem, neste particular, a verificação do phenomeno da quéda da mão e, bem assim, a analyse das desordens no dominio da reflectividade superficial. Tal, por exemplo, o signal de Babinski, o reflexo plantar em extensão, o qual poderá surgir dentro de poucas horas ou mesmo de poucos minutos e assim persistir indefinidamente. Os reflexos abdominaes ou de Rosenbach e o cremasterico são negativos no lado da paralysia.

Outro signal que de muito poderá servir, no mesmo intuito, é o indicado por P. Marie e Foix e que consiste na retracção reflexa do membro inferior, resultante da flexão forçada dos dedos do pé sobre o metatarso.

E assim, por esse conjuncto de signaes e symptomas se revela a distribuição da paralysia, em periodo ainda de coma. Dahi, ou o coma se prolonga e termina pela morte, ou gradualmente se attenúa e, a pouco e pouco, irá o doente despertando da inconsciencia em que jazia.

Dentre os indicios de alta gravidade e que fazem recear a terminação lethal do **ictus**, figuram as convulsões e as contracturas de um só lado ou generalisadas, a hyperthermia, a persistencia do sopôr, o **decubitus acutus**, cuja séde está no centro da região glutea do lado hemiplegico, o

desvio conjugado da cabeça e dos olhos.

Mas se o coma se dissipa, e o doente volta a si das graves perturbações que o dominavam, ficará por decidir a paralysia, cuja evolução impossivel será desde logo entrevêr, taes e tantas são as eventualidades ahi por considerar. Restará a hemiplegia residual, expressa nos seus multiplos e variados signaes e symptomas, tudo indicando a lesão circumscripta, em determinada zona do encephalo. Bem seria agora o momento de estudar essa phase, o da syndrome paralytica, sua distribuição e intensidade, o estado da musculatura, os disturbios da sensibilidade e da reflectividade tanto superficial como profunda, o estado mental dos hemiplegicos e tantas outras questões da mais alta importancia pratica. Mais proveitoso, porém, seria esse estudo em outra palestra, com mais vagar, tão vasto é o assumpto a discutir, assim no terreno doutrinario como no da clinica.

Assim, demos por terminada a licção de hoje.

Muito obrigado ao prof. Annes Dias pela nimia gentileza de seu convite e, aos senhores estudantes, pelo interesse com que me ouviram.

CREATININEMIA

Prof. Annes Dias

Metabolismo. Creatinuria e creatininuria. Creatininemia. Seu valor prognostico nas nephrites.

Vibra, pelo mundo médico, no momento actual, um anceio de resolver, de vez, esse grande enigma que se chama metabolismo e que, tendo deixado apenas transparecer certos dos seus segredos, nol-os apresenta multiplicados todos os dias.

E' que a physiologia pathologica, cujo estudo se torna cada dia mais precioso, parece ser o caminho mais seguro, na realisação dessa obra fecunda.

A' luz dos enormes progressos da chimica biologica e do inesperado surto da endocrinologia, os phenomenos do metabolismo organico se apresentam revestidos de uma importancia nova, com novos aspectos, de um alcance clinico incalculavel. E', sem dúvida, o estudo das trocas organicas azotadas um dos mais bellos e attrahentes.

Delle faz parte a questão da creatininemia que não só mostra um dos aspectos interessantes da nutrição, como procura resolver serios problemas de prognostico.

Passemos, pois, em revista o cyclo da creatinina para podermos, com segurança, analysar a applicação desses conhecimentos ao prognostico das nephrites chronicas.

Metabolismo da creatina e da creatinina

E' necessario abordar este capitulo, embora delle só certos pontos sejam penetraveis; o que se sabe, no emtanto, já fórma um acervo consideravel, — que se vae avolumando, dia a dia, desde que foi notada a importancia que, para avaliar a deficiencia renal, tomou a creatininemia.

Dia virá, e não longe, em que, a exemplo do que se faz para a uréa, se procure estabelecer uma relação entre a excreção e a retenção, entre a urina e o sangue, para conseguir um coefficiente de valor diagnostico. Isso póde parecer desnecessario quando se sabe a facilidade com que passa no rim a creatinina, a ponto de, na opinião dos americanos, só em casos de extrema impermeabilidade renal, se dar a retenção dessa substancia, mas nós ainda não sabemos se o rim dispõe de capacidade electiva para a eliminação deste ou daquelle producto de degradação proteica, e, se isso se verificar, aquelle coefficiente poderá ser de real valor.

Aos homens de laboratorio deixaremos a solução do problema, pois que a nós, clinicos, cabe orientar as pesquizas do laboratorio e principalmente passal-as, depois, no cadinho da observação clinica, pelo estudo consciencioso do doente.

Procurarei pois, lhes expôr a questão da eliminação urinaria da creatinina e da creatina, para, com maior conhecimento de causa, podermos abordar a relevante questão da creatininemia, de que ainda não se divisou, até hoje, todo o vasto alcance.

A creatinina é o anhydrido da creatina.

As duas são metabolitas endogenas, mas uma parte póde vir da alimentação carnea, principalmente a creatina.

Essa fracção exogena, não interessa quasi a creatininemia, pois, mesmo com rações isentas de creatina, a quantidade de creatinina urinaria se mantém, no adulto, quasi a mesma, o que mostra a sua origem endogena. E' preciso dizer que, nesse caso, a urina ou apresenta traços de creatinina ou não a contém.

Com alimentação mixta, porém, a quantidade de creatinina, na urina, orça por 1,5 a 2 gr. em 24 horas.

Uma conclusão, hoje acceita, é que a creatinina endogena é, pois, um producto de degradação das proteinas dos tecidos.

Sendo assim um producto de desassimilação azotada endogena, ella independe da

quantidade de albumina da alimentação, mas está sujeita ás perturbações do metabolismo, não só proteico, como é claro, mas tambem a certos disturbios do metabolismo hydrocarbonado, como veremos abaixo.

Si submettermos um doente á abstenção completa de proteicos, bem se póde dizer que, relativamente, a quantidade de creatinina augmenta, pois a sua taxa se mantém, ao passo que baixa a da uréa, absoluta e relativamente.

Quando o individuo está em jejum prolongado, a autolyse, principalmente muscular, dá logar á formação de certa quantidade de creatina e, na urina, vae apparecer creatina em vez de creatinina; ella diminúe si se administrar hydratos de carbono: o jejum faz com que o metabolismo da creatina e da creatinina deixe de se fazer pelo typo do adulto e se faça pelo typo infantil.

Quando o individuo se priva completamente dos hydratos de carbono, o mesmo se póde observar:

Catheart acha que os hydrocarbonados são necessarios para que se faça, de modo exacto, a conversão da creatina em creatinina.

Deffins, Gamble e Goldschmith, acham que a creatina não é eliminada, de modo apreciavel normalmente, a não ser na creança; no emtanto, nas mulheres, periodicamente, em relação com condicções genitaes, se dá essa eliminação, como por occasião da menstruação, da involução uterina, etc.

Ha no organismo, segundo Macheod, mais ou menos 120 grammas de creatina e creatinina, sendo que a maior proporção se encontra nos musculos, principalmente, nos musculos estriados, em seguida nos testiculos e no cerebro; depois, no figado, pancreas etc.; é no sangue que se encontra a menor parcella. Em quasi todos os orgãos a creatina se acha em proporção mais consideravel que a creatinina, o inverso, pois, do que se vê na urina normal do adulto, demonstração clara de que a creatinina urinaria deriva da creatina dos tecidos. Shaffer procurou estabelecer um coefficiente de creatinina, isto é, a relação da cifra, em milligrammos, da eliminação de creatinina urinaria, em 24 horas, com o kilo, de peso corporal. Esse coefficiente seria de 0,25 para o individuo magro e 0,20 para o gordo.

Assim, é no musculo que se encontra uma das fontes da creatinina mas não é a unica, pois, não só se a encontra alhures, como certos bacterios a pódem produzir; parecendo tratar-se de uma funcção dos protoplasmas em geral.

Lambling, Deffins etc. admittem que a usura das proteinas dos tecidos produz creatina, que em parte seria destruida por oxydação e em parte transformada no figado, em creatinina [a]); Pekelharnig acha que uma terceira parte é eliminada como creatina, como se demonstra pela experimentação.

Dois factores principaes presidem a essas trocas: o muscular e o hepatico.

Meyer que aprofundou o estudo d'essa questão, acha que a taxa de creatina muscular e a excreção urinaria estão intimamente ligadas ao gráo de tonicidade muscular, augmentando na hypertonia e baixando na hypotonia, mas que nas lesões musculares regressivas, apezar do tom muscular baixo, ha excreção augmentada.

A clinica, como veremos, verificou a exactidão d'essas asserções; ella e a anatomia pathologica, vieram corroborar o que a physiologia já fazia prever: a influencia do sympathico. Este fixa a tonicidade muscular e regula a taxa de creatina no musculo, segundo os trabalhos de Bocke, Boer, Riesser, etc.

Philip Goodhart acha que a quantidade da creatinina urinaria póde ser considerada como o indice da efficiencia muscular.

Esse não é, no emtanto, assumpto liquidado, pois alguns objectam que o trabalho muscular mesmo extremo só provoca creatininemia si os musculos forem privados do elemento hydrocarbonado, sendo então obrigados a consumir suas proprias proteinas; mas Mac Leot admitte que ha augmento de producção de creatinina, na contracção tonica muscular.

O factor hepático será estudado, e é principalmente importante, sob o ponto de vista pathologico.

Folin chegou a dizer que a creatina talvez seja um producto post-mortem da creatinina.

Para Gottlieb creatina e creatinina seriam destruidos no organismo por fermentos especiaes, **creatase** e **creatinase.**

Eliminação urinaria da creatina e da creatinina.

Ella tem sido estudada principalmente, nas myopathias; Meyer achou diminuição de creatinuria na dystrophia muscular progressiva, na myotonia atrophica.

Na esclerose lateral amyotrophica ha augmento de creatina e diminuição de creatinina.

Esse auctor acha ainda que se póde dizer que nas affecções em que existe hypertonia, ha augmento da eliminação urinaria, o contrario se dá nos casos de hypotonia.

O accordo não é completo, no emtanto, pois Bürger poude encontrar um alto coefficiente de creatinina n'um caso de paralysia extensa post-diphterica, mas Meyer faz ver que se deve distinguir esta excreção da verdadeira taxa de creatinina muscular, pois, no musculo, processos regressivos, ao lado da diminuição da formação de creatinina, dão logar a um augmento da destruição desta.

Goodhart tambem achou diminuição d'essa excreção nos casos de myotonia congenita, myasthenia grave e dystrophia muscular. E' ainda Goodhart que põe em fóco o papel das suprarenaes no metabolismo muscular, e portanto na excreção da creatinina, e lembra que, no coelho, a lesão das suprarenaes occasiona diminuição de producção de creatinina, ao passo que as injecções de hypophysina e de adrenalina a augmentam.

Este ultimo facto — a influencia da adrenalina — traz, no bojo, talvez, consequencias clinicas consideraveis, e, a nosso ver, deve merecer attenção sob o ponto de vista das relações da hypertensão arterial com a taxa de creatinina.

Dumenil, Meyer notaram, em casos de atrophia muscular, que, ao lado das lesões medullares, havia zonas de degeneração do sympathico.

E' como se vê, um capitulo aberto para os estudiosos.

Nas affecções hepaticas ha muitas vezes creatinuria, sendo que esta augmenta na razão directa da gravidade da lesão, desde a cirrhose até ao cancer.

Comquanto pensem alguns que a cachexia, principalmente a cancerosa, provoca a creatinuria, acha Verploegh que a creatinuria que sobrevém, n'esses casos, deve ser attribuida a metastases hepaticas e Meyer tambem affirma que a cachexia não é, **per se**, causa d'essa excreção.

Tem sido observada creatinuria na intoxicação phosphorada, em periodos febris de certos molestias, na inanição, em estados, pois, em que augmentam os processos de desintegração dos tecidos.

Mais interessante é a relação com o diabete; aliás ella é de regra com toda a perturbação grave do metabolismo dos hydratos de carbono; Dreiholz acha que, no diabete, a creatinuria é consequencia da dieta e que a administração dos hydrocarbonados a faz diminuir e desapparecer.

Na acidose diabetica ha creatinuria; mas desapparece por completo da urina a creatinina, phenomeno curioso, que constitúe o unico exemplo bem frisante, de impedimento do processo normal de deshydratação da creatina.

Nas nephrites chronicas, a eliminação de creatinina é fraca, sendo insignificante na fórma azotemica, em que ha retenção d'essa substancia no sangue.

Do mesmo modo falta a creatina, mas si esta existe e é notavel, o prognostico é máo. Tem se notado que a creatinina augmenta relativamente na urina quando diminúe o azoto da uréa — Neubauer procurou demonstrar que o modo de eliminação da creatinina constitúe uma bôa prova de funcção renal.

Para realisar essa prova, faz o exame de urina em periodos de 6 horas durante 3 dias, no 2.º dos quaes o individuo ingere 1,5 de creatinina.

Barker diz que tal methodo não permitte conclusões decisivas e só serve para classificar a modalidade da nephrite.

Além disso, é um methodo que exige exames repetidos, durante dias, sendo portanto pouco pratico.

Um ponto nos resta analysar, no estudo da eliminação da creatinina: é a influencia da diurese. A creatinina é pouco influen-

ciada, ao passo que a cifra de eliminação de uréa augmenta, chegando por vezes, quasi a duplicar. Acha Lempert que, nas nephrites, a diminuição da creatinina urinaria é constante, mesmo com fôrte diurese.

A conclusão que nos parece resaltar, mais rasoavelmente, do estudo da eliminação urinaria da creatinina é que elle é importante no decurso dos affecções musculares e hepaticas, mas, quanto ás nephrites, é preciso estudar a creatinina não na urina, mas no sangue.

Creatininemia. O estudo d'esta, importantissimo noque tange ao prognostico das nephrites, tambem tem sido feito sob o ponto de vista do diagnostico. Sendo a creatinina, na opinião de Folin, o producto final essencial do catabolismo azotado endogeno, sendo pouco influenciada a sua cifra pela alimentação, apresentava-se com qualidades excepcionaes para o estudo do metabolismo proteico nas nephrites chronicas, e Meyer e Longh affirmaram ser ella um melhor indice da perturbação da permeabilidade renal do que a uréa ou o acido urico, tão sujeitos a fluctuações sob a acção da alimentação, da oliguria etc.

E, assim, surgiu o seu papel no diagnostico, significando um augmento de **2 mgr. 5** a 5 mgr. %, quasi sempre, o comprometimento renal.

Dizemos quasi sempre, e não sempre, como alguns auctores, porque já nos foi dado observar esse augmento, e maior mesmo, em casos em que a funcção renal não estava prejudicada.

Assim, tivemos ensejo de observar a cifra de **0,069** mgr. % n'um caso de espondylose rhizomelica, e, por duas vezes, a de 0,025 % mgr., com 2 mezes de intervallo, n'um caso de diabete insipido, e no emtanto esta ultima cifra, notavel, cahiu ao fim de poucos dias a 0,002 mgr. %, pela suppressão das injecções de pituitrina, que então fazia a doente.

E', pois, prudente não considerar como de valor diagnostico na nephrite uma substancia que soffre o contragolpe de variadas perturbações metabolicas. Quando, porém, é feito por outros meios, o diagnostico de nephrite chronica, — a cifra de creatinina deve ser uma das principaes preoccupações ao abordar o prognostico, ao lado da cifra da uréa.

Quanto á do acido urico ella se exalça mais precocemente, mas, mais do que qualquer das outras duas céde ou se attenúa a determinações alimentares.

Essa questão das retenções azotadas no sangue tem merecido a maior attenção dos clinicos, principalmente desde que os trabalhos de Widal, mostraram o valor prognostico da azotemia.

E' no emtanto aos americanos que se deve o estudo acurado da creatininemia; elles mostraram que o rim possúe a propriedade de concentrar 20 vezes acido urico, 80 vezes uréa e 100 vezes creatinina, de tal modo (Meyers) que a substancia que é excretada com maior difficuldade é a primeira a ser retida, quando ha insufficiencia renal, ao passo que a uréa já exige, para sua retenção uma deficiencia mais accentuada e a ultima só é retida quando esse **deficit** é avultado, tanto que Meyers e Kihau affirmam que a creatinina só é retida depois de consideravel retenção de uréa, quando já vae avançada a nephrite.

Mosenthal referindo-se á possibilidade de depender o accumulo do azoto não proteico no sangue, de causas varias, como o augmento da destruição das proteinas, como a inanição, a nephrite, diz que tudo se reduz a uma retenção por insufficiencia renal, pois si o rim fosse sufficiente, a eliminação se faria. Já tivemos occasião de referir as reservas que fazemos a esse modo de encarar o problema. Já não são tão absolutos Frothinghan e Smellie quando mostram que se póde com a suppressão de proteinas conseguir baixar consideravelmente a cifra dos azotados não proteicos do sangue; e que só no caso de não baixar esta, mesmo com a administração de hydratos de carbono, se póde affirmar estar muito alterado o solio d'aquelles azotados, no rim, comportando esse facto um máo prognostico.

Quanto, pois, ao valor prognostico da creatinina sanguinea, se tem escripto que é desfavoravel (Meyers) se a cifra vae de 2,5 a 5 milligr. % e que sendo superior a 5 % é provavel o desfecho mortal proximo.

E' mais ou menos o que diz Chace, quando affirma que pacientes com menos de 5

mill. pódem melhorar, mas acima d'essa taxa o prognostico é fatal.

Taes conclusões se applicam naturalmente á nephrite chronica e não ás retenções dependentes de perturbações renaes agudas, passageiras, e, mesmo nas nephrites chronicas, os exames devem ser repetidos, para que o seu valor não seja falseado.

Já tivemos occasião de referir a opinião de que só quando já ha retenção de acido urico é que começa a ser retida a uréa e a seguir a creatinina. Deve haver, pois, successão d'essas perturbações; Geyelin, que faz uma revista geral do assumpto diz que, no emtanto, poude em 2 casos verificar alta cifra de uréa e coincidindo com baixa de acido urico. Mas que nunca viu retenção de creatinina sem alta cifra de uréa e de acido urico.

O estudo que seguirá vae mostrar essa dissociação do modo mais completo, em exames repetidos, insophismaveis. Um outro ponto que depois será atirado á discussão é a coincidencia que temos observado das altas cifras de creatinina com a forma convulsiva da uremia.

Entremos agora, com o auxilio da clinica no estudo especial do .....

O valor prognostico da creatinina nas nephrites.

O capitulo das nephrites têm, nos ultimos tempos, soffrido consideraveis modificações, quer quanto á sua concepção, á systematisação nosologica, ás interpretações clinicas, quer quanto ao diagnostico, ao tratamento, ao prognostico.

Desde os memoraveis trabalhos de Widal, se poude, mercê do computo de uréa sanguinéa, surprehender o fio que guia ao prognostico; assim é de rigor hoje essa pesquiza para solução de cada caso de nephrite azotemica. Essa cifra é, por vezes, tão importante que, em casos em que se mantém ou progride, prevalece contra todos os signaes clinicos.

Lembro-me de ter visto um doente, em Paris, no serviço do Prof. Widal, que entrára para o hospital com 3,75 de uréa e farta symptomatologia uremica; somnolencia, vomitos, prurido, anorexia, etc. e que após um mez de repouso e dieta melhorára a ponto de se julgar curado e reclamar augmento de alimentação, mas a sua azotemia era n'essa occasião de mais de 5 grammas, o que permittiu ao prof. Widal affirmar que, comquanto esse homem se julgasse curado e os signaes clinicos tivessem desapparecido, essa cifra de uréa, por si só e contra tudo, era a sentença de morte, para poucos dias.

E esse homem, que se suppunha salvo, morria poucos dias depois, n'um accesso eclamptiforme, tendo tido, na vespera da morte, 8,64 gr. de uréa sanguinea.

Taes casos são legião; citamos esse por ser typico e pela cifra notavel da azotemia.

Achamos que, n'uma formula, se póde dizer em materia de prognostico, nas nephrites azotemicas, após exames repetidos, que

1) a azotemia transitoria não tem valor
2) a " permanente é grave
3) a " progressiva é fatal

Mas as cousas não se apresentam com tanta simplicidade na pratica, onde devemos contar com a complexidade de cada caso.

Note-se que não dizemos que a azotemia transitoria permitta bom prognostico, mas affirmamos que, n'essa condição especial, a pesquiza da uréa não tem valor.

Este é o ponto basico d'estas notas, pois queremos mostrar que, mesmo n'este caso, póde haver mao prognostico e a uréa na apreciação d'elle, cede o logar a outras substancias, não devendo pois o prognostico das nephrites ser exclusivamente calcado na apreciação da azotemia.

Como elucidativa, sem dúvida, a esse respeito, citaremos, resumida, uma observação clinica, procurando pôr em fóco a importancia que, n'este caso, assumiu a creatininemia.

A. F. 74 annos. Prostatico, teve ha 7 annos retenção de urina, tendo sido feita, nessa occasião, uma puncção vesical e applicada sonda de demora. Prolapso retal, hemorrhoides.

Em Novembro de 1920 notou que, de vez em quando, vinham gottas de sangue na urina.

A 5 de Dezembro, após lauto almoço, sentiu fortes dôres vesicaes, sobrevindo re-

tenção aguda de urina no dia 6. Chamado o distincto collega Dr. Alfeu Medeiros, este collocou sonda de demora, apresentando o doente soluço, vomitos, somnolencia, pulso arhythmico, fraco. A urina orçava por 2 litros diarios com densidade de 1016—1018. As hemorhoides sangraram bastante. Um primeiro exame de sangue é feito, que revela

1) uréa — 1gr.26 $^0/_{00}$
creatinina — 0,006 mill %.

E' feita uma sangria. O doente está em dieta hydrica e tomou um drastico.

Diante dos phenomenos toxicos, como somnolencia, vomitos, respiração anciosa e irregular, administrou-se, com liquidos em abundancia, bicarbonato de sodio. Uma diurése notavel se estabeleceu, alcançando, no dia seguinte, a 4 litros, baixando depois para 2 litros e se mantendo nas vizinhanças dessa cifra até á vespera da morte.

Os exames de urina revelavam densidade oscillando de 1010 a 1018, traços de albumina e, algumas vezes, cylindros granulusos.

Após a sangria natural hemorrhoidaria, o estado geral parecera ter melhorado, mas já no dia immediato, mercê da volta da somnolencia e da persistencia dos soluços etc., fez-se uma sangria de 350 gr., a coagulação era extremamente rapida. Nova melhora sobreveiu. Foi então que, apezar de ter a uréa descido a 0,73$^0/_{00}$, baixando pois, sensivelmente, — surgiu ameaçadora a notavel cifra de 0,016 mill % de creatinina.

O estado do doente muito se aggravou a ponto de terem, a familia e amigos, passado a noute esperando, a todo momento, a morte do doente.

Nesse dia elle teve abundantes e frequentes fezes liquidas, e continuava a urinar muito, mantendo-se a densidade na visinhança de 1015.

Novo exame de sangue é feito, que mostra, a par das melhoras apparentes do doente, a continua remissão da uréa e ligeira diminuição de creatinina

2) Uréa — 0,60 $^0/_{00}$
Creatinina — 0,012 %.

No dia subsequente, o exame de sangue accentuava a quéda da uréa, ao passo que a creatinina dava verdadeiro salto para o excepcional algarismo de 0,036 mill. %, sem que se modificasse muito o estado do paciente. Assim, pois,

3) Uréa — 0,33 $^0/_{00}$
Creatinina — 0,036 %.

Estavamos em face de uma gravissima questão de prognostico.

A uréa ou a creatinina, qual das duas substancias deveria orientar esse prognostico?

O doente se sentia bem, o soluço diminuia, chegando a desapparecer durante o somno, a urina era abundante, o estado geral satisfactorio, a uréa sanguinea apenas 0,33 $^0/_{00}$.

De accordo pois com o que é classico, poderiamos acreditar n'uma melhora de prognostico.

Mas que pensar da enormissima cifra de creatinina, que pairava em altura que raramente attinge? Que pensar della, quando é certo, que a sua ascenção fôra progressiva, quando, pois, defrontavamos com uma creatininemia, não só permanente, mas tambem progressiva! Manter-se-ia esse algarismo tragico?

Não haveria causas de erro na sua interpretação?

Eis as perguntas que nos fizemos e de cuja solução dependia o prognostico do caso.

Procurámos, desde logo, resolver a ultima, pois a solução desta, acarretava a explicação da outra.

Quaes, pois, as causas de erro a afastar na apreciação da creatininemia?

Em publicação anterior, tivemos occasião, a proposito do diabete insipido, de abordar a questão do metabolismo da creatinina e passámos, então em revista, todas as possiveis causas, endogenas, da producção de creatinina.

Achámos, n'este caso clinico, que uma só causa de erro defrontávamos: a diéta hydrica prolongada. E' sabido que o jejum duradouro, pela autophagia, que lhe é corollario, póde augmentar o **quantum** da creatinina endogena, mas, em tal caso, facil é discernir, pois a administração de hydratos de carbono, pela poupança a que estes dão logar, reduz, dirime a autolyse, principalmente muscular, e, d'est'arte, diminúe a creatininemia.

Administrámos, pois, ao nosso doente, durante 48 horas, assucar, cozimentos de aveia, de arroz etc. e, ao fim desse tempo, pedimos ao laboratorio, novas dosagens de uréa e creatinina.

Aquella orçava por 0,31 $^0/_{00}$, affirmando, ainda, a sua curva descendente, mas a creatinina, implacavelmente, se estabilisára em 0,036 mgr. %.

O prognostico sombrio, desesperador, estava firmado e para breve. A creatinina prevalecera.

No dia seguinte a esse exame o doente se sentiu tão bem que exigiu que lhe lessem os jornaes, o soluço desappareceu durante muitas horas e o doente quiz até levantar-se.

Apezar, porém, dessas melhoras clinicas apparentes, o fim se approximava e, já na madrugada seguinte, o soluço voltava; pelo dia em fóra o abatimento se accentuou, perturbações da palavra, irregularidades respiratorias se apresentaram, estabeleceu-se oliguria e, depois de parecer que ia melhorar o doente, tendo chamado uma filha e estando a conversar com ella, bruscamente, n'um accesso eclamptiforme, cahia morto, exactamente no momento em que chegava o médico, que ia extrahir sangue para novas pesquizas.

Um caso impressiona vivamente nesta observação e domina todas as considerações clinicas; é a formidavel dissociação das curvas de uréa e de creatinina

Já, de outra feita, encontráramos, em condição diversa, tal dissidio.

Como explicar essa dissociação?

Ambard observára casos em que, apezar da uréa sanguinea diminuir muito, o coefficiente uréo-secretorio se mantinha elevado, attestando um máo funccionamento renal e, notára mesmo que, com azotemias comprehendidas em limites, que poderiam ser considerados como normaes (até 0,50 $^0/_{00}$), podia, pelo estudo da constante uréosecretoria, ser demonstrado um deficit das ¾ partes da actividade renal.

Foi Ambard que affirmou que, entre uma azotemia normal e uma azotemia de 1 gr., póde haver perdas da actividade renal variando de 0 a 90 %.

Bem razão tinhamos, pois, quando affirmavamos que, si uma azotemia alta indica um prognostico grave, nas nephrites chronicas, uma cifra baixa nada diz a esse respeito.

Podendo pois, uma azotemia quasi normal coincidir com grande insufficiencia renal, qual o recurso de que poderá dispôr o clinico para resolver, em circumstancias taes, o problema do prognostico?

Ambard é cathegorico: recommenda o estudo da constante uréosecretoria, dizendo que sem a pesquiza desta passariam desapercebidas nephrites, com perda funccional renal de 80 %, com azotemia de 0,25 a 0,30 $^0/_{00}$.

Essa pesquiza é, porém, muito delicada e as causas de erro que lhe falseam o valor são varias.

E' o proprio Ambard quem o affirma, quando diz, que ella é uma prova que deve ser feita com todo o cuidado e quando propõe, agora, uma diurése de 90 minutos para a sua pesquiza, por ter verificado que a diurése de 30 minutos, que propuzéra antes, era insufficiente e capaz de desorientar o resultado da constante uréosecretoria, quando se perdia uma pequena quantidade de urina.

Além disso, se sabe que a oliguria altera tambem a cifra da constante; quando ha oliguria, a azotemia póde não depender mais de uma simples perturbação da funcção renal e, portanto, não póde mais haver constante uréosecretoria nesse caso.

Releva ainda notar que a constante póde variar conforme a hora em que é feita, pois ha nephriticos que, em certas horas, têm oliguria. E' preciso tambem não esquecer que as nephrites mixtas constitúem sério escólho para essa pesquiza.

Essas considerações naturalmente não invalidam a constante de Ambard, como meio auxiliar de prognostico, mas tendem, tão sómente a mostrar quaes e quantas as causas de erro, que devem ser contornadas.

Será essa pesquiza o unico meio para solucionar o prognostico, nos casos de azotemia transitoria ou pouco notavel?

Parece que não; e que, nesse ponto particular, devemos seguir a orientação fecunda que presidiu á concepção moderna das nephrites: — procurar mais no sangue, do que na urina, o indice da malignidade de uma nephropathia.

Como já vimos, os trabalhos americanos modernos affirmam que a retenção do acido urico é a mais benigna, bastando, para produzil-a, uma ligeira insufficiencia renal;

— que se segue, em gravidade, a retenção da uréa, que já attesta uma deficiencia renal mais consideravel

— que só, em ultimo logar, se dará a retenção da creatinina e isto quando fôr notavel a insufficiencia do rim, por ser, a creatinina, dos destroços da albumina, o que mais facil pasagem tem atravez deste orgão.

— Essas conclusões permittiriam surprehender a nephrite chronica azotemica em seus primordios, na phase da retenção urica, periodo que os cuidados hygienicos e uma therapeutica bem orientada permittem dilatar ou retardar.

Essas retenções devem ser, pois, successivas e proporcionaes á deficiencia da funcção renal.

Essa é a regra e a temos visto verificada na pratica; dentre os muitos casos observados, citaremos a seguinte observação, que já foi publicada na excellente thése do dr. Ricardo Weber:

Sr.ª A., com 38 annos. Apresentára convulsões na infancia; ha 3 annos antes, teve eclampsia, apresentando depois seguidamente, cephalalgias, acompanhadas de urticaria; muito cansaço, insomnia, vertigens, salivação exaggerada. Nunca teve edemas.

Em 12-7-1919 a examino e de mais notavel encontro clangor diastolico da aorta e exaggero dos reflexos patellares. O exame chimico do sangue revelou então:

Uréa 1.18 $^0/_{00}$, creatinina 0,003,202 % e acido urico 0,003,145 %.

A reacção de Wassermann é francamente negativa.

O exame de urinas revela 5,6 gr. de albumina em 24 horas.

O exame radiologico mostra hypertrophia ventricular esquerda e dilatação da aorta ascendente, cujo diametro alcança 4,5 cm.

A tensão arterial maxima era de 32 e a minima de 16, pelo oscillometro de Pachon.

Foi prescripto, após tres dias de dieta hydrica, com limitação de liquidos, um regimen hypoazotado rigoroso.

Um mez depois a uréa sanguinea, descia a 0,909 $^0/_{00}$ e a creatinina a 0,002,747 %.

A 13 de Agosto a doente teve convulsões acompanhadas de intenso prurido, anciedade respiratoria, cephaléa violenta e tachycardia (pulso a 120).

A 18 de Agosto foi feita puncção lombar e dosada a uréa, no liquido, que era sanguinolento, e foi encontrada a cifra de 1 gr. 781 $^0/_{00}$.

Começou a apresentar então, repetidas epistaxis, a tensão arterial se mantendo mais ou menos nas alturas citadas, sobrevindo suores frios e notavel angustia.

A 20 de Agosto o exame de sangue dá o seguinte resultado:

Uréa — 3 gr. 333 $^0/_{00}$

Creatinina — **39 mill. 84.**

A 24 sobrevém monoplegia brachial esquerda e a 25, crises eclamptiformes e morte.

Como se vê, houve neste caso parallelismo da uréa e da creatinina, as duas baixando ou subindo, simultaneamente, e o valor de ambas se affirmou, irrecusavel, no prognostico.

Releva notar ainda a notavel cifra de 39,84 milligr. de creatinina, talvez uma das mais altas que têm sido observadas.

Tambem neste caso se observa a coincidencia de convulsões com grande creatininemia.

Ainda no trabalho do Drt. Weber, se póde verificar um augmento parallelo de uréa e creatinina nas observações 14.ª, 15.ª, 22.ª e 28.ª. E' uma verificação identica que se faz nas tabellas de Mac Leod e outros auctores.

Por dissentir, em absoluto, dessa regra, por apresentar esse facto novo e surprehendente da dissociação formal e notavel da retenção da uréa e da creatinina, o nosso primeiro caso merece ser apontado.

De que estas questões do metabolismo azotado nas nephrites preoccupam os clinicos, temos a prova nos successivos trabalhos que, ultimamente, a elles tem sido dedicados nos grandes centros scientificos.

Ainda, recentemente, os Srs. Chabanier e Castro Galhardo mostraram que se deve prestar grande attenção, nas nephrites chronicas, ao estudo do azoto não ureico do plasma, achando que a perturbação do metabolismo azotado deve occupar a primeira plana no determinismo dos accidentes

urémicos. Citam elles observações de azotemicos em que, no seu entender, a cifra de azoto não ureico era de muito maior valor que o da uréa.

Pareceu a nós que, sob o ponto de vista do estado actual de seus doentes, o augmento do azoto não ureico coincidia com aggravação dos phenomenos clinicos, mas quanto ao prognostico as cifras de uréa fôram muito mais decisivas, por terem sido progressivamente crescentes, ao passo que as quantidades de azoto não ureico eram muito instaveis.

Hélouin, aliás, fez, logo depois, outras objecções ás conclusões de Chabanier e Galhardo, conclusões que, na nossa opinião, são muito discutiveis, pois as observações publicadas se referem a individuos francamente azotemicos, com 2 gr. e mais de uréa sanguinea, em que a uréa, por si só, resolvia o prognostico.

Parece-nos de maior interesse estudar essa questão do azoto não ureico nas pequenas azotemias, inferiores a 1 gr. e nos casos em que a cifra de uréa é normal, pois estes escapam ás taboas prognosticas de Widal.

Em seguida devemos notar que esses auctores, muito felizmente, põem em destaque o desequilibrio do metabolismo proteico, mostrando o valor deste na apreciação da uremia.

E' esta parte da questão que está em via de solução pelos auctores americanos e para a qual o nosso caso primeiro constitúe uma contribuição, tendente a mostrar que se não deve limitar esse estudo a uma só das substancias azotadas, mas, afóra a uréa pensar nas outras, principalmente na creatinina, tanto mais que, como pensam muitos, esta ultima substancia é o melhor indice de todo o metabolismo azotado.

Em summa, ha casos, como um dos nossos, em que se observa uma dissociação das linhas de retenção da creatinina e da uréa, casos em que azotemia decresce e a creatininemia alcança alturas elevadissimas, dominando, irreductivel, o prognostico inteiro.

Como explicar essa dissociação, que parece vir abalar as columnas mestras da momentosa questão da retenção azotada nas nephrites?

E' a segunda vez que a pergunta surge.

Difficil, sem duvida, é fornecer essa explicação, mas permittido será formular uma hypothese.

O prof. Widal mostrou a caprichosa propriedade que tem o rim, não só de concentrar na urina sob valores diversos, os varios corpos que vão integrar esta, como a peculiaridade de recusar passagem a esta ou áquella substancia, electivamente, retendo aqui a uréa, alli os chloretos, etc.

Não poderá haver, dadas certas perturbações, uma manifestação dessa electividade, deixando o rim n'um caso passar a uréa e retendo a creatinina?

Talvez assim seja; a explicação em si é mais de interesse especulativo; o facto clinico, porém, fica irrefutavel, — a explicação virá emoldural-o mais tarde.

Depois de estudar esses diversos aspectos da questão, podemos responder á pergunta, feita atraz, dizendo que, além da constante de Ambard, o estudo da creatininemia é de molde a auxiliar a solução do prognostico e, muitas vezes, nos casos figurados em que ha causas de erro para a constante, o estudo da creatininemia lhe é superior

1) por não depender do quantum urinario
2) por ser uma prova simples
3) porque traduz de um modo immediato a impregnação organica
4) porque, sendo a creatinina igualmente repartida nos diversos elementos do sangue, a prova póde ser feita com o sangue total
5) porque independe da dieta.

São essas considerações que nos permittem dizer que a pesquiza da creatinina sanguinea tem consideravel importancia na apreciação do prognostico das nephrites azotemicas, principalmente quando a azotemia é pouco notavel ou transitoria, pois, quanto á azotemia notavel e progressiva, cada dia mais se affirma o valor dos memoraveis trabalhos de prof. Widal.

Relações das Dermatoses com a clinica geral (1)

Meus Senhores.

O Snr. professor Annes Dias, um dos mais brilhantes, senão o mais brilhante espirito da moderna geração medica riograndense, iniciou estas conferencias de Enfermaria, que realizadas apoz por outros illustres collegas, tanto têm elevado o corpo docente d'esta Faculdade.

Coube hoje a minha vez. E em verdade vos digo que a recusaria de modo absoluto, se não me coubesse a convicção de que o valle é indispensavel para a exaltação da Montanha, a penumbra para o relevo da Luz!

O assumpto.

Tenho de vos falar hoje das relações das Dermatoses com a Clinica Geral. Assumpto complexo, vasto, inexgotavel, carecia melhor tratado, exigia maior patrono.

Desprezada por uns, maltratada por outros, como desejaria poder pôr em relevo toda a fecundidade da Dermatologia na edificação do Diagnostico, toda a sua magnifica fonte de Prognostico, toda a sua necessidade para uma Therapeutica, racional e segura!

A Pelle e suas funcções.

A Pelle deve ser considerada, não sómente como uma membrana que recobre e protege a superficie do corpo, mas ainda como um orgão complexo, encarregado de funcções multiplas (Darier). Entre estas, devemos salientar a de orgão maximo da sensibilidade, séde que é das terminações nervosas e portanto centro peripherico d'este Systhema, bem como de regulador da temperatura, mercê das suas glandulas sudoriparas, tambem fracos emunctorios.

A Membrana.

Como membrana, recobrindo e protegendo a superficie do corpo, ella tem uma conformação histologica que se oppõe ás aggressões dos agentes mecanicos, — physicos, chimicos ou biologicos, bem como lhe dá a impermeabilidade, indispensavel á vida.

Iniciando por esta funcção a nossa Conferencia, vejamos, em poucos exemplos, quanto os symptomas cutaneos auxiliam ou impõem os diagnosticos em clinica geral.

Eis uma aggressão mecanica: simples attricto do calçado, creou um callo, seguido de uma phlyctena e, rompida esta, de uma ulcera, que com o estylete atravessamos, sem provocar dôr até o osso ou a articulação.

Toda a sua evolução é seguida por vós, que vereis os sequestros cahirem, a ulcera aprofundar-se cada vez mais.

E' um simples mal perfurante. Não! E' mais do que isso: muita vez vos guiará um diagnostico de tabes, muita vez vos porá no caminho de uma Nevrite peripherica.

Eis uma aggressão physica: a do frio.

Como demonstra é a frieira, tão conhecida de vós, que não carece de minha descripção.

Vêde emtanto como é teimosa, como reincide na sua dôr e na sua rebeldia.

Não precisais de mais para orientar o vosso diagnostico, para o velho Lymphatismo, para a moderna insufficiencia Thyroide.

Eis uma aggressão microbiana de que esse leve erythema localisado ou seguindo uma veia, ora um lymphatico, revela a porta da entrada e impõe o diagnostico para a Scepticemia que vos embaraça.

E tendes tantas e tantas erupções de causa externa que mostra a aggressão de ordem chimica que a pelle soffreu e que explicam o syndroma geral que fostes chamado a medicar!

Como estes exemplos se poderiam multiplicar, desde a gangrena que vos põe no caminho de um Diabetes desconhecido ás

cheloides que vos gritam a suspeita de Tuberculose.

Sensibilidade.

Orgão de sensibilidade, os symptomas cutaneos são indispensaveis ao neurologo, que muita vez encontra a fonte mais fecunda para o seu diagnostico.

Parte integrante de toda a Propedeutica Medica, basta-me nesta conferencia simplesmente pol-a em relevo.

Reguladora de Temperatura.

A Regulação de temperatura é feita pelas glandulas sudoriparas, cujas perturbações secretorias tão bem servem ao diagnostico clinico.

Tendes em primeiro lugar a Anhydrose que acompanha um dos syndromas mais communs das infecções, a Hyperthermia. Vel-a eis ainda apparecer no vulgar Resfriado, de que é talvez a causa productora, na nevralgia parestesica, no myxedema, etc., etc.

A hyperhydrose, mais commum, com as suas variantes, é symptoma frequente de um sem numero de affecções.

Assignalando o fim de um accesso ou de uma infecção, vel-a-eis na Febre palustre, quasi em todas as hyperthermias, na Tuberculose, de que por sua preferencia nocturna, é um symptoma revelador. Frio, o suor é fructo de uma emoção violenta, de um estado lypothymico, muita vez ligado á uma affecção gastrica ou a uma affecção renal, ou cardiaca etc.

Os suores são ainda abundantes nas doenças do encephalo (encephalite, hemiplegia spasmodica, tabes, syringomyelias) nas lesões das raizes e dos nervos periphericos (Achard).

Nas endrociopathias a Hyperhydrose não falta na tetania, no bocio exophtalmico, na tachycardia essencial paroxystica.

E' no curso da hysteria que as perturbações sudoraes se encontram com mais variantes: hyperhydrose, hematidrose, bromydrose (Achard e Levi).

Funcção essencial á vida do organismo, como as perturbações de secrecção sudoral são ferteis em consequencias e portanto ricos em symptomatologia, por sua reflexão no estado geral.

Pelle e Systhema Nervoso.

Quando a gente se detem no estudo das connexões cutaneas com a clinica geral, resaltam principalmente aquellas que tocam ao systhema nervoso. E então se põem em relevo as chamadas perturbações trophicas, de que, segundo Achard, eis o resumo.

A mais importante d'entre ellas é o decubitus acutus, descripto por Samuel em 1860 e em seguida por Bordie, Bright, e Brown Sequard e o grande Charcot.

Alguns dias ou ás vezes algumas horas apos o começo da affecção do cerebro ou da medulla, começa a dermatose, cuja séde é variavel.

Simples erythema vesiculoso ou bulhoso, acompanhado nas complicações medulares, de tumefacções, muitas vezes é seguido de rasgamento da epiderme, que se destaca em retalhos, pondo a nu a derma rosa vivo e semeado de placas azuladas.

Depois este começa a se mortificar, formando a eschara que, a principio superficial, ganha em profundidade.

O decubitus agudo se encontra nas affecções cerebraes com apoplexia, hemorragia cerebral e meningéa, amollecimento, pachymeningite, tumores intracraneanos, infecções, como a febre typhoide e outros, repercutindo sobre centros nervosos, affecções de medulla, principalmente myelite aguda, e da cauda de cavallo.

E ha as perturbações trophicas das nevrites traumaticas, toxicas e infecciosas: erythemas e entre elles o zona, eczemas, pemphigus, ichtyose, Glossy-skin, melanodermias...

E ha o dermographismo, o pemphigus e a gangrena hysterica, as alterações das unhas, dos pellos, tão communs em varias affecções do systhema nervoso, ou por intermedio de outras molestias internas.

Reacções cutaneas.

Cabe a Brocq, o grande dermatologista francez a gloria de dividir as dermatoses em dois grandes grupos. 1.º comprehende os effeitos exercidos sobre o organismo pelos agentes pathogenicos diversos, vindos do exterior, agentes traumaticos, toxicos,

parasitarios, microbianos, que agem por si ou sua toxinas. São entidades morbidas, nitidamente definidas, bem differenciadas, tendo existencia autonoma. 2.º O segundo comprehende, ao contrario, estados que provêm do proprio doente, que são o resultado dos vicios progressivos de seus tecidos, dos seus orgãos, das autointoxicações que se produzem pouco a pouco nelle pelo accumulo progressivo de productos mal elaborados, mal eliminados graças a um máo funccionamento do figado, do baço, das diversas glandulas endrocrinicas, do tubo digestivo, do filtro renal, etc.

Eczema.

O mais bello exemplo d'estas Reacções cutaneas está no Eczema, o qual Besnier chamou: "Doença composta, mixta, hybrida, adulterada por infecções logo apoz a sua producção, e apresentando ulteriormente as contingencias, mais diversas, paradoxo de complicação e de complexidade, o eczema, considerado na sua expressão mais geral, não tendo condição pathogenica exclusiva, não poderia ser assemelhado ás affecções, em cuja caracteristica as causas primam os elementos clinicos.

Sua determinação correcta só pode derivar do conjuncto dos seus phenomenos proprios, reunidos e coordenados por uma analyse integral, actual e anamnestica: e neste conjuncto a evolução typica prima a objectividade."

Tambem...

Tambem muitas vezes a Leucemia tem sido diagnosticada, apoz uma dermatose, caracterisada por papulas e vesiculas, muito pruriginosas.

A Dermatite Herpetiforme tem por sua vez, obrigando a um exame de sangue, posto o medico em via segura do diagnostico daquella molestia.

Sabe-se a phrase de Vidal: Prurido nos nephriticos egual a Azotemia.

A molestia de Reckligausen é para muitos ligada a uma debilidade mental congenita.

Devemos ainda citar de passagem os casos, em que o individuo provoca traumatismos que por sua vez constituem verdadeiras Dermatoses.

Entre outros, ha o de Dieulafoy que, mercê da potassa caustica, produzia em si ulceras profundas que o levaram á amputação de um braço.

A herpes zooster, a propria calvicie têm muitas vezes causas em affecções do systema nervoso central.

Nas endocrinopathias, a mina das suas relações com as Dermatoses, começa a surgir com uma riqueza exhuberante. De um lado já é grande o numero dellas, ligadas a perturbações do metabolismo azotado ou hydrocarbonado, como por outro já o tratamento organico therapico vem mostrando as relações de causa e effeito entre as glandulas endocrinicas e apparelhos cutaneos.

Em affecções cutaneas, ligadas á molestia de Graves, os extractos thyroideus, hão dado excellentes resultados. Ha um notavel dermatologista new-yorkino que systhematicamente trata os Acnés por pequenas doses de thyroidina.

Na Schlerodermia os extractos pituitarios foram empregados com exito.

Na hypertrichosis, maximé em pessoas adiposas, é muito racional o emprego dos extractos thyroydeos.

Em os angioneuroticos e urticarias, aguda e chronica, beneficiam, ás vezes, extraordinariamente, do extracto supra renal ou de Adrenalina.

No Diabetes o intertrigo e a gangrena parecem ligados á perturbações vasculares, porem, a furunculose é sempre devido a excesso de assucar no sangue.

Walter Heinen divide as xanthomas em diabeticum e tuberosum — o primeiro curavel com a diminuição de assucar e o segundo incuravel devido, que é mais gordura que aos hydrocarbonados.

Ao lado destas dermatosis por perturbações do chimismo normal carecem postas as que são devidas a intoxicações microbianas, partidas dos dentes, das amygdalas, do appendice, etc.

Assim em a Sociedade de Medicina de Nov York foram referidos dois casos de Dermatite Herpetiforme, que curavam com a extracção de dois dentes.

Walter Heinam, de cuja excellente me-

moria fui buscar alguns dados, refere-se ainda a um doente de Ptyriasis. Rubra de Hebra, cujo medico declarara incuravel o incitava a que tivesse paciencia como Job.

Pois bem! Este homem resolveu não sei por que mandar extrahir todos os dentes e com isto se curou. E ha os notaveis estudos de Jacquet sobre pathogenia da Pelada de origem, tambem dentaria.

Doente e não doença.

Si ha vez, pois, em que seja mais verdadeiro o aphorisma de que ha doentes e não doenças e portanto que o diagnostico deva abraçar, não sómente o conjuncto de symptomas objectivos e subjectivos que fazem a molestia, mas tambem o sello individual que a differencia é nesta questão de **relações das Dermatoses com Clinica Geral.**

Não ha enfermidade que leve ou grave, não repercuta, mais ou menos sobre a pelle, espelho principal do organismo.

Ora, é uma simples alteração da côr, tão bem conhecida na Facies Propedeutica.

São outras vezes verdadeiras Dermatoses (purpuras, eczemas, urticaria, impetigos, prurigos etc.) — devidas exclusivamente a auto-intoxicações, idiosyncrasias, anaphylaxia e, a crer na moderna concepção, por pequenos schocks hemoclasicos.

E' que mais, que em qualquer outra parte da pathologia, as molestias cutaneas permittem ver as diversas repercussões destes estados morbidos.

Mais do que isto: Ellas permittem comprehender como estas variam apezar de uma unica etiologia.

O exemplo mais frisante está nas idiosyncrasias medicamentosas.

O Iodureto.

Eis sete doentes a quem vamos dar duas grammas de iodureto de potassio, isto é, a mesma dose de uma mesma substancia.

O primeiro supporta maravilhosamente bem o medicamento; sente simplesmente na bocca o gosto caracteristico do iodureto e o guarda todo o dia, porque bem o absorveu.

O segundo é tomado de dor de garganta, corysa, lacrimejamento, tumefacções das palpebras, cephaléa.

O terceiro em 24 ou 48 horas é coberto de Acné Iodopotassico. O quarto apresenta purpura sobre os membros, principalmente inferiores.

O quinto offerece erupções nodulosas e tuberosas de um vermelho vivo, disseminados aqui e alli. O sexto é atttingido desta forma tão especial da Acné anthracoide iodopotassico que o venerado mestre Besnier tão bem descreveu.

O setimo é mais gravemente attingido: observam-se as erupções bulhosas, seguidas de vegetações tendo o aspecto de pemphigus vegetante.

E ainda são possiveis outras manifestações cutaneas.

O Exemplo.

Este exemplo, que é repetido por outras tantas substancias medicamentosas nos prova á saciedade que nas Dermatoses, como provavelmente nas molestias internas ha alguma cousa mais que osimples factor etiologico governando as manifestações mormidas.

E' que estas são em grande parte simples reacções, cujo caracter é dado pela natureza individual, isto é, pelo temperamento.

Temperamento.

E' de velha data conhecida a concepção do temperamento que ora com aquelle nome, ora com o de diathese, de muito domina a Medicina.

Depois a noção do contagio, a de doenças microbianas, o exagero ao qual se elevou a anatomia pathologica, quizeram relegal-a para o dominio de idéas atrazadas e infantis.

Porem, o certo é que a velha noção teimosamente resiste, como expressão final das cogitações, scientificas.

Haja vista a questão do terreno, hoje dominante em bacteriologia, a da physiologia pathologica que constitue toda a pathologia geral, a das reacções chimicas com que a Endocrinologia rescuscitou os velhos humores...

Materia peccante.

Sendo assim, temos de crer que em toda a affecção ha a materia peccante, causa principal, agindo em um meio individual e proprio, constituido pelas predisposições morbidas.

Estas predisposições são ora de caracter hereditario, ora adquiridas.

Pelos primeiros devemos comprehender as molestias de que eram portadores os ascendentes, ao momento da concepção, os vicios que os intoxicavam, alcool, fumo, café, má Hygiene alimentar, etc.), as emoções, os excessos, etc.

Pelos segundos as que por seu lado vão constituindo o descendente e que mais ou menos são as mesmas, embora de natureza differente para cada individuo.

As Dermatoses.

Por seu caracter objectivo, pela sua relação intima com o systhema nervoso, nenhuma molestia mais que as Dermatoses, guiará o medico nas suas interpretações diagnosticas.

D'um lado, eis uma creança que apresenta um prurigo simples ou eczematisado, sem que os pais houvessem apresentado molestia cutanea.

Dois factos se podem dar: ou a hereditariedade nervosa, mercê das emoções ou affecções do momento da concepção, ou então ella foi constituindo aquella molestia mercê dos vicios dos seus orgãos, provindo de alimentação defeituosa, de educação, mais defeitos ainda, etc.

E assim succede com quasi todas, senão todas as dermatoses, pois que as proprias que são entidades morbidas autonomas, tendo como causa mais imediata e necessaria um agente biologico, animal ou vegetal, não fogem á lei commum.

Assim a sarna, por exemplo. Ora tem como expressão o sulco e o prurido. Outras vezes não tarda a se eczematizar, impetiginar, lichenificar, apresentar brechas le pustulas e ulcerações, que demonstram vivamente como são possiveis e quasi communs as mestiçagens entre ellas e as reacções cutaneas puras.

Repercussões internas.

Assim é que, de um lado, a dermatose, seja como a expressão de uma entidade morbida, seja como uma reacção, repercute sobre o estado geral, da mesma fórma que este impõe-lhe a sua physionomia.

Estabelece-se assim um verdadeiro circulo, provando quão vãos são os desejos relegal-os a uma especialidade, difficil e desprezada.

Ao contrario, a semeologia cutanea com as suas causas, e sua razão de ser, carecia estudada ao lado da propedeutica geral, como factor necessario, logico, quiçá indispensavel do diagnostico.

Ao medico, consciente da sua missão, não fica bem esta clinica de Tico-Tico, saltando aqui e alli sobre uns symptomas vagos confessados pelo doente ou por elle pesquisados, para affirmar a existencia desta coisa ainda mais vaga, de etymologia, grega, e que a tradição, a commodidade e as pathologias conservam, com o nome geral de molestia.

Acima desta, como condição possivel de um prognostico e de uma therapeutica racional está o doente, com todas as suas reacções organicas, umas favorecendo a cura, outras, annulando funcções indispensaveis á vida.

Para tanto, para obra de tal vulto, nenhuma affecção como as Dermatoses, tão bem se prestam. Por sua derivação embryologica, por suas funcções, por sua qualidade de quasi centro peripherico do systema nervoso, a pelle, mais que qualquer outro apparelho do organismo, soffre o contragolpe das alterações morbidas, principalmente se estas attingem a uma determinada virulencia.

Vel-a-eis assim nas grandes pyrexias humanas, como já mostramos.

Vel-a-eis assim nas mais graves affecções nervosas.

Vel-a-eis assim nos vicios mais adeantados dos nossos tecidos e nas claudicações, mais serias, dos orgãos de assimilação, de eliminação, etc.

Vel-a-eis assim nos dois mais altos expoentes das infecções chronicas, a tuberculose e a syphilis, sob a forma de erythema nodoso, fistulas, tuberculides varias,

sob a da Roseola, Papulas, Ulceras, e toda a mais variegada manifestação do mal de Hunter.

Concluindo...

Já vos tomei um tempo precioso, meus senhores! Apenas emtanto pude aflorar o asumpto das relações das dermatoses com a clinica interna. Possa completal-o a vossa intelligencia lucida e o vosso lucido preparo para que resulte viva e nitida a intima connexão das duas Clinicas de forma que em breve o especialista seja menos visualista que internista, como o internista seja mais visualista.

Sendo as lesões, nas dermatoses, objectivas geralmente ha tendencias para aquelle se tornar um anatomo-pathologista a grosso modo, como tambem o medico geral mais habituado a symptomatologia subjectiva não procura saber ver aquelles que a dermatose lhe apresenta.

Servindo-me de uma comparação, já usada, posso em resumo dizer que si se pudesse extender o rim até o tamanho da pelle haveria tantas nephrites como dermatoses e que a reciproca seria verdadeira. Assim as molestias cutaneas como a dos demais orgãos, são reacções contra uma determinada ou contra varias causas morbigenicas. O nosso organismo é um bloco integro no qual, fóra de exigencias technicas, é impossivel separar apparelhos ou orgãos. A saude, a doença, a morte, serão sempre regulados pelo equilibrio, ou fallencia daquelle todo complexo, que nós, medicos, temos de comprehender para poder curar, temos de comprehender para alliviar, temos de comprehender para que não nos falte nunca a consciencia precisa para o suave consolo das horas tragicas da dor e do lucto.

NOTICIARIO

Em boa hora o illustre collega Prof. Annes Dias tomou a iniciativa de promover, numa das salas do nosso Hospital, o regimen de conferencias medicas todas as quintas-feiras. Teve inicio este programma no anno passado, de maneira muito promissora, visto que a magnifica lembrança repercutiu em todos muito agradavelmente, a julgar pela assistencia cada vez mais numerosa de collegas e estudantes. Estes principalmente muito terão a lucrar, dado o cunho pratico, demonstrativo de taes licções, muitas das quaes estão ferindo assumptos da mais viva actualidade.

Durante este anno maior ainda tem sido o enthusiasmo e fielmente vae sendo cumprido o programma, segundo se poderá ajuizar da série de themas já tratados no 1.º periodo lectivo:

1.º — Prof. Annes Dias — *Anemia perniciosa.*

2.º — Prof. Annes Dias — *Creatininemia e seu valôr prognostico nas nephrites.*

3.º — Prof Victor de Britto — *Retinite azotemica.*

4.º — Prof. G. Blessmann — *Crises abdominaes agudas.*

5.º — Prof. A. Franco — *Cancer e ulcera gastrica. Seu tratamento cirurgico.*

6.º — Prof. Octacilio Rosa — *Endocrinologia em gynecologia.*

7.º — Prof. Martim Gomes — *Blenorrhagia conjugal. Difficuldades de diagnostico e tratamento em face das acquisições recentes.*

8.º — Prof. Octavio — *Ictericias de retenção.*

9.º — Prof. V. de Britto — *Sobre um processo original de anesthesia regional nas operações do seio maxillar.*

10.º — Prof. Paula Esteves — *Sobre a transfusão sanguinea.*

A seguir:

11.º — Prof. G. Vianna — *A syphilis e suas determinações nervosas. A proposito de um caso de pseudo-paralysia bulbar.*

12.º — Prof. R. Moreira — *Sobre as paralysias infantis.*

O reflexo oculo cardiaco e a exploração funccional do coração

Estudo clinico com mais de 400 observações pessoaes do

Prof Dott P. Licci

O A. considera o reflexo oculo-cardiaco como um methodo muito delicado mas optimo para ser pesquisado, e pela sua simplicidade e por estar ao alcance de qualquer medico, um subsidio diagnostico relativamente precioso. O reflexo oculo-cardiaco é um meio de exploração do estado de tonicidade do vago e do sympathico, dois nervos que têm um campo de acção vasto e complexo e que physiopathologicamente determinam syndromes tão varios e incertos, que se torna difficil alguma vez percebel-os. Elle é precioso em todos aquelles casos em que é duvidosa a natureza das alterações cardiacas, naquelles em que não se sabe si se trata de uma perturbação da funccionalidade da innervação cardiaca autogena ou heterogena ou de uma verdadeira e propria alteração anatomo-pathologica do coração nas suas diversas porções endo meso e pericardica.

A provocação do reflexo oculo-cardiaco é preconisada ainda como meio therapeutico.

Em seguida o autor enuncia e descreve os varios meios e vias com os quaes e pelos quaes se tem procurado estabelecer o estado e o gráo de funccionalidade do coração, especialmente nas alterações funccionaes deste orgão, quando ainda latentes, e isto sob o ponto de vista não só diagnostico e prognostico, mas, e sobretudo, sob o ponto de vista therapeutico.

Passemos desde logo a estudar o reflexo oculo-cardiaco, thema do trabalho e objecto das pesquizas do autor.

Notado pela primeira vez em 1908 por Dagnini, que fez delle objecto de uma communicação á Sociedade Medico-cirurgica de Bolonha, em 17 de junho, é conhecido impropriamente sob o nome de reflexo de Aschner, que o descreveu 4 mezes depois e que demonstrou, porém, experimentalmente, como o reflexo só se podia produzir por intermedio dos V e X pares e só excepcionalmente por meio do sympathico.

A modalidade e a technica pela qual esse se produz são as seguintes: O doente é deitado na posição horisontal, com a cabeça apoiada sobre um plano resistente e ligeiramente inclinada para deante. Depois de alguns momentos, toma-se o pulso na radial por 30 segundos e nota-se o numero das pulsações. Successivamente, fechando ligeiramente as palpebras ao doente, se comprime com o pollegar o olho direito e com o indice o esquerdo, emquanto que a outra mão cuida do pulso radial do doente. Depois de alguns segundos de compressão, nota-se uma modificação do pulso: passados alguns momentos, contam-se as pulsações por 30 segundos e se lhe nota o numero.

Roubinowitich objectando, com justeza, que a compressão digital é muito variavel, desegual, irregular, não dosavel e que para produzil-a é necessario sempre um assistente, imaginou e fez construir um apparelho que permitte determinar uma compressão mecanica, não dolorosa, simples, regular, duravel á vontade e sem necessidade de nenhum auxilio.

As modificações do pulso que resultam pódem ser de tres especies: retardamento, e então diz-se que o reflexo é positivo; acceleramento, e então diz-se que o reflexo é inverso; e por fim nenhuma modificação apreciavel nem no rythmo nem na pressão arterial, e então o reflexo é abolido.

A diminuição póde variar de cerca de 4 a 60 pulsações. Sainton notou 56 pulsações de menos. Algumas vezes se tem surprehendido quasi que a suspensão do pulso, tornado

imperceptivel, e em casos excepcionaes parece que tambem a parada do coração durante 10 a 15 segundos.

A acceleração, phenomeno inverso, póde variar de 10 a 20 pulsações; em algumas observações se tem visto estas crescerem de quarenta e seis.

Tem acontecido a Cautelli observar não só um augmento do numero dos batimentos durante a compressão do globo ocular, mas tambem depois da cessação do incitamento ao ponto de occorrer algumas vezes tambem alguns minutos antes de se ter a volta ao normal.

Elle chama este phenomeno: *reflexo oculo-cardiaco paradoxal.*

Segundo Cautelli isto seria a expressão de uma lesão profunda do vago nas suas terminações dos nodulos de Keith e Flack e de um augmento da excitabilidade do myocardio pela qual se teria diminuição do periodo refratario.

O reflexo oculo-cardiaco paradoxal, apesar de não poder, para o prognostico, ser levado em consideração, indica sempre e por si só uma deficiencia latente na funcção do apparelho cardio-vascular.

Este reflexo é um phenomeno normal nas pessoas sãns de $^3/_5$ a $^2/_3$ dos individuos, mais accentuado nas creanças, nas mulheres e nos velhos.

Genoese, que estudou o modo pelo qual se apresenta o reflexo nas creanças, disse que o exaggero desse na infancia é muito mais apreciavel quanto mais tenra é a edade; assim, em media, entre dois e quatro annos, o pulso retarda de 12 a 20 pulsações por minuto, emquanto que de 4 a 8 annos não excede a 8 a 12 pulsações.

Essa differença do adulto está em relação, segundo Genoese, com o facto de que na creança, o systhema autonomo, especialmente na tenra edade, tem uma preponderancia sobre o systhema sympatico: em outros termos, a creança teria uma predisposição vagotonica que talvez com o andar dos annos diminuisse até attingir na juventude aquelle estado de equilibrio com o systhema sympathico que se observa na quasi maioria dos individuos.

E' variavel de um dia para outro no mesmo doente e ainda nas varias horas do dia e em relação com as refeições.

No mesmo individuo o reflexo repetido varias vezes seguidas se apaga não dando mais a reacção; algumas vezes tem-se o phenomeno inverso (tachicardia), esgotamento do vago e prevalecimento do sympathico (Noel Orlandi).

A compressão do olho direito, sómente, augmenta a producção do phenomeno; menos notavel é o effeito da compressão do olho esquerdo: a compressão simultanea dos dois globos oculares fornece resultados analogos á compressão isolada do olho direito.

Este facto, — em apparencia extranho — é confirmado de uma maneira indirecta por alguns estudos de Cohn e Fraser, sobre a compressão do vago no pescoço.

Esses demonstraram que o pneumogastrico direito influencia mais especialmente a auricula e o pneumogastrico esquerdo, mais especialmente o ventriculo; logo é preciso voltar a attenção para o direito em caso de tachicardia auricular, para o esquerdo em caso de tachicardia ventricular. Genoese porém não encontrou nenhuma differença na creança comprimindo o olho D ou E ou os dois ao mesmo tempo.

Licci na maioria dos casos, não encontrou differença alguma; só notou que realmente, uma differença, porém, não constante a favor da compressão do globo D ou E, existe nas bradicardias dos convalescentes, especialmente da febre typhoide e da escarlatina, onde algumas vezes se produziam extrasystoles.

Por que via se produz o reflexo, quaes são os elementos anatomicos que formam o arco diastaltico?

Notou-se que a excitação da maior parte dos nervos centripetos póde determinar reflexos cardio inhibidores; assim, por exemplo o nervo laryngeo, o esplanchinico, o trigemeo, o nervo depressor de Cyon, etc.

No caso em questão o arco diastaltico é formado pelos nervos ciliares e pela faixa afferente, e como via efferente ou centrifu-afferente, e como via efferente ou centrifuga pelo X par.

Porém observações de alguns autores (Petzetakis, Delare) demonstraram experimentalmente (chloreto de baryo, atropina, secção da medulla ao nivel da ultima vertebra cervical), que o reflexo se produz não só por intermedio do vago, mas tambem atravez do sympathico, com prevalencia de um ou de ou-

tro, segundo que um e outro dos dois systemas assume o predominio sobre o outro; dahi os conceitos de vagotonia e sympathicotonia expressos por Eppinger. Este facto é tambem demonstrado clinicamente, notando-se um augmento das pulsações do coração si o effeito da compressão ocular comparece tardiamente, e isto, como já dissemos por exgotamento do tonus do vago.

O pneumogastrico age sobre todas as porções do coração, destribuindo-se nos seios, e atravez do feixe de His no ventriculo, como ficou provado pela falta de reflexo nos casos de bloqueio da dissociação auriculo-ventricular. Demais, para explicar anatomo-pathologicamente o que se encontra em clinica, Lewis conseguiu verificar que o vago da direita tem influencia sobre o centro de Keith e Flack, situado na embocadura da cava superior e o da esquerda sobre o nodulo de Tawara, situado no inicio do seio coronario. E' por isso que a compressão do vago direito teria acção sobre a parte direita do coração, e sobre a esquerda a compressão do vago homologo.

O autor acredita que o determinativo da producção do phenomeno, mais do que no facto mecanico da compressão dos globos oculares e o natural augmento de pressão consequente sobre o systema cephalo-racheano deva procurar-se no estado da tonicidade do pneumogastrico e do sympathico nas varias molestias e por causa dellas; assim na hyperesthesia e na hypoesthesia dos dois systemas de acção cardiaca antagonica se terá uma maior ou menor reacção destes com a consequente modificação physico-clinica do reflexo.

A causa que modificará o estado de tonicidade dos dois systemas nervosos, será um veneno, uma toxina, uma secreção glandular interna, talvez mesmo um estado de esgotamento ou de hyperexcitação; mas da primazia desta causa sobre um daquelles dependerá a maior ou menor reacção reflexa.

Logo, — sendo prudentes — como aconselham Laubry e Harnier — em dar ao reflexo em questão um valor absoluto, tanto prognostico como diagnostico, elle será certamente considerado, só ou com o concurso de outros signaes semelhantes, como um bom methodo para a exploração do funccionamento cardiaco emquanto este depende de perturbações da innervação inherente ao vago e ao sympathico e não de outra causa, anatomica, mechanica, physica, manometrica em relação a cardiopathias instrumentaes. E' por isso que o reflexo oculo-cardiaco é precioso elemento de diagnostico nas nevroses, especialmente nas nevroses cardiacas e gastro-intestinaes, para differenciar os dois typos principaes: o typo vagotonico com tendencia á bradicardia e á hypersecreção e o typo sympathicotonico caracterisado por um quadro semiologico opposto; tachicardia paroxystica e bradicardia em que não só é bom auxilio diagnostico ao lado das provas da atropina e do nitrito d'amyla, mas — como veremos adeante — foi utilisado como indicação therapeutica especialmente nos accessos tachicardicos de typo paroxystico.

Optimo elemento diagnostico nos casos de arythmia com alteração da conductibilidade atrio-ventricular.

E ainda: o reflexo guiará bem o prognostico quando nós o virmos comparecer ou desapparecer nas cardiopathias compensadas e em determinados estados morbidos (infecções, uremia, coma, etc.) nos quaes se accumulam no organismo substancias que têm acção sobre a innervação do vago.

Emfim poderá servir de guia para certas administrações medicamentosas ou ser mesmo utilisado como *subsidio therapeutico*.

No primeiro caso para contrastar, por exemplo, a administração da digital e dos remedios cardiacos homologos que têm uma acção excitante sobre o vago; outras vezes, para guiar a administração da atropina em todas as suas indicações; por fim, segundo alguns autores, para regular o uso dos bromuretos na epilepsia, medindo com aquelle a susceptibilidade de cada individuo para este remedio.

No segundo caso, como meio de excitação bulbar. Tem-se visto de facto diminuirem os accessos tachicardicos nas fórmas proxysticas, comprimindo os globos oculares, onde Lian o adoptou, com successo e em que aconselha, para obter o maximo de beneficio, usal-o no inicio da crise.

O A. obteve em dois casos de tachicardia paroxystica e em quatro de accessos de cardipalmia, uma parada quasi instantanea do accesso; é preciso que a compressão do globo ocular não dure muito tempo e que não ve-

nha repetida com intervallos muito curtos, obtendo algumas vezes deste modo a inversão do phenomeno.

Teve ainda um bom resultado em dois casos de accesso de asthma, em que este era habitualmente dramatico e com um soluço nervoso de fórma paroxystica.

Pesquizas clinicas. — Em seguida o A. refere-se aos dados obtidos em quatrocentos pacientes de doenças diversas, nos quaes estudou o reflexo, quer como phenomeno puramente physico-clinico, quer como meio diagnostico, quer ainda como elemento de prognostico nos casos em que isto era possivel, e por fim como auxilio therapeutico nos raros casos apresentados á sua observação.

Dentre as varias doenças em que o A. provocou o reflexo cardiaco, como auxilio diagnostico, como indicação prognostica, ou como meio therapeutico, nos referiremos apenas áquellas nas quaes elle se mostrou mais proveitoso e preciso.

Cardiopathias. — O reflexo oculo-cardiaco permitte differenciar as cardiopathias em funccionaes e organicas, mostrar a natureza dos sopros e em alguns casos limitar o fóco da lesão; é ainda guia precioso como indice prognostico, pois que o seu comparecimento ou ausencia pódem predizer a melhora ou o aggravo da molestia.

Assim nas aortites (8 casos) é um precioso elemento de diagnostico; nas bradicardias (7 casos) é util para distinguir aquellas que dependem de uma lesão profunda do feixe de conducção, sendo mais pratico e menos perigoso do que a atropina ou o nitrito de amyla.

Não pôde o autor encontrar grande differença na maneira de comportar-se o reflexo nas lesões aorticas (9 casos) ou nas lesões mitraes (13 casos); pôde, porém, guiado por este meio de investigação, prever uma descompensação com a volta do reflexo.

Com esse fim, poz em confronto o reflexo oculo-cardiaco com a eliminação dos chloretos, e sempre (11 casos) observou um parallelismo exacto na maneira de se comportarem estes dois processos de averiguação.

O reflexo oculo-cardiaco modifica notavelmente os sopros da base nos chloroticos, (5 casos) seja na intensidade, seja nos caracteres phoneticos, ao contrario do que se dá com os sopros analogos das lesões valvulares.

A asthma bronchica, especialmente a fórma nervosa, hypersecretora, caracterisada por accessos, se póde considerar como uma manifestação nas vias respiratorias de um exaggerado tonus do vago. E uma prova d'isso é a concomitancia no asthmatico de outros signaes de vagotonia, taes como a bradicardia, a sudação, a tendencia ás dermatoses etc., e ainda a efficacia da adrenalina no asthmatico.

Outro signal de origem vagotonica da asthma bronchica é a eosinophilia encontrada por Eppinger e Hess.

O reflexo oculo-cardiaco fornece uma ultima prova da hypertonia do vago existente nos asthmaticos. De oito casos sobre dez de doentes examinados o A. constatou uma diminuição notavel das pulsações radiaes durante a compressão bulbo-ocular, de 12 a 28, e pôde em dois casos sómente fazer uso do reflexo com fim therapeutico, abreviando consideravelmente a duração habitual do accesso. Nos mesmos casos e ainda em outros obteve egual resultado administrando adrenalina.

Doenças do systema nervoso. — Na maior parte das molestias do systema nervoso o reflexo é abolido, raras vezes é positivo ou invertido. Assim, na *tabes dorsualis* Noel Orlandi observou em todos os casos a sua ausencia, especialmente na fórma de tabes recente em que não ha alterações dos outros nervos craneanos; Sevine, de Boston, tambem nunca encontrou o reflexo positivo nos tabidos.

Muitos outros autores notaram quasi constantemente uma abolição do reflexo na ataxia locomotora, quasi contemporaneamente ao desapparecimento dos outros reflexos tendinosos e oculares. A proposito Loeper e Mongeot perceberam que a abolição do reflexo luminoso (signal de Argyll) é contemporaneo ao desapparecimento do reflexo oculo-cardiaco, pelo contrario, algumas vezes este precede áquelle. O signal de Dagnini por isso seria um symptoma mais precoce, quasi o alarme das lesões tabidas, especialmente quando de natureza syphilitica, pois sabemos que importancia etiologica tem a syphilis na producção das molestias do systema nervoso em geral e principalmente na tabes dorsal, paralysia progressiva e esclerose em placas. Observações analogas de outros autores confirmam que a syphilis modifica o reflexo

oculo-cardiaco, abolindo-o. Isto ainda seria corroborado pelo facto de que nas aortites chronicas, que são quasi sempre de natureza luetica, o reflexo é tambem abolido na grande maioria dos casos; dahi sua importancia como signal de prenuncio em uma eventual lesão aortica.

A syndrome de facto: signal de Dagnini negativo = aortite tem não só valor diagnostico, mas notavel importancia para a therapeutica. Pathogenicamente seria preciso admittir que o vago tenha sido de certo modo attingido nos seus centros ou nas suas vias de innervação peripherica pela toxina luetica.

O A. examinou 15 tabidos nos differentes periodos da doença, no periodo inicial e no manifestamente ataxico: a pulsação radial permanecia egual antes e depois da compressão do globo ocular.

Todos os doentes eram syphiliticos confirmados com a reacção de Wassermann, excepto um, e todos, excepto dois — com lesões aorticas; aortite (3) dilatação aortica (5), insufficiencia aortica (2) e aneurysmas (3).

Nas gastropathias o reflexo oculo-cardiaco assume uma importancia não despresavel, especialmente nas dyspepsias da secrecção e da tonicidade.

As gastropathias em que o retardamento do pulso era evidente (11 casos) tinham todas o quadro semiologico da hypertonia do vago; dahi nauseas quasi constantes, anesthesia pharyngea, tendencia á sudacção, á salivação, hypersecrecção, hyperchlorydria, bradicardia, estado espasmodico do estomago (espasmo pylorico) e do intestino (constipação habitual) etc. Naquellas em que a symptomatologia era a da hypertonia do sympathico (6 casos) caracterisada por hyposecrecção gastrica, digestão retardada, tachicardia, etc., o reflexo oculo-cardiaco era invertido; tinha-se uma acceleração da pulsação radial.

***

A pratica da compressão ocular tem sido algumas vezes e com successo usada na therapeutica de algumas manifestações morbidas.

Assim, por exemplo, o A. póde, seguindo a technica de Lian, interromper as crises de tachicardia paroxystica de dois doentes que tratou na clinica privada.

E' um methodo que pela simplicidade da execução e, segundo Lian, pela acção rapidamente efficaz, póde ser preferido aos outros methodos de excitação do pneumogastrico.

Póde-se tambem interromper (2 vezes), attenuar (5 vezes), abreviar (6 vezes) o accesso de asthma na sua fórma mais caracteristica.

Póde ainda interromper no inicio uma crise de soluço que periodicamente molestava uma doente e uma fórma espasmodica de espirro que pela sua duração estenuava o enfermo.

Isto, segundo Loeper e Weil, seria devido a acção que se exerce no mesoencephalo, mediante a compressão ocular.

Para o A. o reflexo de Dagnini, foi de grande auxilio para formar o conceito therapeutico a applicar nas gastropathias, administrando a atropina com criterio diagnostico racional nos doentes em que o vagotonismo era accentuado.

Outrosim, serviu-se do reflexo de Dagnini como guia para a administração da digital: — segundo se trata de insufficiencia latente do myocardio ou de disturbios dependentes de uma origem nervosa este medicamento deve ser respectivamente indicado ou contra-indicado.

Conclusões

I O reflexo oculo-cardiaco é um optimo meio de pesquiza praa a exploração da funcção cardiaca.

II E' um methodo, rapido, seguro, não perigoso, facil e constante.

III Tem uma grande importancia diagnostica.

IV Possue tambem um notavel valor prognostico porque muitas vezes precede os outros symptomas.

V E' uma manobra isenta de perigos e facil em certas contingencias em que póde servir como subsidio therapeutico.

J. B.

(Studium. 20. 7. 920.)

LINGUAGEM MEDICA

Dr. Raul Pilla.

Paralelamente ao crescente intercâmbio intelectual entre os povos, estabelecem-se também relações cada vez mais estreitas entre as diversas linguas cultas. A influência das linguas estranhas sempre teve importância na evolução de um idioma. O português, por exemplo, sofreu sucessivamente a influência do espanhol, do italiano e, finalmente e ainda hoje, do francês.

E', pois, êste um fenómeno normal, incontrastável e comum a todas as linguas dos povos civilisados; mas, entre nós, assumiu a influência francesa a proporção de uma verdadeira infiltração anormal e dissolvente.

E, mais talvez do que na linguagem comum e literaria, foi na linguagem médica que o afrancesamento do idioma se fez sentir de modo intenso e desastroso.

Sendo o movimento scientifico mais poderoso no estrangeiro do que nos dois países da lingua portuguesa, e sendo a nossa educação scientífica quasi exclusivamente ministrada por livros franceses, claro é que também sôbre a linguagem, a terminologia médica se havia de exercer a influência estranha. A linguagem médica portuguesa ficou dest'arte reduzida a um detestavel patoá, em que dominou a influência da lingua românica menos afim da nossa.

Já não era uma simples assimilação de termos, expressões e modos necessarios, convenientemente adaptados ao génio da lingua, mas uma verdadeira invasão sem medida, nem necessidade.

Entretanto, não reside meramente na influência estrangeira a causa do mal. Um idioma forte e vigoroso, cuidadosamente cultivado, não se deixa perverter. E', pois, intrinseca, interna a causa real. E' o descaso, o abandono, a ignorância da lingua o que lhe diminue a vitalidade e lhe acarreta a decadencia.

Desconhecemos a nossa lingua, não a estudamos, ignoramos-lhe, portanto, o génio; e, lendo principalmente livros franceses achamos mais natural adotar-lhes desde logo as expressões, porque não sabemos as que em nossa lingua lhes correspondem, ou deveram corresponder, e não estamos educados para perceber as dissonâncias que tais enxêrtos produzem.

Começou, porêm, a operar-se últimamente uma verdadeira reacção no campo da linguagem médica. Venceu a preocupação louvável de expurgar a língua de francesismos excusados, e substituí-los por expressões vernáculas.

Não faltou até quem procurasse dar a seus escritos scientíficos um certo apuro literário, pretendendo escrever não só correctamente, mas também agradávelmente, cousa já um tanto mais difícil.

Estão, pois, na ordem do dia as questões de linguagem médica; temos até alguns médicos que fazem profissão de escritores.

Terá ,porêm, melhorado o emprêgo da língua em assuntos scientíficos? E' provavel que não. De inteiramente descurada que era, passou a lingua a ser simplesmente maltratada. Permaneceram as causas profundas, a ignorância da lingua portuguesa continua a ser a mesma, talvez agravada pela preoccupação de fazer literatura. Não se escreve com simplicidade, elegância, clareza e correcção; escreve-se com palavras rebuscadas, expressões arrevesadas, termos desviados da própria evolução semântica, visando uma orginalidade, que só pode ser excentricidade, por lhe faltarem as qualidades basicas para se desenvolver.

A originalidade é a expressão natural e irresistivel de um temperamento, de uma individualidade. Originalidade feita artificialmente a martelo, não é originalidade, é aberração. E tanto mais para lamentar é isto, quanto o exemplo vem de cima e faz proselitos.

Não tenho, porêm, inaugurando hoje esta

secção, a presunção de combater tal estado de cousas. Muito mais modesto é o meu objectivo: discutir a legitimidade de certas expressões correntes em nossa linguagem médica. Quanto ao mais, só uma sólida educação classica poderá trazer-lhe o necessario remedio.

Point de repére

Traduz-se geralmente, entre nós, a expressão "*point de repère*" por "*ponto de reparo.*" Creio até que se encontre em compêndios escolares. Nada, porêm, mais injustificado, porquanto os dois vocabulos *repère* e *reparo* não se correspondem nem quanto à etimologia, nem quanto ao sentido.

"*Point de repère*" chamam os franceses a pontos facilmente determináveis e que estão em relações definidas com certos orgãos, cuja situação servem de referir. Exacta e precisa é a expressão francesa. *Repère* significa marca, sinal e *point de repère* é um ponto que serve de sinal; o verbo *repérer*, marcar, assinalar, vem do latino *reperire*, encontrar, achar, descobrir. E', portanto, o "*point de repère*" o ponto por cujo meio se encontra, se descobre, se assinala um órgão.

Mas *reparo* não traduz *repère* e nem se póde aplicar ao caso. Nenhum dos significados daquele vocábulo corresponde ao de repère. A correspondência foi aqui inferida de uma falsa aparência morfologica entre as duas palavras.

Reparo é acção ou efeito de reparar, é concêrto, reparação, restabelecimento; é exame, análise, atenção; é remédio, socorro, cura, suprimento.

Exemplos: Tais foram os caminhos que intentamos para o reparo da sucessão do nosso reino (Vieira); Mas contra o fim fatal não há reparo (Camões). E reparar significa restaurar, concertar, renovar, remediar, compensar, fortificar, reconstituir, socorrer, atender.

Isto quanto ao sentido. Quanto à derivação, *repèrer* vem de *reperire*, (re + pario) que significa encontrar, achar, descobrir; *reparar* deriva de reparare (re + paro), cûja significação é preparar de novo, recobrar, restaurar, recobrar, reconstruir. Não pode ser maior a diferença entre os dois vocábulos.

E' pois um êrro, que se não justifica, dizer "*ponto de reparo*", só porque os franceses adotam "*point de repère*".

Traduzir uma expressão pela outra não abona grandemente aos conhecedores das duas linguas.

Mas, se "ponto de reparo" não significa, nem de longe, "point de repère", como se deverá traduzir esta expressão? "Point de repère" é o ponto que assinala um orgão, é o ponto que está com êle em relações constantes e determinadas, é o ponto que a êle facilmente se refere.

Portanto, salvo melhor juizo, é o "PONTO DE REFERENCIA" do órgão em questão.

ESTATISTICA COMPARADA DO GABINETE DE IDENTIFICAÇÃO

"Hacer entender á todos que la individual Dactiloscopia no és un cartel da ignominia, sino una salvaguardia que debe ser de hoy en adelante la divisa de todos los gobiernos en la gran empresa de la identificación personal."

(*Doctor Reyna Almandos — Dactiloscopia Argentina*).

Los serviços publicos y privadas de identificación Dactiloscópica responden a la necesidad de conocer sin genero de duda alguna, la identidad de cada uno de los habitantes de un pais. Tales servicios son actualmente limitados a fins especiales, y no son numerosos.

. . . . . .

La importancia esencial que la Dactiloscopia tiene para todo ser humano, puesto que ella es el unico medio de establecer exactamente la identidad de cada persona, y la extención por esta ley alcanzaria la identificación de sus principios y el que a la enseñanza de los conocimientos elementales que se suministra ahora al niño sean agregadas las nociones necesarias sobre las impresiones digitales, diferenciación de los cuatro tipos, puntos caracteristicos y clasificacion dactiloscópica.

. . . . . .

(*Comentario ai projecto de Ley, creando el Registro General de Identificación por Juan Vucetich. Articulo 1.º Créase el Registro General de Identificacación de las personas, con arreglo a los sistemas "Dactiloscópico Argentino" y "Filiación Provincia Buenos Aires" Dependerá del Ministerio de Gobierno y será dirigido por un Director y un Subdirector con la dotación de empleados que estabézca la Ley de Presupuesto.*

Inc. 13 Difundir, los conoclementos de la dactiloscopia en las escuelas

La Plata, 6 de Junio de 1916).

ANNOS	Identificados sem antecedentes	Identificados com antecedentes	
		Mesmos nomes	Nomes suppostos
1908	818	18	25
1909	1018	330	28
1910	555	241	20
1911	616	116	24
1912	608	146	11
1913	526	69	28
1914	478	82	25
1915	681	30	23
1916	1282	132	54
1917	857	214	24
1918	352	136	29
1919	399	150	25
1920	411	176	28
Total	8501	1840	345

Observações — Fizeram-se innumeras pericias de identificação dactyloscopica e outras em locaes de crimes, dando, em diversas, resultados positivos.

— Este serviço foi creado pelo Decreto 1.166, de 12 de Agosto de 1907 e iniciado em 21 de Dezembro do mesmo anno.

Neste anno, foram identificados 4 presos com antecedentes e mesmos nomes e 1 de nome supposto, e 27 sem antecedentes.

ANNOS	Passaportes	Cartas	Certificados (folha corrida)
1910	164	33	417
1911	192	39	663
1912	226	49	543
1913	49	5	389
1914	146	22	458
1915	139	49	441
1916	121	67	603
1917	193	157	315
1918	444	1139	345
1919	395	1009	309
1920	651	815	210
Total	2720	3384	4693

ANNOS	Attestados	Cartas (fins eleitoraes — Federal)	Outras identificações
1910	85		
1911	146		
1912	229		
1913	184		
1914	209		
1915	37		
1916	33		
1917	119	7134	
1918	106	3157	
1919	151	936	
1920	1354	1734	3
Total	1354	12961	3

Observações — O serviço Civil começou em 12 de Março de 1909 e o Eleitoral em 23 de Abril de 1917.

No anno da installação do serviço civil, forneceu-se: 74 passaportes, 36 cartas, 72 certificados, 30 attestados e 10 outras identificações.

CADAVERES

ANNOS	Identificados com antecedentes	Identificados sem antecedentes
1910		3
1911	1	7
1912		9
1913		6
1914	1	10
1915		13
1916		9
1917		5
1918		11
1919		7
1920	1	10
Total	3	96

Observações — Este serviço foi iniciado em 21 de Fevereiro de 1909.

Neste anno foram identificados 6 cadaveres sem antecedentes. Foram nos outros annos reconhecidos 9 por informações das delegacias e com apresentações de retratos.

IDENTIFICAÇÕES DAS DELEGACIAS DE POLICIA

Municipios	ANNO DE 1918		ANNO DE 1919	
	Cartas	Passaportes	Cartas	Passaportes
Alegrete			4	
Antonio Prado	2		1	
Bagé	3	2	174	33
B. Gonçalves			1	
Cangussú			10	
Caxias	14	3		8
Cruz Alta			1	2
D. de Camaquam			6	
Estrella	1	1	6	1
Encantado	5			
Erechim			4	4
Guaporé	4	1		
Garibaldi		3		
Herval	2			
Itaquy				35
Ijuhy	14		25	14
Lagôa Vermelha			8	
Livramento	6	6	28	35
Lageado		4	4	12
Montenegro			3	
Pelotas	188	47	240	149
Passo Fundo			32	5
Quarahy				2
Rio Grande	75	24	261	64
Rio Pardo			3	2
Santa Maria	20	6	54	19
Santa Cruz		2		6
Santa Victoria			5	
São Gabriel	29		13	
S. J. Camaquam			1	
S. do Boqueirão	2		1	2
Soledade			1	
Taquara			8	
Uruguayana	7	1	176	94
Venancio Ayres	1	1		
Vaccaria			1	
Total	373	101	1071	487

INFORMAÇÕES

ANNOS	BOLETINS NEGATIVOS		BOLETINS POSITIVOS	
	Nacionaes	Extrangeiros	Nacionaes	Extrangeiros
1909	6			
1910	2			
1911	2			
1912	2			
1913	8			
1914	2			
1915	119	6		
1916	150	19		
1917	346	53	10	2
1918	216	152	3	
1919	802	68	19	1
1920	1294	31	23	2
Total	2949	329	55	5

Observações — Este gabinete mantem relações de permuta de fichas com os seguintes:

NACIONAES — Districto Federal, Nictheroy, S. Paulo, delegacia de Santos, Curityba, Recife, S. Salvador, Bello Horizonte, Manaus, Belem, Natal, Departamento da Guerra, Florianopolis, delegacia de Diamantina (Minas Geraes), Parahyba do Norte, S. Luiz do Maranhão, Maceió e Departamento da Armada.

EXTRANGEIROS — New-York, Paris, Bordeaux, Roma, Lisbôa, Assumpção, Santiago do Chile, Buenos Ayres, Rosario de Santa Fé, Santiago del Estero, Cordoba, Tucuman, Montevidéo, S. José, Paysandú, Soriano, Salto, Canelones, Taquarembó, Artigas, Colonia, Criminal Record Office (Finger Print Section New Scotland Yard London S. W. I.) e Servicio de Identificacion Judicial (Madrid).

BOLETIM DO MEZ DE JANEIRO DE 1921

Secção de Identificação:	NACIONAES			EXTRANGEIROS			Total Geral
	Hom.	Mulh.	Total	Hom.	Mulh.	Total	
Attestados	6	—	6	—	—	—	6
Certificados para fins diversos, como folha corrida	15	1	16	—	—	—	16
Cartas	53	1	54	7	—	7	61
Passaportes	11	11	22	11	4	15	37
Cartas para o serviço domestico, como folha corrida	—	—	—	—	—	—	—
Outras identificações	1	—	1	—	—	—	1
Somma	86	13	99	18	4	22	121

Movimento do mez anterior 107

Cartas de identidade de Eleitor 29

Movimento do mez anterior 77

Presos sem antecedentes	22	—	22	3	—	3	25
Presos com antecedentes e mesmos nomes	4	—	4	3	—	3	7
Presos com antecedentes e de nomes suppostos	—	—	—	1	—	—	1
Somma	—	—	26	—	—	7	33

Total de presos com antecedentes e mesmos nomes no anno anterior 176

Total de presos com antecedentes e mesmos nomes no mez anterior	3
Total de presos com antecedentes e nomes suppostos no anno anterior	28
Total de presos com antecedentes e nomes suppostos do mez anterior	4
Total de presos com antecedentes no mez de Dezembro	9
Total de presos com antecedentes no mez de Janeiro	8
Differença para menos	1

Cadaveres identificados sem antecedentes	—	—	—	—	—	—	—
Cadaveres identificados com antecedentes	—	—	—	—	—	—	—
Somma	—	—	—	—	—	—	—

Movimento do mez anterior 1

Secção de Informações:

Officios expedidos	3
Officios recebidos	14
Fichas recebidas dos gabinetes nacionaes	25
Fichas recebidas dos gabinetes extrangeiros	—
Fichas expedidas para os gabinetes nacionaes	6
Fichas expedidas para os gabinetes extrangeiros	7

Boletins recebidos dos gabinetes nacionaes	positivos	—
	negativos	—
Boletins recebidos dos gabinetes extrangeiros	positivos	—
	negativos	6
Boletins expedidos para os gabinetes nacionaes	positivos	—
	negativos	—
Boletins expedidos para os gabinetes extrangeiros	positivos	—
	negativos	—

Outros boletins	2
Lançamentos de cartas de guia	9
Informações de cartas de guia	6
Informações de telegrammas ou de officios	15
Ampliações de impressões digitaes e palmares	2
Outros trabalhos photographicos	10

Archivo Dactyloscopico

Fichas de permutas dos gabinetes nacionaes	25
Fichas de permutas dos gabinetes extrangeiros	—
Fichas do registo civil	111
Fichas do registo criminal	27
Total de fichas existentes	32.601

Secção de Photographia

Retratos	153
Copias de retratos distribuidos ás delegacias	57
Copias de fichas	2

Observações:

IDENTIFICAÇÃO CIVIL

Receita deste mez	949$000
Receita de Dezembro	775$950
Differença para mais ..... Rs.	173$050

Da receita foram pagos:

Thezouraria da Chefatura de Policia	840$000
Sellos do Estado	109$000
Somma ..... Rs.	949$000

Certidões de bôa conducta, vinte e seis (26).
Cartas de Identidade, gratuitas, duas (2).

Gabinete de Identificação e Estatistica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 4 de Julho de 1921.

Nogueira Flores

RELATORIO

APRESENTADO A' SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

pelo secretario geral Dr. Guerra Blessmann

e relativo ao anno de 1920

Senhores collegas.

Hoje, que, mais uma vez, tendes de me ouvir, na exposição dos nossos trabalhos do anno recem-passado, sejam as nossas primeiras expressões de congratulação comvosco pelo desenvolvimento a que elles attingiram. Muito mais, sabemos, é possivel esperar da dedicação dos nossos socios, mas não queremos deixar de assignalar o surto de enthusiasmo que se verificou no periodo transacto, tanto mais quanto sempre fomos daquelles que sempre protestavam pelo abandono em que jazia esta Sociedade pela simples desattenção de muitos, que com pequeno esforço contribuiriam para o seu necessario engrandecimento. Era preciso que o nosso meio medico, pondo de lado certa dose de despreoccupação, talvez o factor principal da negligencia apontada, viesse apresentar aos olhos extranhos, sahindo deste estado de torpôr, a demonstração de que muitos são aquelles que se esforçam, trabalham e estudam na ambição de elevar cada vez mais o nivel moral e intellectual da classe.

Não será por certo outra, a impressão obtida por todo aquelle que de perto acompanhou o nosso movimento em 1920.

Infelizmente as nossas palavras não pódem ser exclusivamente de jubilo, pois ao traçarmos este relatorio não podemos deixar de lamentar, mais uma vez, o prematuro desapparecimento de um dos mais dignos dos nossos consocios. Em Agosto tivemos a nova inesperada e triste do fallecimento de João de Azevedo Bastian, victima da peste bubonica, aos 26 annos de idade. Vós, como eu, conhecieis de perto suas bellas qualidades de caracter, intelligencia e saber. Especialista em oto-rhino-laryngologia, muitas vezes nos trouxe communicações interessantes sobre assumptos de sua especialidade. A Sociedade prestou-lhe as homenagens devidas, representando-se nas cerimonias do enterramento, suspendendo uma das suas sessões e lançando em acta um voto de profundo pezar.

Este anno não nos referiremos, como nos annos anteriores, á ausencia de trabalhos escriptos, e ainda mais, temos a assignalar gostosamente dois acontecimentos que vieram contribuir para despertar do lethargo esta agremiação.

O apparecimento do nosso orgão social "Archivos Rio-Grandenses de Medicina" veiu demonstrar ser justa a aspiração de muitos que julgavam necessaria a sua publicação. Sahindo á luz de dois em dois mezes com muitas e excellentes paginas de bôa collaboração, tivemos publicados cinco folhetos de mais de cincoenta paginas ca-

da um, sendo que o ultimo, á exemplo do succedido a outras revistas nacionaes e extrangeiras, pelas condições especialissimas do momento, correspondia aos numeros 5 e 6.

Assim terminou para os "Archivos" o seu primeiro anno de vida, só se podendo daqui por diante augurar maior successo, pois, não falta a bôa collaboração e tem sido tambem, em grande numero, os pedidos que á commissão respectiva tem sido endereçados, quer do resto do paiz quer do estrangeiro.

Outro factor que não podemos deixar de mencionar, á parte, foi o restabelecimento das conferencias mensaes, este anno em maior numero do que nos anteriores.

Em primeiro logar ouvimos o nosso illustre collega Dr. Annes Dias que dissertou sobre "o papel das glandulas de secreção interna na pathologia gastro-intestinal".

A seguir, o Dr. Victor de Britto, com proficiencia reconhecida, nos proporcionou duas conferencias, sendo a primeira — considerações praticas sobre as complicações endocraneanas na otite média, e a segunda, versando sobre — o problema da myopia, sua cura operatoria, contribuição pessoal.

Do distincto collega Dr. Luiz Guedes ouvimos tambem uma conferencia sobre "a hysteria, pytiatismo de Babinsky".

Do illustre consocio Dr. Raul Moreira assistimos interessante estudo sobre "o despertar intellectual da criança e os futuros neuropathas".

Seis trabalhos escriptos foram apresentados durante o anno, sendo:

Do distincto collega Dr. Ulysses de Nonohay interessante trabalho sobre syphilis e glandulas endocrinas;

Do preclaro collega Dr. Martim Gomes uma communicação sobre diagnostico de um tumor abdominal;

Do illustrado collega Dr. Luiz Guedes uma dissertação sobre catafrenias de Austregesilo.

Do illustre collega Dr. Mariano Rocha, socio correspondente, recebemos, lida pelo Dr. Pereira da Silva, interessante communicação sobre um caso de amputação expontanea da lingua;

Do distincto collega Dr. Sarmento Leite Filho tivemos um trabalho sobre encephalite lethargica;

Do illustre collega Dr. Bazil Sefton ouvimos uma communicação sobre fibrillação auricular.

De accôrdo com os estatutos, apresentaram pareceres sobre estes tarbalhos respectivamente os Drs. Renato Barboza, Guerra Blessmann, Juvenal Santos, Octacilio Rosa, Gonçalves Vianna e Leonidas Escobar.

Nas trinta e uma sessões realisadas, tal foi o numero attingido em 1920, foram apresentadas pelos seguintes collegas e discutidas as communicações verbaes abaixo:

Dr. Annes Dias: um caso de neoplasia uterina e tumôr cerebral; anemia grave consecutiva a ancylostomiase (2 casos); hemiplegia em um caso de mordedura de cobra; diagnostico differencial entre pyelonephrite e coxite; um caso de diabéte, salpingite e colica hepatica; um caso de cancer do esophago; um caso de diabéte insipido; tratamento da espondylose rhizomelica pelo enxofre colloidal; á proposito das taxas elevadas de creatinina no sangue; vantagens do methodo de Allen no regimen dos diabeticos; um caso de oxalemia; um de molestia de Parkinson; um de ptose renal; um de mediastinite syphilitica; reacção serica consecutiva á injecção de sôro antidiphterico; considerações sobre diagnostico e tratamento das nephrites chronicas; um caso de ulcera do duodeno, e o valor prognostico da dosagem de creatinina no sangue em caso de nephrite chronica.

Dr. Luiz Guedes: um caso atypico de paralysia geral; um caso de myoclonia; hallucinações liliputianas; psycho-polyneurite de Korsakow; um caso de cura expontanea de tetano; um de pseudo esclerose em placas; prognostico e tratamento da paralysia geral; um caso de meningo encephalite; hallucinoses de Dupré; e um caso de encephalite lethargica de fórma mental. Leu tambem o Dr. Luiz Guedes uma carta do Dr. Bornancini, de Caxias, communicando um caso de ossificação da choroide.

Dr. Martim Gomes: um caso de intoxicação pelo apiol; um, de occlusão intestinal

lenta; dois casos de salpingite serosa; um, de vesiculite tuberculosa; technica operatoria nas grandes fistulas vesico vaginaes, e um caso de polypo do vero-montano.

Dr. Guerra Blessmann: um caso de neoplasma maligno do recto; um de sarcoma do rim e do humerus; um caso de tumor da parede posterior do estomago; um de fractura do calcaneo; um de achylodynia traumatica; um de choque anaphylatico consecutivo a injecção de sôro de cavallo com fim hemostatico; um de hemorrhagia cerebral, morte subita; um de descollamento da epiphyse superior do humerus; um de osteo-arthrite sacro-illiaca; o apparelho de Steimann nas fracturas de coxa; technica operatoria nas ectopias testiculares e tratamento das ulceras atonicas pelo sôro de cavallo.

Dr. Sarmento Leite: a contagem de leucocytos na appendicite.

Dr. Freitas e Castro: um caso de enterite syphilitica.

Dr. Gabino Fonseca: um caso de pyonephrose calculosa.

Dr. Pereira Filho: apresentou-nos varios exemplares de tenia nana, e communicou a verificação de diplobacillos Gram positivos que quando corados pelo processo de Neisser eram diplopolares, semelhantes ao diphterico, encontrados na secreção conjunctival de casos de encephalite lethargica.

Dr. Renato Barbosa: um caso de tuberculose pulmonar.

Dr. Octacilio Rosa: um caso de epithelioma do cólo uterino visivelmente melhorado pela applicação local de acetona; um caso de cancer do recto, e o processo de Bevan na cura radical das hernias congenitas.

Dr. Plinio Gama: um caso de febre syphilitica e um caso de fistula esophago-bronchica.

Dr. Leonidas Escobar: um caso de encephalite lethargica.

Dr. Raymundo Vianna: um caso de syphilis com syndrome hyppuropathica, e um caso de esclerose em placas.

Dr. Julio Hecker: as perturbações oculares na encephalite lethargica e um caso de ceratite neuroparalytica em um syphilitico.

Dr. Murillo da Silveira: um caso de abcesso da fossa illiaca onde foi encontrada uma agulha de coser.

Dr. Nogueira Flôres: um caso de spina ventosa, um de ectasia da aorta com aneurisma da carotida primitiva, um caso de ausencia congenita do peroneo com ectrodactylia simples, syndactilia membranosa e pé valgus.

Dr. Argimyro Galvão: um caso de pleuriz sero-fibrinoso de pneumococcos.

Dr. J. Lisbôa Azevedo: um caso de syndrome de Millard Gubler.

Eis ahi a exposição dos nossos trabalhos no decorrer de 1920. Ao terminar, só nos resta desejar que no anno que hoje se inicia possamos registar progressos maiores da nossa Sociedade.

Porto Alegre, 31 de Março de 1921.

Guerra Blessmann,
Secretario geral.

A questão com a Faculdade de Medicina do Paraná

Datado de 28 de Março p. findo, recebeu o Dr. H. C. de Souza Araujo do Sr. Secretario da Faculdade de Medicina do Paraná, o officio seguinte:

OFFICIO N.º 83. *Faculdade de Medicina do Paraná, Curityba, vinte e oito de Março de mil novecentos e vinte e um. Numero oitenta e tres. Illustrissimo Senhor Doutor Heraclides de Souza Araujo.*

De ordem do Senhor Doutor Director e para vosso governo, tenho a honra de passar ás vossas mãos, a copia do officio numero oitenta, de vinte e dois do corrente mez, que, sob registro, vos foi enviado para o Hotel dos Estrangeiros, no Rio de Janeiro, capeando a copia da portaria numero trinta e sete. (Assignado) *Assis Gonçalves.* Secretario.

O officio n.º 80, a que allude o Dr. Assis Gonçalves, está concebido nos termos seguintes:

OFFICIO N. 80. *Faculdade de Medicina do Paraná, Curityba, vinte e dous de Março de mil novecentos e vinte e um. Numero oitenta. Excellentissimo Senhor Doutor Heraclides de Souza Araujo.*

Dando cumprimento á portaria numero trinta e sete, expedida pelo Excellentissimo Senhor Doutor Director, em vinte do corrente mez, intimo Vossa Excellencia a defender-se perante o mesmo, no prazo de vinte dias, a contar desta data, dos factos a que se refere a citada portaria, de que junto copia". (Assignado) *Assis Gonçalves.* Secretario.

Passamos a transcrever a portaria n.º 37, baixada pelo Sr. Dr. Victor do Amaral, Director da Faculdade de Medicina do Paraná.

PORTARIA N.º 37. Tendo eu sciencia de que o professor desta Faculdade, Doutor Heraclides de Souza Araujo, na Capital Federal, perante a Directoria da Saude Publica e por informações á imprensa, fez declarações offensivas á Faculdade de Medicina e que pódem acarretar-lhe grave desprestigio e serios prejuizos moraes e materiaes, determino que autuada esta portaria, o Senhor Doutor Secretario intime o referido professor a se defender dentro do prazo de vinte dias, proseguindo-se após, o processo summario, constante do paragrapho segundo do artigo setenta e seis do Regimento Interno.

Directoria da Faculdade de Medicina do Paraná, Curityba, vinte de Março de mil novecentos e vinte e um. (Assignado) *Doutor Victor Ferreira do Amaral e Silva.* Director. E, por ser verdade, foi extrahida a presente copia, que vae com o visto do Senhor Doutor Secretario. Visto. (Assignado) *Assis Gonçalves.* Secretario.

Tomando conhecimento dos termos da portaria n.º 37, acima publicada, o Dr. H. C. de Souza Araujo, Chefe do Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Paraná, dirigiu ao Sr. Director da Faculdade de Medicina o officio abaixo, cuja transcripção fazemos preceder da seguinte maxima de Paul Louis Courier:

> " Laissez-vous blâmer, condamner, emprisonner, laissez-vous pendre, mais publiez votre pensée. Ce n'est pas un droit, c'est un devoir de quiconque a une pensée à produire et à mettre au jour pour le bien commun... Car si votre pensée est bonne, on en profitera; mauvaise, on la corrige et on en profite encore."

Departamento Nacional de Saude Publica

Serviço de Saneamento e Prophylaxia Rural no Estado do Paraná.

CURITYBA, 9 de Abril de 1921.

Exmo. Snr. Dr. Victor Ferreira do Amaral e Silva
D. Director da Faculdade de Medicina do Paraná.
CAPITAL.

Tendo chegado ao meu conhecimento, por

officio n.º 83 de 28 de Março findo, do Dr. Secretario dessa Faculdade, o conteúdo da portaria n.º 37, de 20 do mesmo mez, dessa Directoria, da qual consta que eu, "*perante a Directoria da Saude Publica" e por informações á imprensa, fiz declarações offensivas á (essa) Faculdade de Medicina e que pódem acarretar-lhe grave desprestigio e serios prejuizos moraes e materiaes*, fui, por isso, intimado a defender-me perante V. Excia. dentro do prazo de vinte dias, "*proseguindo-se após o processo summario constante do paragrapho segundo do artigo setenta e seis do Regimento interno.*"

Cumpre-me declarar a V. Excia. que não me julgo obrigado a defender-me perante essa Directoria ou perante a Congregação da Faculdade de Medicina do Paraná, em virtude de não haver eu acceitado a honra que me quiz a mesma conferir, elegendo-me para o elevado cargo de lente substituto da cadeira de Clinica Dermatologica e Syphiligraphica, conforme já declarei a V. Excia. em officio de 14 de Janeiro ultimo. Bem se vê, pelo conteúdo da portaria n.º 37, dessa Directoria, que o desejo de V. Excia. é eliminar-me de um cargo para o qual fui eleito mas não acceitei e *ipso facto* não tomei posse. Não sendo professor nem funccionario administrativo dessa Faculdade, não sei como resolveu V. Excia. exigir-me explicações dos meus actos publicos. Na qualidade de funccionario do Departamento Nacional de Saude Publica, devo, entretanto, prestar a V. Excia. as seguintes informações:

Como porta-vóz de varios medicos clinicos desta Capital, que são tambem professores nessa Faculdade, levantei campanha, perante a Sociedade de Medicina do Paraná, reunida em sessão ordinaria em 21 de Setembro de 1920, contra os abusos que se estavam praticando neste Estado, com referencia ao exercicio illegal da medicina. Na presença de V. Excia., Snr. Dr. Director da Faculdade de Medicina do Paraná e Director do Serviço Sanitario do Estado, declinei os nomes de varios medicos estrangeiros que nesta Capital estavam infringindo as nossas leis sanitarias; com o regulamento Sanitario Federal em mão, mostrei á Sociedade de Medicina do Paraná que a revalidação de titulos estrangeiros por essa Faculdade éra illegal; propuz á Sociedade que solicitasse do Governo do Estado a revisão do registro de taes diplomas para sanar as irregularidades acaso existentes; com a approvação de alguns collegas estrangeiros presentes á sessão, communiquei á Sociedade que muitas pessoas diplomadas pelas Universidades européas possuem apenas titulos honorificos, de "doutorado universitario", titulos esses que nos paizes de origem não dão direito ao exercicio da profissão, não podendo, portanto, ser revalidados no nosso paiz, sem infringir as nossas leis sanitarias e do ensino, em vigôr; propuz á Sociedade que os seus membros, para moralidade da classe, se limitassem a anunciar nos jornaes apenas a sua especialidade, local e hora de consulta, e se batessem contra o charlatanismo medico e pharmaceutico, proposta esta approvada por unanimidade e logo posta em pratica, como se verificou pelas alterações dos annuncios medicos nos jornaes.

Deve lembrar-se V. Excia. que o illustre Presidente da Sociedade de Medicina do Paraná, Dr. João Candido Fereira, o mais sabio e mais acatado dos professores dessa Faculdade, na mesma sessão de 21 de Setembro, e em nome da Sociedade de Medicina do Paraná, appellou para V. Excia., como Director do Serviço Sanitario do Estado que era e ainda é, para cohibir todos os abusos por mim apontados, e V. Excia. se comprometteu a fazel-o. Si a V. Excia. falhar a memoria, eu lhe peço que leia a acta da alludida sessão de 21 de Setembro, publicada no *Paraná Medico*, orgam official da Sociedade, n.º 1 do anno quinto, de Outubro de 1920. Na pagina 5 do jornal acima citado, lê-se:

"*O Dr. Victor do Amaral, na qualidade de Director do Serviço Sanitario, explicou alguns dos factos allegados pelo Dr. Heraclides, promettendo tomar em consideração as denuncias apresentadas e, agradecendo muito aquella contribuição que lhe vinha facilitar o trabalho de fiscalização, declarou estar fazendo o possivel para cohibir o abuso do exercicio illegal da medicina, não só no interior como na Capital*".

E em seguida lê-se na mesma acta:

"*O Dr. Miroslau Szeligowski se oppoz ao ponto do discurso do Dr. Heraclides sobre a conveniencia da Directoria de Hygiene promover uma revisão no registro de diplomas de medicos extrangeiros para verificar se os*

mesmos se acham de conformidade com as exigencias do Codigo Federal de Saude Publica".

A' sessão ordinaria da Sociedade de Medicina do Paraná, realizada em 21 de Setembro de 1920, compareceram vinte dos seus membros effectivos, dentre os quaes se achavam V. Excia. e mais dous funccionarios do Serviço Sanitario do Estado. Passaram-se, entretanto, quatro mezes e dias, a contar de 21 de Setembro de 1920 a 31 de Janeiro de 1921, sem que V. Excia. tomasse, como Director do Serviço Sanitario do Estado, qualquer das providencias promettidas publicamente, contra o exercicio illegal da medicina neste Estado; e correndo a noticia de que na qualidade de Director da Faculdade de Medicina do Paraná V. Excia. ia permittir que alguns dos medicos estrangeiros por mim apontados como estando fóra da lei, revalidassem os seus titulos nessa Faculdade, o que seria insistir no erro e conscientemente repetir as illegalidades já antes commettidas, achei que era do meu dever, em face dos artigos 1.001 e 1.175 do Regulamento Sanitario Federal vigente, levar esses factos, que a lei considera delictos á Saude Publica, ao conhecimento do Director do Departamento Nacional de Saude Publica, o que fiz por telegramma official de 31 de Janeiro ultimo. No dia seguinte, a 1.º de Fevereiro, recebia esta Chefia um telegramma do Inspector da Fiscalização do Exercicio da Medicina pedindo a relação dos medicos estrangeiros que aqui exerciam illegalmente a clinica, para serem processados. Em officio n.º 508, de 2 de Fevereiro, solicitei de V. Excia. "uma relação dos medicos estrangeiros exercendo illegalmente a medicina nesta Capital e no interior" e outra daquelles que já haviam revalidado os seus titulos nessa Faculdade.

Em officio n.º 27 de 3 de Fevereiro, da Directoria Geral do Serviço Sanitario do Estado, deu-me V. Excia. a relação de alguns dos medicos que haviam revalidado os seus titulos nessa Faculdade, e, com referencia aos que exerciam a clinica, livremente, disse apenas V. Excia.:

"Contra outros medicos estrangeiros, exercendo illegalmente a medicina neste Estado, cujo numero não posso precisar, esta Directoria está agindo de conformidade com o Regulamento Estadoal e o do Departamento Nacional de Saude Publica".

Por telegramma de 9 de Fevereiro ultimo consultei ao Exmo. Snr. Presidente do Conselho Superior do Ensino sobre a legalidade do acto dessa Faculdade, que não é official nem reconhecida pela União, revalidando titulos conferidos por Faculdades estrangeiras.

Não tive resposta e só mais tarde, em 8 de Março passado, vi na Inspectoria de Fiscalização do Exercicio da Medicina que a minha consulta ao mais alto funccionario fiscalizador do ensino secundario e superior na Republica fôra por elle transformada em denuncia ao Departamento, isto é, a encaminhára ao Dr. Inspector da referida Fiscalização, com a informação de que essa Faculdade não é reconhecida pela União e portanto competia a este funccionario tomar as providencias que o Regulamento aconselha e as leis o obrigam.

Com o officio n.º 521 de 9 de Fevereiro ultimo, desta Chefia, remetti ao Dr. Inspector da Fiscalização do Exercicio da Medicina uma cópia do officio n.º 27, de V. Excia. e um exemplar do "*Diario Official do Estado*", de 5 do mesmo mez, no qual V. Excia. publicou a lista official dos medicos que têm diplomas registrados na Directoria de Hygiene Estadoal.

Por meio desse mesmo officio 521 denunciei os medicos estrangeiros que esta Chefia sabia estarem exercendo illegalmente a medicina em varios pontos do Estado. Antes de tudo isso, porém, antes dessas informações e denuncias por mim feitas ás altas autoridades do Ensino e da Saude Publica, publiquei nos "Archivos Paranaenses de Medicina", numero de Janeiro ultimo, um artigo mostrando como é legal o exercicio da medicina no Brasil e promettendo, publicamente, cumprir o meu dever dentro da alçada do meu cargo. E foi o que fiz publicamente, lealmente e patrioticamente.

Allude V. Excia. tambem, em sua citada portaria, á campanha que a imprensa carioca está fazendo contra essa Faculdade, attribuindo-a á minha intervenção.

Como homem de caracter que sou, affirmo a V. Excia. não ter tido a menor interferencia em tal campanha, pois nada informei aos jornaes cariocas além da minha carta enviada ao *Correio da Manhã* e nelle publicada

a 14 de Março passado, na qual eu pedia ao seu redactor corrigisse um suelto publicado a 9 do mesmo mez contra essa Faculdade e o Governo desse Estado.

São estas as informações que eu lhe posso dar, porque são as unicas que possuo.

Seja qual fôr a solução final deste caso, eu me honro e me felicito por ter sido o iniciador de uma campanha de real utilidade ao Ensino Superior e á Saude Publica do nosso Paiz, e cujas providencias serão extensivas a todas as escolas nas condições dessa Faculdade e a todos os Estados da Federação.

Para provar-lhe a minha lealdade e a consciencia dos meus actos, enviarei hoje uma copia deste officio ao Exmo. Snr. Presidente do Conselho Superior do Ensino e outra ao Dr. Inspector da Fiscalização do Exercicio da Medicina no Brasil, porque são elles os mais interessados em ver regularizada a infracção commettida pela Faculdade de Medicina do Paraná, que eu desejo, sinceramente, que se torne uma escola digna de preparar medicos realmente aptos ao exercicio de tão melindrosa profissão.

Saude e Fraternidade

Dr. Heraclides Cesar de Souza Araujo

Chefe do Serviço.

Recebida pelo Dr. Victor do Amaral a exposição feita pelo Dr. H. C. de Souza Araujo, o Sr. Director da Faculdade de Medicina do Paraná convocou uma reunião especial dos senhores lentes, afim de lhes dar conhecimento da resposta do Chefe do Serviço de Prophylaxia Rural.

Lida a explicação clara, minuciosa e franca do Dr. Araujo, logo se formaram duas correntes de opinião, no seio da Congregação, talvez a mais concorrida de quantas se têm realizado. Pensavam uns, e essa era a maioria, que o Dr. Araujo devia ser considerado lente, estando assim passivel da pena disciplinar de eliminação. Outros professores, á vista da resposta offerecida pelo accusado ao officio do Director, sustentavam, com firmeza, que o Dr. Araujo nunca havia feito parte do corpo docente da Faculdade de Medicina do Paraná, porquanto não acceitára o cargo de professor substituto, que lhe havia sido offerecido, tempos atraz. A melhor prova disso era o facto do Dr. Araujo não ter tomado posse daquelle cargo.

Estabelecido acalorado debáte, o Sr. professor João Candido Ferreira encaminhou a discussão sobre o caso, com muito criterio e imparcialidade. Tomando a frente dos que pensavam que o Dr. Araujo não podia ser considerado como lente da Escola, o acatado professor produziu, desassombradamente, uma série copiosa de argumentos insophismaveis, ficando desde logo abalada a opinião sustentada, com muito ardor, pela corrente opposta, a mais numerosa no inicio da sessão.

Posta a votos a solução definitiva da questão, verificou-se que a maioria dos senhores professores concordava que não podiam ser applicadas penas regulamentares ao accusado, uma vez que ficára fóra de duvida, não pertencer o mesmo ao corpo docente da Faculdade. Nessas condições foi decidido o archivamento do volumoso processo administrativo instaurado contra o Dr. Heraclides Cesar de Souza Araujo.

Ficou deste modo encerrada a chamada *questão com a Faculdade de Medicina do Paraná*, contra a qual o nosso digno redactor-chefe jamais entreteve os intuitos inconfessaveis que tão apaixonadamente lhe quizeram attribuir.

(Extr. dos *Archivos Paranaenses de Medicina*. Anno I num. 12).

Resumo das sessões de Junho de 1920 na Sociedade de Medicina

Sessão de 4 de Junho de 1920. — O Dr. Gabino apresenta uma peça anatomica retirada de uma sua cliente que foi operada pelo prof. Mariante. Trata-se de um rim alterado na sua constituição e fórma, e em cujo bassinete se alojava um calculo medindo 4 cts. × 3 ½ cts.

A paciente, senhora de 40 annos, casada, com doze filhos, informa que a sua molestia começou ha nove annos, mais ou menos ,tendo-se entretanto aggravado ha dois annos, pois a essa data notou o apparecimento de um tumor occupando o flanco esquerdo e a presença de pús em quantidade nas urinas. Nunca tivera colicas nephreticas; a temperatura raras vezes apresentava pequenas elevações.

Após a separação de urinas praticada pelo Dr. Alfeu e o respectivo exame feito no laboratorio do Dr. Pereira Filho, e que constatou a integridade do rim do lado opposto, foi praticada a nephrectomia. O rim estava cheio de pús.

O Prof. Guedes falla sobre um caso que considera raro na clinica. Individuo de 60 annos, deste Estado, viuvo, côr mixta, fôra internado no Hospicio a 28 de Fevereiro do corrente anno, por ter-se apresentado paraplegico com perturbações mentaes. Soube depois pelo Dr. José Carlos Ferreira, que fôra anteriormente medico do doente em questão, ter sido este um alcoolista.

Actualmente acha-se melhor da paraplegia, conservando comtudo a marcha difficil, pois nos pés nota-se o typo da marcha escarvante, apresentando tambem perturbações paresthesicas. Não ha pois duvida em tratar-se de polineurite alcoolica.

O doente tem perturbada a orientação allopsychica; está desorientado em relação ao tempo, tendo a sua memoria de fixação prejudicada. As memorias anterograda e retrograda são tambem alteradas, sem ser comtudo uma amnesia global. O estado mental chama a attenção principalmente pela mythomania ou fabulação. Por ex: um dia diz ter 52 annos, outro dia tem 60, e da mesma fórma em relação ao dia em que nasceu. Faz viagens imaginarias, diz que recebe visitas de diversas pessoas, e muitos outros disparates, que attestam a sua fabulação. O doente nestes casos mente para encobrir a sua falta de memoria.

Em vista do quadro exposto catalogou o caso de *psycho-polineurite de Korsakow.*

Cita a opinião de Dupré sobre o assumpto, alludindo ainda á escola de Kraepelin a respeito da differença entre a psychose de Korsakow e a presbyophrenia, e termina justificando o seu diagnostico acima referido.

O Prof. Pereira Filho apresenta dois exemplares de *tenia nana,* dos quaes chegou a contar mil da mesma procedencia.

Sessão de 11 de Junho de 1920. — O Dr. Renato falla sobre um caso pertencente a uma série de observações que pretende publicar mais tarde. Trata-se de uma moça de 19 annos que appareceu-lhe no consultorio em estado precario de saúde, tendo tosse secca e accusando uma perda de 11 kilos de peso. Feita a radioscopia, esta revelou estado congestivo em todo o pulmão direito, reducção dos movimentos diaphragmaticos deste lado, falta de permeabilidade á luz. No hemi-thorax esquerdo illuminação franca, diaphragma funccionando bem; tachychardia, adenites do hilo, com esclerose bronchica.

A inspecção mostrou immobilidade relativa do hemi-thorax direito, a ausculta revelou exagero do fremito, e massicez até a base foi constatada pela percussão. Trata-se portanto de um caso de *tuberculose pulmonar.*

Lembrou ao pae da paciente a applicação possivel de um pneumo-thorax, que tendo sido acceita foi realisado no consultorio mesmo, no dia seguinte. Receioso de encontrar adherencias pulmonares em vista do exame

anterior, verificou entretanto ausencia destas. A primeira insuflação foi um pouco além do que indicam os auctores, pois excedeu de 400 c.c. Como permanecesse ainda, dois dias depois, a pressão negativa, fez nova insuflação que attingiu a 1 litro de azoto, e seis dias depois insuflava mais 1 litro. Um dia depois da segunda insuflação já havia sido avisado de que a temperatura não excedera de 38,5 % e após a terceira a temperatura não se elevou além da normal. Aconselhou então á paciente que fosse para fóra.

Tendo regressado dois mezes depois, foi examinada, constatando-se a existencia de pequena quantidade de azoto ainda na cavidade pleural.

Aconselhada, retirou-se outra vez para fóra, tendo-se demorado alguns mezes.

Ha pouco voltou a esta capital, e tendo sido examinada novamente, foi constatada ausencia de azoto e permeabilidade completa do campo pulmonar. O estado geral modificou-se muito, continuando a paciente a permanecer fóra da cidade, onde se accentuam cada vez mais as melhoras.

O Prof. Annes Dias relata tres casos clinicos, dois dos quaes com o mesmo diagnostico.

Em um delles trata-se de *polyuria hypophisiaria*, tambem chamada *diabetes insipida*. E' uma menina com antecedentes paternos syphiliticos, com reacção de Wassermann positiva fraca. Tem signaes de infantilismo hypophisiario, sendo experta, possuindo bastantes cabellos, bons dentes, boas unhas. E' obesa, tendo engordado dez kilos em 6 mezes; não súa, o que é frequente na polyuria hypophisiaria. Esta, neste caso, attingia a 11 litros em 24 horas. Havia polydipsia intensa, que a fazia ingerir qualquer liquido que encontrasse, mesmo a propria urina, quando não tinha ao alcance outra bebida. Fundo do olho normal. A radiographia da cabeça tirada pelo Dr. Renato revelou cella turcica normal, quanto ao tamanho, porém os processos clinoides acham-se unidos.

Tratamento anti-syphilitico por meio de "Enesol" foi feito pelo Dr. Bastian, a quem pertencia a doente. Foi applicada depois a pituitrina em injecções, tendo apparecido melhoras francas, pois a polyuria baixou a 7 litros. Suspenso este tratamento augmentou novamente a polyuria.

Novas injecções mercuriaes foram applicadas, sem resultado. Resolveu então, como aconselha Pagniez, distribuir melhor as doses de pituitrina, dando duas injecções de 2 em 2 dias.

A polyuria baixou a 2 litros, o que mostra bem tratar-se, no caso, de uma distrophia hypophisiaria.

Ha no caso uma curiosidade que será tirada a limpo pelo Dr. Weber, o qual praticou a primeira dosagem de creatinina e de uréa no sangue, encontrando esta normal e aquella apparecendo com 25 milligrs.

Os dois outros casos são de spondilose, sendo um de *spondilose rhizomelica* typica. Começou com dôres na região lombar e rigidez de diversas articulações, o pescoço projectado para a frente, com impossibilidade de movimentos lateraes e antero-posteriores, não podendo tambem mover-se na cama. Flexão da coxa sobre a bacia, com ankilose da articulação coxo-femoral; cyphose dorso-lombar, sem lordose compensadora; não se póde manter de pé. Em vista dos signaes apresentados o diagnostico torna-se claro.

O outro caso de spondilose dorso-lombar já não é tão claro; existe compromettimento de uma das articulações coxo-femoraes.

Sendo uma doença considerada implacavel na sua marcha progressiva, achou interessante trazer ao conhecimento dos collegas os resultados obtidos com o emprego do enxofre colloidal, pois após 30 injecções o doente sahio do hospital caminhando erecto.

No outro caso embora o doente já se diga melhorado, não se observam ainda melhoras dignas de nota, estando o tratamento apenas iniciado.

Sessão de 18 de Junho de 1920. — O Prof. Martim Gomes apresenta um trabalho escripto intitulado: *Diagnostico dum tumor abdominal*, que foi, de accôrdo com os Estatutos, entregue ao Prof. Blessmann, afim de emittir parecer.

O Prof. Luiz Guedes relata um caso raro que teve ensejo de observar em sua clinica. Trata-se de infecção tetanica seguida de cura espontanea em um menino de 12 para 13 annos de idade.

Ao ver o doente pela primeira vez certificou-se que a doença datava de 12 dias, encon-

trando-o nessa occasião com rigidez muscular generalisada, trismus, riso sardonico permanente, contracções paroxisticas dolorosas.

Pela inspecção constatou uma lesão no maleolo externo do lado direito, e interrogando as pessoas da casa, soube que já havia sido mais grave o estado do paciente, tendo este apresentado sensiveis melhoras até aquella data. Não tendo podido fazer naquelle momento uma injecção de sôro-antitetanico e vendo que as melhoras tinham sido expontaneas, prescreveu uma poção de chloral.

No dia seguinte por um descargo de consciencia fez a injecção acima referida. Declara porém estar convencido de que a cura fôra expontanea, facto este que pela sua raridade merece tornar-se conhecido pelos collegas da Sociedade.

O Prof. Martim Gomes falla sobre um caso de *grande fistula vesico-vaginal*, operado com exito, auxiliado pelo Dr. Varnieri.

Em face das difficuldades que encontrou para a separação da bexiga da parede vaginal, insiste sobre os cuidados pré-operatorios e cita um caso do Prof. Marion, em que as melhoras foram sensiveis, tendo permittido operar depois o paciente.

Extende-se sobre os differentes processos empregados, insistindo nos processos norte-americanos, e acaba declarando que no caso em questão o resultado foi completo.

A proposito o Prof. Blessmann falla sobre o processo de Marion, e cita um caso de fistula vesico rectal que operou.

O Dr. Sefton pede aos collegas que tragam ao seio da Sociedade noticias sobre uma epidemia de diphteria em adultos, que consta existir na cidade.

O Prof. Annes Dias relata alguns casos observados em sua clinica.

Taes communicações despertaram animada discussão em torno dos accidentes anaphylacticos e sobre a indicação opportuna do emprego do sôro anti-diphterico nos casos suspeitos.

Sessão de 25 de Junho de 1920. — Na ordem do dia figura a leitura do parecer do Prof. Blessmann sobre o trabalho do Prof. Martim Gomes, apresentado na sessão anterior.

O Prof. Annes Dias falla sobre um caso que relatou ha dias, na sessão de 11 do corrente, lembrando que a dosagem de creatinina havia dado 0,025 millgrs. por litro de sangue. Um novo exame feito ha pouco pelo Dr. Weber accusou 0,024 milligrs. por litro e a uréa 0,87 centgrs.

A doente acha-se relativamente bem, mas está voltando a polyuria, pois urina actualmente 8 litros em 24 horas, eliminando mais ou menos 8,0 grs. de uréa nesse espaço de tempo. Diz ter voltado a fallar sobre esse caso porque a questão da creatinina não está ainda bem elucidada, e concita os collegas aos quaes se apresentem casos de polyuria que pratiquem a dosagem da creatinina, afim de augmentarem as observações sobre este interessante assumpto.

Falla a seguir sobre outro caso que tem alguma relação com o precedente: Uma senhora diabetica ha 12 annos, tem variado a sua cifra de glycose entre 10 e 200 grs., achando-se actualmente com vinte e poucas grammas.

Quando a viu pela primeira vez, encontrou-a com dispnea de esforço, apresentando furunculos e tendo a pressão arterial oscillando entre 17 e 10. Apresentava uma esternalgia, ou antes uma dôr retro-esternal; este phenomeno fez-lhe indicar o repouso completo á sua doente por temer uma esthenocardia, o que é aliás considerado como complicação frequente por von Orden. Diz este ser esta falsa esthenocardia melhorada com o tratamento da molestia.

Falla ainda sobre o regimen dietetico a empregar em cada diabetico, e diz que no caso citado havia excesso de gordura no regimen que estava sendo seguido; esta foi supprimida, o que fez baixar a glycosuria a 3 grs. Aproveitou este facto para fazer a paciente praticar o jejum relativo durante dois dias, tomando só caldo, chá, café, cognac, o que fez desapparecer a glycose das urinas nesse espaço de tempo.

Falla por ultimo sobre as vantagens do methodo de Allen, e termina chamando a attenção para o facto que, em certos casos, a diminuição das gorduras augmenta a tolerancia para os hydratos de carbono.

Revista das Revistas

O soro normal adrenalinado no tratamento da variola, Misael B. Garcia (La Clinica Castellana, Março 1921).

Tendo occasião de assistir a uma epidemia de variola em Valladolid, Garcia, considerando os parcos recursos therapeuticos de que dispomos no tratamento desta molestia, recorreu aos novos meios therapeuticos, baseados nas modernas orientações physio-pathologicas das infecções. Assim, lançou mão do soro normal equino adrenalinado nos casos graves de variola confluente, com grande hyperthermia e adynamia, orientando-se pelos actuaes conhecimentos de antigenotherapia não especifica e taquiphylaxia parabacteriana.

Nos casos extremos, observou sensiveis melhoras, facilitando uma erupção normal e dando lugar ao evolver typico da molestia.

Entretanto, resultados menos satisfactorios o auctor obteve nas mesmas formas confluentes, porem em franco estado de suppuração com intensa repercussão para o estado geral.

Inteiramente negativo foi o resultado na variola hemorrhagica.

Da estatistica por elle elaborada conclue-se que 50 % dos casos tratados, foram coroados de reaes successos.

Empregou a via hypodermica, injectando no começo 10 c. c., e em seguida 20 c. c. sem nunca ter constatado contra-indicações.

Weber.

Como se deve administrar a urotropina, por **R. Camiña** (La Clinica Castellana, Março 1921).

N'um longo e bem documentado estudo pharmacodynamico e therapeutico, o auctor formula as seguintes conclusões:

1 — A urotropina deve manter-se em boas condições de conservação; a urotropina velha não tem acção antiseptica.

2 — N'uma mesma formula não se deve administrar urotropina e phosphato acido de sodio ou outro qualquer medicamento acido. Sendo necessario administrar um medicamento acido, só se dará a urotropina nas cinco horas seguintes.

3 — Não se deve ingerir muito liquido para não determinar polyuria.

4 — Com o mesmo fim não se deve prescrever diureticos.

5 — A medicação alcalina é sempre contra-indicada, porque diminue a acidez urinaria.

6 — As aguas alcalinas são contra-indicadas porque diminuem a acidez urinaria e augmentam a polyuria.

7 — Antes de instituir um tratamento, investigar a reacção e determinar o gráo de acidez.

Si a urina fôr acida, é permittida a prescripção da urotropina, salvo no caso de infecção colibacillar, devendo-se n'esse caso empregar os alcalinos.

Em todas as demais urinas acidas póde-se administrar a urotropina, notando-se, entretanto, que a quantidade á prescrever será tanto maior, quanto a acidez urinaria seja augmentada.

Nas urinas alcalinas, é a urotropina contraindicada até que a reacção urinaria seja acida. Um meio de a transformar consiste no emprego do phosphato acido de sodio e do benzoato de ammonio. A dose d'estes medicamentos será proporcional ao gráo da alcalinidade urinaria.

8 — Toda vez que se administrar urotropina a um enfermo, devemos pesquizar as reacções de Ramini e Burnann, visando o formoaldehydo urinario e sua quantidade.

9 — A dose de 0,50 grammas duas vezes por dia é sempre insufficiente. Prescrevendo 0,60 grammos duas vezes nas vinte e

quatro horas, póde ser sufficiente, porém, correndo-se o risco de existirem momentos nos quaes a urina não contenha formoaldehydo.

A dóse minima pela qual se deve começar é de 0,90 grammos duas vezes por dia. O methodo de prescrever a urotropina, de um modo progressivamente ascendente, partindo da dose de 0,90 a 1,0 grammo duas vezes por dia, até produzir phenomenos de intolerancia, é a nosso pensar (Camiña) muito util porque impede que os microorganismos resistam á urotropina e determina na urina o maximo de formoaldehydo desinfectante.

10 — Nas infecções agudas, a dose total de urotropina se dará em poucas vezes, visando assim, produzir na urina a concentração mais elevada do aldehydo formico.

Nas infecções chronicas a dose total da urotropina será fraccionada em muitas doses, para que a urina contenha constantemente aldehydo formico.

11 — Em casos de urinas muito alcalinas a acidificação da urina deve ser rapida, com o fim de ganhar tempo para dar lugar a urotropina; deve-se então, chegar rapidamente ás grandes doses de phosphato acido. A intolerancia d'este medicamento se manifesta por diarrhéas.

12 — Em casos de urinas alcalinas ou fracamente acidas, deve-se supprimir ou diminuir a alimentação vegetal, porque é grande a quantidade de saes que entram na economia com este regimen, produzindo-se uma alcalinização da urina, que se oppõe á acção da urotropina. Ao contrario, nas infecções com urinas acidas devido ao colibacillo, este regimen é indicado.

Weber.

Expressões pittorescas

A's expressões utilisadas pela linguagem popular "para descrever certas sensações e determinar as diversas regiões do corpo", que registramos a pagina 25 do ultimo numero desta revista, póde acrescentar-se mais as seguintes — ficando, porém, o leitor, desde já, prevenido de que, si aquellas eram poucas e desinteressantes como os grãos esparsos na seára depois da colheita, as de agora, ainda menos, são magras e chôchas como gravetos catados na serragem...

Talento, muque — força muscular.

Cabeça de prego — leicenço, furunculo.

Espinhela cahida — andar, ou estar de espinhela cahida significa estar adoentado, e equivale a "estar atrazado" ou "atrazadinho."

Vasio — é o hypochondrio (?), "levar um socco, uma pancada no vasio."

Calombo, caroço, gallo — inchaço produzido pelo extravasamento de lympha ou serosidade.

Comadre — "estar com a comadre", ou "a comadre chegou", são equivalentes de "estar assistida", (cf. numero anterior).

Mal de sete dias — tetano umbilical.

Chilique — desmaio. "Tinha hysterismos e cheliques" escreve Camilo Castelo Branco a pg. 49 do livro "Corja". Julio Moreira menciona o termo a pagina 215 do II volume dos "Estudos da lingua portugueza."

Ditas — hemorrhoides.

Pegar — significa contaminar, contagiar. Demonstrando-o, existe — alem da expressão *molestias pegadas* (usada em relação ás venereas) — a quadra popular:

Você me chamou de feio,
Eu tambem digo que sim:
Havia lá em casa um feio,
Que *pegou* feiura em mim.

Occorrem frequentemente, na symptomatologia confusa que o commemorativo dos pacientes do Hospital offerece, palavras taes como *ancia, opressão, afrontação,* sobre cujo sentido exacto sempre pairam duvidas... a menos que se não queira aceitar como cabal a definição que nos depara a leitura — por vezes, divertida — do "Formulario e Guia Medico" do sr. Pedro Luiz Napoleão Chernoviz, doutor em medicina, cavaleiro da Ordem de Christo e oficial da Ordem da Rosa: "Afrontação — sensação de calor que sobe

do ventre ou do peito á cabeça, com coloração da face, aflições precordiaes e tonturas."

Todavia, para a elucidação de um termo que assignalamos em o ultimo numero — febres a polka — suppondo-o, erradamente, simples neologismo litterario, o velho Chernoviz contribue de modo decisivo. Expõe elle:

"*Polka* — nome que se deu no Rio de Janeiro a uma febre rheumatica que ali atacou grande numero de pessoas em 1846, e cujos symptomas eram: febre, dores nas juntas, cephalalgia, fastio, cansaço geral, e, em alguns casos, erupção cutanea semelhante ao sarampo." O mal durava de um a quatro dias, não determinava obitos, mas a convalescença prolongava-se durante muitas semanas com fraqueza extrema e dores articulares. Diz mais que a doença teve, em outros logares, nomes diferentes: patuléa, na Bahia; dengue, nas Antilhas.

E' curioso, tambem, acrescentar que se póde, talvez, atribuir aquela primeira designação popular da tal molestia á influencia que a dança do mesmo nome exercia, pelo prestigio da novidade, na época, sobre os habitantes da então Côrte — pois o protagonista de um livro de Machado de Assis, "Memorias posthumas de Braz Cubas", nascido em 1805, recordando factos dos seus "quarenta e tantos annos", diz: "Entrou no Rio de Janeiro com a polka... A polka, o baile dos estrangeiros, o Casino, eis algumas das melhores recordações daquele tempo" (Capitulo CXV).

Os escriptores empregam muitas vezes expressões do vulgo, doutras vezes forjam-n'as. Nem sempre é facil distinguir se agem de uma ou de outra maneira:

Papóca — bolha de agua na pele, provocada por queimadura, ou picada de insecto; pustula de variola. "Toda a superficie do corpo atacada pelas abelhas estava coberta de papócas d'agua, verdadeiras bolhas de queimadura." Rodolpho Theophilo "O Paroara" pg. 139.

(leucoma) — são algumas das muitas expressões populares que entraram no vocabulario dos auctores portuguezes, classicos como Camilo, e estão archivadas pelos bons lexicographos.

... Mas, sob a rubrica ou epigraphe de "Expressões pittorescas" cabem tambem algumas não de uso exclusivo dos ignaros:

— *Constipação*, empregado ao envez de resfriado.

— Os livros de medicina descrevem uma nevrose, cuja denominação — apezar de justificada pela evolução dos symptomas — constitue, principalmente para os leigos, um perfeito paradoxo: *paralysia agitante*.

— A ophtalmologia conferiu á opacificação do crystalino — não se sabe por que cargas d'agua — o nome de *cataracta*. E, para operal-a, espera que esteja... *madura*.

Dr. Gr. Sá.

GALALBINA

LEITE ALBUMINOSO

(NOMES E MARCA REGISTRADOS)

Apresentamos ao distincto corpo medico da Capital e do Interior, nosso prodigioso medicamento-alimento, manipulado consoante a FORMULA FIEL do celebrado Prof. FINCKELSTEIN, mundialmente conhecido como summidade em materia de Molestias Infantis.

GALALBINA põe o ponto final na mortalidade das creanças que soffrem do apparelho digestivo.

GARANTIMOS:

Technica authentica, manipulação rigorosa e conservação perfeita

Com grande honra attenderemos promptamente a qualquer pedido de esclarecimentos.

DEPOSITO:

PHARMACIA TORELLY

Rua Independencia, 148 - PORTO ALEGRE

Productos „ASTER“

DO

Laboratorio Biológico

de los profesores Coppetti & Curci

SUCURSAL
BUENOS AIRES
G. DE IBARRETA
MONTES DE OCA, 1702

PRODUCTOS
„DIASTER“

SUCURSAL
SANTIAGO DE CHILE
A. B. PEREIRA & CIA.
AHUMADA, 332

PRODUCTOS
„ASTER“

CALLE 25 DE MAYO, 224

DIRECCION TELEGRAFICA „DIASTER“ MONTEVIDEO TELEF. LA URUGUAYA .498 - CENTRAL

Productos em drageas

Ovocitina "ASTER" (corpo amarello do ovario)
Glandotirina "ASTER" (thyroidina)
Prostatina "ASTER"
Suprarrenalina "ASTER"
Gastrozimógeno "ASTER"
Extracto biliar "ASTER"

Productos em comprimidos

Hepaticina "ASTER" (pó de figado)
Glándula mamaria "ASTER"
Quimosina "ASTER" (Lab-fermentos)
Pancreas "ASTER"
Nefrina "ASTER" (extracto renal)
Cerebrina "ASTER" (sustancia cerebral)
Orquitina "ASTER"
Placenta "ASTER" (sustancia placentaria)
Extracto de Bazo "ASTER"
Hipofisina "ASTER" (Hipóphise cerebral)
Médula osea "ASTER"
Ovarina "ASTER" (ovario completo 0.25)
Glandotirina "ASTER"
Levadura de cerveza "ASTER"
Glándula pineal "ASTER"
Paratiroides "ASTER"
Poliglandulares "ASTER"

Liquidos em ampollas de 3 c. c.

Ovocitina "ASTER" (corpo amarello do ovario)
Glandotirina "ASTER" (Thyroidina)
Suprarrenalina "ASTER" (capsulas suprarrenal)
Cerebrina "ASTER" (substancia cerebral)
Orquitina "ASTER"
Hepaticina "ASTER"
Nefrina "ASTER"
Glándula mamaria "ASTER"

Liquidos em ampollas de 5 c. c.

Extracto de Bazo "ASTER"
Suero de Trunececk "ASTER"
Suero Orgánico Homopoyético "ASTER"

Liquidos em ampollas de 1 c. c.

Ovocitina "ASTER" (corpo amarello do ovario)
Asmaleno "ASTER" (Adrenalina e Hipophisina)
Hipofisina "ASTER" (PITUITRINA)
Glicógeno "ASTER"
Nuclearsol "ASTER"
Lecitina ex-Cerebrum "ASTER"
Textilisina-Fibrolisina (criança)
Textilisina-Fibrolisina (adulto)
Bio-Lecitina "ASTER" (simple)
Bio-Lecitina "ASTER" (cacodilica)
Bio-Lecitina "ASTER" (yodada)
Suero de la vena renal de cabra

Productos diversos

Solución de ADRENALINA "ASTER" 1|00
Suero de la vena renal de cabra
Suero antitiroides (Moebius) por g.
Hemato etiroidina, en elixir.

Vendem-se em todas as Pharmacias