

Theses de 1926

Tal como fizemos no ultimo numero, damos a seguir alguns trechos dos trabalhos apresentados em abril do corrente anno por doutorandos da turma de 1926, para obtenção do titulo de medico pela nossa Faculdade, escolhendo, de preferencia, as conclusões a que cada qual chegou, porque synthetizam as idéas abraçadas.

“CONSIDERAÇÕES CLINICAS SOBRE ALGUNS SYNDROMAS INFUNDIBULO-HYPOPHYSARIOS”

PELO DR. HEITOR CHIARELLO

Eis as conclusões do autor:

- 1) — As experiencias realizadas por varios investigadores e confirmadas por outros, puzeram em evidencia, na base do cerebro, a existencia indubitavel de centros organo-vegetativos que presidem ao metabolismo da agua, dos hydratos de carbono e da gordura.
- 2) — As lesões destes centros nervosos são susceptiveis de desencadear um conjuncto de symptomas, constituindo entidades morbidas que até bem pouco tempo, eram consideradas como expressão de uma alteração hypophysaria.
- 3) — As dystrophias osseas (acromegalia, gigantismo, nanismo, dystrophia dos adolescentes de Hutinel), permanecem ainda, como o provam os argumentos anatomo-clinicos, sob a influencia pathologica causal da hypophyse.
- 4) — Dada a intima connexão entre a pituitaria e os centros nervosos hypothalamicos e tendo aquella como funcção normal a nutrição destes centros, é aceitavel a hypothese de Collin, aliás fundamentada em pesquisas numerosas e concludentes, de que o mecanismo nervoso que preside ao metabolismo da agua, dos hydratos de carbono e da gordura, seja influenciado ou estimulado pela secreção hypophysaria neuro-endocrina.
- 5) — Está perfeitamente assente a noção de que os germens de tecido hypophysario embryonario aberrante, situados no primitivo percurso craneo-pharyngeal, pódem dar logar ao desenvolvi-

mento de uma formação tumoral, noção esta bem estabelecida por Haberfeld.

- 6) — Diante de um caso de tumor cerebral em que pódem ser excluidas hypotheses outras sobre a diagnose de uma localisação topographica, é preciso ter sempre presente a possibilidade dos tumores oriundos desses germens aberrantes.
- 7) — A maior parte dos syndromas anatomo-clinicos devidos aos tumores da hypophyse e da região infundibulo-tuberiana acham-se perfeitamente individualizados, actualmente. Contudo, alliam-se ao quadro syndromico, por vezes, symptomas numerosos que decorrem do compromettimento das regiões visinhas ou de uma compressão que os tumores possam exercer.
- 8) — Para a diagnose de um tumor cerebral é indispensavel uma deducção methodica: uma vez firmada a diagnose de tumor pela constatação cuidadosa dos signaes de hypertensão craneana, é preciso attender, a seguir, á diagnose de localisação topographica e, finalmente, constatar, si possivel, a natureza do tumor existente.
- 9) — Dahi a necessidade imprescindivel de uma anamnese bem conduzida, de uma observação meticulosa e completa do doente e, finalmente, a necessidade dos exames especializados subsidiarios: exames ocular e radiographico, exames do liquido cephalo-rachidiano, do sangue, da urina, etc.
- 10) — Com relação ao tratamento, é preciso ter sempre presente, a accção therapeutica notavel e a utilidade indiscutivel da radiotherapia profunda ou de uma intervenção cirurgica. O tratamento anti-syphilitico deve ser, sempre que fôr possivel, ins-tituído, como tratamento de prova.

“NECESSIDADE E OBRIGATORIEDADE DE EXAMES DO APPARELHO VISUAL DOS EMPREGADOS FERROVIARIOS”

PELO DR. CARLOS GOMES DE S. THIAGO

As conclusões do autor são as seguintes:

- 1.^a) — As anomalias de visão dos empregados das estradas de ferro são causas de accidentes ferro-viarios.
- 2.^a) — Sendo grande e perigoso o contingente de anomalias de visão, de que pódem ser portadores os candidatos a emprego nas estradas de ferro, decorre a necessidade e a importancia dos exames prévios do aparelho visual desses candidatos.

- 3.^a) — Esses exames prévios constituem o primeiro factor na prophylaxia dos accidentes ferro-viarios.
- 4.^a) — A exigencia das condições do aparelho visual nas vias-ferreas estrangeiras varia com os diversos paizes.
- 5.^a) — Em todos esses paizes, porém, a necessidade do exame da funcção visual é questão antiga, obrigada e regulamentada pelos seus respectivos governos.
- 6.^a) — No Brasil, apesar de já termos tido tentativas nesse sentido, ainda nada se fez ou o que se faz é trabalho insulado e heterogeneo, sem uniformidade legal obrigatoria.
- 7.^a) — Das nossas companhias de estrada de ferro em que a questão é mais ou menos cuidada, é a “S. Paulo Railway” a que exige exames mais rigorosos e mais completos do aparelho visual dos seus empregados.
- 8.^a) — Do inquerito feito perante a maioria das estradas de ferro do Brasil se deduz que permanecem num atrazo inexplicavel nessa questão, incompativel com o progresso do nosso tempo. Não se faz no Brasil de 1927 o que já existe alhures desde 1877.
- 9.^a) — O exame da funcção visual deve ser feito como no estrangeiro em todos os empregados ferro-viarios (machinistas, foguistas, guarda-chaves, cabineiros, etc.), e não se limitar aos machinistas e foguistas como em algumas das nossas companhias de estrada de ferro.
- 10.^a) — Apesar das opiniões desencontradas sobre a questão da visibilidade dos signaes coloridos nas estradas de ferro, as disposições actuaes relativas a esses signaes são as mais relativas a esses são as mais accitaveis.
- 11.^a) — A exigencia das condições do aparelho visual do pessoal ferro-viario varia segundo a categoria do empregado, sendo mais rigorosa nos machinistas e foguistas.
A classificação dos empregados deverá ser feita por lei, mais ou menos de accordo com o que propuzemos nesta these.
- 12.^a) — Sobre o posto de machinista geralmente precedido pelos de foguistas e de graxeiros, o que se exige das condições de visão para o primeiro deve começar por este ultimo afim de que mais tarde não lhe seja cortada a carreira.
- 13.^a) — O uso de lentes incolores ou coloridas, sem grau, apenas protectoras dos olhos dos empregados ferro-viarios, particularmente nos machinistas, póde ser facultativo.

- 14.^a) — Quanto ao uso de lentes correctoras somos da opinião que devemos restringil-o a um determinado numero de categoria de empregados, prohibindo-o, ao contrario, nos foguistas e principalmente nos machinistas.
- 15.^a) — A necessidade de novos exames após desastres, molestias graves traumatismos, é imprescindivel em todos os casos, constituindo factor importante na segurança dos meios de transporte por via ferrea.
- 16.^a) — Os reexames periodicos (5 em 5 annos segundo o nosso modo de ver) decorre da relação de possiveis alterações da função visual dos empregados das estradas de ferro com infecções ou afecções chronicas e intoxicações varias que possam passar despercebidas e a que estão sujeitos esses mesmos empregados.
- 17.^a) — Os reexames periodicos completam os factores concorrentes á prophylaxia dos accidentes nas estradas de ferro que se relacionam com a deficiente visão dos seus empregados.

“EM TORNO DO MUSCULUS PLATYSMA MYOIDES EM
DIVERSAS RAÇAS HUMANAS”

PELO DR. JARBAS B. DE BARROS

As conclusões do autor são as seguintes:

- 1) — O m. platisma em branco, negros, seus mestiços e japoneses está em franco periodo de evolução, porque:
 - a) A inserção caudal dos seus feixes mediaes verifica-se nos casos, que observamos, desde acima da clavicula até o 3.^o espaço intercostal.
 - b) Na linha mediana varia o comportamento dos feixes mediaes do m., desde a ausencia completa de relações mutuas, até um entrelaçamento que se estende do mento ao manubrio do esterno.
 - c) São variaveis as relações destes feixes com os mm. do labio inferior homo- ou heterolateral.
 - d) A inserção caudal dos feixes lateraes tem topografia mais ou menos estavel, estendendo-se par afóra geralmente até o acromion, e um pouco para dentro e para tras do mesmo, recobrando as vezes toda a fossa supraespinhosa.

- e) Existem em cerca de 1/3 dos casos, inserções lateraes diversas ao longo de sua margem dorsal.
 - f) Encontra-se a porção nucal do platisma na proporção de 1 para 10 hemifaces mais ou menos.
 - g) A inserção facial dos feixes do platisma apresenta consideraveis diferenças: limita-se as vezes á parte labial; forma uma forte parte aberrante outras vezes; individualisa n'outros casos um platisma-risorio.
 - b) existem frequentemente feixes superficiaes á extremidade oral do triangular.
- 2) — O m. platismo difere nos brancos, nos negros, em seus mestiços e nos japoneses, porque:
- a) A inserção caudal dos feixes mediaes é mais variavel nos brancos que nos negros; é geralmente extensa nos japoneses.
 - b) São mais complicadas as relações mutuas dos feixes mediaes do platisma nos negros, que nos brancos. Os japoneses parecem ocupar uma situação intermedia.
 - c) As relações com os m.m. do labio inferior homou heterolateral são mais frequentes nos brancos, que nos negros.
 - d) A inserção caudal dos feixes lateraes é mais extensa nos negros que nos brancos.
 - e) São mais frequentes as inserções lateraes ao longo da margem dorsal do m. nos brancos, que nos negros.
 - f) A porção nucal do m. platisma com expansão facial existe um pouco mais amiude nos brancos que nos negros.
 - g) E' mais frequente nos brancos o tipo III do platisma facial: nos negros o tipo II; sua parte aberrante é mais robusta que a dos brancos.
 - b) Os feixes superficiaes ao m. triangular parecem ser mais robustos nos negros, que nos brancos.
 - i) São mais raros os remanescentes do *m. sphincter colli profundus*: sua parte auricular foi encontrada n'um branco.
- 3) — O m. transverso do mento é mais frequente nos brancos, que nos negros; os japoneses tem posição intermedia.

- 4) — O m. risorio de Santorini é mais frequente e robusto nos brancos, que nos negros.
- 5) — Os feixes aberrantes da margem lateral do m. zigomatico são um pouco mais frequentes nos brancos que nos negros.
- 6) — O m. triangular é mais complexo nos brancos, que nos negros.
- 7) — O m. mandibulo-marginal é mais frequente nos brancos (13 %), que nos negros (5 %).

“ DA AUTO - SUGGESTÃO ”

PELO DR. URBANO DE BRITO

Uma pagina do capitulo “Auto-sugestão passiva”:

Denominamos assim esta forma de auto-sugestão por acharmos que lhe convém melhor esta denominação do que as de *involuntaria* e *inconsciente*. Não serviria a designação de inconsciente porque, sob esta forma, vamos comprehender casos de auto-sugestão involuntaria-consciente; não ficaria bem a denominação de involuntaria que nos forçaria, por antonymia, denominar voluntaria a auto-sugestão activa de que já dissemos: requer, para a sua realização, um minimo de vontade necessaria somente para manter e dirigir a attenção.

Em todo o caso, entre dar-lhe o nome de involuntaria ou de inconsciente, preferiríamos dar-lhe o nome de involuntaria porquanto ella, de facto, é sempre involuntaria. Esta involuntariedade é o seu caracteristico fundamental.

“A auto-sugestão involuntaria é aquella que se estabelece por si mesma, quer tenhamos ou não consciencia della, póde ser favoravel ou prejudicial á nossa saude” (Bonnet, *Precis d’auto-suggestion*).

Transcrevemos para mostrar que não estamos sós quando falamos em auto-sugestão involuntaria-consciente.

A auto-sugestão passiva resulta de dois factores: do automatismo inconsciente e da predominancia que os estados affectivos podem dar a certas representações mentaes.

Dissemos, quando tratamos da auto-sugestão em geral, que a imaginação passiva, isto é, a imaginação dirigida pelo sentimento, podia trazer ao campo da consciencia elementos representativos e, de tal forma alteral-os pelos sentimentos de desejo ou receio, a ponto de facilitar a adhesão a um juizo falso.

A auto-sugestão passiva consiste justamente nesse facto. A auto-sugestão que se passa dessa forma não implica uma insufficiencia

intellectual ou incapacidade de julgar; podemos, si quizermos, considerar intactas as faculdades do discernimento; os factos submettidos a julgamento é que se alteram em tal forma a custa dos elementos affectivos, que a razão, honestamente, na maior bôa fé, dá sua approvação a um juizo falho. A razão julga mais pelas apparencias do que pelo valor real dos motivos submettidos a seu exame. Teriamos, neste caso, o exemplo da auto-sugestão passiva consciente, pois raciocinio implica consciencia.

“REVISÃO DAS REACÇÕES DE MEYER E DE ADLER EM HEMATOLOGIA FORENSE”

PELO DR. JULIO DOS REIS FILHO

As conclusões do autor são as seguintes:

I — As reacções corantes de Meyer e de Adler, que se destacam entre todas as outras pelas suas vantagens, não são provas verdadeiramente demonstrativas da presença de sangue, não dispensando nunca os processos ditos de certeza. Ellas podem, entretanto, ser utilizadas, desde que a quantidade do material o permitta.

II — O reagente de Meyer, que deve ser completamente incolor, necessita para que se conserve bem por longo tempo, de certos cuidados, evitando-se o mais possivel o contacto do ar, a exposição á luz.

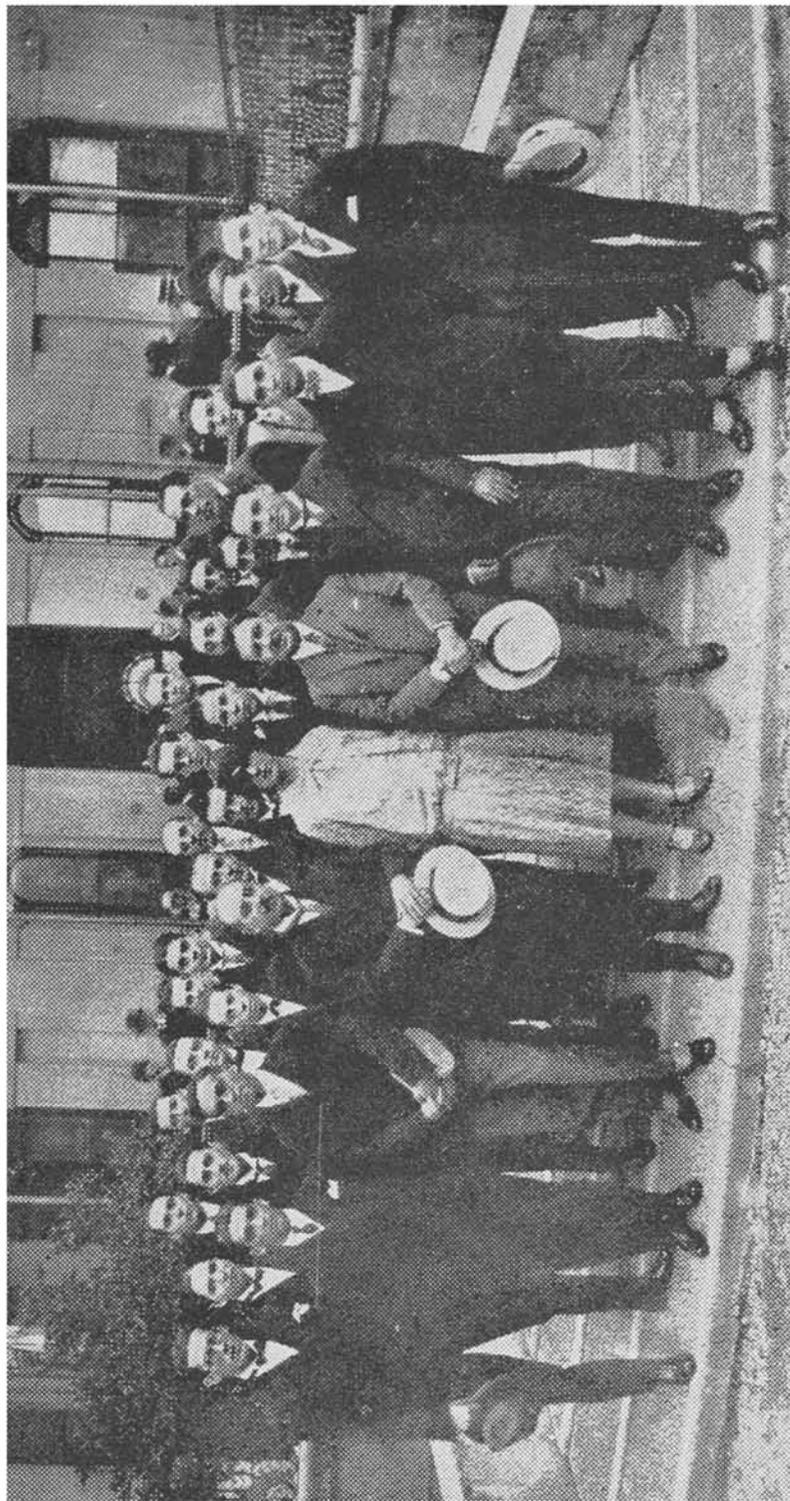
III — Sua sensibilidade é extraordinaria, pois o sangue fresco forneceu resultados positivos até 1:8.000.000. Mas, o sangue velho, putrefeito, apresenta sensibilidade muito menor, attingindo porém a proporção de 1 por milhão.

IV — A sensibilidade da reacção de Adler varia de 1:150.000 a 1:200.000, parecendo-nos que a solução acetica é um pouco mais sensivel que a alcoolica. E' em todo o caso, a mais pratica.

V — Para afastar a grande maioria dos inconvenientes dessas duas reacções, é preciso operar somente sobre material previamente submettido á ebullição, e applicar a H_2O_2 só em ultimo logar, verificando antes muito bem se a simples addição do reagente já não trouxe modificação de coloração.

VI — Deve-se duvidar sempre de reacções que tardam a apparecer por mais de um minuto e notar tambem que as colorações produzidas pelo sangue desaparecem após algum tempo, particularmente nas diluições muito fracas, enquanto que as provocadas pelas substancias mineraes são persistentes.

VII — As reacções negativas podem ser consideradas como bastante demonstrativas da ausencia de sangue.



Os doutorandos de 1926, na companhia do prof. Pedro Dias da Silva, director da Faculdade, e do prof. Rubião Meira, paranympo da turma, por ocasião de sua festa de formatura.

“O ANTIMONIO NO TRATAMENTO ESPECIFICO DA LEISHMANIOSE TEGUMENTAR”

PELO DR. JOSÉ MOACYR DE ALCANTARA MADEIRA

As conclusões do autor são as seguintes:

“Em conclusão, o tratamento pelo Sb. 211-Bayer” apresenta vantagens porque:

não produz, como o tartaro, hypodermicamente, irritações, nem intramuscularmente, inflamações, nem endovenosamente as conhecidas devastações dos vasos;

podendo ser usado intramuscularmente, facilita o tratamento em casos, como geralmente acontece com as creanças, onde o calibre das veias não permite as injeções endovenosas;

porque, em geral, produz num tempo incomparavelmente menor, a cicatrização das lesões leishmanioticas;

exerce sua acção cicatrisante, quer sobre as lesões cutaneas, como tambem sobre as lesões mucosas, notavelmente rebeldes aos effeitos do tartaro emetico;

não produz o seu emprego, phenomenos de intolerancia antimomial, quer sejam os immediatos, como tosse, nauseas, dores de cabeça, etc., ou tardios, como dores rheumatoides, musculares ou articulares, e muito menos o estado syncopal com pulso filiforme.

Com isto não julgamos que esteja resolvido o problema do tratamento da leishmaniose tegumentar e, assim julgado, o mal que, infelizmente, se vae alastrando de uma maneira impressionante e afastando da lavoura braços de que tanto necessitamos, pois, em regra geral, são estes os individuos mais flagellados, mas, temos a convicção de que mais um passo damos para o aperfeiçoamento do tratamento desta molestia, cuja solução já se nos acena promissora.

Será, com o methodo Aguiar Pupo, que brilhante resultado tem dado, o meio com que contarão os clinicos para o jugulamento do mal.

“LESÕES POR ARMA DE FOGO”

PELO DR. HONORATO FAUSTINO DE OLIVEIRA JUNIOR

As conclusões do autor são as seguintes:

I — Ao se descrever a zona de contusão e enxugo no orificio de entrada dos projectis de arma de fogo, deve ser distinguida a orla de enxugo, a orla de contusão e a zona de escoriação.

II — A zona de contusão não falta nunca no orificio de entrada.

III — O enxugo da bala nas primeiras porções de tecido atravessadas, não tem valor na etiologia da orla de contusão.

IV — Em certas condições as orlas de contusão e enxugo podem existir no orifício de sahida.

V — Nos diapositivos muito oblíquos, sendo grande a força viva do projectil, pôde haver formação, no orifício de sahida, das orlas de contusão e enxugo em forma de pequena meia lua.

VI — Quando não ha orifício de sahida mas o projectil percute violentamente a cutis contra um plano resistente, forma-se uma zona de contusão na parte da pelle sobreposta ao projectil.

VII — Quando na parte da cutis que vae corresponder ao orifício de sahida foi applicado estreitamente um obstaculo resistente, flexivel e pouco extensivel, ha formação das orlas de contusão e enxugo.

VIII — O orifício de sahida, sendo o obstaculo da mesma natureza, é tanto menor quanto menos espesso for este, e quanto maior for a força viva do projectil.

IX — A forma do orifício de sahida, nessas condições, não revela a direcção do disparo.

X — A forma da zona escoriativa, nessas condições, não revela a direcção do disparo.

XI — A forma da orla de contusão, no orifício de sahida, não revela a direcção do disparo.

XII — A forma da orla de enxugo, no orifício de sahida, não revela a direcção do disparo.

XIII — A orla de enxugo, no orifício de sahida, só se forma na zona escoriativa, não attingindo a superficie cutanea, salvo em tiros muito oblíquos.

XIV — Quando existe orla de enxugo no orifício de sahida, a sua disposição é differente da que existe no orifício de entrada.

“CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DO TEMPO DE ELIMINAÇÃO DO MECONIO”

PELO DR. FRANCISCO SCHLITTLER

São estas as conclusões do autor:

I — As pesquisas das manchas de meconio pôdem prestar grandes esclarecimentos á justiça, nos crimes de abortamento, parto clandestino, suppressão do recém-nascido e infanticidio.

II — Dos diversos methodos de exame usados para este fim, o mais seguro e commodo é o microscopico, que fornece elementos para

diagnostico da especie da mancha. Este methodo, porém, não póde esclarecer duvidas sobre a origem, humana ou animal, do meconio.

III — O methodo dos soros precipitantes é de technica muito complicada, mas póde, em certos casos, ser util, auxiliando a determinação da origem do meconio.

IV — O exame da mancha, por qualquer dos methodos, fornece dados pouco seguros a respeito da vitalidade e da idade do feto.

V — Ha discordancia entre os autores a respeito do tempo necessario para a completa eliminação do meconio, do tubo gastro intestinal do feto.

VI — O elemento mais caracteristico do meconio é uma formação denominada corpusculo do meconio. E' um corpusculo ovoide ou arredondado, de contornos nitidos, de côr esverdeada, de substancia homogenea.

VII — A presença deste elemento é constante nas evacuações dos dois ou tres primeiros dias. Os outros elementos, como crystaes de cholesterina, cellulas, pellos, etc., são muito variaveis.

VIII — A eliminação do meconio é feita completamente em 2 ou 3 dias e excepcionalmente em 4.

IX — No meconio, do 3.º ao 5.º dia, encontram-se em 54,5 % dos casos, corpusculos semelhantes aos de meconio, na fórma e nas dimensões, sendo, porém, granulosos ou segmentados. Não nos foi possivel determinar a natureza destes elementos, mas, apesar disso, poderão ter utilidade na determinação do tempo de vida do feto, nos limites de tempo acima mencionados.

X — Em casos pathologicos, o tempo de eliminação do meconio póde soffrer variações, para mais ou para menos, não sendo possivel precisar-lhe os limites”

“CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA CONSTITUIÇÃO NA DEMENCIA PRECOCE E NA PSYCHOSE MANIACO-DEPRESSIVA”

PELO DR. ANDRÉ TEIXEIRA LIMA

Resumo da these:

“Dos doentes por nós observados, 19 são rotulados com o diagnostico de demencia precoce e os outros 4 restantes de psychose-maniaco-depressiva.

Serão descriptos, primeiro, os de demencia precoce e depois os maniaco-depressivos; em ultimo lugar faremos algumas considerações geraes.

Assim, a estatura é deficiente na maioria dos demente-precoces, sendo excessiva apenas em dois casos.

Quanto ao habito, isto é, á configuração morphologica, temos: microesplanchnicos impuros: observações 1, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 15, 18; pertencem fois a este typo quasi 50 % dos 19 doentes;

não ha microesplanchnico puro siquer;

são typos mixtos: observações: 2, 3, 4, 12, 16, 17; isto é, pouco menos de um terço ou sejam cerca de 31 %.

Da variedade megaloesplanchnica só ha tambem typos impuros: são os das observações: 8, 9, 10, 19, ou sejam 20 %, mais, ou menos.

Encontrámos, portanto, uma preponderancia do typo microesplanchnico impuro em doentes daquela cathegoria, isto é, de demencia precoce; vêm em seguida os typos mixtos e em ultimo logar os megaloesplanchnicos.

Quanto ao desenvolvimento sexual vimos que é sensivelmente completo nos 19 casos.;

em relação ao coração, elles se distribuem: *a*) do typo hypoevoluido: 12, 15, 16, 17 (provavelmente); *b*) normaes: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 13, 14; *c*) hyperevoluido: só ha um, o da observação 18; *d*) pathologicos: 11 e 20. São , portanto, normaes na maioria os corações (63 %); perto de 20 % dos hypoevoluidos e cerca de 4 % dos hyperevoluidos.

Sob o ponto de vista da formula leucocytaria, encontrámos: monócytose, nos doentes 4, 8, 10; lymphocytose em 1, 11, 16, 18; monocytose-lymphocytose em 3, 5, 6, 7, 12, 14, 19; monocytose-eosinophilia, nos doentes: 2, 9, 13, 15, e um caso de neutrophilia.

Resumindo o quadro hematologico, podemos dizer que ha um predomínio de monocytose-lymphocytose (perto de 37 %); encontrámos a mesma proporção de lymphocytose e de monocytose-eosinophilia, isto é, cerca de 20 %. sendo simples monocytose em quasi 15 %.

O systema muscular é medio nos doentes: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 18, 19; (73,5 %); mais ou menos excessivo em perto de 4 % (observ. n. 11); inferior á media em cerca de 20 %, casos: 10, 16, 15, 17.

Quanto ao tonus vegetativo, podemos com certa reserva reunir os resultados a que chegámos: em: sympathicotonia provavel do territorio cardiaco: 5, 13, 14; deste e de outros districtos: 6, 12, 17, 18; alguns signaes de parasympathicotonia na observação 4; systemas mais ou menos equilibrados, na maioria, 1, 2, 8, 9, 11, 15, 16, 19; symptomas sympathico e parasympathicotonicos no doente n. 10. (Neurotonia intrincada).

Encontrámos o signal de Stiller em dois delles: 19 e 12.

Não observámos acrosubcyanose, mãos e pés frios e humidos em 3 delles: 3, 11, e 18.

Dermographismo vermelho e trichographismo em todos se acham presentes, com excepção do caso 10, no qual, em vez de dermographismo vermelho encontrámos o elevado e trichographismo.

O reflexo pilo-motor foi notado nos casos: 1, 2, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, por conseguinte, em mais da metade dos casos.

O signal de Erben existia em: 2, 7, 16.

Não encontrámos os signaes de Somogyi e de Lowi em nenhum dos casos.

Quanto ao comportamento da glandula thyreoide, temos:

Augmento da glandula com hyperthyreoidismo: 10 (leve hyper-funcção), 12, 13, 14, 18, (a hypertrophia é só do lobo direito nos dois primeiros casos, bem como no quarto e global nos outros dois.

Bocio sem apparente alteração funcional da thyreoide: observação 11.

Ao contrario, symptommas que recordam os de Basedow mas que não são acompanhados de modificação apparente da glandula thyreoide, nas observações 5, 6, 17.

Nos quatro casos de psychose-maniaco-depressiva, encontrámos: A estatura é defficiente em todos.

Encontrámos um habito megaloesplanchnico impuro, obs. 20, um typo mixto, caso 22; e dois microesplanchnicos impuros, 21 e 23.

Desenvolvimento normal dos orgãos e caracteres sexuaes no doente 23; crytoorchidia incompleta (observação 21), ectopia testicular caso 20. Difficil é saber o estado das cellulas intersticiaes ovarianas sob o ponto de vista funcional (caso 22), pois a adiposidade de que é portador e a gynecomastia, bem como o incompleto desenvolvimento de certos caracteres sexuaes, (ausencia de barba), são nelle um conjuncto symptomatico de perturbação funcional que póde ser encontrado correndo por conta de outras glandulas e cujo diagnostico differencial carece para ser feito de outros elementos de que não dispomos.

O coração é hypoevoluído no caso 21; medio, observ. 22; pathologicos, 20 e 13.

O exame do sangue (contagem especifica) revela: monocytose (caso 23); monocytose-eosinophilia (caso 20), monocytose lymphocytose-eosinophilia (observ. 21) e formula leucocytaria normal no doente 23.

Desenvolvimento muscular: deficiente (observ. 21); medio (caso 23); excesso (casos 20 e 23).

Não parece haver grandes perturbações no systema vegetativo; no caso 22 apenas se nota ligeira predominancia sympathica do lado do coração.

Não encontrámos cyanose das mãos e dos pés em nenhum caso.

Nos doentes 20 e 21 observámos dermographismo e trichographismo, ao passo que nos casos 22 e 23 apenas trichographismo.

O signal de Erben é positivo somente no doente 20. Os de Somogyi e Lowi, negativos. Pilo-motor despertavel em todos, menos no ultimo (doente 23).

Deviamos agora fazer um confronto entre os resultados acima, de demencia precoce e psychose maniaco-depressiva; porém, a exiguidade de casos desta ultima natureza, nos obriga a assignar apenas o que vimos de mais interessante, principalmente em relação á primeira.

a) Predominancia de habito microesplanchnico, de accordo, portanto, com Kretschmer, Pende, etc.

b) signaes de hypoevolução sanguinea, caracterizada pelo excesso de monocytos ou de lymphocytos, ou de ambos ao mesmo tempo (formula degenerativa dos globulos brancos do sangue, de Bauer), na grande maioria dos casos (94 %), sendo um só com neutrophilia (hyperevolução).

Na psychose maniaco-depressiva tambem podem ser encontrados taes signaes, não sabemos porém em que proporções.

c) A acrosubcyanose é um phenomeno que encontrámos em quasi todos os dementes precoces (85 %).

Chamou-nos a attenção o numero elevado de doentes desta natureza com processos pathologicos da thyreoide, com ou sem signaes de alteração funcional e outros com symptomatologia que é frequente encontrar-se por perturbação funcional desta sem lesão apparente ao exame clinico. Entre os primeiros se contam 6 casos, e dos segundos, 3.

Quanto aos casos de psychose maniaco-depressiva, é interessante o facto de em tão poucos casos (4) termos encontrado dois com anomalia testicular (cryptoorchidia).

Convem assignar tambem a não existencia de nenhum elles de acrosubcyanose.

Para terminar convêm digamos, aliás não será pela primeira vez, que sob o ponto de vista das medidas anthropometricas e de suas resultantes, que são os differentes habitos, quando confrontadas com os valores medios, devemos notar terem sido usadas tabellas organizadas para determinados individuos que não brasileiros (os nossos são na maioria) e só da raça branca (entre os nossos ha alguns pretos) tabellas essas de Viola, como já dissemos. O mesmo se dá no que diz respeito ao peso, cuja excesso ou deficiencia determinámos baseando-nos nas conclusões de Bouchard, que podem ser as mesmas em nosso meio, mas de que ainda não ha confirmação.

A proposito das medidas anthropometricas diz, por exemplo, Viola, que tanto no micro como nos megaloesplanchnicos o diâmetro transverso da bacia é excessivo em relação ao transverso hypochondriaco. Nas nossas observações, porém, não foi isso que encontrámos, a não ser em dois casos apenas, sendo outros dois normaes e 19 oppositos á regra. Qual a conclusão que se deve tirar dahi? Deixaremos de lado a resposta, contentando-nos em assignar o facto.

Finalmente, devemos dizer algumas palavras sobre as provas pharmaco-dynamicas: a) com relação á adrenalina: deixámos para

anotar aqui o não apparecimento de glycosuria em nenhum caso, quando submettido á acção deste agente pharmacologico; dos resultados trazidos em cada observação, vemos que a reacção provocada por elle era pequena no que diz respeito ao aparelho circulatorio; acceleração em geral pequena dos batimentos cardiacos, elevação em um caso ou outro da pressão arterial: raramente produziu pallidez ou outro qualquer signal de sympathicotonia, a não ser tremor, que nunca chegou a ser notavel; b) a pilocarpina determinou em todos, em grau mais ou menos accentuado, o seguinte: sciallorrhéa e sudoracção; quanto á frequencia de pulso, em uns houve ligeira acceleração, não modificando em alguns e retardando em outros. Sómente em dois casos houve perturbações vesicaes e intestinaes (observs. 1 e 4).

c) atropina: em todos houve notavel acceleração do pulso: de 30 a 74 batimentos por minuto. Em relação á secura da pharynge e da bocca, sómente em alguns nos foi possivel notar, prejuizo este determinado pela especial cathegoria dos nossos doentes

Em virtude da fraca reacção da maioria dos observados áquelles agentes, e de serem contradictorios muitos resultados de uns e de outros, bastante difficil achámos a sua interpretação, que, no entanto, nos permite dizer não haver num só caso o quadro da sympathico ou parasymphaticotonia completa, parecendo antes dominar uma neurotonia intrincada”

“CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DOS SYNDROMAS EXTRA-PYRAMIDAES”

PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA CAMARGO

Um excerpto, referente á distonia de torsão:

“A distonia de torsão é hoje considerada por todos os autores um syndroma de natureza organica, determinado por lesões anatomicas assestadas no corpo estriado e vias extra-pyramidaes.

Como syndroma extra-pyramidal, os transtornos que nelle se observam são para o lado da motilidade involuntaria e do tonus muscular.

Contrariamente ás affecções pyramidaes, cuja contractura estavel imprime ao enfermo characteristics attitudes, a distonia que nelle se observa determina rigidez global, atacando indistinctamente varios grupos musculares, e rigidez variavel, diminuindo com o repouso, a estação decubito, o somno, cedendo com a mobilização passiva dos membros.

Não apresenta modificações dos reflexos tendinosos, senão quando a hypotonia é por demais manifesta para diminui-los. Não

ha diminuição dos reflexos cutaneos ou abdominaes; não ha clonus; não ha paralyrias. Ausencia de perturbações sensitivas, sensoriaes, cerebelosas, vestibulares.

Sua etiologia é varia e reconhece causas toxicas, traumaticas, tumoraes, congenitas e, principalmente, infecciosas. Como nenhuma destas causas tem predilecção especial por certas epochas da vida individual ou pelo sexo ou pelas raças, condicionando-se apenas pelos factores, aliás, constantes em toda a pathologia, de terreno e intercurrencia, a enfermidade attinge, indistinctamente, individuos de ambos os sexos, todas as raças, todas as idades.

Sua symptomatologia é multipla, como multipla é a extensão, a intensidade, a rapidez do processo anatomo-pathologico. As formas exuberantes, classicas, de espasmos generalizados, juntam-se formas frustas, mono-symptomaticas, localizadas, completas ou incompletas.

Sua evolução condiciona-se, tambem, a esse mesmo motivo: progressiva, quando de lesões extensas e graves; estacionaria ou regressivas, quando o processo não absorve todas os centros e vias extra-pyramidaes, reguladores do tonus e da motilidade elementar.

O conceito assim estabelecido, parecem-nos diminutas as probabilidades de erros de diagnostico, tão frequentes quando as observações, ainda poucas, não davam á distonia de torsão seu aspecto clinico, etiologico e anatomo-pathologico, que hoje possúe”

HYGIENE PRENATAL

PELO DR. IVO LINDENBERG QUINTANILHA

Eis as conclusões do autor:

I — Do preparo pre-natal é que depende uma raça forte e sadia, indice do desenvolvimento dos povos civilizados.

II — A falta de cuidados prenataes bem organizados concorre para augmentar a mortalidade, a mortalidade infantil, natalidade doentia e a mortalidade e morbidade maternas.

III — A interdicção absoluta do trabalho não é condição ideal para a gestante; o que ella necessita é trabalho proporcional e compativel com suas energias.

VI — Os trabalhos pesados e os que podem determinar traumatismo devem ser interdictos ás gestantes.

V — As operarias gravidas devem ser afastadas das profissões que implicam manejo de substancias toxicas.

VI — O repouso no ultimo periodo de gravidez e no pós-parto concorre para melhoria do producto conceptual e se exalta de valor pelos proveitos maternos.

VII — Para cumprir o fim a que se designa, o repouso deve ser obrigatorio, isto é, legislado e, além disso, indemnizado.

VIII — As associações philanthropicas trariam de certo um valioso auxilio á premente situação em que nos encontramos.

IX — O augmento do numero de Centros de Saúde nos diversos bairros é de uma grande necessidade.

X — A mortalidade de creanças menores de um anno fallecidas nesta Capital, por causas prenataes, nataes e neonataes tem diminuido após a criação dos serviços de Hygiene Prenatal.

“CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DAS ENCEPHALOPATHIAS INFANTIS”

PELO DR. ALVARO DE OLIVEIRA RIBEIRO

São as seguintes as conclusões do autor:

“As encephalopathias infantis acarretam, com mais frequencia, perturbações mentaes que desordens somaticas.

Aquellas se caracterizam, sobretudo, por phenomenos de deficiencia mental; estas, por syndromos neurologicos os mais variados.

As toxi-infecções da primeira infancia constituem o principal factor das cerebropathias infantis, segundo se depreende da historia pessoal dos doentes e do character das lesões encontradas.

As lesões antomo-pathologicas são constantes e se traduzem principalmente: *Na diotia por*: microcephalia, meningo-encephalite accentuada; microgyria e atrophia das circumvoluções; esclerose cerebral diffusa; proferação da glia; camadas cellulares irreconheciveis; dilatação ventricular.

Na imbecilidade por: leptomeningite discreta: microgyria dos lóbos frontaes; esclerose cerebral; adelgaçamento do corpo calloso; dilatação ventricular; kystos nos plexus choroides.

Na imbecilidade e alcoolismo por: meningo-encephalite; microgyria com esclerose dos lóbos frontaes; dilatação ventricular.

Na imbecilidade e epilepsia por: microcephalia, meningo-encephalite; esclerose atrophica; dilatação ventricular com ependymite; kystos nos plexus choroides; cavidades porencephalicas; adelgaçamento do corpo calloso.

A esclerose tuberosa (istio-atypia-cortical disseminada) é uma lesão rara entre nós, por isso que não nos foi dado encontrar nenhum caso, entre os que observamos.

Pode não existir relação absoluta, entre symptomatologia clinica e lesões anatomo-pathologicas. Confirmando tal asserto, lembramos um dos nossos casos em que o exame macroscopico do cerebro revelou, na região parieto-temporal do hemispherio direito, uma esclerose atrophica muito accentuada. Entretanto a symptomatologia clinica, representada tão sómente, por um certo gráu de imbecilidade, com crises epilepticas, não deixava transparecer lesões tão graves.

A prophylaxia, deve constituir o principal objectivo do medico, visando sobretudo a ignorancia dos paes, no tocante ás possiveis consequencias, para a saúde intellectual e physica de seus filhos, de infecções, intoxicações e traumatismos.

Uma vez installada a esclerose cerebral, todo o tratamento medico é puramente palliativo.

Com respeito a deficiencia mental, a assistencia medico-pedagogica dá muitas vezes optimos resultados”

“O CLINICO E A SAUDE PUBLICA”

PELO DR. ALBERTO CALDARELLI

As conclusões do autor são as seguintes:

“1.^a — Embora campos de actividade differente, a clinica e a hygiene devem ter uma estreita e mutua collaboraçã, quando se tem por escopo a saúde da collectividade.

2.^a — A hygiene não póde, em qualquer ramo de sua actividade, prescindir do auxilio do clinico e da medicina curativa, para ter resultados satisfactorios nos grandes problemas de saude publica.

3.^a — Os clinicos, por sua vez, não podem jogar com uma therapeutica adequada, sem introduzir nella as medidas fornecidas pela Medicina Preventiva. Tempo virá em que a arte de curar dará o seu lugar á arte de prevenir.

4.^o — O conceito absoluto da guarda do segredo medico profissional interpõe-se, como impecilho, no auxilio que os clinicos podem fornecer a certos problemas e medidas sanitarias. A quebra dessa guarda é essencialmente necessaria, quando o seu silencio venha prejudicar terceiros ou a collectividade.

5.^o — Emfim, sendo a norma de conducta do medico: curar, alliviar e consolar, nós ousaremos accrescentar: CURAR E PREVENIR, alliviar e consolar”

“CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DAS NEURALGIAS SCIATICAS;
SEU TRATAMENTO PELA ALCOOLIZAÇÃO”

PELO DR. ANTONIO RODRIGUES NETTO

A parte experimental do trabalho do autor foi realizada em cobayas.

Para isso alcoolizou o nervo sciatico de diversas cobayas, ao nivel da sua sahida pela chanfradura sciatica; sacrificou-as com diversos dias de espera: depois de 10, 20, 30 e 60 dias.

A paralysis do membro alcoolizado appareceu sempre logo ás primeiras horas da experiencia, enquanto que a atrophia muscular sempre demorou alguns dias para se exteriorizar.

Quanto ás modificações histo-pathologicas consequentes, são patenteadas pelas descripções das micro-photographias que reproduzimos.

LAMINA 1 — O nervo foi apanhado obliquamente pelo corte. Mostra sua architectura mais ou menos bem conservada, vendo-se alguns feixes de fibras nervosas de asepecto aparentemente normal interceptadas por traves connectivas do perinervo, que se apresenta infiltrado por numerosos leucocytos entre os quaes alguns polymorphos nucleares neutrophilos, outros eosinophilos e a maioria por lymphocitos e fibroblastos, mais condensados em certos pontos de modo a formar nodulos inflammatorios no perinervo alem de ligeira infiltração diffusa existente.

Não se observa neste corte o epinervo, alem disso, em alguns pontos, vêm-se feixes de fibras nervosas medulladas collocadas para fóra do territorio do nervo, como que sahindo do nervo dispostas obliqua ou perpendicularmente a este, porem sem apresentar seus envoltorios connectivaes normaes (acção do traumatismo na retirada do organo para fixar?).

A inflamação está nitidamente limitada ao perinervo, não se observando no interior dos feixes senão rarissimos leucocytos. Os espaços lymphaticos perinervaees tambem se mostram igualmente limpidos, permeaveis, sem cellulas inflammatorias.

Neste corte, vêm-se tambem lobulos de tecido adiposo fortemente infiltrados pelo mesmo exudato inflammatorio. Partes de musculos voluntarios adjacentes ao nervo, não se mostram neste corte senão raramente invadidas pela inflamação.

DIAGNOSTICO. — Nevrite intersticial sub-aguda tendendo para chronica, affectando o typo “nevrites por contiguidade”

LAMINA 2 — Corte de musculo estriado voluntario. Nota-se que a parte media da massa muscular é atravessada por uma faixa de tecido conjunctivo jovem.

Nos bordos dessa faixa o tecido conjuntivo invade os espaços entre as fibras musculares, que mostram nas proximidades varios aspectos de degeneração e de atrophia, chegando até ao desaparecimento de muitas fibras e sua substituição pelo tecido conjuntivo.

Em algumas dessas fibras musculares, se observa uma intensa proliferação nuclear, de modo que quando cortadas transversalmente á primeira vista o seu aspecto lembra o das cellulas gigantes.

LAMINA 3 — O nervo, cortado aqui transversalmente, mostra as linhas geraes de sua constituição architectural conservada. Porém o perinervo se mostra completamente fundido ao epinervo por tecido conjuntivo denso, havendo portanto um gráo intenso de esclerose. Quer no perinervo como no epinervo, não se observa vestigio de exudato inflammatorio. Os espaços lymphaticos perinervaes se apresentam normaes.

Alguns feixes são volumosos e mostram suas fibras medulares normaes. Outros porem são pequenos, atrophicos e mostram uma intensa proliferação e espessamento, que, á primeira vista, parece correr por conta de um espessamento do endonervo.

Examinando-se porem com um forte augmento (Lamina 3, grande augmento), nota-se que os espessos septos intra-fasciculares são constituídos, não por fibras collagenas, mas por elementos cellulares ricos em protoplasma e emittindo expansões que se anastomosam largamente entre si affectando uma disposição synciceal. Trata-se pois visivelmente de uma proliferação de cellulas de SWANN e não de esclerose do endonervo

Nas malhas desta rêde synciceal, notam-se em alguns pontos nucleos redondos, claros e volumosos, e uma substancia de estructura alveolar, esponjosa, que as preenche completamente parecendo pois tratar-se de cellulas granulosas contendo em seu interior vestigios de myelina em vias de reabsorção.

Em nenhum ponto se notam vestigios de cylindro eixo.

Alguns outros feixes mostram gráus menos adiantados de formação desses tubos de cellulas de SWANN, mostrando porem sempre em suas malhas as numerosas cellulas granulosas de protoplasma claro e esponjoso e em alguns pontos o cylindro eixo ainda com aspecto aparentemente normal.

Num determinado ponto do epinervo se observam numerosos vasos capilares neoformados, de um tecido de granulação typico, que se continua para fóra do nervo occupando uma parte do corte.

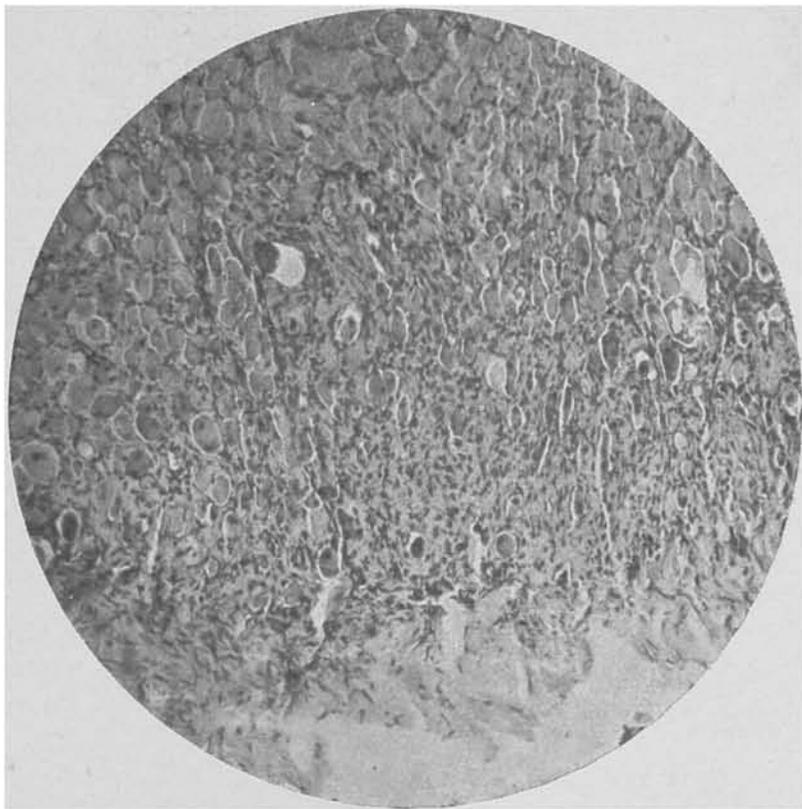
No restante do corte observam-se massas musculares estriadas mostrando graus variaveis de uma intensa myosite chronica.

Nas partes mais proximas ao nervo, notam-se varios pequenos fócos hemorrhagicos.

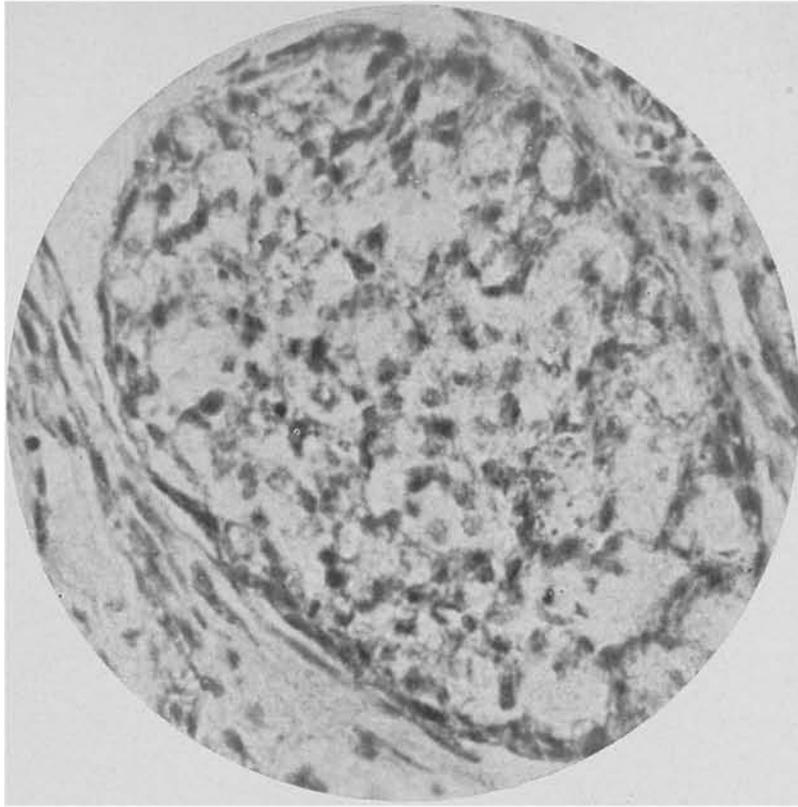
LAMINA 4 — O nervo apresenta o epinervo e o perinervo fundidos por um grau intenso de esclerose.



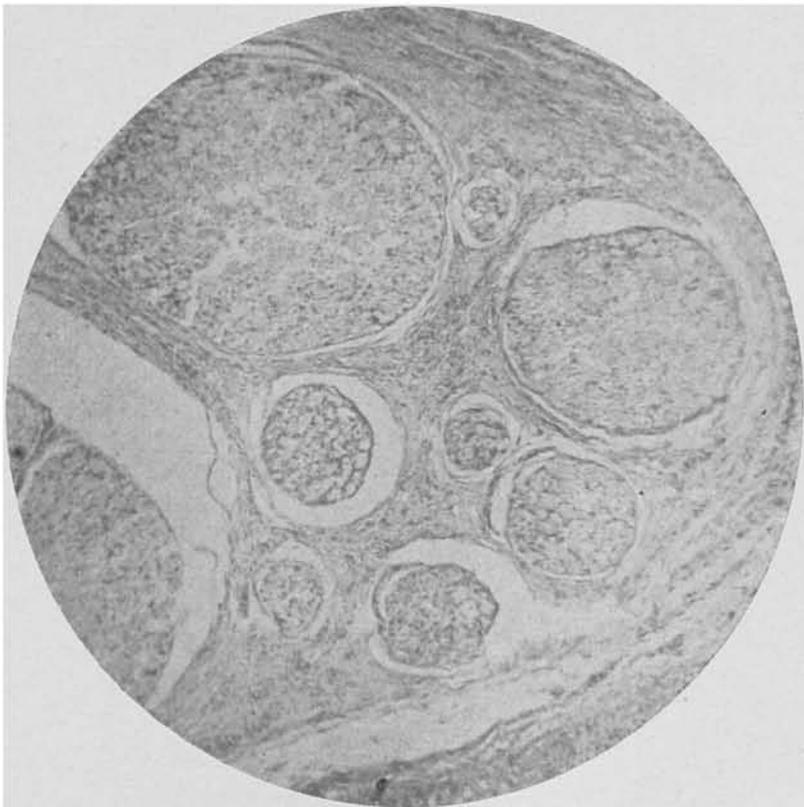
LAMINA 1



LAMINA 2



LAMINA 3
GRANDE AUGMENTO



LAMINA 3
PEQUENO AUGMENTO



LAMINA 4

Um feixe é volumoso e mostra ainda um bom numero de fibras medulladas normaes. Nos outros pontos nota-se a proliferação das cellulas de SCHWAM, de desaparecimento do cylindro eixo, e presença de estructura esponjosa no interior das malhas do endonervo.

Todos os outros feixes se apresentam excessivamente pequenos, atrophicos, mostrando em seu interior apenas um reticulo de cellulas de SCHWAM, proliferadas.

Em varios córtes, os feixes de fibras nervosas apresentam um quadro degenerativo, cujos caracteres lembram (tanto quanto é possível concluir-se de preparações feitas por methods inadequados para o estudo mesmo das lesões dos nervos periphericos) o quadro de degeneração Walleriana.

“O CITRATO DE SODIO NA THERAPEUTICA DAS HEMORRHAGIAS”

PELO DR. FRANCISCO DE PAULA XAVIER

São estas conclusões do autor:

1.^a — O citrato de sodio, quando administrado em injeções endovenosas, em grandes doses de 3 a 8 grammas para o homem, produz um accentuado e progressivo encurtamento do tempo de coagulação do sangue, que geralmente alcança seu maximo dentro de uma hora, podendo persistir por muitas horas. Via de regra, o tempo de coagulação vagorosamente volta ao normal dentro de 24 horas.

2.^a — Nós temos empregado soluções de citrato de sodio a 25 %. Injectámos, por via endovenosa, 20 centímetros cubicos d'esta solução, que correspondem exactamente a 5 grammas do sal.

O citrato de sodio deve ser chimicamente puro e a solução perfeitamente esterilizada.

3.^a — E' convenientemente esta dose de 5 grammas. Ella dá optimo resultado e é muito bem supportada pelos doentes. Nós não observámos nunca nenhum accidente.

4.^o — A injeção deve ser feita muito lentamente, continuamente, durante nunca menos de 15 minutos.

5.^o — O grande perigo existe em se fazer a injeção apressadamente. Feita muito lentamente é destinada de accidentes.

6.^o — Com estas observações como base, a injeção endovenosa, muito lenta, de citrato de sodio até 5 grammas, tem sido empregada com muito successo para parar as hemorragias devidas á ulcera gastrica, febre typhoide (enterorrhagia), tuberculose pulmonar (he-

moptyse) e outras condições sangrentas que não sejam acompanhadas por diminuição ou doença das plaquetas sanguíneas.

7.º — Nunca se observou tendência á thrombose intravascular e os autores americanos consideram este perigo como improvável. O perigo real a ser levado em conta é a injeção apressada.

8.º — Nas doenças hemorrhagicas do sangue, como “purpura hemorrhagica” e “hemophilia congenita” seu uso é absolutamente contraindicado.

9.º — O citrato de sodio, administrado sob esta fórmula, goza de propriedades hemostaticas e como tal deve ser introduzido na therapeutica das hemorrhagias”

“CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO CLINICO DA ENCEPHALITE EPIDEMICA”

PELA DRA. MARGARIDA DE CAMARGO BARROS

A autora chegou ás seguintes conclusões:

I — O estudo da *encephalite epidemica* apresenta ainda grande numero de problemas a resolver. Seu extremo polymorphismo e a variabilidade extraordinaria de seu conjuncto symptomatico fazem dessa molestia “o grande perturbador da neurologia clinica contemporanea”

II — A *forma classica da encephalite epidemica*, traducção das lesões do complexo pallido-mesencephalico, não é a unica e nem mesmo a mais commum em todas as epidemias. A seu lado existem outras, numerosas, que apresentam physionomia muito diversa e peculiar.

III — O *virus encephalico* sem perder a sua affinidade para o systema nervoso, prefere ás vezes *localisações inferiores* ao mesencephalo, dando origem ás *formas baixas e periphericas* da molestia.

IV — As *formas algomyoclonica e myoclonica* são frequentes.

As myoclonias podem ser a primeira manifestação da doença; não raro só apparecem depois de outras perturbações e, ainda, em muitos casos, apenas entram em scena como accidente tardio, tempos depois de passado o episodio agudo inicial.

As myoclonias, quando bem verificadas, podem orientar um diagnostico incerto.

Entre as manifestações tardias da molestia, as myoclonias são as que offerecem prognostico mais favoravel.

As myoclonias localisadas são devidas ao compromettimento de centros medulares e bulbo-protuberanciaes.

V — *As formas baixas* da encefalite caracterizadas exclusivamente por *myelites* e *radiculites* são raras, seu prognostico, em geral, bom.

VI — *As polynevrites encephalíticas* (formas periféricas) são importantes, sobretudo, por despertarem a questão do diagnostico etiologico.

Existem caracteres proprios ás polynevrites provocadas pelo virus da encefalite.

VII — Quando a *polynevrite* surge como accidente tardio da molestia, seu prognostico é, em geral, bom.

Nas formas agudas, iniciaes, não raro a paralyisia se torna ascendente o quadro é em tudo semelhante ao do syndromo de Landry; nestes, a evolução conduz á morte, rapidamente.

VIII — A gravidade da encefalite epidemica não decorre apenas da que póde apresentar a sua evolução aguda, que pode ser rapidamente mortal. *As formas prolongadas, as manifestações tardias* da molestia constituem a mais terrivel ameaça e conferem-lhe, pela sua incurabilidade em alguns casos, o caracter de verdadeira doença chronica.

IX — No estado actual de nossos conhecimentos não podemos assignalar um termo preciso á *evolução* de uma encefalite epidemica.

X — As diversas estatisticas publicadas a respeito da *frequencia das manifestações tardias da molestia*, fatalmente deficientes, não deixam de nos levar á convicção de que ellas são muito comuns, quasi habituaes.

XI — Qualquer manifestação encephalítica pode sobrevir:

a) como forma prolongada de um symptoma presente durante a evolução do episodio inicial.

b) como reincidencia tardia, podendo apparecer mais de dois annos depois da cura apparente

c) como primeira manifestação tardia ed uma encefalite, cuja phase aguda passou completamente desapercibida.

XII — De todas as sequelas da encefalite a mais importante é, sem duvida, o *syndromo parkinsoniano*. E' excepcional que uma encefalite deixe de apresentar em todos os seus periodos algum signal de parkinsonismo.

XIII — Ao lado do parkinsonismo e muitas vezes sommados a elle existem *outros phenomenos* post-encephalíticos, que sempre importa conhecer.

XIV — Existem, apesar de pouco numerosos, parkinsonianos post-encephalíticos com phenomenos *pseudo-bulbares*. Esta concomitancia dos dois grandes syndromos de desintegração se explica pela diffusão do processo pathologico, que interessa não apenas o complexo pallido-mesencephalico mas tambem o striatum e a corticalidade.

As lesões de desintegração da encephalite são muito semelhantes às que se encontram no cerebro senil. A encephalite chronica realisa anatomicamente, até um certo ponto, uma senilidade cerebral precoce.

XV — No decurso do parkinsonismo post-encephalítico surge ás vezes, raramente, a *palilalia*. Palilalia é uma perturbação da palavra caracterizada pela repetição incoercível e consciente de uma palavra ou phrase da conversação. Não está ligada a uma perturbação mental preexistente. E' um phenomeno bem individualizado sendo sempre possível distinguil-a de outra qualquer perturbação da palavra.

Uma vez manifestada, a palilalia é definitiva, não desaparece nem mesmo se attenua.

XVI — As *perturbações visuaes* post-encephalíticas são numerosas.

Entre ellas, a elevação tonica dos globos oculares para cima e o syndromo de Parinaud são das mais raras.

O tique ocular referido, em muitos casos, está ligado a um estado de vagotonismo attestado no exaggero do reflexo oculo-cardiaco, observado em quasi todos os doentes que o apresentam.

A atropina tem sido usada com vantagem nesses casos.

O syndromo de Parinaud consiste na perda dos movimentos associados de elevação e abaixamento dos globos oculares — é a paralyisia vertical do olhar; póde se manifestar sob a forma de crise.

XVII — A encephalite epidemica póde determinar o apparecimento de *perturbações mentaes duradouras*, quer em adultos quer em creanças.

Nos adultos são principalmente perturbações depressivas e phenomenos hebefreno-catatonicos os mais communs.

As perturbações psychicas post-encephalíticas estão sob a dependencia das lesões da corticalidade.

XVIII — *O diagnostico* das manifestações tardias da encephalite comporta um diagnostico differencial, que varia nos diversos casos, e um diagnostico etiologico, ás vezes muito importante.

XIX — *O prognostico* das sequelas da encephalite é, em geral, muito sombrio, dominando sempre pela possibilidade da evolução tardia de um syndromo parkinsoniano, como acontece frequentemente, quaesquer tenham sido os symptomas primeiros.

XX — *O tratamento* da encephalite é ainda hoje muito precario.

O salicylato de sodio é o medicamento de escolha para as formas agudas e para as reincidencias tardias da molestia.

Deve ser administrado endovenosamente, no sôro glycosado e em dóses variaveis conforme o caso.

Para o tremor parkinsoniano o bromhydrato de escopolamina dá os melhores resultados.

XXI — Os modernos estudos experimentaes, pondo em evidencia a analogia entre o *virus da encephalite e o da raiva*, fazem entrever a possibilidade de se encontrar para a primeira um meio tão efficaz de tratamento quanto para a segunda é o da *vaccinação por meio do virus attenuado*”.

“A CONSOLIDAÇÃO DAS FRACTURAS E A LEI DOS ACCIDENTES NO TRABALHO”

PELO DR. MARIO BRASIL COCOCI

As conclusões do autor são as seguintes:

- 1.º As fracturas são muito frequentes nos infortunios do trabalho.
- 2.º São accidentes graves:
 - a) porque sempre acarretam incapacidade para o trabalho;
 - b) porque as incapacidades sendo, na maioria dos casos, temporarias, são, comtudo, de duração longa;
 - c) porque acarretam, muitas vezes, incapacidades permanentes; e
 - d) porque podem ter como consequencia a morte.
- 3.º O medico perito de um caso de infortunio do trabalho em que verifique uma fractura terá difficuldade em fazer o prognostico que a lei exige.
- 4.º O medico perito deverá procurar com cuidado a causa da fractura para julgar da responsabilidade do patrão.
- 5.º A Lei dos Accidentes do Trabalho devia exigir que o patrão mandasse operar o seu operario em todos os casos indicados, uma vez que este concordasse, ficando entretanto salva a responsabilidade do patrão nos casos de complicações advindas por insuccesso da intervenção.
- 6.º O numero de incapacitados para o trabalho normal, por causa das fracturas mal consolidadas, cresce diariamente.
- 7.º As indemnisações pagas aos incapacitados não compensam ao operario pelo damno sofrido e constituem “deficit” para a sociedade, a qual, além disso, perde um homem que produzia, levando-se em conta que cada individuo util representa um “capital” para o paiz.

“A REACÇÃO DA SEDIMENTAÇÃO NA PROPEDEUTICA GYNECOLOGICA”

PELO DR. JOAQUIM DA SILVA AZEVEDO

Eis as conclusões a que chegou o autor:

I — A reacção de Fahraeus é um recurso propedeutico gynecologico, de pratica aconselhavel pela sua simplicidade e valor apreciavel.

II — Sentencia com grande segurança sobre a verdadeira phase evolutiva de um processo inflammatorio annexial, permittindo ajuizar-se da oportunidade da instituição do tratamento adequado.

III — Permite de certa fórma o diagnostico differencial entre um processo inflammatorio annexial e uma prenhez extra uterina intacta.

IV — O mesmo não succede na incidencia de uma prenhez extra uterina rota, quando se deixa influenciar pela abundancia da hemorrhagia interna.

V — Sem embargo, reforça pelos seus resultados a hypothese da gynecopathia mais amoldavel a symptomatologia do caso clinico.

VI — Não é recurso de relevo nos neoplasmas malignos, quer quanto ao diagnostico prematuro de um caso incipiente, quer quanto ao vislumbamento antecipado de uma recidiva ou metastase.

VII — Nas demais gynecopathias o seu resultado se subordina á existencia ou inexistencia do factor inflammatorio, bem como de outros elementos, constituindo recurso propedeutico de valor muito relativo.

VIII — Nem porisso deverá prescindir-se da sua pratica, pois não raro um resultado que se divorcie do esperado, resalva uma therapeutica intempestiva e o conceito do especialista.

“EUGENIA E SELECÇÃO”

PELO DR. PAULO DE GODOY MOREIRA E COSTA

Tratando dos processos de esterilização da mulher, diz:

“Muito propozitadamente deixamos para o fim a aluzão a 3 processos que em S. Paulo têm dado bons resultados.

Assim temos o processo indicado pelo dr. Luciano Gualberto, proficiente cirurjião paulista. E’ a salpingectomia acompanhada de ligamentopexia.

Este processo apresenta as seguintes vantagens: a) tecnica duma grande simplicidade, donde economia de tempo; b) peritonização

absoluta, afastando assim o perigo de adherencias posteriores; c) colóca o utero em bôa posição. Em linhas geraes a tecnica é a seguinte: fixado o utero e orientadas em bôa posição as trompas, transfixa-se com uma agulha e sutura o mezo tubo-ovariano e se toma o pedículo da arteria ovariana. O ramo inicial desta ligadura é posto numa pinça de Kocher e deixado a parte. Depois, com um golpe de tezoura, separa-se a trompa do seu mezo, até a sua inserção interna, onde se termina a secção em angulo agudo, em pleno tecido uterino. Passa-se, então, a sutura do mezo que é terminada por um ponto cruzado, ao nivel do corno uterino. Retomando-se agora o fio inicial do pedículo e o terminal desta sutura, faz-se um nó aproximando o ovario do corno uterino. Faz-se o mesmo do lado oposto, completando-se a salpingectomia. Em seguida procede-se a ligamentopexia.

O autor deste processo, empregando-o innumeradas vezes, não teve nenhum insucesso.

Trabalhando ha alguns anos na Enfermaria do Prof. Moraes Barros, illustre catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, apreciando-lhe o apuro da tecnica confessamos as nossas simpatias pelo processo preferentemente empregado no seu modelar serviço hospitalar.

A exemplo de Kustner e Neumann, o Prof. Moraes Barros secciona a trompa junto ao angulo uterino. A extremidade interna restante é extirpada, mercê de uma incizão em cunha que interessa a musculatura uterina. Em seguida pratica uma sutura corrida cuidada, aproximando as duas faces da ferida uterina, de molde a assegurar uma perfeita obliteração, o que naturalmente se verificará pois as duas faces afrontadas são constituídas por tecido muscular, tendo sido excizada toda a porção intersticial da trompa. A outra extremidade tubaria é ligada e perfeitamente peritonizada.

A engenhozidade do método que mereceu a preferencia do acautado e illustre professor da nossa Escóla Médica, que sempre o executa nas ocasiões adequadas, parece-nos sobrepujar aos outros acima mencionados, seja pela tecnica impecavel, seja pela simplicidade e segurança. Nunca constatámos um insucesso ou acidente.

E' ao nosso vêr, o processo que mais garante o objêtivo vizado, não se tendo registado insucesso, só possivel, diz Lasch, no caso de um afrouxamento precoce da sutura de cat-gut, ocorrencia esta tão rara que não devemos computá-la.

O outro processo que vem, nestes ultimos mezes, sendo praticado pelo Prof. Moraes Barros é o de Madlener, largamente empregado por Wathard, em Zurick.

Waser, seu assistente, em recente estatística, menciona 225 cazos com um unico insucesso !!

Na clínica do Prof. Weber, em Munich, é êle empregado com bons resultados.

Os seus entuziastas assim o focalizam: “é um processo rápido, fácil, exangue, e seguro, sendo preciso, fundamentalmente, evitar-se a dilaceração”

A tecnica do processo Madlener é a seguinte: a trompa é agarrada na sua parte média com uma pinça, puxada para cima, acotovelada em angulo, esmagado com o enterotriptor de Doyen e ligada com sêda.

Porêem, o numero reduzido de cazos em que tem sido o método aqui empregado e considerando sobretudo, a deficiencia do factor tempo, de culminante importancia, não autoriza, ainda ilações a respeito. E' de supor, êntretanto, pela experimentação das outras clínicas, principalmente das alemãs, que se confirmem aquí os magníficos rezultados lá conseguidos.

No momento actual, porêem, achamos que o método de Kustner suplanta, senão em enghozidade, pelo menos em segurança o de Madlener.

São estes os processos que, pelos rezultados colhidos, achamos de maior eficiencia.

Serão, êntretanto, os processos ideáis ?

Talvez, pois satisfazem o objétivo com segurança e com o mínimo de lezões anatómicas e perturbações funcçionaes”

* * *

As ultimas palavras do seu trabalho são estas:

“A esterilização humana para fins eugénicos e raciaes não póde ser considerada absurda e impraticavel. Acoimar de impossivel essa inovação científica, significa a mais solêne capitulação, pela fraqueza, da Ciencia, cujo culto professamos. Porque a ciencia é evoluir, transformar, melhor. A rotina, inercia e involução, não a poderá fixar no tempo e no espaço.

Tambem não se afirme nem se averbe de falsa e imoral a esterilização eugénica.

Lembremo-nos que a “microbia” foi durante largos anos o parto de cerebros degenerados e a geração espontanea uma verdade macissa !!

* * *

Na evolução da vida e do homem é imperativo a coragem de afirmar e a vontade de realizar, si quizermos marchar rezolutamente para o melhor”

"TRATAMENTO DAS VARIZES PELO METHODO DE NOBL"

PELO DR. ANTONIO MARTINIANO DE MOURA ALBUQUERQUE FILHO

As conclusões do autor são estas:

I — O tratamento das varizes pelos methodos phlebo-esclerosantes realizou um grande progresso com a introducção da glycose, tornando-se muito mais facil e seguro e approximando-se das solicitações ideaes que almejam um effeito absolutamente seguro, com ausencia de todos os phenomenos secundarios desagradaveis.

II — A incontestavel superioridade do methodo de Nobl, sobre os outros methodos phlebo-esclerosantes admissiveis, esteia-se na *absoluta innocuidade da glycose* para o organismo e na propriedade fundamental de *não produzir necrose* em contacto com os tecidos peri-venosos e de ser reabsorvida sem dor, quando em contacto com estes tecidos, sendo que, além disso, exerce, em virtude da osmose, uma acção curativa, por se tratar de uma solução hypertonica.

III — A ausencia de necrose mostra ser a solução de glycose *completamente indifferente para o tecido intersticial*. A glycose possui, outrosim, uma acção electiva sobre a intima venosa.

IV — Firmada a superioridade do methodo de Nobl sobre os outros methodos phlebo-esclerosantes, traçamos a directriz seguinte: — em principio, *todas as varizes devem ser tratadas pela glycose*.

V — Deve-se recorrer aos outros methodos phlebo-esclerosantes, nos casos excepçionaes que se mostrarem refractarios ao assucar da uva, procurando-se, sempre, lançar mão de substancias dotadas de menor toxidez e de maior poder de acção.

VI — Com a glycose, o tratamento das varizes tornou-se muito mais facil, podendo mesmo ser applicado por medicos pouco exercitados.

VII — A sua ampla applicação favorecerá a facil e incruenta supressão do soffrimento varicoso, pela remoção das perturbações funcçionaes, dos symptomas subjectivos e das complicações penosas que acompanham a doença; prevenirá a incidencia de todos os estados consecutivos ás varizes; e produzirá completo effeito esthetico, no fim de algum tempo, porque o endurecimento cordiforme da veia obliterada se reabsorve lentamente.

VIII — Deve-se procurar, no intuito de se obter uma cura definitiva e eliminação de recidivas, não só a supressão de algumas ou das maiores dilatações venosas mas, igualmente, sempre que fôr possível, a de todas as varizes accessiveis, esforçando-se no uso de uma technica rigorosa, afim de conseguirem-se reacções fortes.

IX — Resumindo os resultados colhidos pelo emprego do methodo phlebo-esclerosante, em synthese rapida, affirmamos ser esse methodo:

- 1.º) de uma innocuidade absoluta;
- 2.º) de uma execução facillima;
- 3.º) ambulatorio durante toda a sua duração;
- 4.º) de resultados seguros e duradouros; e
- 5.º) completamente indolor.

“DA PERICIA MEDICO-LEGAL NA ELECTROPLESSÃO”

PELO DR. JOÃO DE SOUSA DIAS

As conclusões do autor são as seguintes:

1.ª) A queimadura é o signal de maior valia na diagnose medico-legal da electroplessão e tem um aspecto caracteristico, indicando logo a sua origem.

2.ª) Relacionando-se á queimadura da pelle, o perito deverá pesquisar as queimaduras dos pellos, as particulas metallicas desprendidas do conductor da corrente, quando isto se dá; vestigios da pelle e seus annexos nos conductores, etc.

3.ª) A ausencia de queimadura não implica a negação do contacto.

4.ª) Avaliando a resistencia opposta á passagem da corrente, o perito levará em consideração os diversos factores que determinam a sua variabilidade: pelle, estructura e imbebição, estado pathologico, modalidades do contacto, distancia dos pontos de contacto, influencia das vestes, etc.

5.ª) E' necessario estudar as characteristics das correntes em cada caso particular de conformidade com a resistencia oposta para verificar si ella atravessou o organismo com uma intensidade mortal, cujo limite minimo pode ser fixado em 80 milliampéres.

6.ª) A morte na electroplessão se faz pela parada do coração em tremulações fibrillares, nas baixas voltagens; paralysisa do coração e inibição dos centros nervosos da respiração nas medias; e, inibição nevosa da respiração nas altas voltagens. Pode todavia, a morte se processar pela asphyxia determinada pela tetanisação dos musculos do organismo ou pela presença de materias extranhas nas vias aereas superiores.

7.^a O quadro anatomo-pathologico da electroplessão não é caracteristico, sobretudo quando a morte se deu pela parada do coração; nas mortes lentas, se encontram todas as lesões da asphyxia.

8.^a) Especial attenção merecerão do medico legista, as lesões já existentes e que concorrem augmentando o poder lethifero da corrente electrica, como sejam lesões valvulares, com ou sem dilatação do coração, scleroses visceraes, lesões renaes, ethylismo gastrico, etc.

“O PNEUMOPERITONEO EM GYNECOLOGIA”

PELO DR. ITÁGYBA MARTINS VILLAÇA

Eis as conclusões do autor:

I — O pneumoperitoneo é recurso propedeutico que ainda se sesente de defficiencias technicas.

II — Não é amoldavel ás exigencias dos ambulatorios.

III — Apresenta alguns perigos, facil e seguramente evitaveis pela stricta observancia dos bons preceitos technicos.

IV — O seu maximo de eficiencia diagnostica reside nas mal-formações genitae, quando supera mesmo os demais recursos propedeuticos.

V — Na suspeita de adherencias e na delimitação das massas tumoraes é valiosa a contribuição decorrente da sua pratica.

VI — Nas demais gynecopathias o contingente elucidativo é pouco apreciavel, mas nem porisso completamente desprezivel.

VII — Pela fidelidade de registo, em gynecopathias com manifesta tendencia propagativa, póde resalvar o conceito do especialista, refutando allusões desairosas á sua competencia clinica.

VIII — Apresenta contraindicações que não são periclitantes para a doente, mas que invalidam de ante-mão o methodo.

IX — Só mesmo com os progressos poderá ser guindado ás culminancias de um recurso propedeutico galardoado nos dominios da gynecologia.
