

Revista de Medicina

FUNDADA EM 1916

PUBLICADA MENSALMENTE SOB OS AUSPÍCIOS DO
DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DO CENTRO ACADÊMICO
"OSWALDO CRUZ" DA FACULDADE DE MEDICINA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Diretor-
responsável:
DR. EMILIO MATTAR

Diretor: ATTILIO ZELANTE FLOSI
Redator-Chefe: DOMINGOS Q. FERREIRA NETO
Redator: MANOEL MENDES

ADMINISTRAÇÃO E REDAÇÃO: AV. DR. ARNALDO N.º 1 — FONE: 5-2101
ESCRITÓRIO CENTRAL: RUA MARCONI N.º 48 - SALA: 74 — FONE: 4-5723

VOLUME XXV NOVEMBRO-DEZEMBRO DE 1941 N.º 95/6

SUMÁRIO

Liga de Combate á Sífilis	4
Hospital das Clínicas — Prof. Benedicto Montenegro	7
O eletrochoque no tratamento das doenças mentaes — A. C. Pacheco e Silva	15
Os distúrbios do crescimento e as glândulas de secreção interna — Dr. Paulo de Almeida Toledo	29
Valor do exame urológico no diagnóstico diferencial dos tumores do abdômen — Carlos de Moraes Barros — Augusto A. da Motta Pacheco	65
Anexite, pelviperitonite e parametrite puerperais — J. Onofre Araujo	89
II — Congresso médico-estudantino São Paulo	101

1942

“REVISTA DE MEDICINA”

*apresenta aos seus distintos
amigos os melhores votos de
um ano prospero e feliz.*

LIGA DE COMBATE À SÍFILIS

Creada em 29 de Agosto de 1920 pelo Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz”

SERVIÇO DE TRATAMENTO GRATUITO DA SÍFILIS

SÃO PAULO

MOVIMENTO DO MEZ DE NOVEMBRO

A LIGA DE COMBATE À SÍFILIS, órgão beneficiante do Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz”, continuando na luta profilática e curativa da sífilis, matriculou em seus Postos, durante o mês de Novembro p. 159 doentes novos, dos quaes 20 eram portadores de sífilis primaria, 41 de sífilis secundaria, 7 de sífilis terciaria, 89 de sífilis latente e 2 de sífilis nêrvosa. O numero de doentes contagiantes atingiu a 61. Em seus consultorios foram atendidos 281 doentes já matriculados, sendo aplicadas 4.756 injeções a saber: 318 de arsenobenzois, 956 de iodeto de sódio, 561 de cianêto de mercúrio, 39 de salicilato básico de mercúrio, 299 de biodeto de mercúrio e 2.583 de salicilato de bismuto. Foram feitas 159 reações de Wassermann.

R. M.

Um magnífico e útil presente de *Formatura*



★ PLANO
ESPECIAL
DE FESTAS

REM-ETTE
é a REMINGTON
UNIVERSITÁRIA

50\$
POR MÊS

Pelo Plano Especial de Dezembro, V. pode adquirir facilmente esta esplêndida Remington Rem-ette, uma nova Remington, pequena e que presta o serviço de uma máquina grande e completa. Visite a nossa exposição e peça demonstrações sem compromisso para convencer-se de que a nova Rem-ette é de fato o presente ideal para os estudantes e pessoas que necessitam de uma máquina prática, leve e completa. A' vista ou em prestações de 50\$ por mês apenas.

Casa



Pratt

R. José Bonifacio, 227 - Tel. 3-2161
São Paulo

Matriz: Rua da Quitanda, 46
Rio de Janeiro

Filiais e Agentes em todos os Estados

NAÏODINE

Solução estabilizada
de Iodeto de Sódio

"A" a 2% Intramuscular

"B" a 5% endo-venosa

DORES EM GERAL NEVRITES

Nevralgias - Rheumatismos
Nevraxites - Lues - Elimina-
dor de saes metallicas

BORICINE

Acido bórico - bi-borato de
sódio para recente solução

Antiseptico
não irritante

ANTISEPCIA DAS MUCÓAS

Gargarejos
Instillações
Lavagens

BOLDO-VERNE

Extracto total de
folhas de Boldo

AFFECÇÕES HEPATO- BILIARES

2 colheres das de chá ás
principaes refeições em um
pouco d'agua assucarada

IODAMELIS

Iodo-Iodeto de Potassio-
Hamamelidina

AFFECÇÕES CARDIO- VASCULARES SYNDROMES ENDOCRINAS

20 a 50 gottas por dia, em
duas doses as principaes
refeições em um pouco
d'agua assucarada.

Fabricados no Brasil pelos

LABORATORIOS PRIMÁ

HOSPITAL DAS CLÍNICAS

PROF. BENEDICTO MONTENEGRO

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo

Fundada a Faculdade de Medicina de S. Paulo, foi desejo de seu organizador e primeiro diretor, o inesquecível mestre Arnaldo Vieira de Carvalho, que todas as suas dependências fossem abrigadas em prédio próprio, adequado às necessidades sempre crescentes do ensino e condizentes com o progresso vertiginoso desta grande capital paulista.

Veu ao seu encontro a Fundação Rockefeller, essa benemérita instituição que tanto tem contribuído para o bem estar da humanidade, em todos os recantos do globo, oferecendo-lhe uma determinada soma, sujeita essa oferta a várias condições, entre as quais a do Governo do Estado destinar igual quantia para a construção dos laboratórios que deveriam abrigar as cadeiras fundamentais.

Esta oferta foi feita em 1916 pelo Dr. Richard M. Pearce, diretor da divisão de Educação Médica da Fundação, que justificou sua escolha, depois de ter visitado muitas Faculdades de Medicina da América do Sul, porque a de S. Paulo encontrava-se ainda em formação, isenta dos erros e defeitos e das dificuldades que pesavam sobre as demais e também, porque aqui ele havia encontrado dois de seus antigos discípulos da Universidade de Pennsylvania, o Prof. Alexandrino Pedroso, de saudosa memória e quem estas linhas subscreve.

Mas o espírito público e especialmente o de nossos governantes, não estava preparado para receber dádiva tão generosa, sem desconfiar de seus intuitos e por isso, através de vários governos estaduais, o assunto foi relegado ao olvido, até que, em 1925, na diretoria do Prof. Pedro Dias da Silva, sendo presidente do Estado o Dr. Carlos de Campos, é que foi nomeada uma comissão composta dos Profs. Luiz de Rezende Püech, Ernesto de Souza Campos e Benedito Montenegro, para visitar as principais Escolas de Medicina da Europa e dos Estados Unidos e estudar um plano completo para construção e instalação de todas as dependências desta Faculdade. Dessa viagem e desses estudos, resultou o edifício magestoso que se levanta imponente na Avenida Dr. Arnaldo, a testemunhar o acerto e o carinho com que foram resolvidos, dentro das possibilidades

orçamentarias, todos os problemas do ensino das matérias básicas do curso médico.

Todavia, desde 1931, anciavam os professores das cadeiras de clínicas por instalações adequadas onde pudessem ministrar os ensinamentos de suas catedras com o conforto e com a eficiência necessárias ao bom aproveitamento dos alunos.

Os anos passavam, a população da Capital e do Estado a crescer vertiginosamente, o número de enfermos a aumentar paralelamente, as instalações emprestadas da Santa Casa de Misericórdia a se tornarem inadequadas e insuficientes.

Tal situação tornava-se insustentável sob pena de S. Paulo perder seu título de Estado líder da União, pelo menos no tocante ao ensino médico e a assistência hospitalar.

Compreendeu-o muito bem o Dr. Adhemar de Barros, como médico e como filantropo, dando início a construção do Hospital das Clínicas, no dia 10 de Outubro de 1938. Obra gigantesca, de proporções desconhecidas na América do Sul, cobre uma área de terreno de 4.000 metros quadrados e a soma das áreas dos vários pavimentos perfaz o total de 42.000 metros quadrados de construção.

Possue 238 enfermarias, sendo 62 de 1 leito, 21 de 2, 63 de 3, 13 de 4, 2 de 5, 3 de 6, 70 de 7, 2 de 8, 1 de 2 e 1 de 11 leitos, além de enfermarias de emergência que poderão elevar a capacidade total do hospital a 1.100 leitos. Existem 17 salas de operações, sendo 8 de tipo regular e 9 grandes, e destas, 3 possuem arquibanquadas para espectadores e uma é do tipo Gudin para esterilização integral.

Em cada enfermaria há um pequeno laboratório para exames rotineiros, sala de preleções, salas de professor e assistentes, copa e sala de serviço.

Há ainda secções especiais para microbiologia e sorologia, histopatologia, química clínica, fisiopatologia, moléstia da nutrição, eletrocardiologia, radiologia e radioterapia, mecano e massoterapia helio-terapia, endoscopia, especialmente esofago — gastro — bronco — pulmonar, esterilização geral, farmacia, gabinete odontológico, oficina ortopédica, central térmica para produção de vapor e de água quente, central elétrica, transformadores e gerador de emergência, depósitos e filtros d'água, desinfetório, frigoríficos, lavanderia, cosinha geral e especial para dietas, rouparia e oficina de costura, oficina mecânica, marcenaria, pintura, barbearia, vestiário para alunos, residência de médicos internos, de estagiários e de empregados, fornos incineradores de lixo, etc., enfim, tudo quanto necessita um hospital moderno destinado não só ao tratamento dos doentes, como ao ensino médico e a pesquisa científica.

E' evidente que obra de tamanho vulto não pode completar-se em pequeno lapso de tempo sob pena de eivar-se de imperfeições.

Por outro lado, não sendo os recursos financeiros ilimitados é necessário que as verbas cubram vários orçamentos, acarretando dessorse algum retardamento na construção.

Apezar desses impecilhos, é pensamento da diretoria da Faculdade inaugurar as secções de obstetricia, ginecologia, cirurgia geral, e ortopedica inclusive traumatologia e urologia, juntamente com as dependências administrativas necessárias ao funcionamento do hospital, em começo de Abril próximo futuro.

Já o Governo do ilustre Interventor Dr. Fernando Costa, destinou a quantia de 3.000 contos para terminar a construção e cogita de abrir o crédito necessário de pelo menos 10.000 contos para o equipamento.

Como complemento do hospital será fundada a Escola de Enfermagem de alto padrão, indispensavel para preparar enfermeiras a altura do serviço que lá deve ser prestado. Infelizmente, até este momento, a nobre profissão de enfermeira tem sido exercida entre nós por curiosas sem o devido preparo básico e sem a conveniente compreensão das altas finalidades das suas funções e do benefício que daí decorre para a sociedade.

Com a realização deste conjunto, S. Paulo poderá ufanar-se de possuir o Centro Médico mais completo e mais moderno da América do Sul.



TRANSPULMIN



Signalização luminosa dos hospitaes

COM O APARELHAMENTO



Os hospitaes bem dirigidos do Brasil pensaram em seus doentes e em suas enfermeiras, dando-lhes o aparelhamento "Sincron" para chamadas de enfermeiras.

Entre estes, figuram os hospitaes:

Hospital das Clinicas da Faculdade de Medicina de São Paulo — (São Paulo)

Maternidade Matarazzo — (São Paulo)

Sanatorio Jabaquara — (São Paulo)

Hospital Miguel Pereira, em Mandaqui — (São Paulo)

Santa Casa de Misericordia de São Paulo — varios pavilhões — (São Paulo).

Casa de Saude Santa Rita — (São Paulo)

Hospital da Cruz Azul — (São Paulo)

Hospital Santa Catharina — 3.º andar — (São Paulo)

Hospital de Santa Ignez — (São Paulo)

Hospital de Jaçanã — (São Paulo)

Maternidade de São Paulo — pavilhões novos — (São Paulo)

Maternidade de Jahú — (Jahú-S. Paulo)

Instituto Orthopedico Godoy Moreira — (São Paulo)

Circulo Operario Ypiranga — (São Paulo)

Hospital Esperança — parte nova — (São Paulo)

Hospital de Recife — (Pernambuco)

Hospital Irmãs Franciscanas — (Santa Cruz-R. G. Sul)

Hospital Central da Marinha — (Ilha das Cobras)

Hospital Central do Exercito — (Rio de Janeiro)

Hospital Central de Accidentados — (Rio de Janeiro)

Hospital da Ordem 3.ª Minimos de São Francisco de Paula — (Rio de Janeiro)

Instituto Nacional de Biologia — Pav. Marcilio Dias — (Rio de Janeiro)

Posto Medico Base Aviação Naval — (Ilha do Governador-Galeão)

Clinica do Dr. Moura Brasil — (Rio de Janeiro)

Clinica de Olhos Dr. Paulo Filho — (Rio de Janeiro)

Casa de Caridade Leopoldinense — (Leopoldina-Minas Geraes)

Hospital Funcionarios Publicos — (Rio de Janeiro)

Pedir catalogos illustrados e orçamentos de installação á

F A B R I C A S I N C R O N

Rua Cesario Ramalho, 158 — Tel. 7-3625 — SÃO PAULO



TAMBEM NUM HOSPITAL É O RE-
VESTIMENTO IMPERMEABILISADO
O FACTOR MAIS IMPORTANTE,
NÃO SÓ PARA A SAUDE DO PRE-
DIO, QUANTO PARA O PROGRES-
SO DA CURA DOS INTERNADOS.
PORTANTO EMPREGANDO-SE

O IMPERMEA-
BILISANTE **MG**

PARA A FACHADA E ALICERCES,
ASSEGURA-SE ASSIM TODA A
CONSTRUCÇÃO CONTRA A HU-
MIDADE POR TODOS OS TEMPOS.

— DISTRIBUIDORES EM S. PAULO:
CARVALHO MEIRA & CIA. LTDA.,
V. ISNARD & CIA LTDA.,
O. MATARAZZO & CIA. LTDA.,
CIREX. LTDA. — EM BELLO
HORIZONTE: C. I R. ROMEO DE
PAOLI & CIA. LTDA. — EM RIO
DE JANEIRO: PARQUET
PAULISTA LTDA :: :: :: :: ::

EXCESSO DE TRABALHO

.. exige alimento
e estímulo à célula nervosa

Nergofon

hexapentanolcarboxil-hipotosfite de cálcio

encerrando 35 mg. de fósforo elementar por ampôla de 2 cmc., em combinação organocálcica, exerce essa dupla ação de maneira rápida e duradoura.

AMOSTRAS
à disposição dos
Srs. Médicos



INSTITUTO MEDICAMENTA
ESTABELECIMENTO CIENTÍFICO - INDUSTRIAL
FONTOURA & SERPE • SÃO PAULO — BRASIL

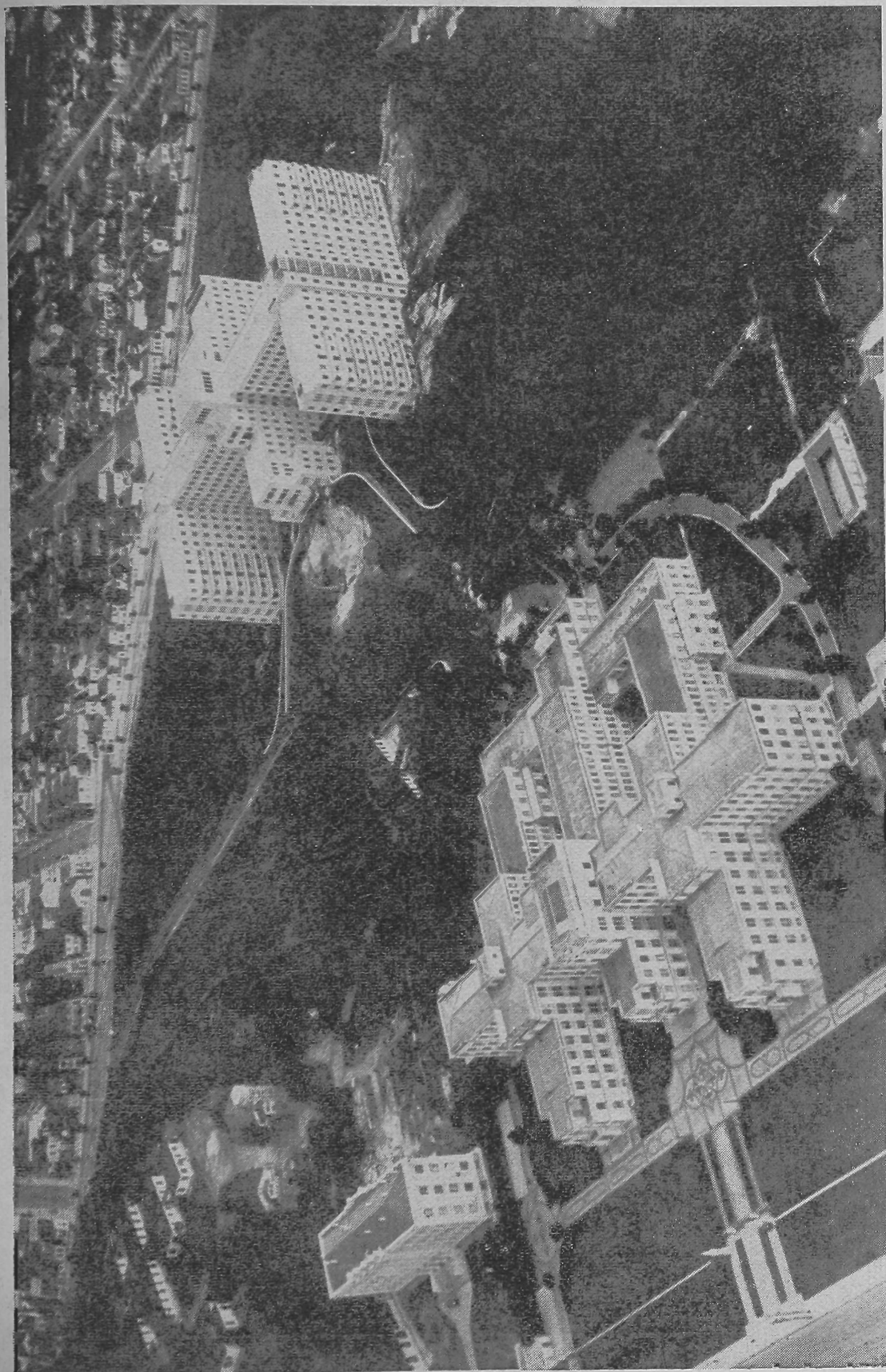


FUNGOL

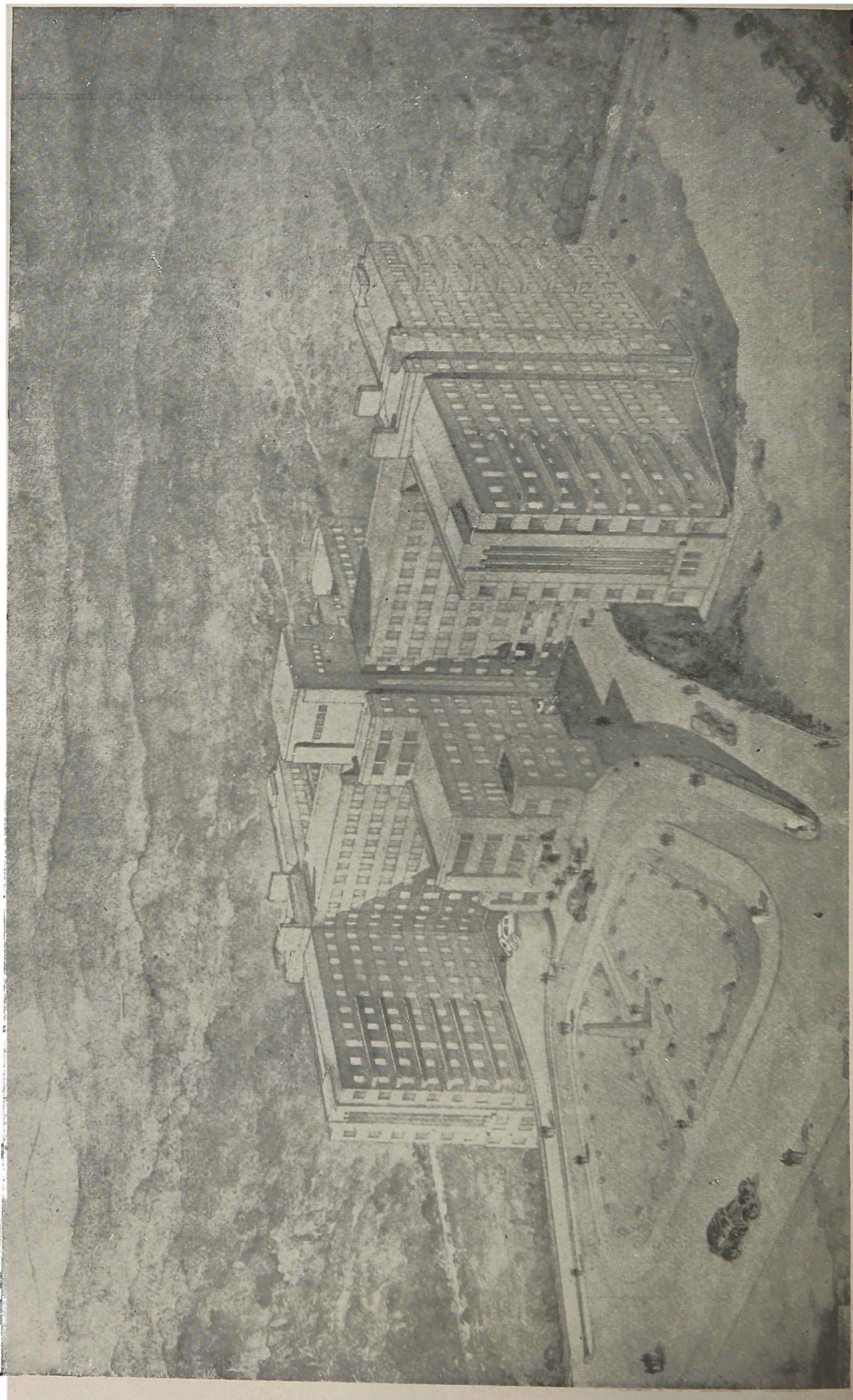
|||
Frieiras
Empigens
"Acido Úrico"
dos pés
"Athletic Foot"
etc.

LABORATORIO TORRES

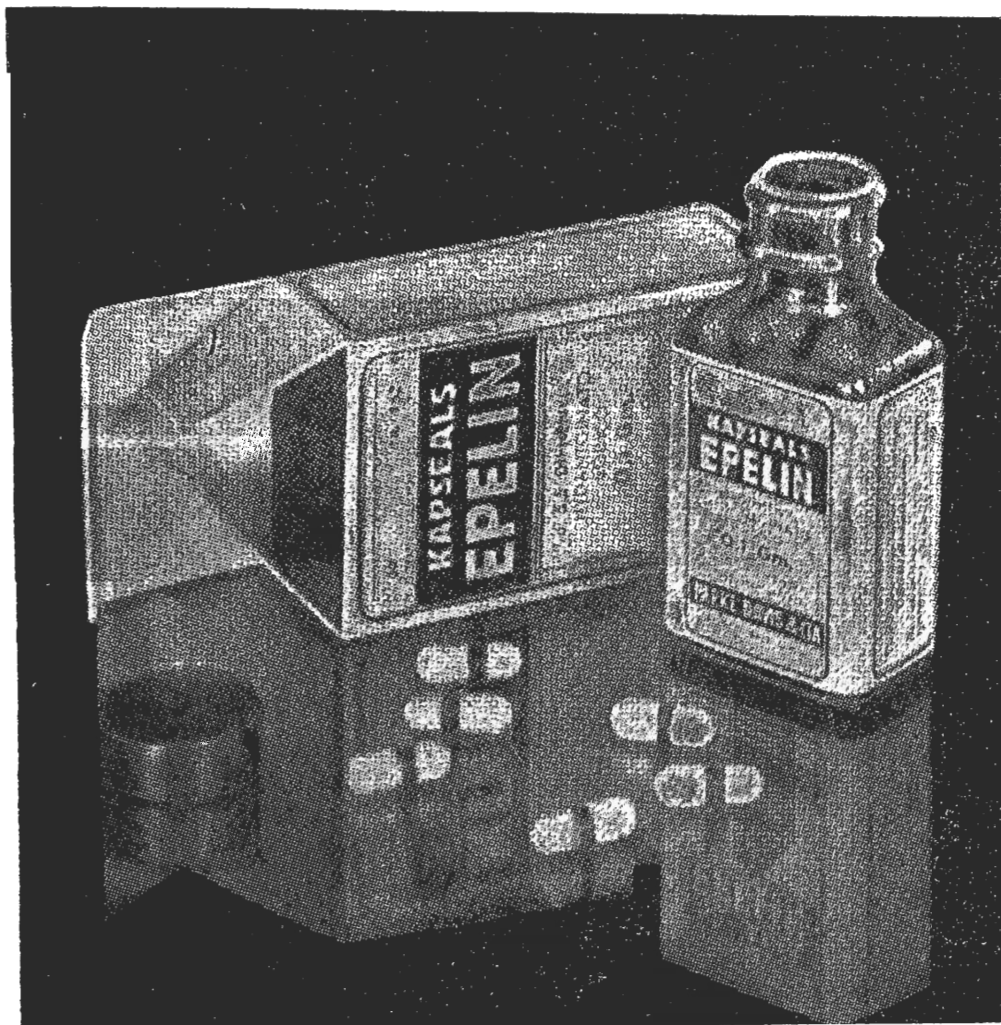
|||
RUA GLYCERIO, 429
SÃO PAULO



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE S. PAULO
Edifício Central, Laboratórios e Hospital das Clínicas



PROJETO DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO PAULO
Vista anterior

Anticonvulsivo para o tratamento da epilepsia**KAPSEALS****EPELIN***

(5,5 — diphenyl hydantoinato sodico)

O PRODUTO ORIGINAL

EPELIN é um novo anticonvulsivo, praticamente destituído de efeito hypnotico. Superior em actividade aos bromuretos e barbituricos, sem os inconvenientes destes. Previne ou diminue grandemente a incidencia e o rigor dos ataques convulsivos na maioria dos epilepticos.

EPELIN é indicado no tratamento das syndromes convulsivas e epilepsia, especialmente nos casos refractarios a outras medicações.

Apresentado em vidros de 30 Kapseals (capsulas selladas) de 0,1 gm.

Parke, Davis & Companhia

Rua Marquez de S. Vicente, 99/103

RIO DE JANEIRO

* EPELIN denomina-se DILANTIN SODIUM nos E. U. A. e EPANUTIN na Inglaterra, todos fabricados exclusivamente por Parke, Davis & Cia.

Aumento acentuado e duradouro da pressão sanguínea

por elevação da quantidade de sangue circulante e do volume por minuto, sem aumento notável da frequência das contracções cardíacas e sem estrangulamento da irrigação sanguínea de órgãos de importância vital, por meio do

Veritol

β (p-oxifenil)-isopropil-metilamina

novo

**medicamento contra o colapso
e estimulante circulatório
de acção periférica.**



Estimula a circulação, fazendo reingressar nela o sangue venoso imobilizado em certos territorios. O Veritol dilata os vasos coronarios e aumenta a eficiencia do trabalho cardiaco

Efeito energico tambem por via oral.

Líquido. Vidros de 10 c.c Empôlas. Caixas de 5 empôlas.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN S/O RHENO (ALEMANHA).

O ELETROCHOQUE NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS MENTAIS

A. C. PACHECO E SILVA

Professor de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo e na Escola Paulista de Medicina.

HISTÓRICO

Em 1902, STEPHANE LEDUC (1, 2, 3), professor na Faculdade de Medicina de Nantes, publicou uma série de trabalhos, afirmando que as correntes elétricas teriam poderosa ação modificadora do psiquismo. Aquele autor sugeriu mesmo, baseado em experiências que realizou, o emprego da eletricidade para provocar o sono e até como meio anestésico. Logo depois, em 1903, BATTELLI (4) notou a deflagração de crises epileptiformes provocadas pelas correntes elétricas industriais.

Em 1906, ROBINOVITCH (5) propôs o emprego de correntes elétricas com o objetivo de despertar o sono e ainda como meio seguro para o estudo da epilepsia experimental.

Em 1907, PREVOST e BATTELLI (6) voltaram a tratar do assunto, realizando interessantes trabalhos relativos à ação da eletricidade sobre o sistema nervoso e à possibilidade de se produzirem crises convulsivas pela excitação elétrica da região motora.

Posteriormente, novas experiências foram levadas a cabo pelos fisiologistas, sem que, entretanto, os clínicos revelassem maior interesse pela questão.

Recentemente, porém, após o emprego da convulsoterapia pelo cardiazol, proposta por V MEDUNA, no tratamento da esquizofrenia, alguns investigadores aventaram a possibilidade de se recorrer à eletricidade como meio convulsivante, sem que fosse necessário se injetar uma substância química na corrente circulatória, cujos efeitos nem sempre seriam inócuos. Partindo daí, L. BINI (7) iniciou as suas pesquisas, lançando mão, a princípio, de uma técnica ideada por VIALE. Fez, assim, passar uma corrente alternante de 120 volts através do corpo de um animal, colocando um eletrodo na boca e

outro no reto, pelo espaço de 0,15 a 0,20 de segundo. Com esse processo, BINI logrou provocar crises convulsivas típicas; entretanto, notou que tais correntes provocavam alterações no sistema nervoso, razão por que buscou outra técnica para obter os mesmos resultados, sem os inconvenientes apontados.

PRIMEIRAS EXPERIÊNCIAS COM O ELETROCHOQUE

Logo depois, BINI publicava, em colaboração com o Prof. CERLETTI (8), novos trabalhos, afirmando ter descoberto um novo processo elétrico capaz de deflagrar convulsões sem dano para o sistema nervoso. Nesses estudos, apresentados à Academia de Medicina de Roma, em maio de 1938, aqueles autores reuniram algumas observações que lhes permitiram concluir ser esse método, por eles denominado de eletrochoque, tão bom quanto o tratamento pelo cardiazol, com a vantagem de não produzir as desagradáveis sensações subjetivas percebidas pelos pacientes tratados pelo processo de V. MEDUNA.

O aparelho, construído por BINI e utilizado para as aplicações do eletrochoque, compreende dois circuitos diferentes. O primeiro é um circuito de baixa voltagem para medir a resistência elétrica da cabeça do doente. O segundo circuito é uma corrente alternante de 50 períodos, cuja voltagem pode variar de 50 a 150 volts e cuja intensidade pode se elevar até 2.000 miliamperes. Um dispositivo especial regula a corrente de forma a permitir a sua passagem durante um tempo muito curto, de um a cinco décimos de segundo. Os eletrodos, de prata, recobertos de tarlatana, embebidos em água salgada, são aplicados nas têmporas e aí mantidos por uma cinta elástica.

O método não tardou a ser empregado, com sucesso, por outros psiquiatras italianos, aparecendo logo trabalhos a respeito na Inglaterra, onde FLEMING, GOLA e GREY (9) o utilizaram com resultados muito favoráveis.

Os pesquisadores americanos passaram também a empregar o eletrochoque como meio convulsivante. Em 1939, após pacientes estudos, JOSEPH HUGHES, chefe do departamento de investigações do Pennsylvania Hospital, construiu o primeiro aparelho fabricado nos Estados Unidos, adotando, em suas linhas gerais, o esquema de CERLETTI e BINI, mas introduzindo algumas modificações que permitiam maior segurança nas aplicações, sobretudo no tocante à regulação do tempo da corrente.

Os primeiros experimentos realizados por HUGHES, em colaboração com L. SMITH e DONALD W. HASTINGS (10), foram feitos em gatos, cujos cérebros foram depois cuidadosamente examinados, não tendo sido encontradas lesões histo-patológicas. Isso os animou a empregar o eletrochoque em alguns doentes, tendo logo observado não só que o processo oferecia certas vantagens sobre o cardiazol, como ainda obtiveram resultados surpreendentes em certos casos.

Os psiquiatras americanos se mostraram logo entusiasmados com o novo processo convulsivante, recorrendo a vários laboratórios de eletro-técnica para a construção de aparelhos de vários tipos, destinados à produção do eletrochoque.

RESULTADOS OBTIDOS PELOS AUTORES AMERICANOS

No 97.º Congresso Anual da American Psychiatric Association, realizado em maio deste ano, na cidade de Richmond, ao qual estivemos presente, uma das sessões foi inteiramente dedicada ao tratamento pelo eletrochoque. Numerosos foram os trabalhos apresentados sobre a questão, destacando-se alguns que vamos resumir.

SMITH, HUGHES, ALPERS e HASTINGS chegaram às seguintes conclusões:

1.º — O tratamento pelo eletrochoque é simples e pouco dispendioso.

2.º — O paciente não acusa o menor incômodo, visto como o tratamento não é, em absoluto, doloroso, e há perda completa da memória no que se refere à aplicação.

3.º — O período convulsivo é menos severo que o observado com o cardiazol.

4.º — As fraturas e as luxações não ocorrem tão frequentemente, a julgar pela nossa experiência em vários casos.

5.º — Os pacientes acusam melhoras prontas logo no início do tratamento.

6.º — Não há necessidade da introdução de drogas pela via parenteral.

O Prof. ABRAHAM MYERSON (11), de Boston, preconizou o tratamento em ambulatório, nos casos de psicose maniaco-depressiva, iniciando-se por aplicações repetidas, tres por semana, espaçando-se ao depois de 8 em 8 dias, à medida que o paciente vai melhorando. Obteve, assim, o restabelecimento de 15 doentes no espaço de 4 meses, tendo empregado o método sem acidentes em 50 pacientes.

H. LÖWENBACH e E. J. STAINBROOK (12), do Duke University Hospital, chegaram a conclusões mais ou menos análogas.

L. KALINOWSKY e W. A. HORWITZ (13), do New York State Psychiatric Institute, abordam o problema dos resultados obtidos apenas com reações menos intensas, por meio de correntes mais fracas e de menor duração, de forma a provocar somente equivalentes psíquicos ou pequenas reações motoras, semelhantes às do “pequeno mal”.

O Prof. VICTOR E. GONDA (14), de Chicago, apresentou também os resultados das suas investigações, consubstanciados nas seguintes conclusões:

1.º — O método elétrico convulsivante para o tratamento da esquizofrenia e das psicoses afetivas foi descrito.

2.º — O autor descreve a convulsão elétrica induzida, destacando o fato da ausência da dor e de qualquer receio por parte do doente, em contraste com os demais métodos.

3.º — A completa ausência de dor e amnésia do tratamento ficaram comprovadas.

4.º — O autor expressa a opinião de que as convulsões são menos severas e que um menor número de complicações são verificadas, sendo mais fácil preveni-las.

5.º — O resultado benéfico obtido em 40 casos tratados, num total de 612 convulsões, demonstrou serem os resultados melhores que os obtidos com outros tratamentos convulsivantes.

6.º — A importância da psicoterapia em combinação com as convulsões foi salientada.

A NOSSA EXPERIÊNCIA PESSOAL

Depois da realização do Congresso de Richmond, tivemos ensejo de visitar vários hospitais psiquiátricos americanos, assistindo a aplicações do eletrochoque nos seguintes hospitais: The Tucker Sanatorium (Richmond), Serviço do Dr. R. HOWARD MASTERS, The Doctor Hospital (New York), Serviço do Prof. FOSTER KENNEDY, Chicago Cook Country (Serviço do Prof. NEYMANN), Boston State Hospital (Serviço do Dr. PURCELL G. SHUBE).

Adquirimos dessas observações a convicção, sobretudo depois de ouvir também a opinião insuspeita e autorizada do nosso eminente amigo V MEDUNA, de que o eletrochoque representa um grande passo na terapêutica psiquiátrica.

De acordo com os conselhos dos colegas americanos, adquirimos dois aparelhos, um da Casa Offner Electronics, de Chicago, e outro dos laboratórios Rahm Instruments Inc., de New York, afim de empregarmos o novo método convulsivante.

Nos primeiros dias de julho do corrente ano iniciámos as nossas primeiras aplicações do eletrochoque, tendo antes tomado as necessárias precauções para a calibragem do aparelho e a verificação do seu exato funcionamento.

Iniciámos a aplicação do eletrochoque simultaneamente em doentes da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de São Paulo, do Sanatório Pinel e do Sanatório Esperança.

Conquanto a voltagem da energia elétrica da cidade de S. Paulo fosse exatamente idêntica à da maioria das cidades americanas, isto é, 115 volts, 50 ciclos, e os aparelhos adquiridos estivessem calibrados para aquela corrente, julgamos prudente iniciar as nossas primeiras aplicações em animais. Os resultados foram inteiramente satisfatórios, pois as convulsões epileptiformes deflagraram com rapidez logo após o choque, seguindo-se um estado crepuscular com amnésia, pois verificámos ter o cão ficado desorientado após a crise convulsiva. Passada a fase post-convulsiva, o animal recuperou o seu es-

tado anterior, mostrando-se docil e revelando completa amnésia do que ocorrera, tanto assim que foi possível submetê-lo a choques sucessivos, sem que acusasse o menor receio. Verificada, assim, a inocuidade do método, passámos, em seguida, a aplicá-lo nos doentes com eletrocardiograma normal e que já tinham sido submetidos anteriormente à convulsoterapia pelo cardiazol.

TÉCNICA

Adotámos, em suas linhas gerais, o critério seguido pelos autores americanos, os quais, entre as contra-indicações, incluem as seguintes:

As más condições físicas gerais. A artério-esclerose avançada. As cardiopatias. A tuberculose. As tromboflebitas, tanto agudas como crônicas. As afecções renais. Os tumores malignos. As lesões ósseas e articulares e finalmente — a epilepsia ou equivalentes na história clínica do paciente.

O doente deve estar em jejum e vestir pijama folgado, exatamente como se procede quando se pratica a convulsoterapia pelo cardiazol.

Os autores americanos costumam colocar, para prevenir fraturas das vértebras, pequenos sacos de areia ou um travesseiro duro, em correspondência à convexidade dorso-lombar, o que, aliás, também fazem quando aplicam o cardiazol. O paciente deve ser colocado num sofá estofado de madeira, que por sua vez deve se encontrar sobre o soalho ou sobre um linoleum, nunca sobre o ladrilho ou cimento. Sobre o divan convem colocar um lençol de borracha e sobre este um de algodão, completamente seco. É preciso tomar todas as precauções para impedir a passagem da corrente através do coração do paciente.

Os eletródios são colocados um de cada lado da cabeça do paciente, na região fronto-parietal. A. BINGEL e F. MEGGENDORFER (15), autores alemães, recomendam a raspagem dos cabelos da região onde são colocados os eletródios, o que contribue para diminuir a resistência.

Estes são mantidos por uma cinta de borracha perfurada. Certos autores usam eletródios diferentes, que comprimem a cabeça por meio de molas colocadas num compasso especial, os quais têm nas extremidades duas bonecas de metal revestidas por flanela.

Antes de se aplicarem os eletródios, unta-se a região onde vão ser colocados com uma pasta especial (Electrode Jelly) para favorecer o contacto. A flanela que reveste os eletródios é embebida numa solução saturada de cloreto de sódio. Entre as arcadas dentárias do paciente se coloca um chumaço de gaze torcida, para proteger os dentes e se evitar a mordedura da língua ou dos lábios.

Um dos operadores deverá calçar luvas de borracha para segurar, sem perigo, a cabeça do doente, no momento da passagem da

corrente, si tal for necessário. Os demais não devem tocar no corpo do paciente no momento do choque.

O aparelho deve ser ligado numa corrente alternante de 50-60 ciclos, 110-120 volts e nunca na corrente direta.

O potencial é ajustado em 90 volts, que é em geral o mínimo necessário para se produzir uma convulsão.

O medidor de décimos de segundo deve ser fixado em 1/10 a 2/10 inicialmente.

Antes de se aplicar o tratamento, mede-se a resistência do paciente, que varia habitualmente, nesse circuito, entre 500 e 1.200 ohms.

O tempo de passagem da corrente, o potencial e a resistência do paciente produzem a necessária miliamperagem. Um mínimo de 250 miliamperes são necessários para produzir uma convulsão. Em regra, há necessidade de mais de 250 miliamperes, pois doentes há que resistem até 800 miliamperes.

Na prática, os psiquiatras americanos iniciam o tratamento com 400 miliamperes, utilizando uma corrente de 100 volts, com a duração de 20 centésimos de segundo. No caso da convulsão não deflagrar, a mesma corrente é mantida, mas o tempo de passagem é aumentado de 20 para 30 centésimos de segundo. Si, ainda assim, não se obtiver o resultado desejado, o tempo é elevado para 40 centésimos de segundo. Si falhar a crise, a voltagem é elevada para 110, voltando-se a aplicar apenas 20 centésimos de segundo, para depois aumentar de novo o tempo de passagem da corrente, no caso do paciente não apresentar convulsões.

EFEITOS DO ELETROCHOQUE

Crise frusta. — Com as correntes fracas, ou nos doentes extremamente resistentes, verifica-se uma crise abortada, a que os americanos denominam “missed convulsion”. O paciente se mostra conciente logo depois da crise, mas um tanto obnubilado. Responde às perguntas com certo retardo na marcha do pensamento, acusando leve amnésia do tratamento. Nesta crise frusta não se notam movimentos convulsivos; apenas o corpo é agitado por um forte abalo que vai da cabeça aos pés. Quando tal se verifica, deixa-se o paciente em repouso de 3 a 5 minutos, para se fazer nova aplicação, com a mesma corrente, mas aplicada por maior tempo. No caso do tempo ter já alcançado perto de meio segundo, aumenta-se a corrente em 10 volts.

Equivalente convulsivo. — Ao receber o choque, o paciente tem uma crise tônica, empalidece, distende fortemente os membros, inclina-se para a frente como se quisesse sentar-se, diz palavras ininteligíveis, abre desmedidamente os olhos, que permanecem fixados, faz frequentes movimentos de deglutição. Alguns segundos depois, os músculos se relaxam, mas um tremor fino agita os membros do pa-

ciente, que nessa fase se mostra inteiramente inconciente e desmemoriado. Durante um período variavel entre 5 e 20 minutos, o doente se mostra amnésico, obnubilado, confuso e desorientado e não raro com leve disartria. Tal reação deve ser considerada como eficiente, não sendo aconselhavel a aplicação de novo choque nesse dia, muito embora alguns autores costumem aplicar repetidos choques, até alcançarem francas convulsões. Tal crise pode ser comparada à do pequeno mal.

Crise convulsiva. — Ao receber o choque, o paciente entra imediatamente em convulsão, idêntica à que se observa nos casos de epilepsia genuína ou na provocada pelo cardiazol. Em certos casos, a crise sobrevem 20 a 30 segundos após a aplicação da corrente.

A fase tônica é mais rápida com o eletrochoque que com os meios convulsivantes; o paciente não tarda a entrar logo no período clônico. Esse fato é considerado de grande vantagem, sobretudo tendo em conta o fato das fraturas se verificarem no período tônico.

Na fase convulsiva, após rápida palidez, o paciente se torna bastante cianótico. A impressão de vários pesquisadores, de ser a cianose mais intensa e a fase de apnéia mais duradoura no eletrochoque, é também a nossa. A cianose não se limita à face, mas se estende ao pescoço e ao peito, notando-se também nas mãos. A secreção salivar é abundante, sendo aconselhavel que se coloque o doente, logo após a fase convulsiva, em decúbito lateral direito, de forma a facilitar o escoamento da saliva, afim de se evitarem complicações pulmonares provocadas pela aspiração.

A ejaculação, tão frequente na convulsoterapia pelo cardiazol, é raramente observada após a aplicação do eletrochoque. O mesmo se dá com relação aos vômitos.

A emissão de urina, conquanto não se verifique habitualmente, não constitue exceção, sobretudo quando não se tem o cuidado de fazer o doente, antes de se submeter ao tratamento, esvasiar a bexiga.

Após a fase convulsiva, o paciente permanece em estupor, respirando profunda e ruidosamente. Após 10 minutos a uma hora e meia, conforme o doente e num mesmo doente de acôrdo com a intensidade da crise, recupera o paciente, gradativamente, os sentidos. O despertar é calmo e o doente se mostra bem humorado. Segue-se um sono profundo e tranquilo, que se prolonga por duas ou mais horas. Num doente que, após a convulsoterapia pelo cardiazol, se mostrava sempre extremamente agitado, notámos leve excitação motora. Após a aplicação, o paciente se debate por alguns segundos, acalmado-se imediatamente depois de concitado a cessar tais movimentos.

A amnésia é, a princípio, total. A memória vai, aos poucos, se restabelecendo para os fatos passados. Entretanto, o tipo retro-antegrado da amnésia é característico, pois que o paciente não se recorda absolutamente dos acontecimentos ocorridos antes, durante

e depois da aplicação. Aos poucos, vai depois recuperando a lembrança dos fatos, valendo-se, frequentemente, do concurso dos presentes para reavivar os fatos esquecidos.

A amnésia do tipo lacunar perdura, por vezes, de algumas horas a alguns dias.

Jamais verificámos, e nisso consiste, ao nosso ver, a maior vantagem do eletrochoque, o chamado pânico cardiazólico. Todos os pacientes são unânimes em preferir o eletrochoque ao tratamento pelo cardiazol, revelando a mais absoluta aversão por este último método terapêutico.

Um dos nossos doentes, cujos sintomas psíquicos haviam regredido com o cardiazol, mas que ameaçavam reincidir, foi por nós submetido ao eletrochoque, com grande sucesso. Tratava-se de um rapaz inteligente e culto, que se mostrou logo entusiasta do novo tratamento, a ponto de procurar um companheiro que também necessitava da terapêutica convulsivante, mas que a abandonara pelo pavor que a aplicação do cardiazol lhe inspirava, para que se submetesse também ao eletrochoque.

Eis como o paciente resumiu as suas impressões:

Impressões do cardiazol. — Na primeira aplicação de cardiazol tive convulsões com a impressão de morte, mas suportei porque perdi os sentidos. Quando recuperei os sentidos, tive amnésia completa e sentia dores no corpo como se estivesse contundido. A segunda injeção foi equivalente e tive consciência de tudo. Senti uma angústia indescritível. As ameaças de choque davam-me sensação de morte. Vi círculos vermelhos ao redor dos olhos e o enfermeiro que me assistia parece que subia ao teto e se tornava fluídico. Vi todos os movimentos do médico e do enfermeiro. Passadas as crises, ainda conservei as horríveis impressões e à noite, nos sonhos, senti a repetição da angústia do cardiazol. O cheiro da injeção, senti-o em todos os lugares durante os dias seguintes à aplicação. Criei verdadeiro pavor pelo cardiazol e na terceira aplicação, embora sabendo que aquela medicação iria me ser benéfica, não tive coragem. Debalde foram as instâncias dos srs. médicos e do enfermeiro. Não tomei o cardiazol e mesmo uma injeção de cálcio e bromoformina que quiseram me injetar, devido ao meu estado de excitação nervosa, tomei-a de pé, temendo que fosse cardiazol.

Impressões do aparelho de eletrochoque. — Quando vi o aparelho de eletrochoque, lembrei-me das angústias causadas pelo cardiazol e faltou-me a coragem para me submeter ao choque. Não duvidei das palavras dos srs. médicos quando me afirmaram que a vantagem do aparelho sobre o cardiazol era justamente porque este não produzia aquela angústia de morte, mas o pavor cardiazólico impediu-me de cooperar com eles. No dia seguinte voltei mais calmo e me submeti pacientemente ao tratamento. Depois dos preparativos técnicos apertei um guardanapo entre os dentes e esperei. O choque

veio inesperadamente, choque forte que me fez perder os sentidos. Não senti nenhuma angústia, como a produzida pelo cardiazol. Despertei noutra cama com amnésia. Aos poucos fui recuperando a memória e não guardei nenhuma má impressão do choque. Ao contrário do que acontecia quando tomava cardiazol, tive bom humor e pensei logo em submeter-me à segunda aplicação do eletrochoque. Senti muita melhora no meu estado.

COMPLICAÇÕES

As complicações são as mesmas que ocorrem no tratamento pelo cardiazol — fraturas, arrancamentos de tendões, mordeduras da língua e dos lábios, cefaléia, etc. Não foram até aqui registradas complicações pulmonares — abscessos ou gangrenas — o que confirma a hipótese aventada por ZEIFERT, segundo o qual as injeções intravenosas de cardiazol provocam embolias, as quais acarretariam as supurações pulmonares.

Num dos pacientes por nós tratados verificámos uma fase de apnéia, com cianose da face, pescoço e mãos, assaz duradoura. Entretanto, a pausa respiratória cessou logo após a tração da língua e algumas manobras de respiração artificial. O paciente recuperou a consciência cerca de 40 minutos após a crise, sem acusar, nas horas ou nos dias subsequentes, qualquer distúrbio. Em tal emergência, G. SOGLIANI (16) recomenda o emprego de injeções de lobelina e de cafeína, afim de excitar os centros respiratórios, suspendendo-se o tratamento, dada a reprodução dos mesmos fenômenos observada nas aplicações subsequentes.

Os autores italianos, bem como os ingleses e americanos, jamais notaram, como ficou dito, desordens cardíacas no decurso do eletrochoque, fazendo apenas referência a ligeira taquicardia consequente ao esforço físico provocado pelas convulsões. Todavia, quer-nos parecer medida de prudência não se aplicar o eletrochoque senão em doentes possuidores de eletrocardiograma normal ou com leves modificações, que, a juízo de um cardiologista, não contraindiquem o tratamento.

RESULTADOS

Submetemos até esta data 21 doentes a tratamento pelo eletrochoque, tendo aplicado um total de 139 choques. Desses 21 pacientes, 16 eram esquizofrênicos e 5 melancólicos. Dos 16 esquizofrênicos, 5 se encontram em remissão total, 3 em remissão parcial, 4 apresentaram evidentes melhoras e continuam em tratamento; os restantes, esquizofrênicos crônicos, permanecem estacionários. Dos melancólicos, 2 tiveram remissão total, tendo obtido alta; 1 iniciou o tratamento há poucos dias, mas já acusa melhoras; num caso obtivemos algumas melhoras após as 3 primeiras aplicações, seguidas de recaída no estado anterior.

MECANISMO DA ELETROCONVULSÃO

Numa excelente *mise au point* da questão, ANDRÉ PLICHET (17) faz interessantes comentários sobre este aspecto do problema, concluindo ser o mecanismo dessa crise ainda obscuro. Pondera, todavia, que, segundo as teorias de LENNOX, a epilepsia deve ser considerada como a expressão clínica de uma disritmia elétrica do cérebro. O estudo dos eletroencefalogramas dos epiléticos mostra variações na frequência, na forma das ondas elétricas produzidas por um cérebro normal.

Convém notar, diz PLICHET, que a melhor forma de se produzirem convulsões elétricas está na aplicação dos eletrodos em correspondência da parte média da primeira e segunda circunvoluções frontais. Ora, é a essa zona que FOERSTER confere uma importância especial na produção da epilepsia. Esta zona, nos epiléticos essenciais, contem, frequentemente, um foco de ondas lentas registradas pelo eletroencefalógrafo. A passagem de uma corrente alternante de 50 períodos nessa zona, em um tempo relativamente curto, coloca o cérebro de um indivíduo não epilético nas mesmas condições elétricas ou eletrônicas daquelas em que se encontra o cérebro de um epilético. O primeiro reage então como o segundo.

* * *

Em conclusão: O eletrochoque representa, indiscutivelmente, um recurso poderoso no tratamento das doenças mentais e um grande passo para obviar os inconvenientes da convulsoterapia pelas substâncias químicas, razão que nos levou a relatar aos nossos colegas a técnica e os resultados das primeiras observações feitas no Brasil, e quiçá na América do Sul, com o referido método terapêutico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — LEDUC ST. — Comptes Rendus de la Academie Scientifique. 21-VII-1902.
- 2 — LEDUC ST. — La Biologie Synthetique.
- 3 — LEDUC ST. — L'Energétique de la vie.
- 4 — BATTELLI — Production d'accés épileptiformes par les courants électriques industriels — Comptes Rendus de la Société de Biologie — 55.903 — 1903.
- 5 — ROBINOVITCH L. G. — Sommeil électrique. Epilepsie électrique et électrocution. Editora Dugas. Nantes, 1906.
- 6 — PREVOST E BATTELLI — Expériences relatives à l'épilepsie experimentale. Revue Neurologique — 15.914 — 1907.
- 7 — L. BINI — Ricerche sperimentali nell'accesso epileptico da corrente elettrica. Schweiz. Archiv. Neurolog. und Psychiatr. 39 Ergamzgh. 121.
- 8 — CERLETTI U. e BINI L. — L'Elettroshock. Arch. General Neurologia, Psichiatria e Psichoanalisi — 19.3 — 1938.
- 9 — FLEMING, F. L. GOLA AND W. GREY — Electric Convulsions Therapy of Schizophrenia — The Lancet 2:1353 — 1939.
- 10 — L. H. SMITH, J. HUGHES, D. W. HASTINGS — First Impressions of Elettroshock Treatment — The Pennsylvania Medical Journal — January — 1941.

- 11 — ABRAHAM MYERSON — The Out-Patient Electric Shock. Treatment of Maniac-depressive Psychoses — 97.º Congresso da American Psychiatry Association — Richmond — 1941.
- 12 — H. LÖWENBACH M. D. e E. J. STAINBROOK — Observations of Mental Patients After Electroshocks — 97.º Congresso da American Psychiatry Association — Richmond — 1941.
- 13 — L. KALINOWSKY e W. A. HORWITZ — "The Petit Mal". Reponse in Electric Shock Therapy; Its Theoretical and Therapeutic Significance. 97.º Congresso da American Psychiatric Association. Richmond 1941.
- 14 — VICTOR E. GONDA — Treatment of Mental Diseases with Electrically System. Vol. II — N.º 3 — March 1941.
- 15 — BINGEL, A. u. MEGGENDORFFER, F. — Über die ersten deutschen Versuche einer Elektro-Krampfbehandlung der Geisteskrankheiten. — Psychiatr. — Neurol. Wschrift 42 n.º 5:41-43. Febr. 1940.
- 16 — G. SOGLIANI — Eletroshockterapia e Cardiasol-Terapia — Rassegne di Studi Psichiatrici. Vol. XXVIII fasc. 4 Luglio-Agosto 1939 (XVII.º).
- 17 — ANDRÉ PLICHET — L'électrochoc — Le traitement des affections mentales par les crises convulsives électriques. "La Presse Médicale", N.º 91-92 — 20-23 Novembro 1940.

o departamento de
ADMINISTRAÇÃO
PREDIAL

DA

Caixa Geral de Empréstimos

*Regularizará e aumentará o rendimento dos
predios de V. S.*

Idoneidade absoluta

Prestação rigorosa de contas

Caixa Geral de Empréstimos

Caisse Générale de Prêts Fonciers et Industriels

R. Tabatinguera, 164 — Fone 2-4722 — SÃO PAULO

PYORRHÉA

Gengivas sangrentas, dentes abalados e mau halito: Resultados positivos em 8 dias, com o específico

PYORRHON.

CONSULTAS: 30\$000.

DEMONSTRAÇÕES PRÁTICAS AOS SENHORES MÉDICOS E DENTISTAS.

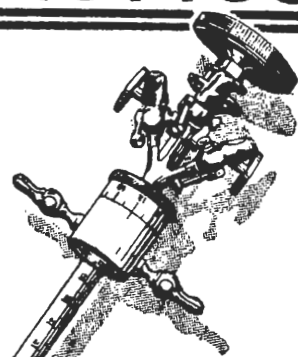
DR. CLINEO PAIM

Rua Barão de Itapetininga, 120
5.º andar - Salas, 505 e 506
(Casa Guatapará)

Tel: 4-4050 - SÃO PAULO

ENDOSCOPIOS

PARA TODOS OS CASOS DE DIAGNÓSTICA E CIRURGIA



CISTOSCOPIO UNIVERSAL
"MIRA - MORAES BARROS"
PATENTE 26009 - -

Cisclepio Mira LTD.

RUA CESARIO MOTTA, 335 TEL. 4-1811 CAIXA POSTAL 2425

SÃO PAULO

Pyorrhon

Um medicamento que veio resolver os casos de Gengivites e Pyorrhéa

ATESTADO

E' para mim um prazer atestar que venho empregando em minha clinica com os mais brilhantes resultados, o **Pyorrhon**, medicamento de escol para o tratamento da Piorrhéa Alveolar e das Gengivites.

Tambem venho calorosamente recomendando o seu uso aos meus pacientes, porque assim fazendo estes teem assegurada a perfeita saude do seu meio bucal.

O **Pyorrhon** é um preparado que pela propaganda honesta com que é lançado e pelos seus meritos, merece da nossa classe a melhor acolhida.

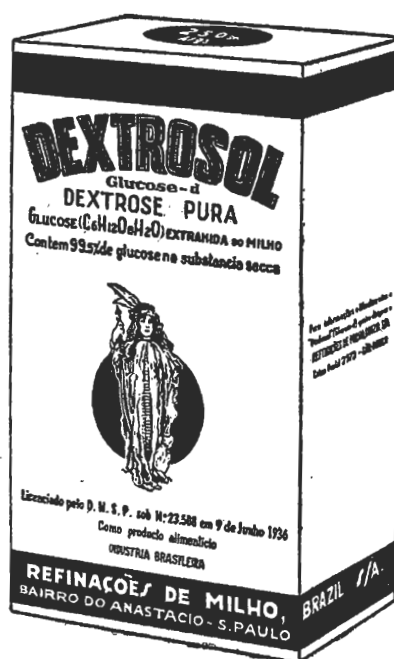
São Paulo, 6 de Outubro de 1939.

Octavio Demacq Rosas.

Receite **PYORRHON** aos seus clientes

DEXTROSOL

(GLUCOSE—d)



"DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,
ELIMINANDO EDEMAS, AUMENTANDO O VOLUME
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURESE"

E. MEYER — Usos Terapeuticos das Injeções Endovenosas
de Soluções de Glucose) Zentralb. f. klin., Med. —
102.343, 1925. Abst. J. A. M. A. 86.521, 1926.

SYNCORTYL

Hormonio cristalizado do cortex adrenal
(acetato de desoxicorticosterona)
Ampolas a 2, 5, 10 mgrs.

LUTOGYL

Hormonio cristalizado do corpo amarelo
(Progesterona)
Ampolas a 5 e 10 mgrs.

MINISTA

Hormonio tecidual neurotropo
(Bicloridrato de histamina)
Ampolas para uso intradermico
Linimento para uso percutaneo

LABORATORIOS :

Silva Araujo Roussel S/A

FILIAL EM SÃO PAULO — RUA 25 DE MARÇO, 179

Fone 2 - 6935

OS DISTURBIOS DO CRESCIMENTO E AS GLANDULAS DE SECREÇÃO INTERNA

DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO

Livre-docente e assistente extranumerario da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

SUMARIO

- 1.º — Considerações gerais. As glandulas de secreção interna e seu papel no desenvolvimento corporal. O crescimento do esqueleto.
- 2.º — Fisiologia do tecido osseo. Osteoblastos e osteoclastos. Condensação e rarefação ossea. Osteoclastose e osteoclastomas. Calciofosforo. Vitamina D.
- 3.º — O desenvolvimento do esqueleto: Pontos de ossificação. Ossificação enostal e periostal. Os pontos diafisarios e epifisarios.
- 4.º — As glandulas de secreção interna e seu papel nesses processos.
 - 1 — Estimulo dos osteoblastos e osteoclastos: hipofise e paratiroides.
 - 2 — Diferenciação tissular e formação dos nucleos de ossificação: tireoide.
 - 3 — Sinostose das cartilagens ferteis — gonadas.
- 5.º — Estudo radiologico do punho. Suas vantagens. Tabelas. Necessidade de uma tabela regional.
- 6.º — Crescimento deficitario. Nanismos.
 - a) nanismo constitucional harmonico.
 - b) nanismo hipofisario.
 - c) nanismo tireoideu.
 - d) nanismo gonadal.
 - e) diagnostico diferencial com a acondroplasia, o raquitismo, a celiaquia e a osteogenese imperfeita.
- 7.º — Crescimento excessivo. Gigantismo.
 - a) gigantismo constitucional harmonico.
 - b) gigantismo tireoideu
 - c) gigantismo hipofisario

{	simples
	acromegalico
	parcial monstruoso
 - d) gigantismo infantil gonadal.
- 8.º — Endocrinologia e tipos constitucionais. As interrelações endocrinas. O equilibrio glandular e a resultante individual.

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O desenvolvimento individual se caracteriza por um conjunto de alterações quantitativas e qualitativas que se desenrolam harmoniosa e paralelamente, trazendo ao mesmo tempo o crescimento progres-

sivo de massa corporal e o aparecimento e maturação de funções novas. A medida que se alongam os membros e aumenta a capacidade craniana, desenha-se o cortejo de caracteres sexuais secundários; atingida a maturação sexual cessa o crescimento em estatura, predominando então o desenvolvimento e a consolidação transversais do organismo. O esqueleto se robustece, completa-se o aparelho muscular e o indivíduo adquire as proporções harmonicas e o equilibrio organico proprios da idade adulta.

Esse desenvolvimento somatico que se alicerça em fenomenos de diferenciação tissular e na proliferação subsequente dos tecidos diferenciados e que cessa quando essa proliferação entra em decrescimo, equilibrando-se com os fenomenos fisiologicos de destruição, é regido em parte por fatores desconhecidos, ligados ao genotipo, que traz consigo os atributos do tipo constitucional e da raça. Cabe porem ás glandulas de secreção interna o papel primordial no equilibrio desse admiravel mecanismo de diferenciação e crescimento harmonicos que levam o organismo adulto às proporções medias que por convenção se denominam normais.

O papel diferenciador e acelerador do metabolismo, da glandula tireoide; o estimulo exercido pelos hormonios do lobo anterior da hipofise sobre o crescimento corporal e sobre as funções glandulares; o impulso dos caracteres sexuais secundarios e o amadurecimento do esqueleto sob a ação das gonadas, são ações bem conhecidas e aceitas. Ficam ainda obscuras e em aberto possiveis ações das paratireoides, da pineal, do timus, das supra-renais.

* * *

No desenvolvimento e maturação somaticas, o esqueleto oferece um campo de indagação privilegiado, pela objetividade das verificações radiologicas e pela possibilidade de se dissociarem de maneira perfeitamente clara os fenomenos de diferenciação tissular, de crescimento e de maturação. Apresenta, alem do mais, um espelho fiel das alterações metabolicas do calcio e do fosforo, ligados com frequencia a disturbios do desenvolvimento corporal. O aparecimento dos nucleos osseo-formadores no seio do tecido conjuntivo ou cartilaginoso, a formação das lamelas osseas com crescimento continuo do osso, a ossificação das cartilagens ferteis, refletem de maneira perfeita o jogo das atividades glandulares que dirigem a evolução do organismo.

FISIOLOGIA DO TECIDO OSSEO

Os osteoblastos, ou celulas formadoras do tecido osseo, são elementos mesenquimais diferenciados, capazes de produzir uma substancia fundamental, fibrilar e colagena que se impregna de sais calcareos, constituindo esse conjunto as lamelas osseas.

Agrupados ao redor dos capilares, cujo aparecimento marca o início do processo de ossificação, os osteoblastos se dispõem em fileiras cerradas e secretam a substância ossea fundamental. Repetindo-se o processo com novas gerações de células osteogênicas, os osteoblastos das primeiras fileiras vão ficando encerradas no seio da substância fundamental por eles secretada, conservando ainda por algum tempo sua capacidade secretora. Forma-se desse modo uma camada ossea que cresce ao mesmo tempo por aposição contínua e por expansão intersticial, à medida que aumenta a quantidade de substância intercalar.

Predomina nitidamente, em condições normais, o crescimento por aposição.

Englobados na substância fundamental os osteoblastos emitem prolongamentos filiformes em todos os sentidos, adquirindo a forma definitiva de osteócitos. A substância intercalar é então sede de precipitação de sais cálcicos insolúveis (fosfatos, carbonatos e fluoreto de cálcio) libertados de suas combinações orgânicas solúveis pela fosfatase, de que se mostram muito ricos os focos de ossificação.

Simultaneamente com a formação da substância ossea e a aposição contínua de novas fileiras osteoblásticas, desenvolve-se na face oposta das lamelas osseas a ação erosiva contínua dos osteoclastos, células gigantes, multinucleares que gozam da propriedade de dissolver a substância fundamental ossea, contrabalançando a ação formadora dos osteoblastos. De sua ação corrosiva nascem as lacunas osseas, "lacunas de Howship" em que se alojam essas células (fig. 1).

Esses fenômenos de formação e destruição contínuas existem em condições normais e de seu balanço dependem o estado e o ritmo da ossificação. Na infância e na adolescência, idades em que predominam os fenômenos de crescimento, a ação construtiva predomina, a formação de lamelas osseas sobrepuja largamente sua destruição e o osso aumenta longitudinalmente e em espessura. Na vida adulta, caracterizada pelo equilíbrio entre o metabolismo e o catabolismo, as ações osteoblástica e osteoclástica se contrabalançam; na osteoporose senil ou nas moléstias que levam a desgaste do tecido osseo, predomina a ação osteoclástica e o osso se torna poroso e frágil, quer pela ação deficiente dos osteoblastos, quer pela atividade exagerada dos osteoclastos. Si um processo inflamatório local estimula a ação osteoclástica, aparecem as osteoporoses tóxicas ou infecciosas; si existe uma deficiência congênita das funções do mesênquima como na "Osteogênese imperfeita" a ação insuficiente dos osteoblastos se torna responsável pela fragilidade ossea, dando às peças do esqueleto o aspecto de lâminas de vidro, pela sua transparência radiológica.

Si a ação osteoclástica não equilibra a formação contínua de lâminas, aparecem as escleroses osseas, secundárias aos processos inflamatórios crônicos ou constitui-se a afecção conhecida como "moléstia marmoréa" de ALBERS-SCHOENBERG.

Além da ação dos osteoblastos e osteoclastos na construção e destruição de substância ossea, devem ser consideradas ainda a influen-

cia do metabolismo do calcio e do fosforo, assim como a presença de fosfatase e vitamina D.

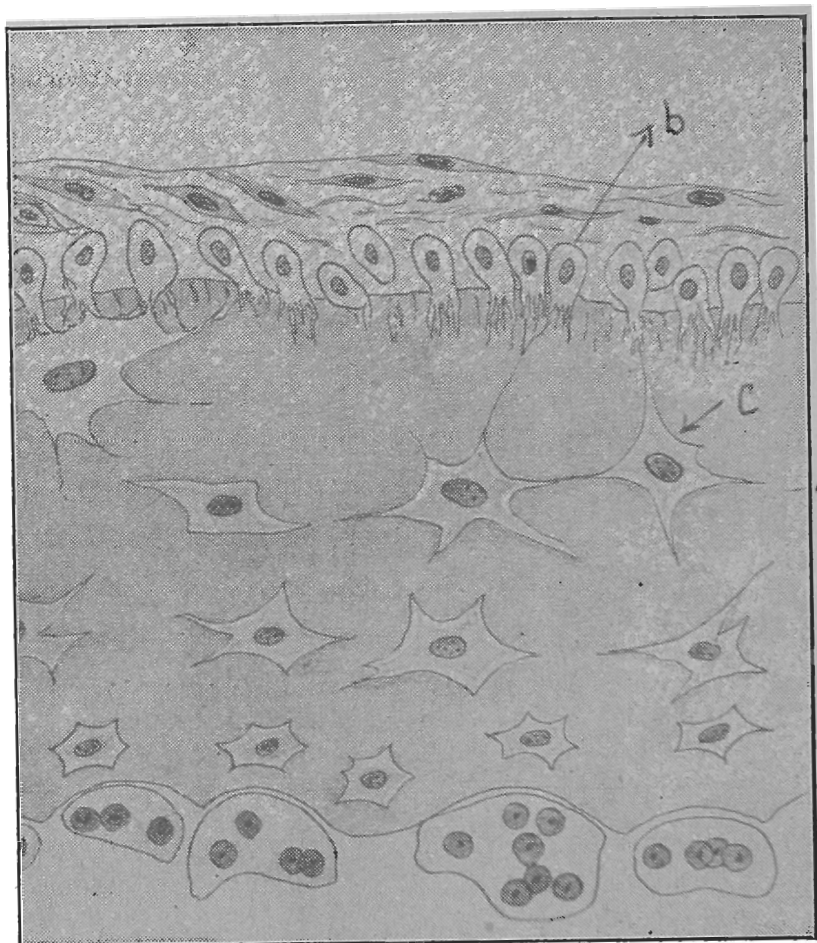


FIG. 1

Mesmo caso da fig. anterior. Sela turcica pequena, sincondrose. Reprodução esquemática das atividades dos osteoblastos (b) e osteoclastos em cada uma das faces da lamela ossea. Entre eles, os osteocitos (c) rodeados de substancia ossea.

Nesse terreno porem estão abertas ainda muitas questões fundamentais e o que sabemos de positivo é por ora bem pouco.

A existencia de calcio em quantidade suficiente na alimentação é imprescindivel á impregnação calcarea da substancia ossea fundamental. Está estabelecido tambem que para a bôa assimilação do calcio pela mucosa intestinal necessario é que o organismo tenha um suprimento minimo de vitamina D. Alem disso, para que o calcio se fixe nos ossos, é imprescindivel uma taxa determinada de fosforo sanguineo, indispensavel á formação do fosfato tricalcido do esqueleto.

É ainda necessaria, para que o processo se complete, a ação da fosfatase que liberta o fosforo de suas combinações organicas ao nivel do ponto de ossificação, permitindo que ele constitua com o calcio sanguineo um sal insolúvel, que se precipita graças ao meio acido local.

Esses fatos mais ou menos assentes se encadeiam por elos desconhecidos e ficam ainda obscuras as razões do balanço calcio-fosforo, pelo qual suas curvas seguem trajetórias ora inversas, como na molestia de Paget, em que a calcemia se eleva e a fosforemia baixa, ora paralelas, como no raquitismo, em que ambas podem baixar.

Por outro lado, a fosfatase se acha aumentada tanto na molestia de Recklinghausen, em que a demolição ossea é muito acelerada, como nos focos de ossificação ou de consolidação das fraturas, onde o anabolismo osseo predomina sobre o catabolismo.

DESENVOLVIMENTO DO ESQUELETO. PONTOS DE OSSIFICAÇÃO

No centro da diafise cartilaginosa dos ossos longos aparecê, já na vida intra-uterina, um broto vascular acompanhado de osteoblastos, que iniciam a substituição do tecido cartilaginoso pelas trabéculas osseas de neoformação, progredindo rapidamente no sentido longitudinal, em direção às epifises.

Núcleos acessórios de ossificação se desenvolvem mais tardiamente, em geral na vida extra-uterina, nas extremidades epifisárias, de onde os processos de formação ossea progridem ao encontro da ossificação diafisária. Entre esses dois focos de calcificação permanece porém uma faixa cartilaginosa, denominada cartilagem fértil que, invadida pelas suas duas faces, por trabéculas osseas de neoformação, continuamente prolifera, reagindo contra a própria destruição e produzindo com essa luta o crescimento longitudinal do osso (fig. 2).

A primeira modificação que se aprecia na cartilagem fértil consiste na proliferação de suas células, que adquirem forma achatada e se dispõem em fileiras longitudinais, estratificadas, na disposição de "cartilagem seriada". Segue-se a este período a abundante deposição de sais calcáreos na substância fundamental cartilaginosa. Essa calcificação intensa é nitidamente visível nas radiografias, como linhas densas paralelas, limitantes da cartilagem de crescimento. Brotos vasculares vindos da diafise e da epifise com seu cortejo de osteoblastos e osteoclastos, penetram então nessa zona fértil, destroem a cartilagem calcificada assim como as células cartilaginosas já no término de sua evolução e iniciam a construção das trabéculas osseas. Como as células centrais da cartilagem fértil guardam capacidade reprodutora muito ativa, as camadas de cartilagem seriada se sucedem e o crescimento longitudinal do osso se realiza por ambas as faces da cartilagem de conjugação.

A expansão dos núcleos osseos epifisários em direção às cartilagens articulares, embora em menor proporção, completa o mecanismo de crescimento longitudinal do esqueleto.

Além desses núcleos centrais, as camadas profundas do periostio, que constituem o "Cambium de Olier", são ricas em osteoblastos e formam continuamente as trabéculas osseas cerradas que constituem

a solida camada cortical dos ossos, responsaveis por seu crescimento em espessura.

Essa destruição de cartilagem calcica, com produção constante de tecido osseo, progride sempre durante a infancia e a adolescencia. Aos 15 anos, com a morte e ossificação completa das cartila-

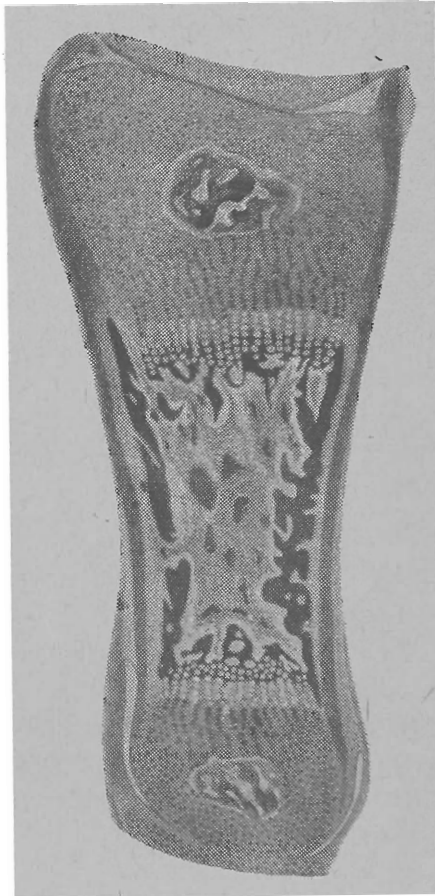


FIG. 2

(Schumacher modificado) Aspecto semi-esquemático dos núcleos de ossificação e da cartilagem fértil da tíbia

gens epifisarias das falanges, inicia-se a sinostose das cartilagens férteis. Dos 23 aos 25 anos cerram-se as últimas cartilagens de conjugação, do fêmur, da tíbia, do rádio e estinguem-se assim as possibilidades de crescimento longitudinal do corpo. É ainda possível por algum tempo o crescimento periostal e os ossos ganham, por esse mecanismo, espessura e resistência maiores.

Distinguem-se assim, no crescimento dos ossos longos, 4 fenômenos distintos e fundamentais.

1.º — Diferenciação dos núcleos osseos, graças á qual, no seio do esboço cartilaginoso aparece e se desenvolve o tecido osseo de neoformação.

2.º — Crescimento progressivo por aposição e aumento de substância intercalar, do osso neoformado, ao nível das cartilagens de conjugação.

3.º — Crescimento em espessura, por atividade osteoblastica do “cambium de Olier”

4.º — Morte e ossificação das cartilagens epifisarias com interrupção definitiva do crescimento longitudinal.

No desenvolvimento dos ossos curtos, apenas dois desses fenomenos estão presentes: a diferenciação e aparecimento dos nucleos e seu crescimento progressivo até serem atingidas as dimensões proprias do adulto, por substituição total do primitivo esboço cartilaginoso.

* * *

Ora, as glandulas endocrinas desempenham um papel fundamental na genese e no ritmo de desenvolvimento de todos esses processos.

1.º — A difrenciação tissular em geral, e dos nucleos osseos em particular, é governada pela tireoide. A insuficiencia tireoidiana congenita ou desencadeada nos primeiros anos de vida, produz um retardo consideravel no aparecimento desses nucleos, que se mostram irregulares, fragmentados, com focos de necrose asseptica.

2.º — O crescimento longitudinal e em espessura, estreitamente ligado á proliferação das celulas cartilaginosas, está vinculado á atividade do lobo anterior da hipofise e, por esse motivo, a hiperfunção hipofisaria eosinofila acelera o crescimento do individuo.

3.º — A morte da cartilagem de conjugação, que acarreta sua ossificação completa e a parada do crescimento longitudinal, está na dependencia das gonadas e por isso a parada do crescimento segue de perto a maturação das funções sexuais.

* * *

É bem de ver que nesta disposição esquematica se trata de ação “predominante” e não “exclusiva”, pois o intercambio das atividades glandulares faz com que estejam em jogo glandulas diversas, ao mesmo tempo, na produção do mesmo fenomeno. Assim, o aparecimento dos nucelos osseos, aceito como resultado da atividade diferenciadora da tireoide, é mais precoce no sexo feminino, de 1 a 2 anos, o que mostra a influencia das gonadas no processo. A hipofise, por intermedio de seus hormonios tiroe e gonadotropicos, influe indiretamente sobre os fenomenos de diferenciação e maturação ossea. O poder diferenciador da tireoide, interferindo no desenvolvimento das outras glandulas endocrinas, entrelaça sua ação á desses orgãos, e assim por diante.

A predominancia de uma determinada glandula nessas ações permite, todavia, tomar o esqueleto como um teste magnifico das funções glandulares atravez dos fenomenos de diferenciação, crescimento e maturação das peças osseas.

Os nucleos de ossificação aparecem nos individuos normais em idades bem determinadas e a ossificação das cartilagens ferteis obe-

dece também a uma cronologia rigorosa e assim a determinação radiológica da idade ossea oferece pontos de reparo seguros para a análise das atividades endócrinas.

* * *

Ao lado dos fenômenos de crescimento e maturação ossea, as glândulas endócrinas podem ser responsáveis por graves alterações do metabolismo osseo, algumas de natureza bem estabelecida, outras de mecanismo ainda obscuro.

Assim, no adenoma paratireoideu com hiperparatireoidismo existe tal exagero da atividade osteoclastica que os ossos se tornam porosos e frágeis, sendo sede de frequentes fraturas por traumatismos mínimos e ao mesmo tempo, formam-se acumulos tumorais de osteoclastos, verdadeiras osteoclastomas que dão lugar aos cistos osseos múltiplos característicos da osteodistrofia fibrosa cística, moléstia de Recklinghausen. (fig. 3-4). Na osteogênese imperfeita, em que a fragilidade ossea está na dependência de uma insuficiência osteoblástica, alguns autores incriminam a deficiência congênita das paratireoides

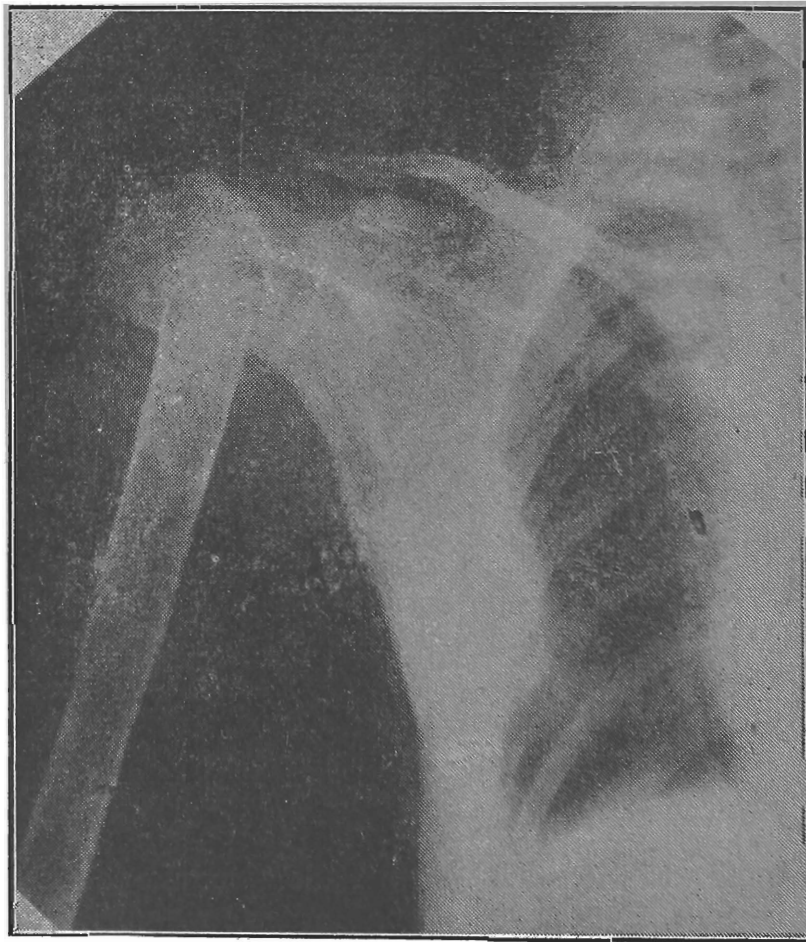


FIG. 3

J. P. — 25 anos. Caso típico de moléstia de Recklinghausen. Notar os quistos osseos do humero (com fratura patológica) e do bordo externo do homoplata e a intensa osteoporose.

como causa da molestia; não existem todavia, por ora, fundamentos solidos que permitam afirmar essa etiologia. Osteoartroses endocrinas e osteopatias puerperais se descrevem, ainda, com maior ou menor

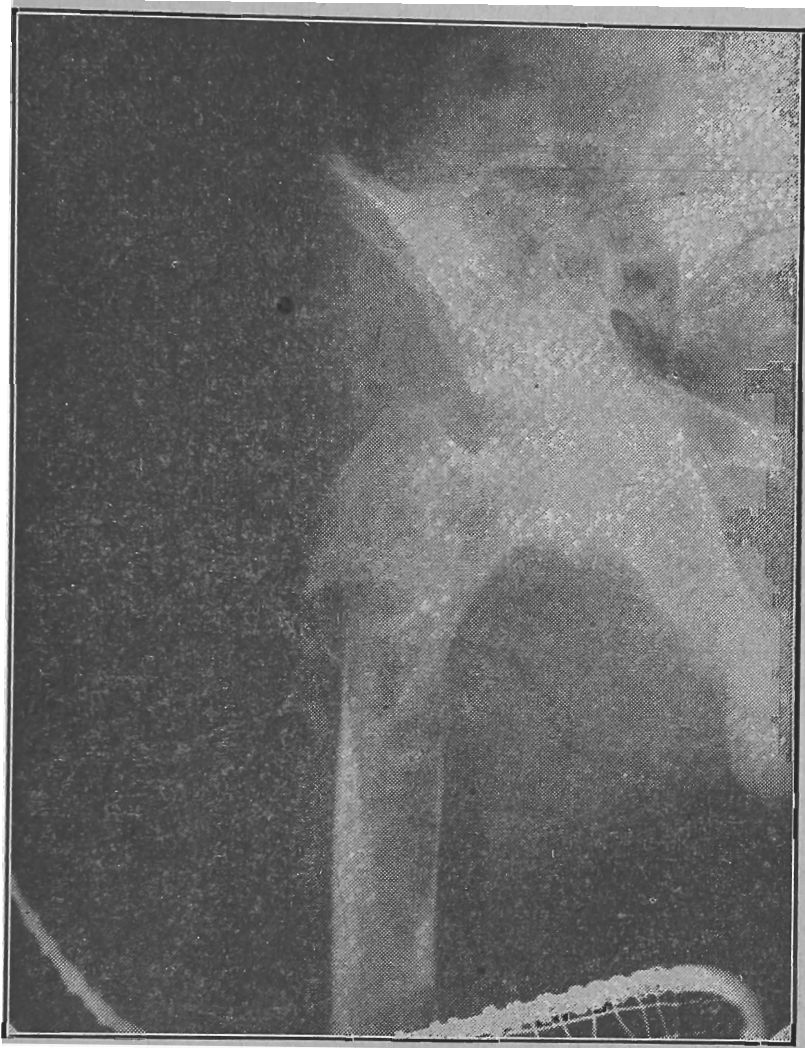


FIG. 4

Mesmo doente da fig. anterior. Quistos osseos e fratura patológica do 1/3 superior do femur.

fundamento. Como, porem, não perturbam primariamente os processos de crescimento, escapam aos limites deste estudo.

EXAME RADIOLOGICO

O exame radiologico do esqueleto, feito sistematicamente, demonstra que o aparecimento dos pontos de ossificação, assim como a soldadura das epifises ás diafises, obedece a uma ordem cronologica rigorosa, de modo que se torna possivel por seu intermedio o calculo da idade, com pequeno erro, nos individuos normais de 1 a 25 anos.

Os nucleos diafisarios dos ossos longos, dos ossos chatos, do cranio, da face e do torax e os nucleos vertebrais, aparecem e se desenvolvem durante a vida fetal. A maior parte dos nucleos epifisarios e os nucleos do carpo e do tarso aparecem nos primeiros mezes ou anos da vida extra-uterina; excetuam-se as epifises inferior do femur e superior da tibia assim como o calcaneo, o astragalo e o cuboide, que fazem seu aparecimento ainda na vida fetal.

Aos 12 anos, todos os nucleos osseos já se formaram e continuam a se desenvolver até aos 15, idade em que, de regra, se inicia a soldadura das epifises, a começar pelas falangeanas.

Dos 22 aos 25, ossificam-se as ultimas cartilagens feteis (dos joelhos e dos punhos) e encerra-se definitivamente o periodo de crescimento longitudinal do esqueleto.

De modo geral, tanto a diferenciação dos nucleos osseos como a sinostose das suturas é mais precoce no sexo feminino. O aparecimento dos nucleos faz-se de 1 a 2 anos antes e a sinostose epifisaria se realiza até 4 ou 5 anos mais precocemente, nas meninas.

Existem tabelas completas que levam em conta esses fatores e pelas quais podemos seguir ano por ano a idade ossea do individuo (fig. 5). Estas tabelas constituem um otimo teste e graças a

	NUCLEOS		SINOSTOSES	
	Mezes Fetais	Mezes	ANOS	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25
Grande osso		██████████		
Unciforme		██████████		
Ep. radial		██████████	██████████	██████████
Piramidal			██████████	
Ep. fal-metac.			██████████	██████████
Semilunar			██████████	
Escafoide			██████████	
Trapezoide			██████████	
Trapezio			██████████	
Ep. cubital			██████████	██████████
Pisiforme			██████████	██████████

FIG. 5

Quadro esquematico do aparecimento e maturação dos nucleos osseos do punha e das mãos, segundo SCHINZ, com pequenas modificações.

elas, e ao calculo dá idade, baseados nos principios já estabelecidos, podemos avaliar o grau de atividade das glandulas endocrinas responsaveis pelo desenvolvimento e maturação do esqueleto. No caso da fig. 13, por exemplo, tratava-se de uma moça de 16 anos com mixe-

dema congênito. O aspecto da ossificação do punho corresponde a uma idade de 5 ou 6 anos.

Seria excessivamente trabalhoso, dispendioso e inútil o exame de todo o esqueleto para a avaliação da idade ossea. O exame das mãos oferece nesse particular facilidades extraordinárias, que permitem um juízo suficiente, apenas com uma ou duas radiografias.

De fato, no carpo se encontram núcleos que se desenvolvem nos primeiros meses da vida extra-uterina, outros que se desenvolvem durante a infância, até aos 12 anos, idade em que o pisiforme se ossifica; nas falanges se inicia a sinostose das suturas e nos punhos termina a ossificação epifisária do esqueleto (fig. 6).



FIG. 6

J. V. M. — Sexo masculino. Ossificação normal para a idade. São assinalados os valores médios para o tempo de aparecimento dos ossos do carpo e soldadura das cartilagens epifisárias.

Temos portanto nas mãos todos os dados suficientes, sintetizados nas tabelas abaixo, para completo estudo das condições do esqueleto. Infelizmente somos obrigados a lançar mão de tabelas estrangeiras,

pois não existe ainda entre nós um estudo perfeito com material suficientemente abundante e bem discriminado quanto ao sexo e idade, que possa permitir o uso de um quadro regional.

TABELA DE SCHINZ

	<i>Aparecimento</i>	<i>Sinostose (anos)</i>
Epífise inf. do radio	1/2 a 2 anos	20 — 25
” ” ” cubito	6 ”	20 — 24
Escafoide	5 ”	
Semilunar	4 ”	
Pirâmidal	1 a 2 ”	
Pisiforme	9 a 10 e 12 a 13 ”	
Trapesio	6 ”	
Trapesoide	5 ”	
Grande osso	2 a 10 meses	
Osso ganchoso	5 a 6 ”	
Epífise metacarpiana	2 a 3 anos	15 — 20
Epífise falangeana	2 a 3 ”	

Seria de toda a conveniência a pesquisa sistemática das condições de ossificação em nosso meio e esse é um trabalho que pretendemos realizar, pois está demonstrado que variam com a raça, a alimentação e o gênero de vida durante a época do crescimento. É um trabalho preliminar, sem o qual se torna precário qualquer julgamento das atividades endócrinas baseado no teste radiológico. Os trabalhos de BARCIA no Uruguay e SARNO em S. Paulo, fazem supor que exista uma certa aproximação entre os dados observados pelos autores alemães e os que devem vigorar para o nosso meio e nos autorizam a utilizar, em caráter provisório embora, as tabelas de Schinz.

As figuras 7 a 12 mostram os aspectos radiológicos das mãos em diversas idades, patenteando as diferenças próprias do sexo e exemplificando alguns atrasos na diferenciação ou desenvolvimento dos núcleos osseos.

CRESCIMENTO DEFICITARIO — NANISMO

Fala-se em nanismo quando existe uma pronunciada deficiência no crescimento longitudinal do corpo, cuja estatura fica muito aquém da média para o meio e para a raça. Do que ficou exposto sumariamente no estudo da fisiologia do crescimento resulta a multiplicidade de causas que podem entrar em jogo na produção do nanismo. Além das condições raciais, de origem genotípica, o déficit de crescimento pode ser causado por uma diferenciação atrasada dos núcleos osseos, por um crescimento retardado dos núcleos já diferenciados, por uma sinostose prematura das cartilagens ferteis ou por esses fatores combinados, o que é mais frequente.

Dai a possibilidade de dispormos os nanismos em 5 grupos fundamentais;



FIG. 7

Ossificação do punho no 1.º ano de vida. Só se notam no punho o grande osso, o osso ganchoso e a epífise radial inferior. Inicia-se a ossificação dos nucleos epifisarios das falanges.



FIG. 8

Ossificação normal do punho para uma criança de 4 anos. Faltam ainda os nucleos osseos do trapezio trapezoide, escafoide, semilunar, pisiforme e epífise cubital.



FIG. 9

V. N. — 12 anos. Sexo masculino. Desenvolvimento normal.
Notar a ausencia do pisiforme.

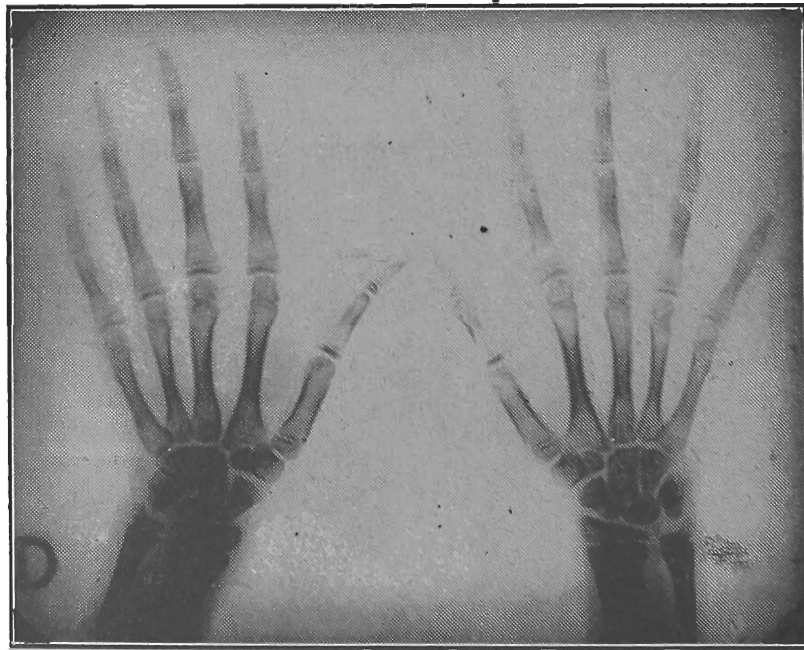


FIG. 10

A. S. S. — sexo feminino — 10 anos. Desenvolvimento normal.
Notar o desenvolvimento do pisiforme.

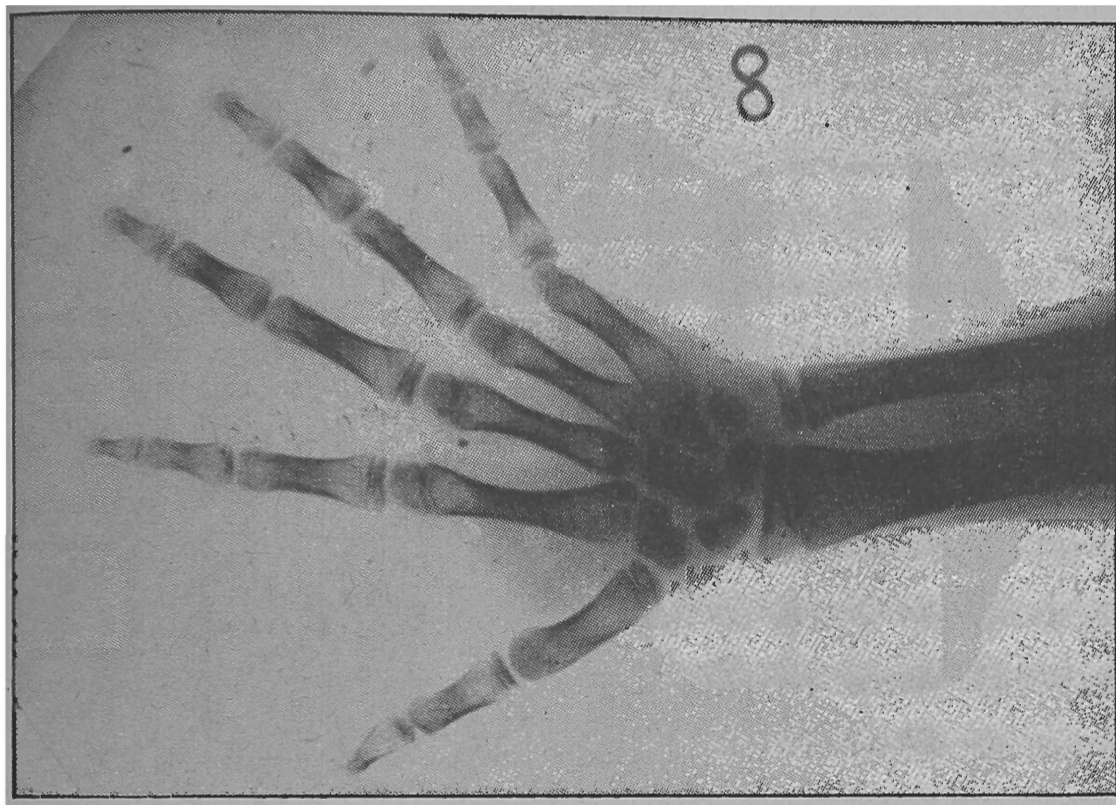


Fig. 12
G. V. — Sexo masculino. — 16 anos. Atrazo evidente da diferenciação ossea. O nucleo do pisiforme ainda não apareceu e as cartilagens feteis falangometacarpiana estão ainda completamente abertas.

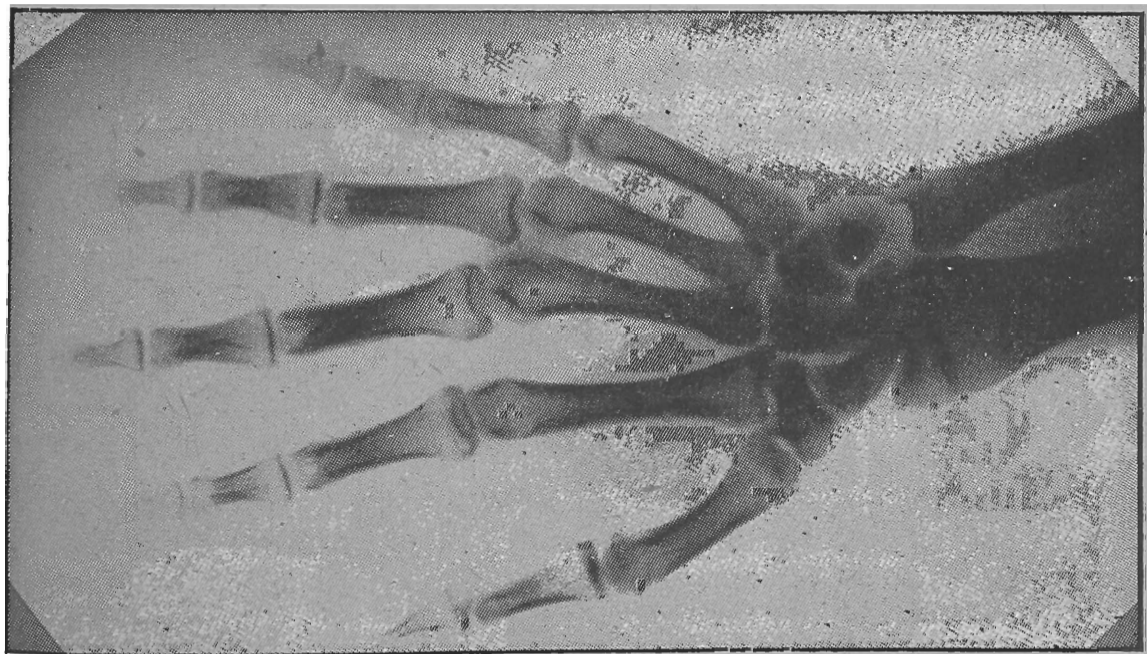


Fig. 11
R. M. — sexo masculino. 18 anos. Fim do crescimento osseo. Inicia-se a soldadura das epifises radial e cubital.

- 1.º — Nanismo constitucional harmonico;
- 2.º — Nanismo hipotireoideo;
- 3.º — Nanismo hipofisario;
- 4.º — Nanismo gonadal;
- 5.º — Formas mistas e incertas.

Essa distribuição deve ser interpretada como expressiva da alteração dominante, que mais se salienta no quadro clínico, pois as interrelações glandulares fazem do tipo puro uma raridade extrema. A regra é a coexistencia de disfunções de varias glandulas endocrinas, primitivas umas, secundarias outras. Á proporção que formos estudando os varios tipos, salientaremos as associações morbidas endocrinas peculiares a cada um deles.

NANISMO CONSTITUCIONAL HARMONICO

A altura media das raças humanas varia dentro de amplos limites e entre elas se inscrevem os pigmeus cuja estatura varia de 110 e 140 cms. e que, em relação ao desenvolvimento normal da raça branca, podem ser considerados anões. Á parte a exiguidade do talhe, os outros caracteristicos de proporções corporais e a idade de amadurecimento das funções e de sinostose das cartilagens ferteis são inteiramente normais e o desenvolvimento psiquico é perfeito. Esporadicamente aparecem na raça branca tipos semelhantes, que transmitem por herança esses caracteres de miniaturas, guardando na maturação das funções e na harmonia das formas perfeita normalidade.

São disposições essas aliadas possivelmente a alterações genotipicas ainda mal conhecidas e que reproduzem teoricamente uma deficiencia isolada do hormonio de crescimento do lobo anterior da hipofise. Os estudos radiologicos evolutivos de tais individuos ainda não são todavia suficientemente desenvolvidos para permitir um juizo definitivo sobre a genese de tais perturbações. São os anões primordiais.

NANISMO HIPOTIREOIDEU

A expressão mais tipica do nanismo de origem hipotireoidiana é dada pelo cretinismo endemico, em que a degeneração estrumosa e a atrofia da tireoide se instalam desde as primeiras epocas da vida. A insuficiencia do hormonio diferenciador da tireoide se manifesta por transtornos gerais do crescimento somatico, com persistencia do tipo infantil, por graves perturbações dos orgãos dos sentidos e da inteligencia. No esqueleto, é caracteristico o aparecimento tardio e irregular dos nucleos osseos. Os nucleos epifisarios aparecem com atraso de muitos anos e se apresentam fragmentados, pontilhados e

irregulares, reproduzindo o aspecto das epifisites de crescimento (molestia de PERTHES, OSGOOD-SCHLATER, etc.). O crescimento longitudinal dos ossos é deficiente e o talhe é em geral muito reduzido, frequentemente não ultrapassando um metro. Os órgãos sexuais e os caracteres sexuais secundários, assim como as glândulas endócrinas em geral, participam dessa deficiência de desenvolvimento corporal em consequência da falta do hormônio diferenciador.

A soldadura das epifises se retarda consideravelmente. Como todavia o crescimento longitudinal é deficiente, apesar dessa persistência de cartilagens ferteis a estatura se mantém abaixo da normal. Isso se dá mesmo naqueles casos em que as cartilagens epifisárias se mantêm abertas durante toda a vida.

Os atrasos no aparecimento e soldadura dos núcleos osseos não são regulares, gerando, portanto, desproporções entre os membros inferiores e superiores, a cabeça e o tronco, que fazem do "hipotireoideu" um *anão desproporcionado*.

Os caracteres cutâneos próprios do mixedema completam o quadro clínico dessa variedade, primitivamente hipotireoidiana, e na qual intervêm secundariamente as deficiências da hipófise e das gonadas. É possível ainda que exista um déficit combinado e primitivo de todas essas glândulas, isto é, que se trate de uma deficiência pluri-glandular, com predominância do déficit tireoideu.

A desproporção entre o desenvolvimento praticamente normal do esqueleto conjuntivo do crânio e seu crescimento retardado ao nível da sincondrose esfeno-ocipital acarreta um encurtamento pronunciado da base do crânio com afundamento do nariz e prognatismo facial, compondo a fisionomia característica e comica desses anões.

Nas articulações coxo-femorais, em virtude da fragmentação nuclear da epífise superior do fêmur, dá-se a evolução para um tipo de osteoartrose deformante com alterações grosseiras, que se superpõem às da molestia de PERTHES. Colo femural curto e grosseiro, em coxa vara, cabeça femural achatada, acetábulo raso, com osteofitos marginais. Alterações degenerativas osteoartroticas, equivalentes, se observam em outros pontos do organismo.

Quanto mais precoce a insuficiência tireoideia, tanto mais graves os atrasos de desenvolvimento. Casos se observam, como o das figs. 13-14-15, em que a idade ossea do paciente está 10 e mais anos aquém da idade real.

NANISMO HIPOFISARIO

A multiplicidade das funções hipofisárias torna extremamente difícil o estudo das alterações decorrentes de uma disfunção da hipófise. Fora a compreensão das perturbações do crescimento, interessam sobretudo as funções do lobo anterior.

O lobo anterior da hipófise contém células cromóforas, basófilas e eosinófilas, anômicas ou funcionalmente diversas.

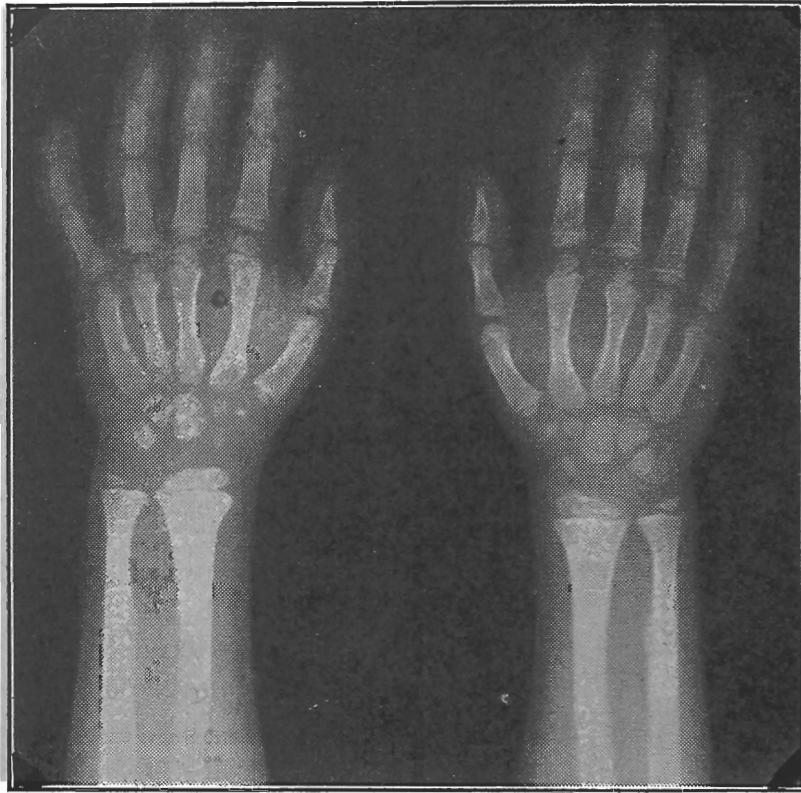


FIG. 13

P. C. — Sexo feminino. — 16 anos de idade. Estatura e desenvolvimento somático de uma menina de 6 ou 7 anos. Clinicamente caso típico de mixedema com deficiência mental (cretinismo endêmico). Metabolismo a menos 30%. Idade óssea do punho corresponde á de uma criança de 6 anos.



FIG. 14

Mesma paciente da figura anterior. Aspecto típico da "bacia cretina". Núcleos epifisários superiores dos fêmures fragmentados e achatados. Colos femurais curtos, grosseiros, em coxa vara. Cartilagens fêteis amplamente abertas.

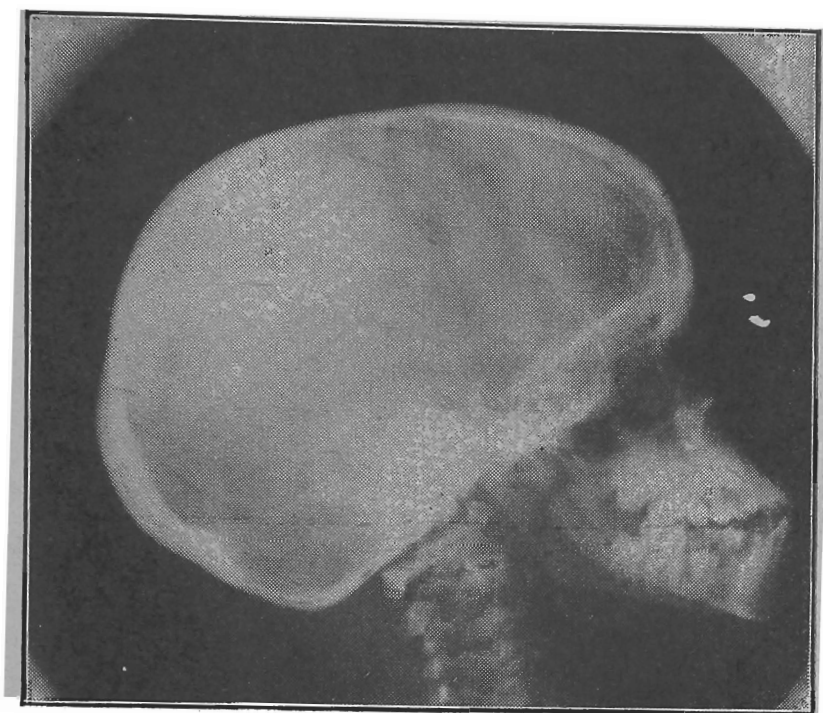


FIG. 15

Mesmo caso da fig. anterior. Sela turcica pequena, sincondrose esfero-occipital aberta, platibasia.

As células eosinófilas secretam um hormônio de crescimento, um hormônio estimulante das funções da tireoide, hormônio tireotrópico, e um hormônio excitador da secreção lactea: a prolactina.

As células basófilas secretam provavelmente o hormônio gonadotrópico, estimulante da atividade gonadal, o hormônio paratireotrópico que atua sobre o metabolismo do cálcio através das paratireóides e o hormônio suprarenotrópico, ativador das suprarenaes.

As células cromóforas não têm secreção hormonal por ora definida.

Outros hormônios há, de existência menos bem estabelecida, que não oferecem tão grande interesse para o nosso estudo: o diabétogênico, o pancreatotrópico, etc.

Por vários e entrelaçados mecanismos a hipófise pode interferir, portanto, no crescimento do esqueleto.

A insuficiência hipofisária com diminuição do hormônio de crescimento, retarda a formação óssea ao nível das cartilagens fereis e demora, por conseguinte, o ritmo do crescimento longitudinal. Ao cerrarem-se as cartilagens por ação das gonadas, a estatura corporal está muito abaixo da normal, estabelecendo-se assim o nanismo hipofisário. Como, ao mesmo tempo, existe, de regra, deficiência dos hormônios tireo e gonadotrópicos, verifica-se também no esqueleto a diferenciação tardia dos núcleos, e a sinostose retardada das cartilagens fereis. Assim sendo, mesmo que as cartilagens se soldem tarde, a lentidão do crescimento não permite que a estatura atinja

valores normais. É claro que em tais casos, um grande numero de variedades clinicas é possível, de acordo com a maior ou menor repercussão da insuficiencia hipofisaria sobre as gonadas, a tireoide ou a cortico-suprarenal.

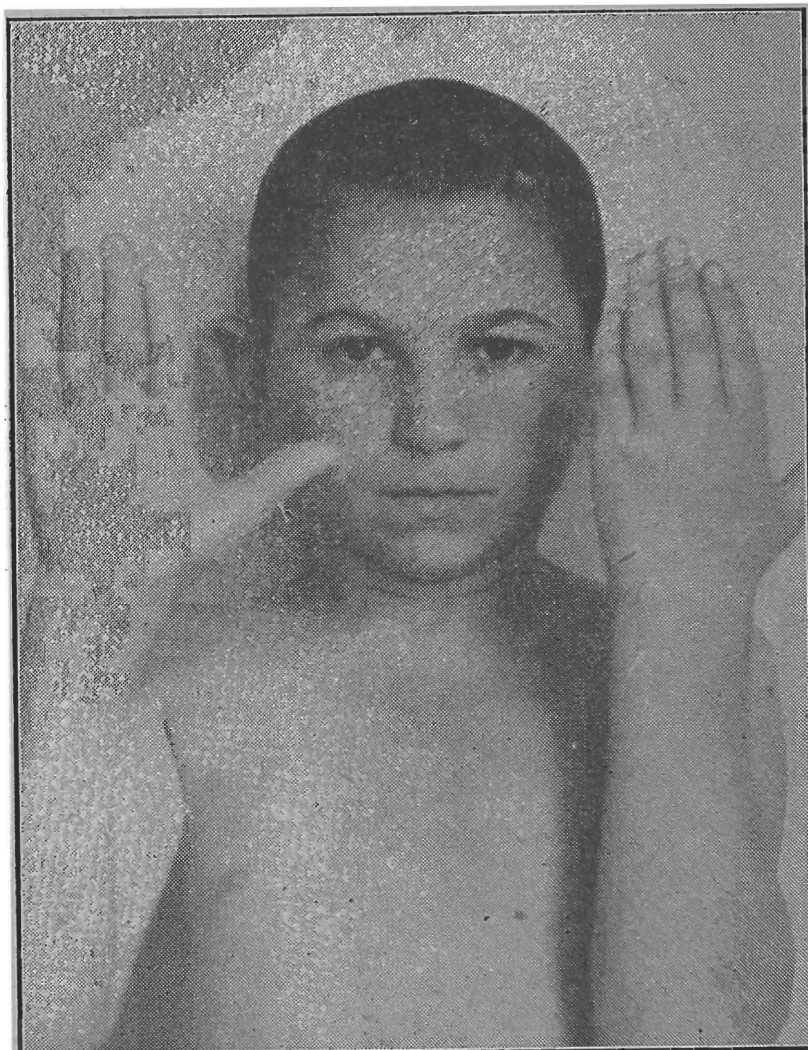


FIG. 16

(Obs. cedida pelo Dr. MESQUITA SAMPAIO)

J. Z. — 17 anos — I. M. Homens. Caso de hipopituitarismo tipico com atrazo global do desenvolvimento somatico. Notar a fisionomia de tipo infantil e a conformação "suculenta" das mãos. O aspecto corresponde ao de um menino de 11 para 12 anos. O desenvolvimento dos órgãos sexuais e caracteres sexuais secundarios é, paralelamente, atrasado.

Si é acentuada a ausencia de hormonio tireotropico, chama especialmente a atenção o retardo de aparecimento dos nucleos; si predomina a deficiencia do hormonio gonadotropico, o individuo apresenta desenvolvimento precario da genitalia, retardo no aparecimento dos caracteres sexuais secundarios, atrazo da soldadura das epifises, compondo o quadro de nanismo com um certo grau de infantilismo somatico (fig. 16-17).

Nem sempre existe paralelismo exato nas secreções dos varios hormônios; frequentemente existe insuficiência secretora predominante de um ou outro. Além disso, importa o estado previo dos órgãos receptores, no caso a tireoide e as gonadas, cuja função variavel de caso para caso reagirá de maneira diversa, segundo as proprias condições. Num individuo com hipofunção gonadal, é evidente que a deficiência do hormônio gonadotropico se fará sentir mais intensamente.

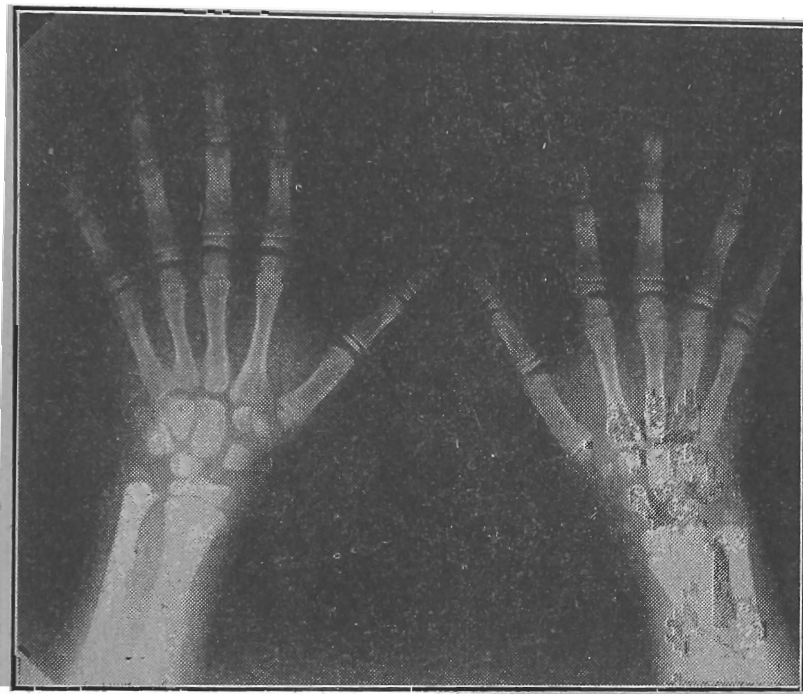


FIG. 17

Mesmo caso da fig. anterior. Acentuado atraso no desenvolvimento dos nucleos osseos do corpo. Os nucleos do trapezio e da epifise inferior do cubito de aparecimento recente, assim como as dimensões reduzidas do trapezoide e do escafoide permitem calcular a idade ossea entre 7 e 8 anos.

A idade em que se instala a insuficiencia hipofisaria importa tambem para as consequencias sobre o crescimento. É claro que si é muito precoce, o prejuizo é maximo; si só se instala quando a estatura já atingiu valores proximos ao normal, não pode mais influir de maneira sensivel sobre o crescimento longitudinal do esqueleto.

HIPOFISE E SELA TURCICA

A hipofise é contida em um estojo osseo — a sela turcica — facilmente focalizada pelo exame radiologico e que reflete fielmente as alterações volumetricas hipofisarias.

Ora, si bem que não exista um paralelismo rigido entre volume e função, mantêm-se entre ambos certas relações que devem ser recordadas.

A hipofunção do lobo anterior da hipofise pode decorrer de uma falta de desenvolvimento que atinge todas as especies de suas celulas: eosinofilas, basofilas ou cromofobas ou, predominantemente, uma delas, eosinofilas ou basofilas dotadas de funções hormonais conhecidas. Nesses casos, não existe aumento do orgão, a hipofise é pequena e a sela turcica é, em geral, pouco ampla, com abertura estreita, fechada por um diafragma ossificado: é a micro-sela (fig. 18). Deve-se acentuar que a reciproca não é verdadeira e que a micro-sela é compativel com funções perfeitamente normais da hipofise. Outras vezes, o adenoma cromofobo, que é o mais frequente dos adenomas hipofisarios, embora não traga sinais de hiperfunção, pois não se reconhecem funções endocrinas de origem cromofoba, pelo

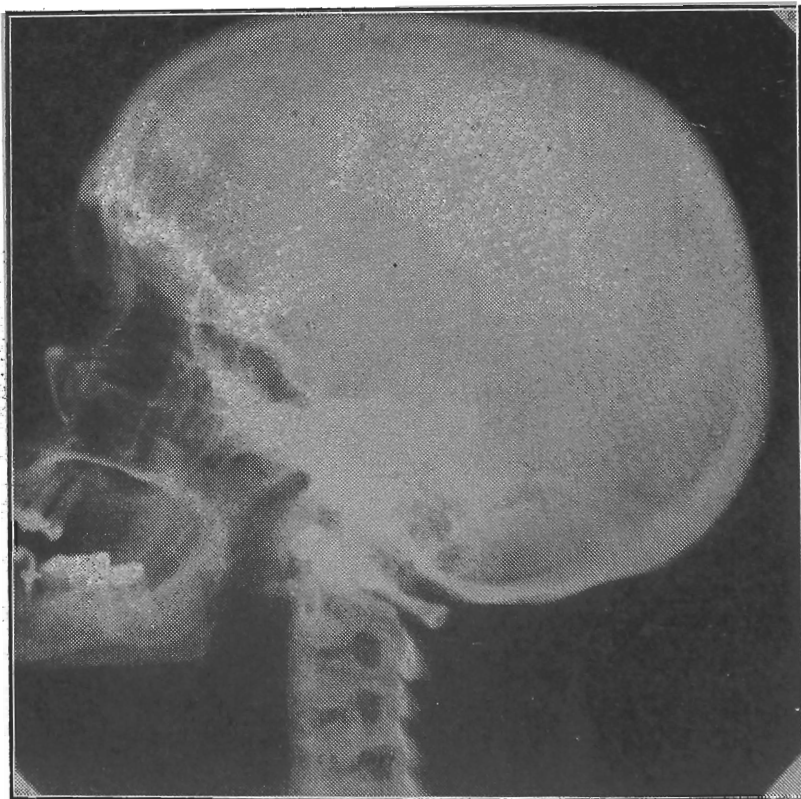


FIG. 18

Microsela com diafragma selar calcificado. Não existem outras alterações do desenvolvimento do cranio. C. B. — 44 anos. Nanismo proporcionado, de grau medio. Embora este aspecto selar seja compativel com a normalidade das funções da hipofise, muito comumente se encontra associado ao hipofituitarismo.

aumento tumoral de volume que acarreta, comprime e destroe as celulas secretoras — eosinofias e basofilas — do lobo anterior, alarga e corroe a sela turcica, extendendo sua ação compressora á região infundibulo-hipofisaria. Em tais casos, ao lado das alterações osseas da sela, cujo soalho se abaixa invadindo os seios esfenoidais, aparecem os sintomas locais de compressões nervosas, com pertur-

bações visuais e distúrbios metabólicos de origem infundíbulo-hipofisária.

Os distúrbios de crescimento e maturação do esqueleto e dos órgãos genitais, já mencionados, decorrem da supressão funcional dos hormônios de crescimento, gonado e tireotrópico.

É em tais casos que se instala por vezes a caquexia hipofisária de SIMONDS, e a síndrome adiposo-genital de FROELLICH.

NANISMO GONADAL

O hipergonadismo, primário ou secundário, acarreta a soldadura precoce das sínfises epifisárias com parada do crescimento e estatura definitiva abaixo dos limites normais.

O desenvolvimento dos caracteres sexuais — morfológicos e funcionais — é acelerado e a maturação sexual é muito precoce. A maioria dos casos decorre com uma considerável precocidade da diferenciação nuclear e do crescimento, exagerado em relação à idade, de tal modo que, embora na idade adulta o indivíduo vá ser anão, na infância, relativamente, é um gigante.

São correntes os aspectos de meninos de 4 a 5 anos com estatura correspondente à idade de 10 ou 12 e maturação sexual de adulto.

Estes fatos fazem supor um distúrbio primário da hipófise com aumento dos hormônios de crescimento, tireotrópico e gonadotrópico.

É claro que o desenvolvimento do esqueleto depende não só do balanço desses 3 fatores como da idade em se instalarem os distúrbios de secreção.

Si o hipergonadismo é primário e se instala cedo, existe nanismo pronunciado. Si a diferenciação e o crescimento são acelerados, a soldadura das epífises, embora precoce, pode apanhar o indivíduo com estatura normal e, em tais condições, não aparece nanismo. É o caso das figs. 19-20 e 21, em que o esqueleto do punho mostra a maturação correspondente à idade de 16 anos, paralela ao desenvolvimento sexual e à estatura, com início de sínfise dos núcleos metacarpo-falangeanos, em um menino de 10 anos. Cessa o crescimento longitudinal, podem progredir as dimensões transversais: os ossos se alargam, as diafises se espessam e as formas do esqueleto adquirem as linhas rudes das fortes inserções musculares do adulto.

Nessa síndrome de “puberdade precoce” parece desempenhar um papel muito importante a região infundíbulo-hipofisária, que agiria irritando e estimulando globalmente as funções do lobo anterior da hipófise.

Entre as causas desencadeantes estariam os tumores da pineal, os pinealomas, que agiriam assim mecanicamente, por compressão, sem que estivessem em jogo estímulos endócrinos de uma possível secreção pineal. De fato, não existe ainda hoje acordo ou certeza

quanto á ação da pineal, pelo que se torna impossível opinião definitiva sobre o mecanismo de ação dos pinealomas. Os partidarios das funções endocrinas da pineal admitem que um pinealoma suprimindo essas funções por destruição da glandula, suprimiriam, ao

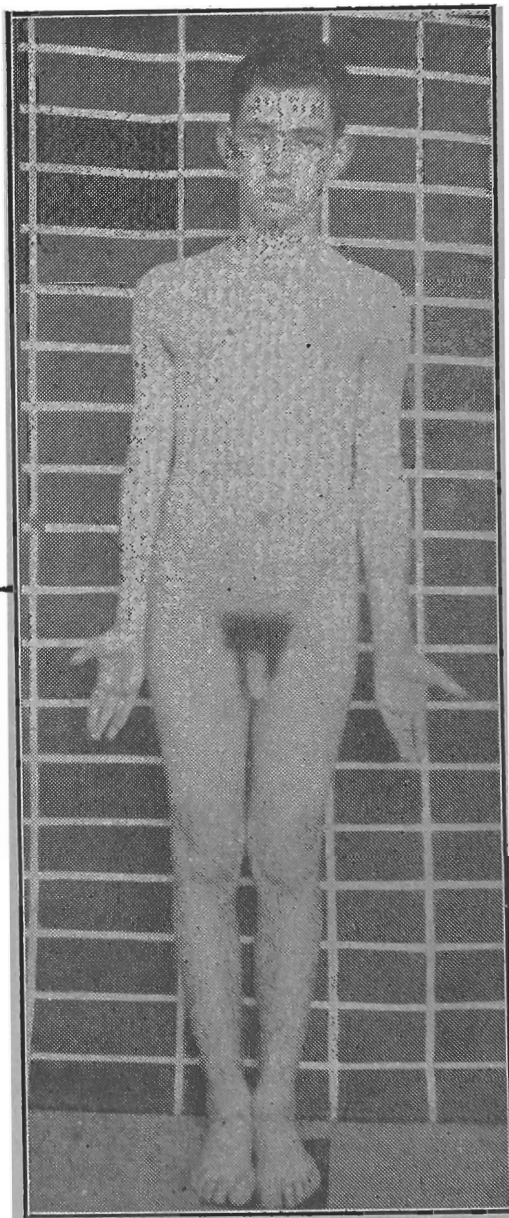


FIG. 19

F. M. — 10 anos. Altura 1m62.
Macrogenitosomia típica. O aspecto somático é o de um individuo de 18 anos.

mesmo tempo, a ação inibidora que a pineal exerce sobre a hipofise. Libertada do freio pineal, a hipofise entraria assim em hiperfunção. O fato indiscutível é que o estímulo global das funções hipofisarias explica as disfunções endocrinas que se encontram em tais tumores.

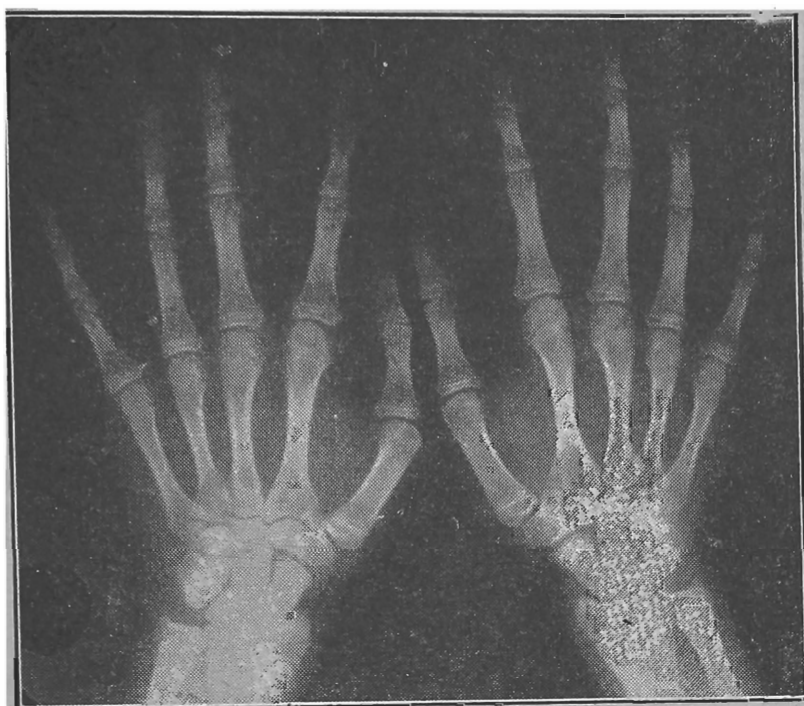


FIG. 20

Mesmo caso da fig. anterior. O aspecto radiológico do esqueleto das mãos corresponde aproximadamente à idade de 15-16 anos.



FIG. 21

Mesmo caso da fig. anterior. O desenvolvimento do pisiforme assim como o do esqueleto da mão corresponde ao de um moço de 15 para 16 anos.

OUTRAS FORMAS

Existem casos esporádicos de nanismo com desenvolvimento bem proporcionado dos órgãos, com retardo da soldadura das epífises, rotulados na literatura médica com a denominação vaga e inexpressiva de tipo "heredo-degenerativo" e cuja análise parece indicar antes a presença de uma hipofunção hipofisária. Em outros casos, ao nanismo se associa um aspecto senil precoce com gerodermia, infantilismo sexual, queda dos dentes, dos pelos, gracilidade ossea, compondo o quadro da progeria ou nanismo senil de etiopatogenia incerta.

PENDE descreve ainda um nanismo de origem paratireoidea, por deficiência da calcificação, com alterações raquíticas dos ossos longos e hipocalciofosforemia.

* * *

De modo geral, portanto, é necessário considerar nos nanismos, não só as interrelações glandulares, em virtude das quais as ações sobre o crescimento se somam, ou se neutralizam, mas também a idade em que se instalam essas perturbações, para se compreenderem os motivos pelos quais uma mesma alteração fundamental pode manifestar-se clinicamente por quadros muito diversos.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DOS NANISMOS

Descrevem-se outras formas de nanismo, como o raquítico, o acondroplásico, o da celiaquia e o da osteogenese imperfeita.

São todavia manifestações, julgadas por ora independentes de disfunções endócrinas e escapam por isso ao nosso objetivo. Embora se tenha procurado esporadicamente atribuir á acondroplasia e á osteogenese imperfeita uma base endócrina, não existem por enquanto fundamentos sólidos para tais suposições.

* * *

No raquitismo existe, por avitaminose D, uma deficiência acentuada da absorção de cálcio, que se acompanha de baixa do fósforo sanguíneo e conseqüentemente de uma deposição insuficiente de fosfato tricalcico na substancia ossea fundamental. Os fenomenos de diferenciação nuclear não sofrem perturbações e o crescimento deficitario por falta de materia prima se equilibra desde que sejam fornecidas ao organismo as taxas minimas de vitamina D, cálcio e fósforo. Em virtude da desmineralização os ossos se encurvam ou fracturam, os membros se deformam e encurtam e o individuo se torna

um anão desproporcionado e disforme. Predomina o encurtamento dos membros inferiores, contrastando com um desenvolvimento torácico relativamente conservado.

* * *

Na celiacquia a perturbação primitiva parece residir na absorção deficiente dos alimentos ao nível do delgado, o que explica a origem carencial da intensa osteoporose que se observa em tais casos. O desenvolvimento corporal e o crescimento do esqueleto sofrem as consequências dessa intensa hiponutrição crônica. O aspecto radiológico dos ossos é de gracilidade geral e osteoporose acentuada.

* * *

Na osteogenese imperfeita existe pronunciada deficiência osteoblástica e os ossos se apresentam quasi transparentes, muito pobres em cálcio, com numerosas fraturas espontâneas, mal consolidadas, com cavalgamentos, curvaturas e acentuada diminuição do comprimento total. A proliferação de tecido osteoide, a diferenciação dos núcleos osseos e a soldadura das epífises parece não sofrer alterações. Como se observa ao mesmo tempo adelgaçamento do tecido conjuntivo do globo ocular, a camada pigmentar da retina se torna visível por transparência e assim, as "escleróticas azues" constituem um sintoma da molestia. Embora alguns autores, como BOLTON, tenha lembrado a possibilidade de uma hipofunção das paratireoides na genese da molestia, predomina ainda a hipótese de KEY de uma insuficiência congênita do mesenquima de que fazem parte os tecidos osteoformadores e a conjuntiva ocular.

* * *

Na acondroplasia predomina o crescimento em espessura dos ossos longos, com diafises grosseiras, epífises rudes e fortes inserções musculares. O crescimento longitudinal dos ossos é escasso e acarreta um nanismo desproporcionado em que é notável o contraste entre a cabeça e o tronco de desenvolvimento normais e os membros curtos e grossos que dão a esses anões uma figura cômica característica. A diferenciação dos núcleos osseos é regular, porém a sinostose das epífises se realiza precocemente. Não existe documentação convincente sobre uma eventual participação da hipófise. Os sinais de hiperfunção das gonadas são evidentes, pois os órgãos genitais se desenvolvem precoce e intensamente. Segundo JANSEN esse nanismo dependeria de um defeito congênito do próprio esboço cartilaginoso do esqueleto, porém essa hipótese não explica de modo claro a hiperfunção gonadal, responsável pela ossificação precoce das suturas e que parece atrair a condrodistrofia para a órbita das endocrinopatias.

GIGANTISMOS

Das noções já expostas, deduz-se a multiplicidade de causas que se podem responsabilizar pelo crescimento excessivo dos ossos longos, gerando os excessos de talhe que constituem o gigantismo.

A precocidade da diferenciação dos núcleos, o aumento do metabolismo geral, a aceleração do crescimento longitudinal, o retardo das sinfises são processos que, isolados ou combinados, entram na genese do crescimento excessivo.

Podemos portanto dispor os gigantismos em grupos, á semelhança do que fizemos para os nanismos, obedecendo ao criterio da perturbação mais evidentemente em jogo.

- 1.º — Gigantismo constitucional harmonico.
- 2.º — " hipertireoideu
- 3.º — " hipofisario
- 4.º — " hipogonadal
- 5.º — Formas mixtas e incertas.

GIGANTISMO CONSTITUCIONAL HARMONICO

Ao lado do nanismo racial, existem raças de estatura media elevada, cujos individuos parecem gigantes em face do tipo medio tropical. São gigantes constitucionais harmonicos, cujas funções de diferenciação e amadurecimento se desenvolvem de modo regular. As variações entre esses tipos e os opostos, pigmeus, parece ser antes quantitativa que qualitativa.

Na realidade não existem ainda estudos comparativos suficientemente bem documentados a respeito das diferenças raciais na aparição e soldadura dos núcleos osseos.

Talves essas diferenças raciais de estatura tenham por base diversidades nas funções glandulares.

GIGANTISMO HIPERTIREOIDEU

Havendo hipertireoidismo infantil, a diferenciação precoce dos núcleos e o aumento do metabolismo geral podem levar a um crescimento excessivo, com altura muito acima da media normal, embora sem atingir as proporções de verdadeiro gigantismo. Da breve menção dos autores deduz-se que tais casos são raros e de importancia reduzida. Mais frequentes são as formas associadas a outras disfunções endocrinas.

GIGANTISMO HIPOFISARIO

A hiperfunção hipofisaria que se estabelece antes da puberdade acarreta crescimento acelerado dos ossos longos e produz o gigan-

tismo hipofisario, principalmente si a existencia de um excesso de tireo-estimulinas favorecer o aparecimento precoce dos nucleos osseos. Coexiste em geral com o aumento do hormonio de crescimento, excesso de gonado-estimulinas que levam a uma puberdade precoce. Em tais casos, mesmo que a soldadura das epifises se dê precocemente, a estatura pode já ter atingido valores muito acima dos normais.

Os gigantismos mais pronunciados se encontram todavia naqueles casos em que existe, concomitantemente com uma hiperfunção eosinofila, insuficiência das gonadas. Em tais condições a atividade da hipofise deixa de sofrer a ação frenadora das gonadas e além disso, não se dando a soldadura das epifises, o crescimento se prolonga muito além a idade normal. Observam-se os mais diversos tipos conforme a natureza das alterações hipofisarias. Si a causa da hiperfunção fôr um adenoma eosinofilo, predominam os efeitos sobre a diferenciação celular e o crescimento. Pode associar-se o estímulo gonadal, nos adenomas mixtos, e outra hipótese ainda deve ser admitida, de aumento das células eosinofilas com depreciação das células basofilas.

As consequências diversas decorrentes dessas varias formas, quando estabelecidas na idade pre-puberal, deduzem-se das premissas já estabelecidas.

* * *

Quando a hiperfunção hipofisaria por adenoma eosinofilo do lobo anterior se estabelece no individuo adulto, no qual já se deu a sinfise das cartilagens ferteis, o crescimento longitudinal dos ossos não é mais possível. Nessas condições o crescimento periostal se prolonga, com intensidade exagerada e os ossos se tornam densos, grossos, com espessamentos da cortical e inserções musculares grosseiras. Os ossos cratos e curtos, os maxilares e os ossos da abóboda craniana aumentam de espessura; as partes moles proliferam anormalmente e o individuo, de maxilares proeminentes, labios grossos, lingua volumosa, mãos e pés enormes, apresenta as feições típicas da acromegalia. De acordo com esse mecanismo, a acromegalia pode ser assim compreendida como o gigantismo parcial, disforme, do adulto (fig. 22-23-24).

Existem na verdade casos bem compreensíveis de individuos com gigantismo hipofisario prepuberal e que apresentam ao mesmo tempo os caracteres acromegalicos do esqueleto. São aqueles nos quais se manifestaram contemporaneamente os excessos de crescimento osseo no sentido longitudinal e transversal.

* * *

Descrevem-se ainda casos de gigantismo parcial monstruoso, em que o crescimento excessivo só atinge um membro ou parte de um membro, com deformação considerável das proporções corporais. São porém casos raros, mal estudados e em relação aos quais se torna difícil, por esse motivo, dizer si existem funções glandulares perturbadas ou se se trata de alterações de ordem genotípica.

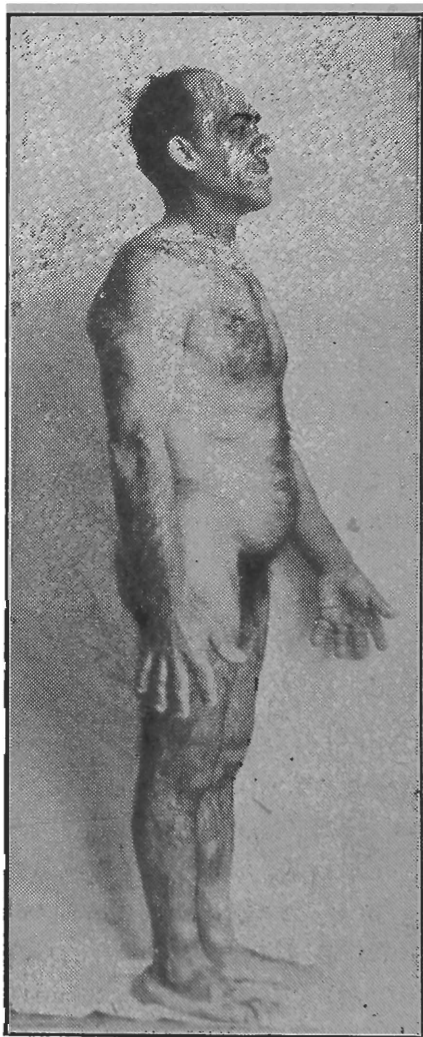


FIG. 22

Z. S. S. — 40 anos. I. M. H.
Aspecto acromegálico típico por adenoma eosinófilo do globo anterior da hipófise. Notar o desenvolvimento e o aspecto grosseiro das mãos e pés. Prognatismo, engrossamento do nariz e saliência das arcadas superciliares.

SELA TURCICA E ADENOMAS DA HIPOFISE

Já descrevemos alargamentos da sela turcica nos adenomas cromofobos da hipófise. *Os adenomas basófilos de CUSHING não existem como formação tumoral macroscópica.* Quanto aos adenomas eosinófilos, responsáveis pelo gigantismo hipofisário e pela acrome-



FIG. 23

Mesmo caso da fig. anterior. Cranio acromegalico tipico; grande desenvolvimento dos seios frontais; prognatismo; acentuação da protuberancia occipital externa; aumento da densidade e da espessura do esqueleto craniano.

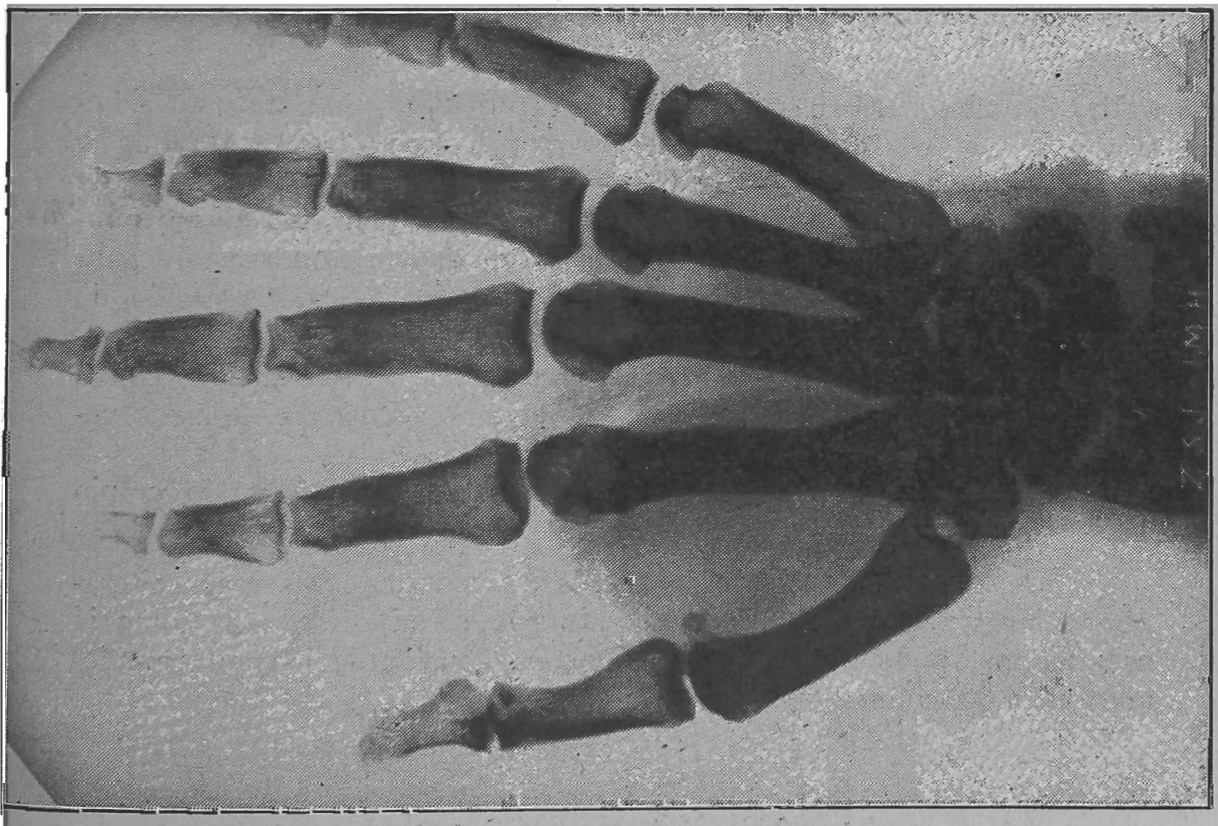


FIG. 24

Mesmo caso da fig. anterior. Notar a esclerose ossea e o aspecto grosseiro dos metacarpianos.



FIG. 25

Cranio acromegalico tipico. Notar o aspecto da sela, com alargamento simetrico, abaixamento do assoalho e afilamento do dorso Prognatismo; grande desenvolvimento dos seios frontais

galia, são tumores benignos, de crescimento lento, que alargam simetricamente a sela turcica em todos os seus contornos, afilando o dorso e impelindo o assoalho para baixo (fig. 25). A abertura da sela, que se mantem com as dimensões habituais durante algum tempo, acaba por abrir-se desmesuradamente quando o tumor cresce para cima rompendo o diafragma selar. Ao mesmo tempo o cranio do acromegalico apresenta alterações tipicas; os seios da face são enormes, os maxilares grosseiros e proeminentes, a protubancia occipital externa e as arcadas superciliares são muito salientes, e algumas vezes aparece a hiperostose interna dos frontais.

São disturbios de crescimento localizados dos ossos do cranio e da face.

Não se pode todavia esperar o encontro de todas essas alterações selares nas syndromes de hiperfunção da hipofise, pois como já acentuamos, podem existir hiperfunções consideraveis sem grandes aumentos do volume glandular.

GIGANTISMO. HIPOGONADAL

O gigantismo hipogonadal primario puro é observado nos eunucos castrados antes da puberdade ou nos individuos portadores de

insuficiência gonadal desde a infância. A ausência de função endócrina gonadal liberta a hipófise da atividade frenadora das gonadas e acelera portanto o crescimento, por aumento do hormônio correspondente. Ao mesmo tempo, a época de crescimento se prolonga muito, por falta ou retardo da crise puberal. A diferenciação nuclear não parece sofrer perturbações, porém o estudo nesse sentido ainda é imperfeito.

Aparecem então os indivíduos muito altos, de linhas longas, com desenvolvimento escasso dos órgãos genitais e dos caracteres sexuais secundários. Predomina nitidamente o crescimento dos membros inferiores sobre o tronco, criando uma desproporção característica do tipo. Casos existem nos quais se torna difícil diante da insuficiência gonadal e do crescimento excessivo dizer se se trata de uma alteração primária das gonadas ou de uma hiperfunção eosinofila com prejuízo da secreção gonadotrópica da hipófise. Outros casos se apresentam, de associações morbidas hipófiso-gonadais, em que ambos os efeitos de crescimento exagerado e persistência das cartilagens se somam, produzindo os eunucoides de estatura máxima.

* * *

Como já mencionamos, no hipergonadismo infantil pode existir crescimento excessivo para idade e, portanto, gigantismo relativo (fig. 19). A esses gigantes infantis está todavia reservada de regra uma estatura definitiva abaixo da normal por soldadura precoce das epífises. Raramente chegam à idade adulta, pois o tumor da pineal, da cortex supra-renal ou das gonadas, responsável por essas perturbações, leva-os geralmente à morte antes dessa idade.

* * *

Hipófise, gonadas e tireoide se combinam portanto de várias maneiras na produção dos nanismos e gigantismos. Os casos puros são abstrações teóricas; as combinações com predominância de uma ou outra glândula em virtude das correlações glandulares, constituem a regra.

As descrições esquemáticas apresentadas representam apenas os pontos de apoio teórico sobre os quais baseamos nosso raciocínio na análise das modalidades infinitas dos casos concretos. Tem a utilidade de fornecer um andaime lógico sobre o qual se constroem os diagnósticos clínicos e permitir a compreensão de minúcias que sem esses fundamentos ficariam sem explicação razoável.

FUNÇÕES ENDOCRINAS E TIPOS CONSTITUCIONAIS

A simples descrição dos tipos somáticos resultantes das disfunções glandulares acorda imediatamente a idéia da enorme importan-

cia das glandulas endocrinas na constituição morfologica do individuo.

O hipogonadal, alto, delgado, de musculatura pobre e o hipergonadal baixo, atarracado e robusto com predominancia das linhas transversais, se inclinam indisfarçavelmente para os tipos hipo- e hiperestenico.

Ora, dentro das variações fisiologicas das funções glandulares, antes de entrar no terreno da patologia, o tipo morfologico se encontra provavelmente sujeito á constituição endocrina e nesse particular as ideias de PENDE, fazendo por assim dizer a sintese endocrino-constitucional, são de uma importancia enorme não só para a compreensão como tambem para a profilaxia e o tratamento das condições morbidas ligadas ao biotipo.

Nessa sintese, o hipertireoideu de PENDE é o simpatico-tonico, longilineo, de excitabilidade exaltada, hipotenso, intelectual, predisposto, por hipocrinia ás afecções do aparelho digestivo.

O hipersuprarenal é brevilineo vagotonico, pletorico, atletico, tipo digestivo, candidato á hiperfensão e ás molestias do aparelho circulatorio.

Imbricam-se, assim constituição endocrina e genotipo, na morfologia individual, mostrando que a herança do biotipo se entrelaça á herança das funções endocrinas da maneira indissociavel.

* * *

O equilibrio glandular dos diversos tipo normais faz-se com predominancia de um ou outro sistema endocrino, o que gera dentro da normalidade todas as variantes fisiologicas. Ora, a interação das glandulas endocrinas varia não só com a intensidade das alterações da glandula lesada, como tambem com o estado previo dos órgãos receptores e em particular das outras glandulas de secreção interna. Daí as reações diversas de individuo para individuo, responsaveis por tipos clinicos variaveis em uma alteração fundamental sempre a mesma. Por esses motivos, nas hiperfunções hipofisarias globais, ora predomina a diferenciação precoce, ora o crescimento rapido, ora os caracteres de hipergonadismo prematuro.

NOTA: Este trabalho foi feito no serviço do Prof. Raphael de Barros, a quem devemos algumas das radiografias mais típicas, pelo que deixamos expressos nossos agradecimentos.

TRANSPULMIN



Homburg



— e custa apenas **40 + 5!**



SI NÃO TIVER ESTAS VANTAGENS NÃO É MAG-MED!



Quá... Quá... tem algo de novo! É a nova sola de borracha e "Cords" Goodyear no novíssimo modelo MAC-MED! É muito mais durável e abafadamente vistosa — pelo preço de sempre: — apenas 40 + 5! E nunca se desprende!

Mas MAC-MED tem mais! Tem couro no contraforte e na palmilha! E ainda os afamados saltos Goodyear, mais duráveis, feitos de borracha "viva".

Contraforte de couro durável, ajuda a manter a fôrma do calçado.

Sola "Cord" Goodyear - máxima durabilidade, não escorrega.

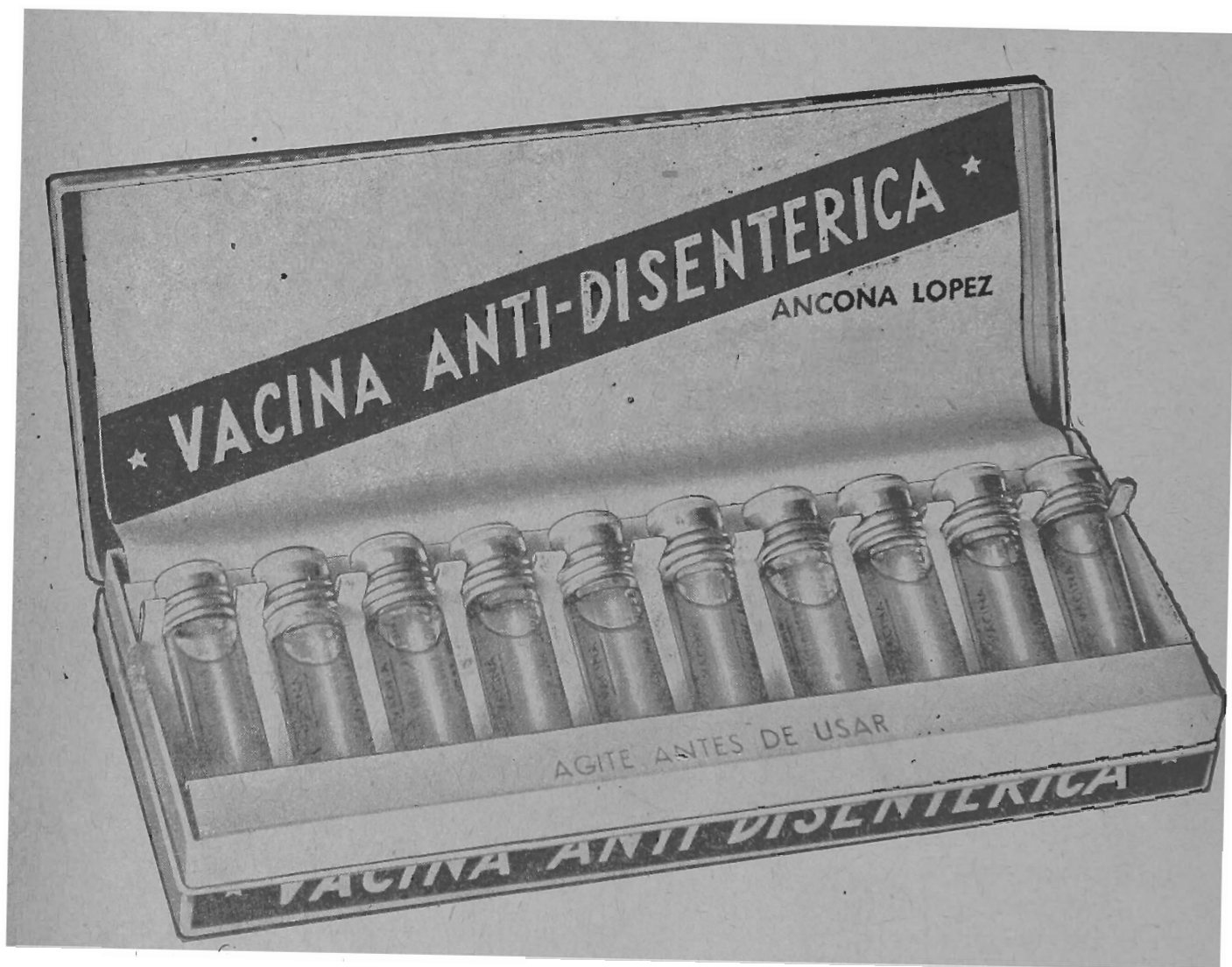
Palmilha de couro - flexível, firme, resistente.

Os saltos são Goodyear - duram muito mais.

CASA DOS 40
QUÁ... QUÁ... QUÁ... 40 + 5

Filiais em SÃO PAULO: - Rua 15 de Novembro, 71 - Rua S. Bento, 476 - Rua Florencio de Abreu, 28
Rua Barra Funda, 368 - Av. Rangel Pestana, 1843 - Filiais em Santos: Rua João Pessôa, 11 - Pr. Ruy
Barbosa, 34 - Filiais no Rio: Rua dos Ourives, 13 - Rua Luiz de Camões, 2, sob. - Rua da Assembléa, 70

O Departamento Biológico dos Laboratórios Ancona Lopez Soc. Ltda., tendo como consultor científico o Dr J Travassos, apresenta à distinta classe médica brasileira o seu produto:



VACINA ANTI-DISENTERICA

Enterites, Entero-Colites de natureza infecciosa bacilar

Amostras e literatura à disposição dos Senhores Médicos

LABORATORIO ANCONA LOPEZ SOC. LTDA.

Laboratórios
R. Augusta, 1.426
Fone: 7-7266

Dep. Propaganda
R. Boa Vista, 15 — 3.º Andar
Fone: 2-0680

Caixa Postal, 2294
SÃO PAULO

VALOR DO EXAME UROLÓGICO NO DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DOS TUMORES DO ABDOMEN

CARLOS DE MORAES BARROS (*)

(2.º assistente)

AUGUSTO A. DA MOTTA PACHECO

(3.º assistente)

No objetivo de acentuar o valor do exame urológico meticoloso em casos de tumores do abdomen, reunimos neste trabalho varias sumulas de observações nas quaes o diagnostico diferencial pôde ser feito com precisão pela propedeutica urológica.

1.º CASO — N. V. P. branco, brasileiro, 26 anos, masculino, casado.

Queixas dor na região hipogastrica ha um ano.

Historico: Em 25-12-939, violenta dor ao nivel da porção superior da região hipogastrica e inferior da região umbelical, mais acentuada para o lado direito. Procurou a Santa Casa. Melhora completa após medicação sedativa. 15 dias depois, nova crise. Internado na Santa Casa, sofreu apendicectomia de urgencia. Alta 8 dias após, permanecendo em boa saúde durante trinta dias, ao fim dos quaes foi acometido de nova crise em tudo identica ás anteriores. Desde essa época as crises se repetem periódicamente com intervalos que vão de algumas horas a uma semana.

As crises se iniciam com dor progressivamente acentuada até atingir forma de violenta pontada ao nivel da parte superior da região hipogastrica e inferior da região umbelical, irradiando-se para a coxa e testiculo do lado direito. Refere, durante a crise, um tumor na região citada, que aumenta sensivelmente de volume, com nauseas, desejo frequente de urinar e de evacuar.

Assinala, ainda, que as dores decrescem na sua intensidade até completa regressão, quando percebe diminuição e quasi desaparecimento do tumor referido.

(*) Da Clinica Urológica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Serviço do Professor Luciano Gualberto, na Santa Casa.

Exame: Á palpação percebe-se um tumor situado mais ou menos na linha mediana, na parte inferior da região umbelical e na superior da região supra-pubica. Ovoidal, de eixo maior no sentido longitudinal, limites nitidos, particularmente em sua bórda direita. Superfície lisa, consistencia parenquimatosa, pouco móvel lateralmente e não se mobilisa no sentido longitudinal. Não tem relação com colons e cecum que são palpaveis. O tumor não é atingido nem pelo toque retal e nem pelo palpar combinado reto-hipogastrico. Rim direito não palpavel e esquerdo palpavel no seu pólo inferior.

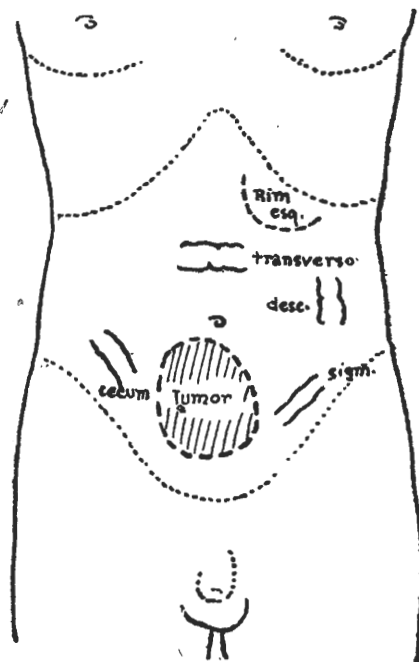


FIG. 1
Esquema do abdome
(Caso 1)

Urografia: Revelou ausencia de secreção à direita, mesmo após 30' e normal a esquerda.

Cistoscopia: Normal. Cateterismo ureteral normal a esquerda e, a direita, ligeiro obstaculo inicial, vencido após manobras e tendo sido a sonda introduzida numa extensão de 20 centímetros com esvaziamento continuado de urina pela sonda deste lado.

Urinas separadas: Rim direito-uréa 2,9 ‰ — cloretos-7 ‰
— Rim esquerdo-uréa-6,1 ‰ — cloretos-12,5 ‰.

Sedimento urinario: Normal.

Indigo carmin: A esquerda, azul intenso em 3 minutos e a direita, azul muito claro em 9' e em 15' azul pouco mais acentuado.

Pielografia ascendente: Ureter esquerdo, bacinete e calices bem cheios, dilatados e constipados. No lado direito a sonda ureteral dirige-se para a linha média ao nível do promontório e o contraste enche uma cavidade (bacinete) de contornos nitidos, lisos, ovalar, de maior diametro transverso e apresentando dois córnos em seus angulos supero externos, direito e esquerdo. Em um desses córnos,

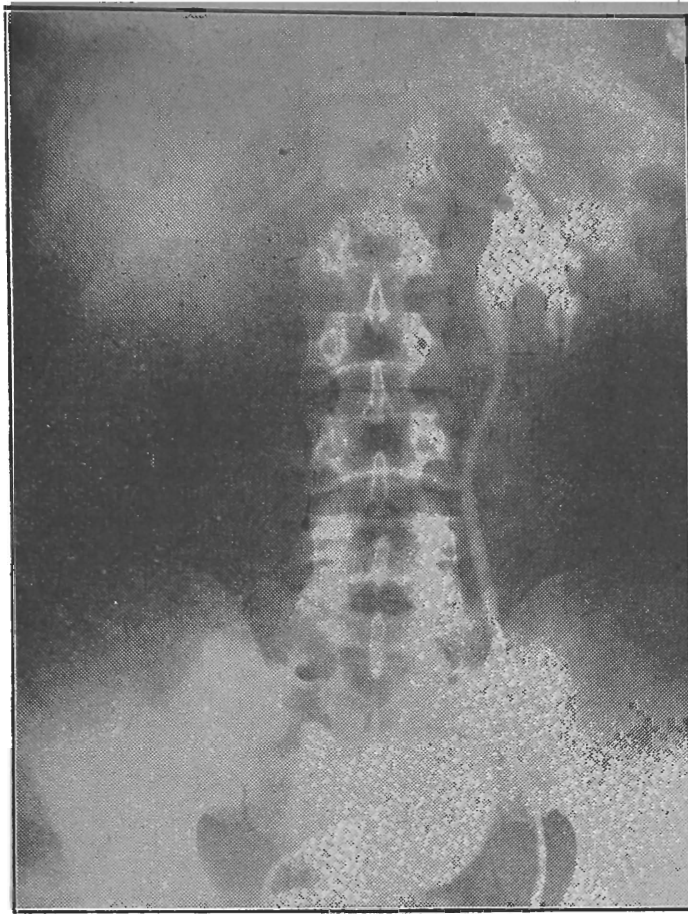


FIG. 2
(Caso 1)

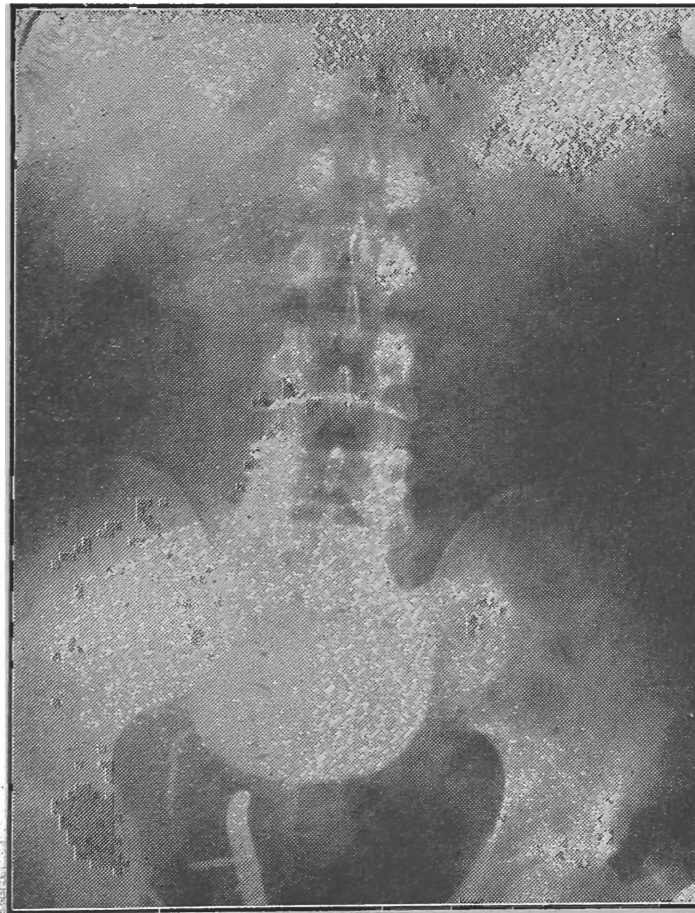


FIG. 3
(Caso 1)

o direito, parece que o ureter, depois de retorcido na parte inferior, vem desembocar. Na uretero-pielografia direita ascendente, com sonda de Chevassú, nota-se um ureter curto que se dirige para cima e a seguir para dentro, em direção ao promontório, abrindo-se na cavidade descrita.

Diagnostico: Rim ectópico pelvico direito com hidronefróse.

Comentarios: A anamnese do doente revela história de cólica renal a direita, caracterizada perfeitamente pela dor com seus distintivos de irradiação e, o que é mais, um tumor que o proprio doente refere mais tenso durante a crise, doloroso, com premencia, tenesmo e vomitos, tumor esse que decresce e desaparece passada a crise. Esse tumor é muito bem individualizado pela palpação abdominal. Não se justifica, em face desse quadro, o descuido de um exame inicial e cuidadoso do aparelho urinario.

A urografia já assinalaria exclusão (hidronefróse) de um lado e a pielografia ascendente faria o diagnostico, como o fez, evitando uma apendicetomia inutil.

2.^o CASO — N. D. branco, brasileiro, casado, masculino.

Queixa: Dores na fossa iliaca e no flanco direito ha 4 anos.

História: Ha 4 anos dores difusas como acima, pouco intensas e irradiação para ambas as regiões lombares. Apareciam cada 15 ou 20 dias, são mais frequentes atualmente e teve cólica abdominal nestes ultimos dias.

Apresenta estreitamento uretral que dilatou ha trez anos.

Seu játo de urina é fino, de novo, destes dois ultimos anos a esta data. Refere ter sido examinado desde o inicio de sua doença por varios medicos e os diagnosticos foram, entre outros: apendicite, kisto e seminoma. Foram, mesmo, propostas varias intervenções cirurgicas para estirpação quer do apendice, do kisto ou do tumor.

Exames: No abdomen, na fossa iliaca direita e na região umbelical, junto a linha mediana, palpa-se um tumor de limites bem definidos e nitidos. Ligeiramente movel no sentido lateral, de consistencia parenquimatosa, doloroso, de superficie lisa, não pulsatil e correspondendo perfeitamente a sombra visivel na urografia.

Sigma, transverso e cecum palpaveis, nada apresentando de anormal. Pontos reno-ureteraes dolorosos os posteriores e lateraes de ambos os lados. Rim não palpavel do lado esquerdo. Uretra permeavel a exploradora olivar 17, com numerosos resaltos.

Urografia: Nefrograma direito, nitido, na zona de projeção do tumor descrito. Aparecimento do ureter pelviano do lado direito. Não houve aparecimento de calices e bacinete em todas as chapas, de 1 minuto até uma hora. Não se consegue visualizar nefrograma do lado esquerdo e nem, tambem, eliminação de contraste até uma hora. Não foi feita pielografia ascendente em virtude do estreitamento uretral que impedia cistoscopia. O doente não mais voltou a consulta para exames complementares necessarios.

Diagnostico: Rim ectópico iliaco direito.

Comentario: Dor no flanco, dor lombar e disturbios miccionaes imputaveis ao estreitamento e o tumor, palpavel no flanco, com

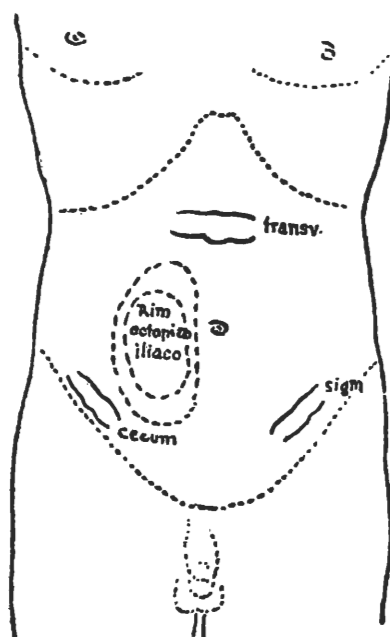


FIG. 4

Esquema do abdomen
(Caso 2)

característicos de retro-peritoneal, parenquimatoso e reniforme, por certo tornam imperativo o exame urológico cuidadoso.

A urografia já assinala que o tumor palpavel no flanco corresponde ao nefrograma direito.

A sintomatologia alta, embóra frustra, com história e lesão do trato urinario baixo, merece maior atenção clinica para que se afastem e se evitem diagnosticos de apendicite, kisto, etc.

Infelizmente o estreitamento uretral impediu se completassem, com pielografias indispensaveis, o exame do aparelho urinario logo após a consulta e, o doente não tendo voltado, conforme recomendamos, não nos foi possivel positivar situação e estado do outro rim.

3.º CASO — V. L. Z. brasileiro, branco, masculino, 23 anos, solteiro, funcionario publico, Capital.

Queixa: Vasio na região lombar direita e peso no hipocondrio do mesmo lado ha cinco anos.

Historico: Em 1935 notou, no lado direito do abdomen (hipocondrio), uma saliencia que, ele proprio, pela palpação, verificou ser movel e não dolorosa. Fizeram-lhe diagnostico de rim cahido. Nessa mesma ocasião começou a sentir um vasio na região lombar direita. Nada mais refere.

Exame: Na posição de decubito dorsal palpa-se o polo inferior do rim direito e na posição ortostatica palpa-se todo o orgão, no flanco. Rim esquerdo não palpavel.

Urografia: Ausencia de sombras opacas aos raios X. Rins de forma e contornos normaes. Polo inferior do rim direito ao nivel da apofise transversa da 3.^a vertebra lombar; em posição ortostatica desce 6 centimetros, ficando 2 centimetros abaixo da crista iliaca. Polo inferior do rim esquerdo ao nivel da apofise transversa da 3.^a vertebra lombar e desce 1 centimetro em posição ortostatica. Funções secretora e escretora normaes.

Cistoscopia: Normal. Cromocateterismo: rim direito, azul claro em 8', rim esquerdo, azul claro em 6' e, 1' depois, azul intenso em ambos.

Separação de urinas: Sedimento urinario: normal. Exame bacterioscopico-negativo. Exame bacteriologico-presença de coli do lado direito e negativo para o lado esquerdo.

Pielografia ascendente: Em posição ortostatica, o polo inferior do rim direito bascula para dentro acarretando angulação entre bacinete e ureter; 5 centimetros abaixo desse ponto e ao nivel da 1.^a vertebra sacra, presença de angulações ureteraes.

Diagnosticico: Ptose renal direita.

Comentarios: O interesse deste caso está apenas no patentear a facilidade com que clinicamente se póde comprovar a queixa do doente referindo tumor movel e não doloroso, no flanco direito. A palpação cuidadosa já revela, em posição ortostatica, um tumor retroperitoneal, movel, com as características palpatorias de rim e que se póde fazer voltar á loja renal, sem a menor dificuldade.

Urografia e pielografia confirmaram o exame clinico, estabelecendo as relações entre o orgão e o conducto escretor. (cotovelos)

4.^o CASO — E. R. branca, russa, 34 anos, casada, feminina, domestica, São Paulo.

Queixa: Dor na região lombar direita ha cinco anos.

Histórico: Ha cinco anos dor na região lombar direita com irradiação para o flanco, fóssa iliaca e coxa do mesmo lado.

As dores são continuadas e em fórmula de peso intenso, com periodos de exacerbação. Polakiuria diurna (8 a 10 veses). Nada mais refere.

Exames: Abdomen: palpa-se, no flanco direito, um tumor ovalar, muito movel, superficie lisa, consistencia parenquimatosa, doloroso e que deslisa facilmente para a loja renal. Colons palpaveis e dolorosos em todo trajeto. Pontos reno-ureteraes dolorosos os posteriores e os lateraes, do lado direito.

Urografia: Ausencia de sombras opacas aos raios X. Rins de fórmula, volume e contornos normaes. Rim direito com pólo inferior ao nivel da apófise transversa da 4.^a vertebra lombar e, na posição ortostatica, ao nivel da bórda inferior da 5.^a vertebra lombar. Rim esquerdo, pólo inferior ao nivel da apófise transversa da 3.^a vertebra lombar e, na ortostatica, ao nivel da bórda superior da 4.^a vertebra lombar.

Função secretora: Normal.

Função escretora: Alterada discretamente, com ligeira constipação bilateral, mais acentuada do lado direito. Na posição ortosta-

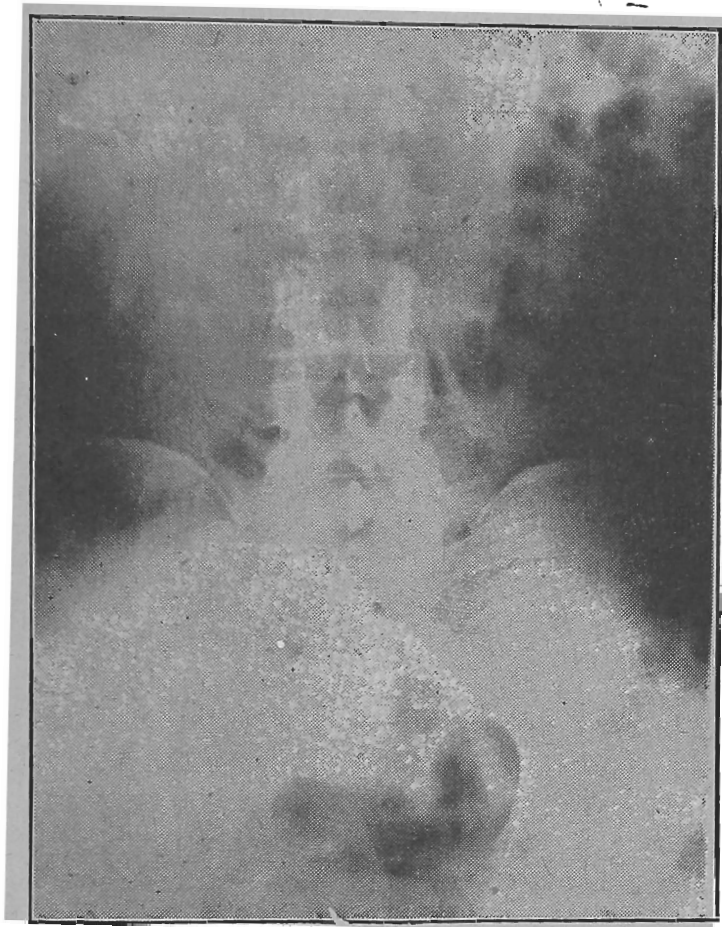


FIG. 5
(Caso 4)

tica, o rim, descendo, bascula o seu pólo inferior para dentro, havendo formação, ao nível da junção piélo-ureteral, de um cotovelo em nitido anzol.

Comentário: A anamnese, com o síndrome de dor renal (sede e irradiação) e a palpação abdominal, percebendo um tumor no flanco com as características palpatórias de rim ptosado, já estabeleceram diagnóstico que o exame radiográfico confirmou in totum.

5.^o CASO — A. D. C. branco, brasileiro, 41 anos, casado, comércio, São Paulo.

Queixa: Massas tumorais nos flancos há 5 anos.

História: Há 5 anos começou a sentir peso junto às últimas costelas de cada lado e, ele próprio, palpava massas duras, nessas regiões, sendo ligeiramente dolorosa a palpação, a esquerda, que também doía espontaneamente, em certas ocasiões. Há uma semana, após a micção, notou aparecimento de sangue no meato uretral.

Exames: Abaixo da reborda costal direita palpa-se massa tumoral dura, bosselada, dolorosa, situando-se sua borda inferior 2

centímetros abaixo da linha transversal que passa na altura da cicatriz umbilical e aproximando-se da linha mediana, da qual dista 4 centímetros. Abaixo da reborda costal esquerda palpa-se massa de característicos identicos aos da supra citada a direita, cuja borda inferior está 1 centímetro abaixo da linha transversal que passa pela cicatriz umbilical. Transverso palpavel ao nível da cicatriz umbilical. Cecum e sigmoides, nas fossas iliacas, gargarejantes e não dolorosos.

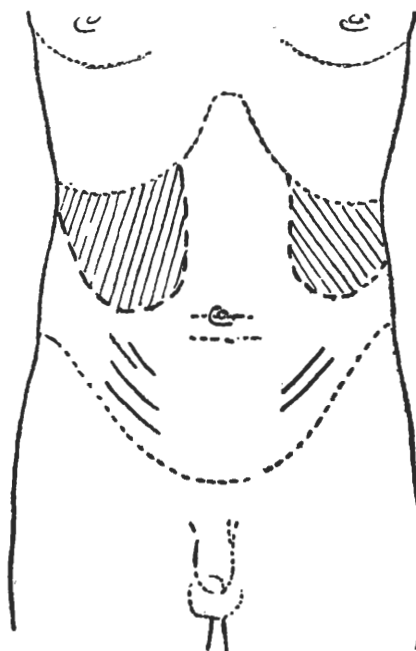


FIG. 6
Esquema do abdômen
(5.º caso)

Urografia de eliminação: Rins muito aumentados de volume, de forma normal e de contornos lobulados. Rim direito, com polo inferior ao nível da apófise transversa da 5.^a vertebra lombar e ao nível da crista iliaca. Rim esquerdo, 3 centímetros abaixo da crista iliaca.

Função secretora: Rim direito, 5' após, a presença de contraste ao nível do calice superior e bacinete, mesmo após 50' não ha maior concentração. Rim esquerdo, não se visualisa contraste, nem em 50'

Função escretora: Alterada. A direita: bacinete alongado, afilado e comprimido lateralmente, em cuja extremidade, em angulo obtuso, se implantam, um calice superior e um calice inferior, alongados, dilatados e comprimidos lateralmente, terminando cada um deles em dilatação, com forma de clava. Ureter não visível. Bexiga nada revela. Rim esquerdo, prejudicada a interpretação por não ter havido eliminação de contraste.

Cistoscopia: Capacidade vesical 260 cc. Clareamento facil; bexiga de aspeto normal, como colo vesical e meatos ureteraes. *Cateterismo ureteral:* as sondas ureteraes foram introduzidas 20 centímetros

de cada lado e, injetado indigo carmim, houve eliminação, a direita, em 9' (azul claro). O rim esquerdo não eliminou até 1 hora.

Seperação de urinas: Rim direito: apoz 1 hora secretou 20 cc.: uréa 7,40 e cloretos 9,50, sedimento urinario: raras celulas epiteliaes descamadas, raros leucocitos isolados. Grande numero de hemaceas. Bacterioscopico-negativo.

Rim esquerdo: apoz 1 hora eliminação de 2 cc.: urina turva: uréa 4,7; cloretos 9. Sedimento urinario: raras celulas epiteliaes descamadas. Numerosos leucocitos degenerados e varias hemaceas. Bacterioscopico-varias formas de estafilococus e de bacilos coli.

Exame de sangue: uréa-75 mmg. % — Creatinina — 2,3 mmg. % — Indicação — 0,128 mmg. %.

Prova de uroseletan: densidade 1008 — em 5' — 1014 — em 50' — 1012.

Prova de sulfofenólfaleina: em 15' — traços — em 30' — traços — em 70' — 17 1/2%.

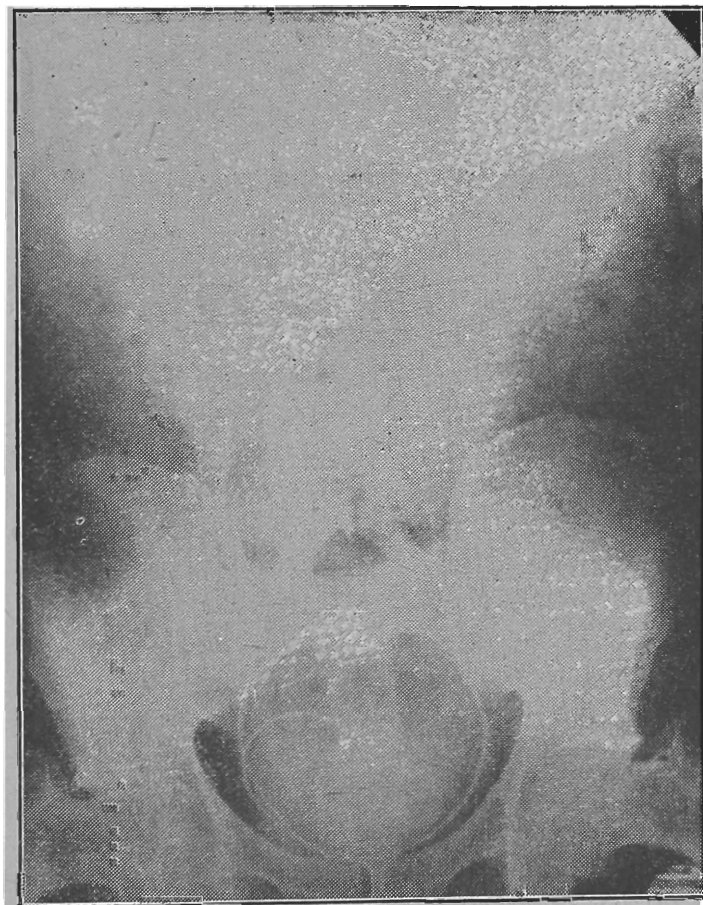


FIG. 7
(5.º caso)

Pielografia ascendente: 20 cc. de iodeto de sodio a 12 1/2%, de cada lado, acusando o paciente ligeira dor.

Rim direito — mesmo aspeto que a urografia, apenas mais nítido. Ureter dirigindo-se obliquamente para dentro, alcançando

disco intervertebral entre 2.^a e 3.^a lombares, donde desce para a bexiga acompanhando a linha das apófises transversas.

Rim esquerdo — bacinete afilado, comprimido lateralmente e oblíquo de cima para baixo e de fóra para dentro, terminando em porção dilatada de onde partem, em ângulo largamente obtuso, um cálice superior e um cálice inferior e, de sua parte media, um cálice curto. O cálice superior está alongado e achatado lateralmente terminando-se em clava dilatada e irregular. O cálice médio, que é curto, termina em taça nitida. O cálice inferior desde seu início é alongado e termina em clava irregular, havendo refluxo pielo-venoso. Ureter se dirige oblíquo para dentro atingindo a apófise transversa da 3.^a lombar e daí dirige-se para baixo e torna-se oblíquo para fora, quando vai atingir a grande chanfradura ciática. Bexiga normal.

Comentarios: A queixa que trouxe o doente a consulta: "massas tumorales em ambos os flancos e dolorosas" já orientava o exame clínico. De fato a palpação abdominal assinala massas tumorales bilaterales, retro-peritoneales, bosseladas e com rechaço nitido, características de rim policístico bilateral.

6.^o CASO — M. B. branco, italiano, 54 anos, alfaiate, casado, São Paulo.

Queixa: ardor e frequência às micções, que reporta a 4 anos e peso no hipocondrio direito, ha seis meses.

Historico: Refere micções noturnas frequentes, ardor, urinas turvas e não raro com coágulos sanguíneos, ha 4 anos. Nessa época, logo após os primeiros padecimentos urinarios, consultou e teve diagnóstico de tumor vesical do qual se operou um ano mais tarde. Desconhece detalhes da intervenção cirúrgica que sofreu referindo tão somente que lhe abriram a bexiga por cistostomia supra-pública. A fistula vesical só ficou inteiramente cicatrizada 20 meses após o ato cirúrgico. Apesar da intervenção a sintomatologia perdurou, o que o doente precisa e acentua: micções frequentes (noturnas e diurnas), ardor, urinas turvas e, às vezes, com coágulos de sangue. Assinala que não raro a polakiúria e a premência de tal forma se exacerbam que as urinas escorrem continuamente pela uretra, às gotas, o que lhe tornou imperiosa a necessidade de usar urinól de borracha para conter o penis. Ha seis meses sentiu certo peso no hipocondrio direito e observou que o seu abdomen se tornava mais volumoso e proeminente nessa região. Tem tomado medicação visando corrigir distúrbios hepáticos uma vez que teve abcesso amebiano anteriormente e a queixa que refere, foi, atualmente, relacionada a alterações do figado. Nada mais assinala de interesse na sua história a não ser que, nestes ultimos dias, notou elevação vespertina e diaria da temperatura — (37° e 37°,5).

Exames: Cicatriz operatória na região supra-pública. A palpação abdominal da bexiga é dolorosa. No hipocondrio direito nota-se um grande tumor de consistencia dura, doloroso á palpação e á percussão, apresentando rechaço nitido. A percussão, em certas

ocasiões, revela interposição de alça intestinal na frente do tumor. A palpação e a percussão assinalam que o tumor desce 9 centímetros abaixo da reborda costal e alcança 8 centímetros para cima da mesma reborda, avançando para a linha mediana da qual dista apenas 4 1/2 centímetros. O tumor méde 19 centímetros de comprimento por 14 de largura.

Rim esquerdo não palpavel, pontos reno-ureteraes posteriores e anteriores, doloróso, á palpação.

A capacidade vesical é de 30 cc. de urina turva, espontaneamente emitida.

Exame de urina revelou ser acida, densidade 1020 e traços evidentes de albumina. O sedimento continha grande quantidade de

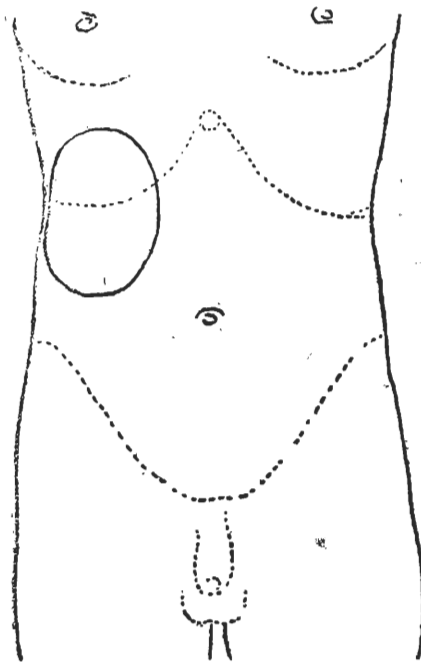


FIG. 8
Esquema do abdomen
(6.º caso)

púz, bacilo gram negativo, que o exame bacteriológico evidenciou como sendo coli.

Exame de sangue: uréa-28 mmg.% — creatinina-1 mmg% — indicação-0,091 mmg % — Tempo de sangria-2' 15" — Tempo de coagulação- 5'

Urografia de eliminação: Ausencia de imagens opacas. Rim direito muito aumentado de volume com pólo inferior situado a 2 1/2 centímetros abaixo da crista iliaca. Contórnos pouco nitidos. Rim esquerdo de fórmula e volume normaes e polo inferior situado ao nível da bórda inferior da 3.ª vertebra lombar. Contórnos normaes. Função secretora-normal a esquerda e ausente a direita em 30'. Função escretora prejudicada a direita e alterada a esquerda: discreta dilatação de calices e bacinete. Ureter progressivamente

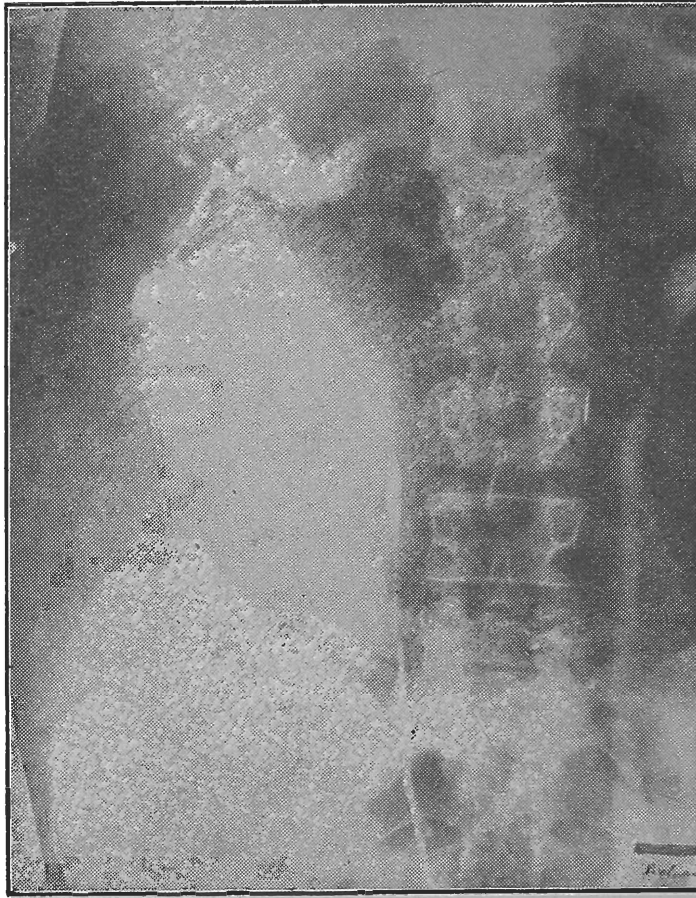


FIG. 9
(6.º caso)

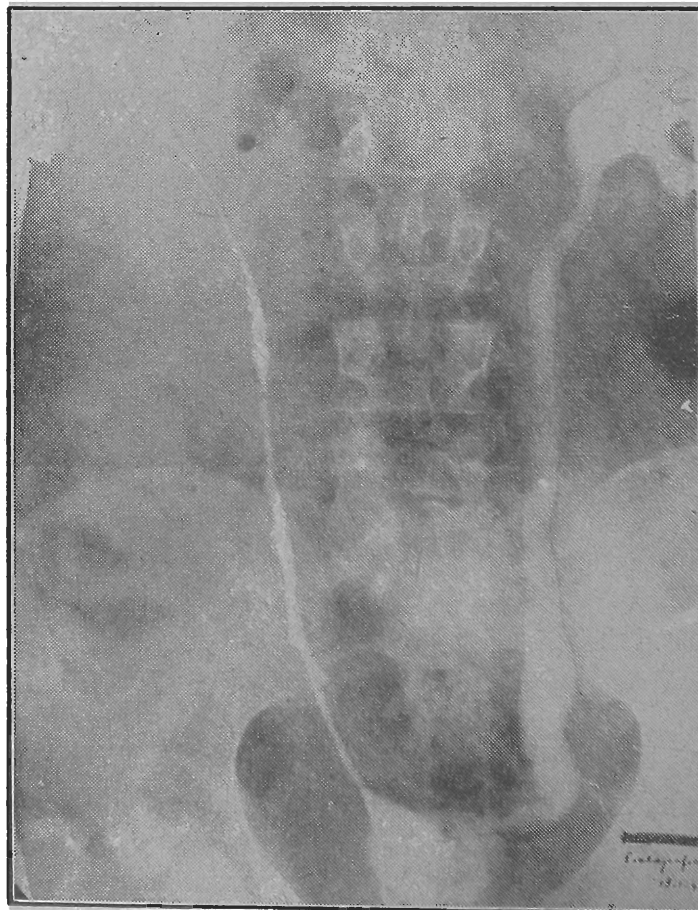


FIG. 10
(6.º caso)

dilatado de cima para baixo, principalmente porção pelviana, com angulações ligeiras. Bexiga retraída, elevada e de contornos regulares. A *cistografia* revela deformação no zimbório às 10 horas e refluxo vesico-uretero-pielo-calicial a esquerda.

Cistoscopia: Capacidade 30 cc. Clareamento difícil. Hiperemia das paredes vesicais com presença de pequenos orifícios enegrecidos. Às 10 e às 2 horas, no zimbório vesical, orifícios enegrecidos por onde sae jato abundante de líquido amarelado. O orifício direito foi cateterizado e injetou-se iodeto de sódio a 12½% para pielografia. Após injetados 30 cc. o doente acusou dor ao nível da bexiga e nada referiu quanto a região lombar.

Pielografia ascendente: Rim aumentado de volume. Polo inferior ao nível da borda inferior da terceira vertebra lombar.

Enchimento irregular de cavidades pielocaliciaes, com absoluta ausência de suas características anatomicas. Da junção uretero-pielica, para cima, o bacinete apresenta-se como que afunilado e comprimido de cima e de baixo, com contornos irregulares e, da sua estremitade distal, partem, divergindo, para cima e para baixo, respetivamente, os calices superior e inferior que formam um T com o bacinete. O calice inferior se apresenta alongado, deformado, como que apertado, de contornos irregulares, terminando-se em porção dilatada e arredondada. O calice superior se apresenta dilatado, deformado, contornos muito irregulares e como que empurrado para o hilo renal. Ureter de calibre exiguo em toda a sua extensão, visualizando-se sonda ureteral na altura do ureter lombar. Apresenta zonas de calibre mais estreitado, verdadeiramente filifórme, como nas alturas dos terços superior e inferior, rígido e de contornos irregulares. Sua desembocadura na bexiga se faz em funil de base inferior com repuxamento da vicera para esse lado. Enchimento da bexiga que se apresenta retraída e presença de refluxo vesico ureteral esquerdo que atinge bacinete e calices.

Diagnostico: Tumor renal direito.

Tratamento: Nefrectomia em 7-2-941. Anestesia raquidiana alta, no final da operação anestesia geral pelo eter.

O exame macroscopico da peça, que não foi aberta, ainda fazia manter o diagnostico e sómente o exame anatomo patológico é que revelou tratar-se de tuberculose cavernosa em rim muito alterado.

Comentario: Embora este doente se tenha apresentado ao Ambulatorio com queixa de peso no hipocondrio direito e, mesmo, diagnostico feito alhures de um processo ao nível do figado, naturalmente em face da historia de abcesso hepatico amebiano, o exame clinico e a anamnese afastaram de inicio esta hipotese fazendo ressaltar a sintomatologia urinaria. A historia de tumor vesical operado anteriormente e os exames de laboratorio dando presença de bacilo coli na urina, acentuavam, ao lado da queixa, do historico e dos exames, que a sede da lesão era o trato urinario.

A palpação abdominal revelando figado situado 1 centimetro abaixo da reborda costal e tumor palpavel no hipocondrio, retro-

peritoneal, com rechaço e doloroso, sugere hipótese de tumor renal. Os exames complementares, principalmente os radiográficos, confirmam a presunção clínica de tumor renal. Mesmo no ato operatório, o aspecto macroscópico externo da massa tumoral, que não foi aberta, parecia confirmar o diagnóstico. O exame anatomo-patológico é que revelou tratar-se de tuberculose cavernosa do rim. Característicos palpatórios de um e de outro, nessa fase, são de fato muito semelhantes (tumor renal) e só com os demais dados dos exames complementares é que seria possível estabelecer diagnóstico diferencial. No caso em apreço, no entanto, isso não aconteceu em face da acidentada história nosológica do doente e quadro atípico da bacilose renal. Entretanto, a indicação terapêutica que os exames clínico e complementares comandaram, era a única adequada.

7.º CASO — J. Z. branco, brasileiro, 64 anos, masculino, casado, comércio São Paulo.

Queixa: Há 1 ano e 3 meses foi bruscamente acometido de fortes dores na região lombar direita com irradiação para baixo e para frente, que duraram 2 dias. Essas dores se acompanharam de urinas sanguinolentas. Durante 1 ano não acusou padecimento algum e após esse tempo teve nova cólica acompanhada de hematuria. Há 1 mês sente constantemente dolorosas, a região lombar e a fossa ilíaca direita. Levanta duas vezes a noite para urinar.

Exames: Palpa-se um tumor no flanco ilíaco direito, duro, de

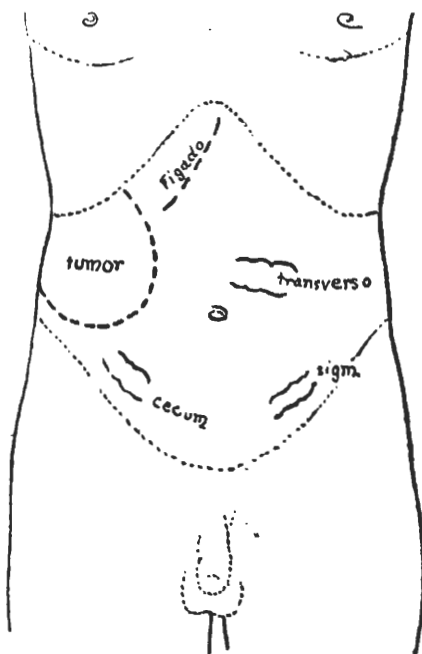


FIG. 11
Esquema do abdômen
(7.º caso)

superfície irregular, doloroso, com rechaço, sendo o transversal palpável na sua frente. O tumor não é móvel com os movimentos res-

piratorios. Sigma e transverso em situação habitual e nada revelam de anormal.

Exames de sangue: uréa — 65mmg% ; creatinina — 2,1mmg% ;
 indicação — 0,093mmg%.

Exame de urina: Acida, densidade 1016. Traços evidentes de albumina.

Sedimento: raros leucocitos isolados, varios agrupados, raras hemáceas, rarissimos cilindros granulósos. Exame bacterioscópico negativo.

Urógrafia: Ausencia de imagens opacas aos raios X. Rim direito muito aumentado de volume. Polo inferior ao nivel da crista iliaca e desce 4 centímetros na posição ortostatica. Rim esquerdo de forma e volume normaes. Polo inferior situado ao nivel da apofise transversa da 3.^a vertebra lombar. Posição ortostatica desce 1/2 centimetro. Função de secreção: normal. Função de escreção: alterada a direita onde se nota calice superior apenas visivel e não se visualisa bacinete.



FIG. 12
 (7.º caso)

Cistoscopia: Bexiga trabeculada com musculo inter-ureteral muito saliente. Trigono congesto e colo deformado na sua vertente

inferior. Indigo-carmin: tanto a direita como a esquerda, azul intenso em 9'

Pielografia: Lado esquerdo: a sonda ascendeu no ureter até a porção iliaca, enchendo ureter, bacinete e calices, notando-se ligeira dilatação pielica. Do lado direito a sonda ascendeu até a porção lombar havendo ligeiro cotovelo ao nível da junção pelo ureteral. Enchimento do bacinete com ligeira dilatação; calice superior muito dilatado, de contornos pouco nitidos. Calices médio e inferior, amputados.

Exame radiológico dos colons, transito e relevo: Transito normal do contraste até o cecum. Ausencia de lesões intrinsecas dos varios segmentos cólicos. Grande tumor estrinseco, comprimindo o angulo hepatico dos colons, para baixo, achando-se o cecum tambem rebaixado e de situação pelvica. Tumor renal? Dr. Moretzsohn de Castro."

Comentarios: Dor na região lombar direita, tipica de cólica nefritica, com irradiação para baixo e hematuria, acentúa logo o comprometimento da porção direita do trato urinario alto.

O exame clinico revela tumor no flanco e hipocondrio direitos com caracteristico de retro-peritoneal, rechaço, imobilidade respiratória, tipicos de tumor renal. A pielografia confirmou o diagnostico, mostrando um bacinete deformado e comprimido com desaparecimento do calice inferior. Além disso o exame radiológico do trato intestinal assinala ausencia de lesões em todo o transito havendo, no entanto, compressão do angulo hepatico dos colons, para baixo e rebaixamento do cecum que é de situação pelvica.

O diagnostico de tumor renal se impõe e afasta quaesquer outras hipóteses.

8.º CASO — L. C. branco, brasileiro, 25 anos, solteiro, lavrador e procedente de Pompeia.

Queixa: dor e aumento de volume do epididimo esquerdo bem como peso e aumento de volume do hipocondrio do mesmo lado. Ha dois meses.

Histórico: Ha um ano, após coito suspeito, ardor á micção e corrimento amarelado, no meato uretral, mais abundante á expressão. Curou-se após trez meses de tratamento. Ha dois meses, após esforço, sentiu forte ardor á micção e aumento do testiculo esquerdo. Um medico lhe diagnosticou orquite prescrevendo injeções e uso de suspensorio escrotal. Nesta época começou a sentir peso na região lombar e no hipocondrio esquerdos com dores continuas mas pouco incomodativas.

Exames: abdomen plano com ligeiro abaúlamento situado no hipocondrio e flanco esquerdos e parte lateral e esquerda do epigastro. Pela palpação, nessa região, notamos um tumor cujos limites se evidenciam pelo grafico anexo:

Méde 12 centímetros da rebórda costal até seu limite inferior que dista 2 centimentros da cicatriz umbelical, com 15 centímetros de largura. Pela percussão a massicez no hipocondrio esquerdo atinge o 6.º espaço inter-costal, na linha mamilar anterior. Seus limites

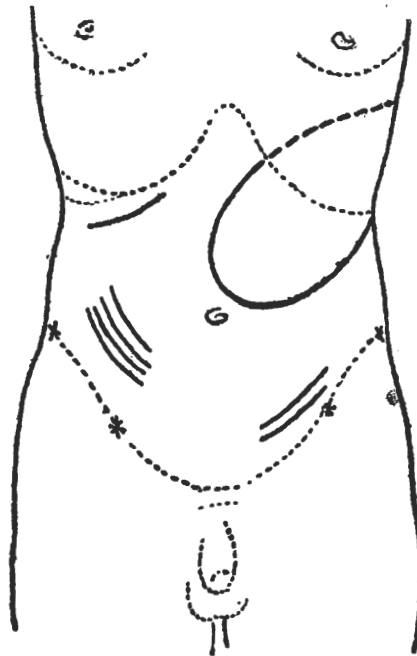


FIG. 13
Esquema do abdomen
(8.º caso)

são nitidos: é liso, regular, duro, massiço, prolongando-se por baixo da rebórda costal esquerda, onde existe zona de massicez que o delimita. Ha rechaço lombar do tumor. Não existe interposição de segmento intestinal entre o tumor e a parede abdominal anterior. Fígado no 6.º espaço inter-costal, na linha mamilar direita. Palpavel 3 centímetros abaixo da rebórda costal, com bórda fina, lisa e ligeiramente dolorosa. Cecum, cólo ascendente e sigmoide, palpaveis, nada apresentando de anormal.

Epididimo esquerdo aumentado de volume, atingindo proporções identicas as de ovo de galinha, duro, muito doloroso e a pele da bolsa escrotal que o recobre é avermelhada. Dilatação varicosa das veias do funiculo. Meato uretral normal.

Manobra de Giordano negativa. Pontos reno-ureteraes não dolorosos.

Tôque: Aumento de volume do lóbo direito da prostata que é ligeiramente dolorosa. Vesiculas palpaveis, tensas e pouco dolorosas.

Próva de calices: Urina turva em ambos os calices e com filamentos pesados.

Exame da secreção uretral: Bastonetes grã negativos.

Urografia: Rim direito de fórmula, volume e situação normaes. Do lado esquerdo não se distingue nitidamente a fórmula do rim cujo

volume é muito aumentado e não se consegue visualizar, com precisão, o seu pólo inferior. Função secretora: normal á direita e muito retardada á esquerda. Função escretora: ligeira estase pielo-ureteral a direita e está francamente alterada a esquerda com desvio do pielograma para o lado. Calices dilatados, bacinete como que comprimido.

Diagnostico: Tumor renal a esquerda com uretrite total cronica, prostato-vesiculite e epididimite esquerda.

Tratamento: Em 6 de Junho de 1938 nefrectomia esquerda sob anestesia peri-dural. Encontrou-se massa neoplasica durante o descolamento da qual foi rompido o peritonio e mesmo 2 fócios supurativos de pequenas proporções. O tumor descia para a fossa iliaca esquerda e avançava para a linha mediana tendo sido muito penoso o seu isolamento. No alto da massa tumoral, comprimido e angustiado pela mesma, se encontrava o rim atrófico que foi estirpado conjuntamente com o maximo de tecido néoplasico. Após nefrectomia foi retirada a maior quantidade possivel de massa tumoral remanescente.

Exame anatomo-patológico: “metastase de seminoma retro-peritonal. Assinado: *Constantino Mignoni*”

Sequencia: Em 5 de Julho de 1938 foi praticada castração esquerda sob anestesia peri-dural. Não se encontrou metastase nem na altura dos vasos iliacos esternos. Testiculo estirpado nada apresentava de anormal macroscopicamente, nem mesmo a sua consistencia parecia alterada. O exame anatomo-patológico, entretanto, já revelou nucleos de néoplasia. Apesar de nóvas applicações radioterapicas, o doente, 2 meses após a ultima intervenção, falecia de caquexia cancerósa.

Comentarios: Embóra uma história de blenorragia recente mascarasse a queixa principal: “peso e dores na região lombar e no hipocondrio esquerdos” — o exame clinico acentuou a sintomatologia renal assinalando presença de tumor liso, regular, duro, massiço, saliente 12 centímetros abaixo da rebórda costal esquerda, com rechaço lombar, embóra sem interposição de segmento intestinal entre tumor e a parede abdominal anterior. O diagnostico de tumor renal foi confirmado pela urografia e só no ato operatório é que se verificou a origem da massa tumoral: retroperitonal e comprimindo e englobando um rim já inteiramente atrofiado. O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de metastase retro-peritoneal de seminoma. O diagnostico de tumor renal se impunha em face da história, da anamnése e mesmo dos exames complementares, inclusive os radiológicos. Além disso, o testiculo, tanto clinicamente como a exame esterno e macroscópico, após orquiéctomia se apresentava perfeitamente normal.

A nefrécctomia praticada o foi com ampla exerése, tanto quanto possivel, da massa metastatica tumoral.

A indicação terapeutica só poderia ser esta, acrescida de applicações radioterapicas á posteriori, o que foi feito.

9.º CASO — M. R. branco, brasileiro, 28 anos, masculino, lavrador, casado, Marília.

Queixa: Fôrtres dores no abdomen ha trez anos.

Histórico: Ha cerca de trez anos sentiu forte dor na região umbelical que desapareceu espontaneamente. Essas dores reapareciam de dois em dois meses ou de mez em mez. Ultimamente aparecem diariamente. Faz um ano que o paciente notou o aparecimento de uma bóla, que se móve no abdomen, com predominancia no epigastro.

Exames: Abdomen: á inspeção nóta-se um abaúlamento situado no flanco direito e na metade direita da região umbelical mais acentuado no fim da inspiração. A palpação nóta-se, no flanco direito e na metade direita da região umbelical, a presença de um tumor ovalar, disposto transversalmente, medindo quatro centímetros no sentido transversal e sete no longitudinal. De limites nitidos, consistencia firme, liso e doloroso, E' muito movel, sendo levado com facilidade para a lója renal direita, onde adquire a posição longitudinal, ficando seguro pelo dedo que palpa. Em nóva inspiração forçada volta á posição primitivamente descrita. Em posição ortostatica desce dois centímetros abaixo do ponto referido. Esse tumor é facilmente deslocavel para a parte esquerda da região umbelical. Baço palpavel 6 centímetros abaixo da reborda costal esquerda, em bórda romba, dura e não dolorosa. Fígado palpavel trez centímetros abaixo da reborda costal direita, em bórda fina e não dolorosa. Sigmoidé e cecum, na situação habitual, nada revelando de anormal. Transverso palpavel 5 centímetros acima da cicatriz umbelical. Es-

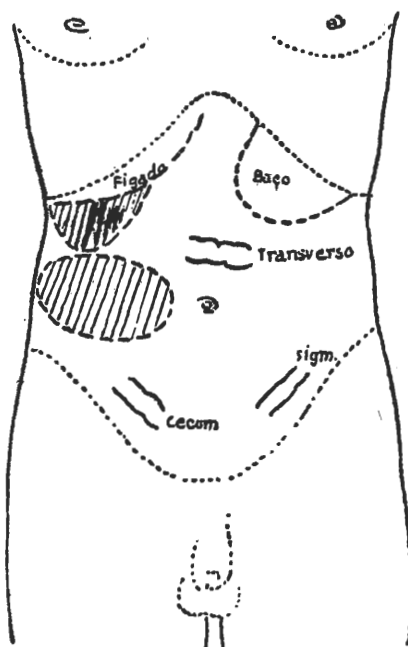


FIG. 14
(9.º caso)
Esquema do abdomen

tomago palpavel 10 centímetros acima da cicatriz umbelical. Rim esquerdo não palpavel.

Urografia: Ausência de sombras opacas aos raios X na zona de projeção do trato urinário. Rins de fôrma, volume e contornos normaes. Pólo inferior um centimetro abaixo da bórda superior da terceira vertebra lombar. Em posição ortostatica desce um centimetro. Função secretora — normal. Função escretora: normal. Diagnostico: urograma normal.



FIG. 15

(Caso 9)

(Na redução do filme a copia foi invertida)

Pielografia ascendente: Lado direito: sonda ascendeu no ureter até 6 centímetros do meato ureteral. Enchimento de ureter, bacinete e calices, nada apresentando de anormal. Nóta-se a presença de uma sombra arredondada, de limites nitidos, medindo $8\frac{1}{2}$ por $10\frac{1}{2}$ centímetros situada no flanco direito sobre o musculo psoas, lateral ao ureter e parecendo superpor-se ao pólo inferior do rim.

Diagnostico: Pielograma normal. A sombra tumoral não tem relação de continuidade com o aparelho urinário.

Comentario: Tumor revelado pelo proprio doente e que a palpação abdominal assinala como localizado na região umbelical e flanco direito, perfeitamente movel, crescendo, ainda, que facilmente levado para a lója renal direita. Este ultimo dado é bem característico do rim flutuante. A propedeutica urológica cuidadósamente executada,

principalmente os exames radiograficos, afastou qualquer comprometimento do trato urinario. A unica hipótese plausivel, em face dos caracteristicos palpatorios era a de tumor do mesenterio, que assim ficou estabelecida. O doente foi operado pelo Dr. Raul Vieira de Carvalho que, no ato operatorio, verificou o acerto do diagnostico.

10.º CASO — N. F brasileira, branca, 30 anos, casada, feminina, residente nesta capital.

Queixa: Dor no flanco ha um ano e meio.

Histórico: Ha um ano e meio começou a sentir dores no flanco, na fossa iliaca e no hipocondrio direitos. As dores eram surdas, continuadas e não eram acompanhadas de outro sintoma.

Exames: Abdomen: palpa-se um tumor situado no flanco, fossa iliaca e chegando até o hipocondrio direito. E' de consistencia cística, de superficie lisa, movel aos movimentos respiratorios e pouco móvel lateralmente pela palpação. A insuflação dos colons mostrou que o ascendente se situa em posição anterior ao tumor.

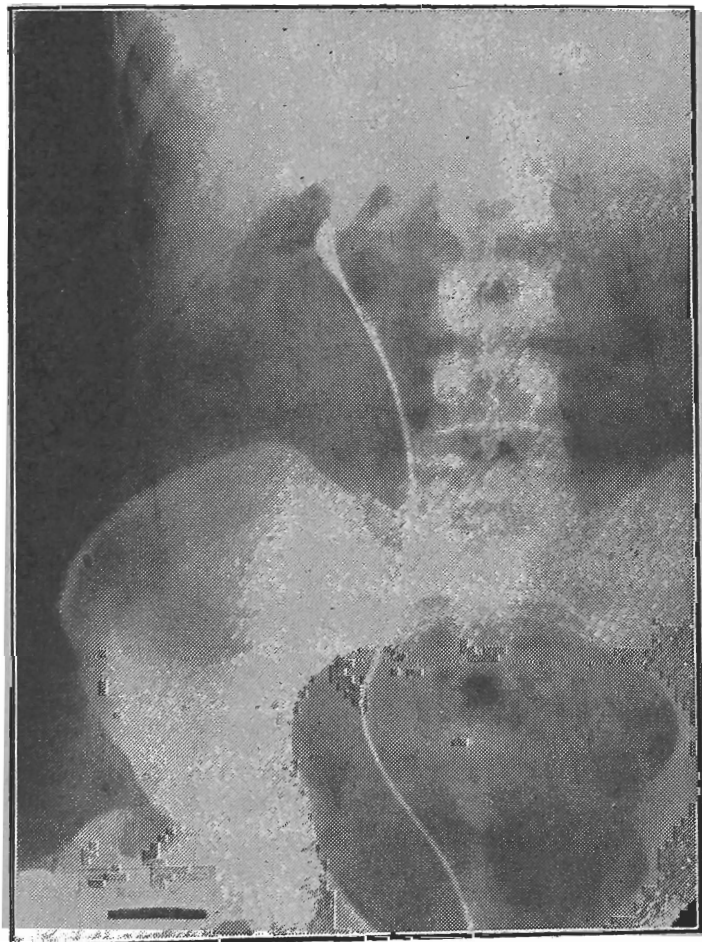


FIG. 16
(10.º caso)

Pielografia ascendente: Sonda ureteral elevada no ureter direito até altura do bacinete. Ligeira angulação na junção pielo-ure-

teral com enchimento do bacinete e dos calices. Não ha relação de continuidade entre o rim direito, a rebórda hepatica e o ureter com uma sombra tumoral situada para fóra do ureter que se apresenta empurrado, pela mesma, para a linha mediana, em suas porções lombar e iliaca.

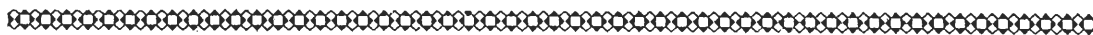
Comentário: Sómente a localização do tumor indicou a exploração radiológica do rim direito, na falta de toda e qualquer sintomatologia característica. A pielografia excluiu completamente a participação renal e assinalou a reborda hepatica, também, sem relação com o tumor. A insuflação dos colons, contudo, estabeleceu a sua séde como retro-peritoneal. Foi indicada uma laparotomia exploradora, tendo sido verificada a presença de um tumor situado no meso-colon ascendente, facilmente estirpado. Tratava-se de um cisto seroso do meso-colon ascendente.

Estes dois ultimos casos (9 e 10) ressaltam o valor do exame urológico no diagnostico diferencial. De inicio excluiu completamente qualquer comprometimento renal. Num dos casos conduziu ao diagnostico definitivo e, no outro, á laparotomia exploradora, perfeitamente indicada e de resultado eficaz.

Conclusão: Á propedeutica urológica, e principalmente ao exame radiológico se deve o diagnostico perfeitamente estabelecido dos dez casos que acabamos de relatar.

Da leitura atenta dos mesmos resalta a necessidade de se pensar no rim, nos quadros de tumores abdominaes, sejam quaes forem as suas localizações. Em geral, como nas afeções dolorósas do abdomen, nos tumores abdominaes, o rim é muito esquecido e poucas vezes explorado.

Se muitas vezes o processo é de origem renal e o diagnostico se esclarece, noutras, embóra não o seja, o exame urológico, auxiliando o diagnostico diferencial, orienta e encaminha.



CARDIOSCLEROL

TONICO CARDIACO ATOXICO

HIPERTENÇÃO ARTERIAL — MIOCARDITES — ARTERIOESCLEROSE

A base de Viscum album — Cactus grandiflora — Cratoegus — Kola — Scila Rodanato de Potassa

Amostras e literaturas a disposição dos srs. Medicos

INSTITUTO CHIMORGAN

CAIXA, 4500

SÃO PAULO

Casa Lohner

S/A MÉDICO-TÉCNICA

SÃO PAULO

Rua São Bento, 216

TELEF.: 3-2175

RIO DE JANEIRO

Av. Rio Branco, 133

TELEF.: 23-5863

Telegr.: RENOL



Casa do Médico no Brasil

Tudo o que o médico, o dentista, o químico, o hospital ou o sanatório pode necessitar, desde o simples bisturi até à instalação radiológica ultra-potente, tudo é fornecido pela Casa Lohner, sempre de acordo com os mais recentes aperfeiçoamentos da técnica moderna. Há decênios na vanguarda e pioneira em todos os ramos da eletricidade médica, a nossa casa orgulha-se de contar entre seus amigos e clientes as maiores sumidades médicas do país. Faça uma visita às nossas amplas exposições e não se esqueça que o lema da Casa Lohner é BEM SERVIR A TODOS OS MÉDICOS E DENTISTAS DO BRASIL.

Filiais em Porto Alegre, Curitiba e Recife.

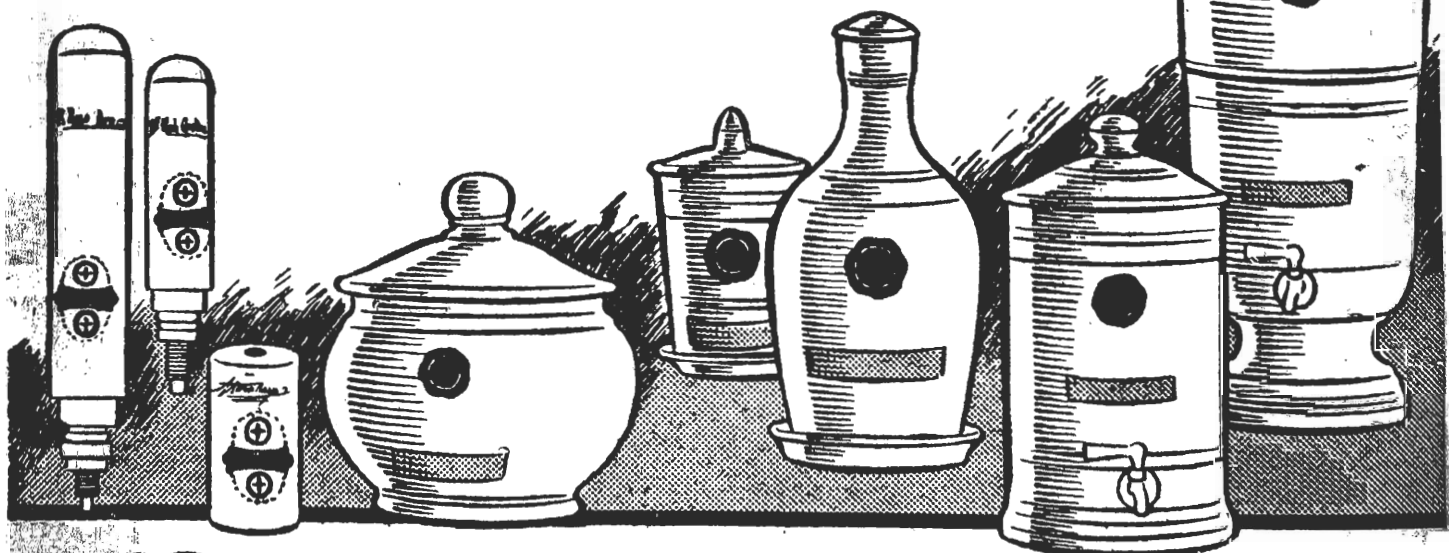
2 mandamentos para

Viver com saúde:

**BEBER AGUA CRISTALINA E PURA!
COMER FRUTAS E SALADAS DE
VERDURAS CRUAS COM ABUNDANCIA!**



● Siga o exemplo de milhões de pessoas que em todo o mundo protegem a saúde com os esterilizadores, SALUS! Os esterilizadores SALUS esterilizam cientificamente a água, frutas e verduras, sem neutralizar-lhes a vitalidade, evitando a transmissão do tifo e de outras moléstias perigosas. Há um produto SALUS para cada fim, filtros, velas, talhas, moringues e saladeiras. SALUS! é o símbolo de pureza e saúde, de reconhecida idoneidade científica.



Salus



UNICOS FABRICANTES E DISTRIBUIDORES
ANTONIO NOGUEIRA & CIA.

DEPOSITARIA CASA SALUS RUA XAVIER DE TOLEDO, 60 - S. PAULO

CADEIRA DE CLÍNICA OBSTETRICA E PUERICULTURA NEO-NATAL
(SERVIÇO DO PROF. RAUL BRIQUET)

ANEXITE, PELVIPERITONITE E PARAMETRITE PUERPERAIS (1)

J. ONOFRE ARAUJO

Assistente

Havíamos estudado em lições anteriores, quando passamos em revista a físiopatologia da infecção puerperal, as diferentes maneiras pelas quais o germe causador do puerpério patológico determina a infecção, que podia se manifestar à distância da porta de entrada do agente infeccioso. Falamos, nesse momento, que a infecção puerperal se caracterisava por ser doença evolutiva, que se inicia em determinado ponto do aparelho genital, e que si as defesas locais eram impotentes para manter a infecção localizada a esse ponto, se propagava aos tecidos vizinhos, invadindo, por vezes, o organismo todo e culminando na septicemia puerperal.

Havíamos dividido as infecções em 1) infecções localizadas, 2) infecções propagadas, e 3) infecções generalizadas. Ocupar-nos-hemos, no momento, das anexites, das pelvi-peritonites e das parametrites puerperais, que constituem o grupo das infecções propagadas, daquelas que se denominam para ou juxta uterinas, tradução clínica do baqueio da reação defensiva, constituída pela barreira leucocitária.

O primeiro grupo destas infecções é constituído pelas *anexites puerperais*, em cuja etiopatogenia se invoca duplo mecanismo: a exacerbação de antigo processo inflamatório e a propagação em superfície, da mucosa uterina ao endosalpingeo.

Antes de iniciarmos o estudo clínico desta forma de infecção, convém duas palavras sobre a *anatomia patológica*, que nos dará explicação de certos achados no exame da doente. No início da infecção, os oviductos aparecem com os característicos de tumefação congestiva, avermelhados, com vascularização mais assinalada, friáveis, levando à serosa um característico particular, que traduz tendência à reação inflamatória dessa membrana; a mucosa se edemacia

1. Prova didática no concurso para a livre docência de Clínica Obstétrica e Puericultura Néonatal. Taquígrafia do Sr. Romeu Pacheco.

e se espessa; o mesosalpinge se infiltra, espessa e congestiona, a reação inflamatória vae até o ovário e o quadro anatomo patológico é o de uma salpingo-ovarite. Em fase mais adiantada, a defesa orgânica procura limitar o foco inflamatório; depósitos de fibrina se observam no percurso da trompa, aderências se formam com os órgãos vizinhos fixando a trompa, redobrada sobre si mesma, ao útero e às alças intestinais; o epiplon para lá se dirige e contrai aderências. Por efeito do encarquilhamento das franjas do pavilhão oblitera-se o ostio abdominal, o mesmo acontecendo com o ostio uterino pelo espessamento da mucosa ao seu nível e presença de exsudatos, constituindo o piosalpinge puerperal, de localização diversa conforme se verifica post parto ou post abortamento. Na primeira eventualidade, em consequência das aderências promovidas durante a involução uterina o tumor salpingeano se mantém elevado, na latitude da linha inominada trazendo confusão diagnóstica com a apendicite e pielite quando localizado à direita. No piosalpinge puerperal do post abortamento, pelo fato do útero não ter abandonado a sua residência pélvica, o tumor não se eleva acima da área do estreito superior, e até pelo contrário, pelo seu peso, vem se locar na fase posterior do útero, cai no fundo de saco de Douglas, cria aí aderências com o recto. As aderências formadas pelo processo inflamatório tomam o aspecto de massas complexas que procuram separar a cavidade abdominal da cavidade pélvica, e constituem o diafragma patológico de Bernutz.

A *evolução clínica* das anexites puerperais é variável. Por vezes o início é lento e insidioso, por vezes brusco e violento. Geralmente, no décimo dia de puerpério, a doente se queixa de dor aguda na região hipogástrica, acompanhada de sinais denunciadores do comprometimento peritoneal, o estado geral se altera, a temperatura sobe a 38 e 39°, pulso rápido, tensão baixa, quadro que se acompanha de náuseas, agitações, insônia. Outras vezes, quando o início é lento a doente se queixa de dor profunda, contínua e pungitiva nas fossas ilíacas, dores que se manifestam com intensidade variável, com paroxismos que definem as cólicas tubárias de Kalttemback. O exame do penso vulvar demonstra que a puérpera perde sangue por mais tempo que o habitual, tradução da hipoinvolução uterina e, ao depois, apresenta secreção serosa, por vezes purulenta, que aparecendo de maneira súbita e coincidindo com o desaparecimento do tumor, observado pelo toque, leva a se acreditar na eventualidade rara do esvaziamento pelo ostio uterino: uma verdadeira vômica tubária.

Quais são as *bases para o diagnóstico* da anexite puerperal?

A anamnese cuidadosa fornecerá elementos de suspeita da exacerbação de antigo processo infeccioso; no entanto, só o toque palpar combinado fornecerá os elementos sobre os quais o obstetra fundamentará o diagnóstico. Revela esse processo propedêutico a presença do anexo aumentado de volume, muito doloroso, e, quando já formado o piosalpinge, um tumor ovóide, irregular, situado ao lado do útero, maior na sua extremidade externa, menor a medida que se aproxima do útero, dele separado por um sulco, sinal de grande valor para o



*uma fonte
natural*

*de
e*

**VITAMINA B
VITAMINA C**

*com outros conhecidos fatores
da Complexa Vitaminica B
inclusive Acido Nicotinico*

NOVOS CONHECIMENTOS SOBRE O EMPREGO TERAPÊUTICO DO COMPLEXO VITAMÍNICO B

BELEXA

O complexo vitamínico B é hoje considerado um conjunto de doze frações, cinco das quais, obtidas sob a forma cristalina, são usadas na clínica.

São elas: a tiamina (B¹), riboflavina (B²), ácido nicotínico (pp fator), piridoxina (B⁶) e ácido pantotênico (fator filtrado).

Por meio de experiências bem controladas, nos laboratórios e nas clínicas, foram obtidos grandes progressos ultimamente nos conhecimentos das manifestações clínicas da deficiência das vitaminas B, notando muitos autores que estas manifestações de carência eram devidas a vários fatores e não a um só.

TIAMINA: — Jolliffe em 1939 dividiu as manifestações clínicas de carência da tiamina em anoréxia e fadiga, síndrome neurológica e síndrome circulatória. Os A.A. mais recentes incluem ainda uma síndrome neurastênica muito interessante, para o qual chamam a atenção dos clínicos. Esta é a manifestação mais comum da deficiência isolada de tiamina e apresenta, como sóe acontecer em todas as síndromes neurastênicas, uma sintomatologia polimorfa.

Como sintomas constantes e evidentes estão a anoréxia, a fadiga e a insônia sem faltar a irritabilidade, náusea, meteorismo, constipação, sensação de desconforto abdominal, depressão, cefaléa (occipital ou constritiva) e palpitações. Muitos autores confessam que sempre atribuíram este conjunto de sintomas a manifestações psíquicas anormais e que atualmente observam o desaparecimento total destas reações com uma dieta rica em complexo vitamínico B, melhor ainda pelo emprego de medicamentos com taxas altas de todos os fatores do complexo.

Opinião de inúmeros A.A. americanos: afirmam todos que a síndrome neurastênica responde admiravel-

mente à terapêutica pelo complexo vitamínico B.

Experiência crucial é a de Mason e Wilder, submetendo um grande número de indivíduos a uma dieta pobre de complexo B e reproduzindo dentro de pouco tempo a síndrome neurastênica característica.

Esta experiência permitiu a inclusão definitiva da síndrome neurastênica no capítulo das manifestações clínicas da deficiência do complexo B, e em particular do fator B¹.

Jolliffe afirma que a proporção de neurastênicos por carência de B¹ é muito maior do que se poderia supôr, e ele próprio observou casos interessantíssimos de cura rápida em sua clínica.

As melhoras, diz ele, são tão evidentes que os pacientes se tornam confiantes e por vontade própria aumentam a dose do medicamento receitado.

Williams e Smith notaram nos pacientes da experiência acima descrita, anormalidades electrocardiográficas representadas por diminuição da amplitude de todos os complexos e inversão do T.

A vitaminoterapia intensiva pelo complexo B trouxe a normalização dos traçados.

Goodhart e Cline mostraram que a dor precordial dos indivíduos de meia idade é frequentemente e injustamente relacionada a perturbações coronarianas, pois que eles obtiveram em inúmeros casos resultados surpreendentes com o emprego do complexo B, com taxa elevada de tiamina.

As manifestações neurológicas centrais da deficiência de tiamina só se tornam evidentes depois que a polineuropatia periférica se apresenta com todos os seus característicos.

Sabe-se hoje que a síndrome neurológica descrita por Wernicke é causada

por uma carência de vários fatores do complexo B.

RIBOFLAVINA: — Sebrel e Butler fizeram o primeiro estudo clínico da carência de riboflavina, estabelecendo um conjunto de manifestações clínicas particulares e apresentando uma nota prévia em dezembro de 1938.

Mulheres submetidas a uma dieta sem riboflavina apresentavam ao cabo de 90 a 130 dias palidez da mucosa dos lábios nos ângulos da boca. Bem cedo aparecia maceração desta região e logo mais fissuras superficiais abriam-se exatamente nos ângulos da boca, continuando por um a um e meio centímetro pela pele.

Uma zona de descamação eritematosa rodeava esta lesão e muitas vezes subia pelo nariz e atingia a testa e as pálpebras.

Rosenblum verificou em 50 doentes que as lesões da face consistiam em excrescências filiformes de natural seborréica, derivadas das glândulas sebáceas, com localização característica no sulco naso labial, alae nasi, testa e pálpebras. Verificou também fissuras dos ângulos da boca.

Mantendo doentes com tais lesões, em dieta pobre de complexo B, verificou melhora e logo mais cura completa pela administração de riboflavina isolada, o que não aconteceu com a tiamina e ácido nicotínico.

Em relação ao emprego terapêutico destes fatores do complexo B isolados, brevemente teremos um trabalho realizado na Faculdade de Medicina de São Paulo, no qual foi verificado, por experiências bem conduzidas, que a resposta ao emprego do complexo B é sempre, e em todos os casos, superior à do fator isolado.

Este trabalho virá dar impulso à terapêutica pelo complexo em todas as manifestações carenciais de vitamina B pois que foi verificado uma verdadeira potencialização do efeito terapêutico.

ACIDO NICOTÍNICO: — Os sinais e sintomas da deficiência crônica do ácido nicotínico constituem o quadro da pelagra, tão bem conhecida atualmente.

O quadro completo consiste no aparecimento da estomatite, glossite, diarreia, dermatite simétrica bilateral, perturbações mentais.

Pacientes com estomatites são acometidos muito frequentemente por infecção fuso espirilar e a terapêutica pelo ácido nicotínico produz efeitos absolutos dentro de 24 a 48 horas, com desaparecimento de todos os sintomas.

A infecção é curada sem outra terapêutica geral ou local.

Quando as perturbações mentais precedem as da pele, gastro-intestinais ou bucais os doentes são comumente tratados como neuróticos ou psiconeuróticos.

Jolliffe e Fein estudaram 150 casos de uma síndrome encefalopática, quase sempre mortal, causada segundo eles por uma carência de ácido nicotínico. Esta síndrome pode ocorrer isoladamente ou em conjunto com manifestações da pelagra ou da polineuropatia periférica. Um tratamento intensivo pelo ácido nicotínico reduziu a mortalidade de 100% para 15%, segundo a estatística de Jolliffe.

PIRIDOXINA: — Uma síndrome característica da carência de piridoxina ainda não foi estabelecida como entidade clínica. Nos ratos, a acrodinia, a degeneração dos músculos estriados e cardíaco e perturbações do sistema nervoso constituem um quadro bem estudado da deficiência de piridoxina (B⁶).

Antopol e Spies descreveram no homem uma síndrome caracterizada por extremo nervosismo, insônia, irritabilidade, dores abdominais e dificuldade no andar, que desaparecia dramaticamente pela administração da piridoxina por via intra-venosa.

Jolliffe admite notável efeito da piridoxina na paralisia agitante.

—○—

SPIES, J. — J. A. M. A. — Março 1940 — pág. 235

JOLLIFFE — Bul. of the New York Ac. Med. — Março 1941.

STEDD, KUHNAN, SCHOEDER — As víf. e seu emprego

(er. — Ed. Melh.

J. Am. M. A. de Jan. Fev. Mar. Abr. Mai. 1941.

Terapêutica Moderna de Resultados Visíveis

BELEXA

Complexo Vitamínico B

PRODUTO NATURAL ISENTO DE SUBSTÂNCIAS
SINTÉTICAS ADICIONADAS COMO ATIVANTES.

CADA GRAMA CONTEM:

B¹ Cloreto de Tiamina 450 microgramas
150 Unidades internacionais
G-Riboflavina 500 microgramas
(200 Unidades Sherman-Bourquin)
B⁶ Piridoxina 85 microgramas
Ácido Pantotênico 150 a 200 microgramas
Ácido Nicotínico e todos os demais ele-
mentos do Complexo Vitamina B, natural
de levedura.

(Determinação garantida pelos Laboratórios Fleischmann)

INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

Anoréxia — Neurites e Poli-neurites — Disfunção cárdio-vascular ligada a outros sintomas de deficiência do Complexo B.

Perturbações de funções digestivas — Distrofia muscular — Anêmia por deficiência vitamínica B.

Pelagra — Eczemas — Alcoolismo crônico — Prenhez e lactação — Crescimento retardado das crianças e adolescentes.

MODO DE USAR E DOSES:

Adultos: 4 comprimidos ao dia.

Adolescentes: 3 " " "

Crianças: 2 " " "

Não ha restrições na alimentação.

Os comprimidos podem ser ingeridos com água ou mastigados; antes, ou durante as refeições. Seu sabor, em geral, não desagrada.

.....
J PELOSI

Químico-Farmacêutico

Laboratório e Escritório:

Avenida Brigadeiro Luiz Antonio, 76

Tels. 2-1550 e 2-1660 Caixa Postal, 2881

SÃO PAULO

Brasil

diagnóstico diferencial com a parametrite. Por vezes, a obtenção de elementos característicos do tumor anexial é dificultada pelo comprometimento da serosa peritubária. Nos casos em que o tumor anexial se acha locado na face posterior do útero, no espaço de Douglas, o toque rectal oferece maiores possibilidades para a delimitação e exame das relações com os órgãos vizinhos.

Diagnosticada a anexite puerperal, importa conhecer a sua *evolução*. Casos há que podemos chama-los de favoráveis. São aqueles em que a temperatura descendo progressivamente, é seguida do desaparecimento gradual de toda a sintomatologia; as dores vão diminuindo de intensidade, sejam as espontâneas, sejam aquelas provocadas pelo exame, o pulso se normalisa e no fim de algumas semanas nada mais se nota que traduza o comprometimento tubário. No entanto, não é assim na maioria dos casos. Via de regra, a infecção vai para a cavidade, persistem focos de microbismo latente, que cedo ou tarde, se manifestam por surto agudo, encontradiços na prática diária da ginecologia. Sabem os que se dedicam a esta especialidade, que na etiologia da anexite, as decorrentes da infecção puerperal têm porcentagem acentuada de manifestações. Uma terceira modalidade da evolução das anexites puerperais é determinada por complicações locais, quer a formação do piosalpinge puerperal, quer a propagação à serosa peritoneal. A peritonite consequente à anexite puerperal é consecutória da rotura do piosalpinge em plena cavidade abdominal e disseminação do germe in loco, ocorrência, no entanto, raras vezes observada na clínica quotidiana; mais vezes a infecção da serosa se observa por propagação em superfície através o ostio abdominal ou propagação via linfática, influenciando aqui não só a natureza do germen como a natureza do puerperio: o gonococo se propaga em superfície, o estreptococo por via linfática. Além dessas complicações locais pode se observar a generalização septicêmica do processo. No estudo do *prognóstico* das anexites puerperais devemos considerar o imediato e remoto. O prognóstico imediato está na dependência das reações defensivas locais, impeditivas da propagação à serosa peritoneal que engravece a evolução clínica e da conduta obstétrica que se seguir, que não venha prejudicar tais defesas. Com terapêutica adequada as anexites evoluem para a cura, a não ser nos casos que terminam em supuração e inativam a função do órgão. O prognóstico remoto é mais reservado si atentarmos aos reliquats deixados pela inflamação dos anexos: o microbismo latente, causador de surtos agudos em épocas futuras, acrescido à esterilidade, consequência da impermeabilidade tubária, pelas aderências do endosalpígeo, dobras e acotovelamento do órgão, trazem as mais funestas consequências à função mais importante da mulher: a maternidade.

O *tratamento* da anexite puerperal é puramente médico e conservador, como o é o da anexite de origem não puerperal. Repouso no leito, opiáceos por via rectal, sedativos por via parenteral restabelecem as condições necessárias para a cura de processo de evolução demorada; aplicações diatermicas, de preferência pelas ondas curtas e a

radio-terapia profunda completam o arsenal terapêutico que o obstetra tem às mãos. Falaremos, ao depois, do valor do tratamento sulfamidico nas infecções para-uterinas

* * *

No estudo das *pelviperitonites puerperais* encararemos apenas as inflamações do peritoneo pélvico consequência da propagação de germens do trato genital, nos abstendo das que ocorrem como consequência de outras lesões como as apendiculares, tuberculosas ou colibacilares que sobrevenham durante a puerperalidade e que são diversas nos caracteres etiopatogênico, evolutivo, prognóstico e terapêutico. Assim limitado o conceito da pelviperitonite puerperal, devemos afirmar que ela constitui 25% das supurações pélvicas do puerpério. Na *etiopatogenia* costumam-se separar as primitivas, determinadas pela propagação por via linfática ou por extensão em superfície, das secundárias e decorrentes de lesões traumáticas que levam o germe diretamente ao peritoneo pélvico. A *anatomia patológica* das pelviperitonites puerperais pouca coisa apresenta de particular que mereça a atenção e descrição mais minudenciada. De início, a lesão da serosa se limita ao ponto de penetração do germe causador da infecção, tirando-lhe o aspecto liso e brilhante característico; a serosa se congestiona, recobre-se de depositos de fibrina, aparecem secreções, a princípio serosa, depois purulenta. Nos casos leves a infecção fica localizada ao derredor do anexo e do útero constituindo a perianexite e a perimetrite que, ao depois, se propaga e termina na pelviperitonite localizada. É bastante característica da pelviperitonite puerperal a tendência à generalização a toda a cavidade abdominal pela deficiência relativa de fibrina no exsudato.

Propagando-se a infecção para os demais pontos do peritoneo o achado anatomo-patológico se estende, a reação defensiva se manifesta pela formação de aderências com as alças intestinais, epíplon, e a constituição do já assinalado diafragma patológico de Bernutz, que separa a cavidade pélvica da abdominal, restringindo àquela o processo infeccioso, constituindo-se o piocéle retrouterino ou abcesso de Douglas. Consequência dessas aderências, observam-se os focos de supuração do peritoneo pélvico formando uma só loja ou se constituem focos múltiplos, cujo conhecimento é necessário ter em mente quando, na terapêutica cirúrgica, quizermos drenar completamente a cavidade. Os focos de supuração têm tendência ao esvaziamento espontâneo para fóra, através dos órgãos vizinhos, bexiga, vagina e reto, e como réliquat do processo infeccioso vão se encontrar, tempos depois, as aderências que fixam o útero em posição anômala e impedem sua livre movimentação.

Do ponto de vista *clínico* importa o diagnóstico precoce. A peritonite puerperal se inicia sempre com a inflamação do peritoneo pélvico e a eficácia da terapêutica se subordina a precocidade diagnóstica. Si quizermos fazer uma comparação da gravidade da pelvi-

peritonite puerperal com a de outras origens encontraremos em certas particularidades fatores indicativos da gravidade maior, ao lado de outras que são favoráveis nessa localização; entre os fatores da gravidade maior das pelviperitonites puerperais encontra-se o quadro histológico próprio do útero puerperal, a virulência do germe e o característico heterógeno da infecção. O choque do parto, as hemorragias, as intoxicações gravídicas diminuem a resistência do organismo, impedem reação defensiva eficiente de maneira a permitir a generalização do processo à toda a serosa muito mais facilmente no puerpério que nas pelviperitonites ginecológicas. No entanto, a resistência do peritoneo pélvico é muito maior que a do restante da cavidade abdominal, a tendência à delimitação é muito mais pronunciada quando a infecção se inicia nesse ponto do que em qualquer outro da serosa, acresce ainda a situação de maior declive, todos esses são fatores que diminuem a gravidade da pelviperitonite quando comparada com a peritonite generalizada.

As manifestações clínicas da pelviperitonite puerperal se iniciam também de maneira brusca ou insidiosa, conforme a causa determinante seja o trauma, a propagação linfática, ou em superfície.

Convém, neste passo, recordar os ensinamentos de *Coppe* em 1917, dividindo a parede anterior do abdome em duas zonas: a *demonstrativa* que corresponde à toda a cavidade abdominal e a zona *silenciosa* correspondente ao peritoneo pélvico e face posterior do abdome, e delimitada pelo quadrante formado pelo colon ascendente, transverso e descendente. A pelviperitonite puerperal iniciando-se nessa zona silenciosa, não oferece, de início, a exteriorização clássica que se observa na peritonite de outra localização: dor e defesa muscular. Esta traduz a irritação de nervos que têm representação muscular na parede anterior do abdome, o que não ocorre com o plexo da região pélvica. Nessas condições o obstetra não deve ficar à espera da defesa muscular para firmar o diagnóstico da pelviperitonite, assim o fazendo o diagnóstico se estabelece quando a infecção já se propagou a zonas mais altas da cavidade abdominal, perdendo oportunidade de terapêutica eficaz. Nesse fato reside a grande diferença da pelviperitonite e das peritonites puerperais em relação com a peritonite cirúrgica. Os sinais positivos para o diagnóstico da pelviperitonite puerperal são evidenciados pelo toque vaginal que provoca dor violenta quando os dedos atingem o fundo do saco posterior da vagina, e aí evidenciam o abaulamento da região, consequência do acúmulo da secreção purulenta no espaço de Douglas; e pelo toque rectal que confirma e esclarece os achados do primeiro exame. A positividade do sinal de Blumberg traduz tendência à generalização do processo. Completa-se o exame clínico pela punção do fundo de saco de Douglas, devendo-se chamar a atenção para a possibilidade da punção em branco, consequente à existência de focos isolados que a agulha não atinge; orientando diferentemente a direção da punção, aumenta-se a possibilidade da confirmação diagnóstica pela presença de pus; ainda neste passo advertem Benthim e Sommer que

para o diagnóstico positivo da pelvipéritonite basta que o líquido aspirado contenha polinucleares.

O tratamento dessa forma localizada da infecção puerperal é diversa da que vimos na anexite; si nesta o tratamento era médico e conservador, na pelvipéritonite o tratamento é cirúrgico, é a abertura da cavidade pélvica pela colpotomia posterior, cuja técnica nos dispensamos de falar. Complementar da indicação terapêutica é a posição de Fowler, sulfamida e normalização das desordens do equilíbrio ácido básico, caso a reserva alcalina o indique, bem como atenção às desordens cardiovasculares.

* * *

A terceira classe de infecção propagada que temos que estudar hoje é a parametrite, entidade clínica descrita por Mauriceau, em 1760, determinada pela infecção que se localiza ao tecido conjuntivo da pelve. O tecido celular pélvico é homólogo do tecido sub-peritoneal; apenas, naquela região, pela presença dos órgãos genitais, o espaço se alarga, constituindo em torno deles uma atmosfera tissular frouxa que não só permite sua mobilização, como lhes serve de apoio, à vista de espessamentos conjuntivos aí encontrados. Não faremos, neste passo, o estudo anatômico particularizado do tecido conjuntivo pélvico, que já foi objeto de lições anteriores; lembraremos apenas que esse tecido está em comunicação com os espaços celulares da vizinhança o que explica a diversidade da propagação dos flegmões que a infecção puerperal determina quando localizada nesse ponto.

Wirchow denominou parametrite ao processo infeccioso aí localizado, no entanto, os autores americanos preferem a denominação de celulite pélvica, baseados em que a infecção raramente se restringe à circumvizinhança do útero, propagando-se ao tecido conjuntivo perivaginal e podendo se estender até a região renal em consequência da comunicação ampla do tecido conjuntivo parauterino com o daquelas regiões.

Graças aos estudos de *Duncan*, *Rosthorn*, *Delbet*, os nossos conhecimentos dessa forma de infecção, principalmente no que se refere à evolução, estão suficientemente esclarecidos e nada mais se tem a acrescentar ao que aqueles autores ensinaram.

A infecção que se localiza no tecido conjuntivo pélvico nada apresenta de particular na sua patologia da que se observa na inflamação desse tecido em qualquer outra região do corpo. A colonização microbiana do tecido paramétrico foi assunto de discussão entre autores que defendiam a contiguidade, a via arterial e a venosa como caminhos possíveis para o germe atingir a atmosfera conjuntiva parauterina; sabe-se, no entanto, desde 1870, com *Championère*, que a via linfática é a preferencial, fato devidamente esclarecido hoje graças aos conhecimentos mais precisos, não só da anatomia dos linfáticos do útero como das suas relações com os pedículos vasculares uterinos. Os trabalhos de *Delbet* nesse sentido são claros e hoje é

noção clássica a propagação por via linfática da infecção localizada ao paramétrio, infecção que evolúe de maneira muito diversa e permite classificação conforme o local e a extensão dos exsudatos. *Delbet* estuda as formas *difusas* e os *flegmões coletados*. Na primeira, os germes, atingindo o paramétrio, se espalham rapidamente em todas as direções, constituindo uma forma gravíssima da infecção, rapidamente mortal, de diagnóstico clínico quasi impossível e só evidenciado pelo exame necroscópico: é a erisipela maligna de *Virchow*. Na forma dos *flegmões coletados*, *Delbet* descreve duas variedades: a) flegmão da bainha hipogástrica e b) o flegmão do ligamento largo propriamente dito.

O flegmão da bainha hipogástrica é o mais comum; cêrca de 4/5 das para metrites puerperais tem essa localização sendo que em 1/3 dos casos é bilateral. Nesta forma, a infecção da base do ligamento largo acompanha o trajecto da artéria uterina. No flegmão de ligamento largo propriamente dito, a infecção se localiza na porção ligamentar alta, onde se encontram as azas do ligamento formadas

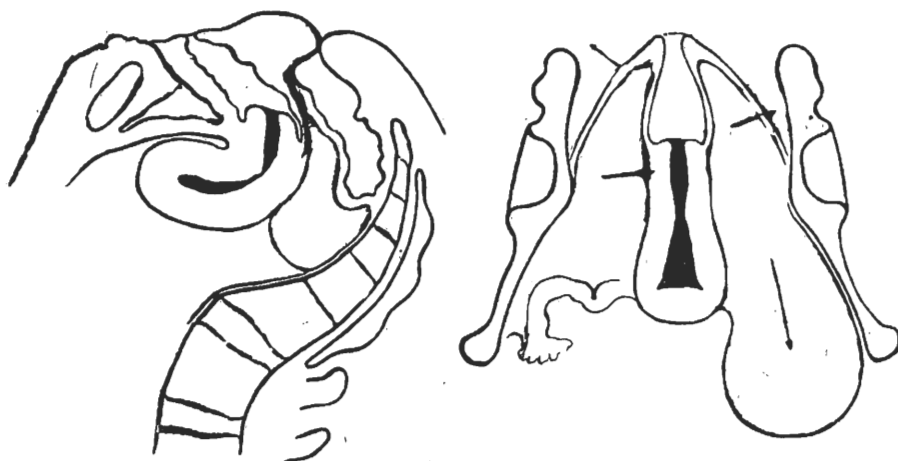


Fig. 1 — Propagação da infecção ao paramétrio (De Lee)

pela passagem dos oviductos e ligamento redondo entre os dois folhetos peritoniais. Mais usual, prática e completa, é a classificação de Rosthorn. Como se verifica pela fig. 1 conforme o ponto inicial da lesão, via de regra traumática, podem-se estabelecer 5 maneiras de propagação da parametrite puerperal.

1.^a) Em consequência de lesões cervicais ou do segmento inferior, manifesta-se a infecção na base do ligamento largo, expandindo-se em direcção latero-horizontal para as paredes da escavação.

2.^a) Nas lesões mais altas, corporais, juxta tubaria, a infecção se localiza na porção superior do ligamento com tendência de expansão para as fossas ílicas.

Estes dois tipos correspondem aos descritos anteriormente como flegmão coletado na classificação de *Delbet*.

3.^a) Expansão de exsudatos para traz, em direcção aos ligamentos sacro-uterinos ou procurando o septo reto vaginal, também em consequência de lesões cervicais posteriores.

4.^a) Comprometimento do tecido precervical, estendendo-se entre a bexiga e as porções laterais do útero em direção ao ureteres, e, finalmente,

5.^a) exsudatos que se locam na face anterior da bexiga, dirigem-se por trás dos músculos retos e podem atingir a cicatriz umbilical constituindo o plastrão abdominal.

A maior ou menor extensão do processo inflamatório está condicionada à virulência do germe e às defesas do organismo; hoje, graças à atuação medicamentosa sulfamidica são raras essas formas graves da infecção localizada ao parametrio.

A *evolução* da parametrite puerperal pode ser estudada nos seguintes itens:

a) reabsorção do exsudato graças às defesas gerais e locais, estas de modo especial pelas células que Hofbauer descreveu e que têm papel na luta do organismo contra o processo infeccioso. Como estão lembrados, quando estudamos as modificações locais que a prenhez imprime ao organismo materno, dissemos das duas variedades de células que Hofbauer descreveu no parametrio: os clasmatocitos e os monocitos, que se relacionam com o decurso dos linfáticos, células de contornos finos e irregulares, que aparecem no 3.^o mês da gestação, evoluem até o termo, e quando há infecção o autor observou acentuação desta reação biológica

Quando se dá a reabsorção do exsudato, o tecido conjuntivo toma aspecto cicatricial, se encurta, faixas fibrosas o percorrem, de maneira a acarretar desvios na posição do útero que se fixa de maneira anormal.

Outras vezes, a inflamação evolue para a

b) supuração, pelo aparecimento de zonas de necrose e formação de abscessos uni ou multilobulares, que se abrem nos órgãos vizinhos, bexiga, reto, vagina ou seguindo a comunicação do tecido conjuntivo, dirigem-se para a região perirenal, tendem a exteriorisar na região inguinal, glútea, ou face postero-externa da coxa.

Por vezes o fóco de supuração se encapsula e assim permanece por vários anos, (14 num caso de *De Lee*) podendo o germe não perder a virulência e mais tarde ser causa de recrudescimento da infecção.

Mais rara é a evolução clínica da parametrite para uma sepsis puerperal, em consequência da propagação infecciosa aos vasos sanguíneos que percorrem a região.

O *diagnóstico* da parametrite puerperal oferece dificuldades grandes nas fases iniciais e na forma difusa. O comprometimento frequente da serosa pélvica e o estado geral da doente deixam o obstetra perplexo nos primeiros dias, quando tem de fazer o diagnóstico diferencial entre a sintomatologia decorrente da pelviperitonite e a da parametrite. Os sintomas gerais e os locais são inversamente proporcionais à gravidade. Passada a fase aguda, via de regra na segunda ou terceira semana do puerpério, a exteriorização clínica dos fenomenos locais permite o diagnóstico da parametrite. Três fato-

res intervêm na localização do processo infeccioso: a) a extensão e localização da porta de entrada; b) o trajeto dos vasos linfáticos e sanguíneos; c) a virulência do germe.

Mais comumente observadas são as duas formas já assinaladas do flegmão da base e flegmão alto. Na primeira, originada de lesões das porções laterais do cólo, 70% das vezes unilateral, o toque revela um empastamento doloroso do fundo de saco lateral, que se estende dos bordos do cólo às paredes laterais da escava, de consistência pastosa, dura ou flutuante, conforme a fase do processo. Geralmente o fundo do saco de Douglas se apresenta livre e indolor. A localização do útero se subordina à bilateralidade do processo inflamatório, quando unilateral o útero se desvia para o lado oposto ao da lesão, e nas formas bilaterais ele é recalçado para cima.

Diversa é a sintomatologia do flegmão alto, ou flegmão do ligamento largo propriamente dito. Neste caso os achados fornecidos pela propedêutica são mais abdominais o que contrasta com os fornecidos pelo toque vaginal da variedade anterior. Encontram-se dor e defesa da fossa ilíaca correspondente, especialmente na região inguinoabdominal, formando um plastrão nessa região, de consistência dura, de bordos bem delimitados. O exame vaginal demonstra os fundos de saco indolores, de consistência normal, e em certos casos, o exame mais profundo permite tocar as porções inferiores do tumor paramétrico altamente situado. Já falamos da maneira de fazer o diagnóstico diferencial com o piosalpinge puerperal pela presença do sulco separativo do corpo uterino.

O exame repetido e o estudo do gráfico termosfigmográfico, permitem avaliar a evolução do processo, a supuração e a tendência para o ponto em que vae se superficialisar e condicionam a indicação terapêutica evacuadora da colecção purulenta.

O *prognóstico* depende da virulência do germe. Nas formas superagudas rapidamente difusas, o prognóstico é mau. O óbito se observa dentro de 24 a 48 horas, antes mesmo que o diagnóstico clínico da parametrite difusa possa ser evidenciado. Afora esses casos raros, via de regra o prognóstico é bom, pois após semanas em que a temperatura oscila entre 37,5 a 39 graus, o processo evolue para reabsorção completa do exsudato com formação de cicatrizes ou supuração da loja tissular com exteriorização espontânea do puz nos órgãos vizinhos, ou operatória no ponto de maior superficialização.

O *tratamento* das parametrites puerperais está condicionado à fase evolutiva do processo inflamatório. Na fase aguda esforçar-se-á o obstetra para localizar a infecção, estimulando as defesas orgânicas, acolitando esse tratamento com tônicos gerais. A terapêutica pela diatermia com ondas curtas é indicada, pois tem acção resolutive e acelera a evolução.

A fase aguda da parametrite tem indicação eletiva para o tratamento sulfamidico nas suas regras gerais de se procurar atingir a concentração sanguínea de 5 a 10 mg. %

Não podemos neste momento, nos deter de maneira muito minuciosa sobre a quimioterapia da infecção, arma poderosa que os estudos iniciais de Domagk trouxeram no combate às infecções em geral. Queremos apenas notar que o mecanismo de acção dessa droga está ainda em estudo, acreditando alguns autores que a fagocitose mais pronunciada seja devida ao estímulo direto dos fagocitos e outros que a acção se evidencia sobre o germe, tornando-o mais facilmente atacável pelas células retículo-endoteliais. É digno de nota ainda a observação recente de *Jambert e Motz*, *Stevanin e Puccioni*, da atuação das sulfamidas sobre as células tissulares, de modo especial as de crescimento activo; si as sulfamidas actuam sobre a infecção exercem também acção sobre as células dos tecidos, inibem o crescimento dos fibroblastos diminuindo assim o processo de cicatrização normal. Nesse fato vêm os autores explicação suficiente para a observação diária de que a remissão rápida do processo infeccioso contrasta com o retardamento da reparação tissular, daí a indicação de que o tratamento sulfamídico deve ser acompanhado de medidas que neutralisem esse efeito da droga, e, nestas condições, a transfusão de sangue tem sua indicação máxima.

Chegando o processo à fase de supuração, o tratamento é operatório, cuja oportunidade se mostra pela flutuação indicadora da existência de puz, curva da temperatura e hemo-sedimentação. *Williams* acredita que a drenagem é proveitosa mesmo na ausência de colecção purulenta pela descongestão que determina, no entanto, o parteiro deve recorrer à terapêutica operatória quando certo da existência de exsudato purulento. A drenagem é feita no ponto de maior superficialização. Via de regra, pratica-se a incisão 2 a 3 cms. acima do ligamento de Poupert no flegmão da base; na altura da espinha ilíaca antero superior nos flegmões altos que tendem a se exteriorisar nessa região, ou de acôrdo com a técnica do abcesso perinefretico quando a infecção se dirigir para a atmosfera celular perirenal.

EMPRESA CONSTRUTORA UNIVERSAL LTDA.

Autorizada e Fiscalizada pelo Governo Federal
Carta Patente N.º 92

SÉDE CENTRAL: Rua Libero Badaró Ns. 103 e 107

Telegrammas: "Constructora"

Telephone: 2-4550

(Rêde particular de ligações internas)

CAIXA POSTAL, 2999

SÃO PAULO



Prof. UMETARO SUZUKI
DESCOBRIDOR DA VITAMINA NATURAL

U. Suzuki

VITAMINA B₁ NATURAL

Dose pequena: Grande efeito
Injetavel até no canal intra-raqueano

ORYZANIN

NORMAL, FORTE E MUITO FORTE
CAIXAS DE 3, 5 e 50 EMPOLAS

NOME E COMPOSIÇÃO	PROPRIEDADES PRINCIPAIS	INDICAÇÕES PRINCIPAIS	DOSES E MODO DE USAR
YAKRITON Hormônio anti-toxico do fígado. (PROF. A. SATO)	Anti-toxico.	Uremia. Auto e hetero-intoxicações. Insuficiências hepáticas. Tratamento neo-salvarsanico, etc.	Uso hipodermico. 1/4 de unidade (coqueluche, diarréas infantis, etc.) Até 8 ou 10 unidades (uremia intoxicações, etc.)
LIENALIN Hormônio do baço. (PROF. T. WADA)	Anti-hemorragico.	Hemorragias rebeldes. Diateses hemorragicas. Preparo operatorio.	Uso sub-cutaneo. 2 cc. 1 ou 2 vezes ao dia. Operações mais graves: 3 cc. 1 hora antes do ato.
TETRODOTOXIN Solução de Tetrodotoxina. (PROF. Y. TAHARA)	Anti-espasmodico. Analgesico.	Nevralgias rebeldes. Parkinsonismos. Impotencia sexual. Enureses, etc.	Uso hipodermico e no local da dor. Começar c/ 1/2 3/4, diariamente ou em dias alternados aumentando as doses. Excepcionalmente pode-se chegar até 2 ou 3 cc.
EUTOLMIN Solução de geranine e atropina. (PROF. T. TAKAHASHI)	Anti-espasmodico. Anti-diarreico.	Diarréas. Colites espasticas. Colicas. Distonias vago-simpaticas.	Uso sub-cutaneo. 1 cc. 2 ou 3 vezes ao dia.
ORYZANIN Vitamina B1. Natural Japonesa. "Sankyo" (PROF. U. SUZUKI)	Suplencia da Vitamina B, anti-neurilico.	a) Beri-beri. b) Polinevrites. c) Nevralgias. d) Anorexia e antonia intestinal.	Usos hipodermico, intra-venoso e intra-raqueano.



NIPPO - THERAPIA, Importadora
Brasil - C. Postal 3656 - S. Paulo

A PRODUÇÃO VITAMINICA IBI



**VITAMINA
LORENZINI**
ORAL E INJETAVEL

**B-COMPLEXO
LORENZINI**
INJETAVEL

**C-COMPLEXO
LORENZINI**
ORAL E INJETAVEL

Vitaminas naturais A, B, C, D, para uso oral, e vitaminas hidrossolúveis B, C, por injeções.

Indicações: gravidez, aleitamento natural ou artificial, distúrbios do desenvolvimento infantil (raquitismo, atrofia, distrofias, anemias, diatese exsudativa), ulcera gástrica e duodenal, enterocolites crônicas, estados post-infecciosos e post-operatorios, esgotamento nervoso, estados neuro e psicastenicos, integração de regimes dieteticos.

Vitaminas naturais do grupo B e vitamina B₁ sintética. Ampolas de 2500 U. I. (5 mgr.).

Indicações: nevralgias, neurites, coreia menor, paralisias post-diftericas e poliomiélicas, anemias, insuficiencia cardiaca.

Vitamina C natural e sintética. Comprimidos de 1000 U. I. (0,05 gr.) e ampolas de 1000 U. I. (0,05 gr.) e de 5000 U. I. (0,25 gr.).

Indicações: escorbuto infantil e dos adultos, hemorragias agudas e diateses hemorrágicas, estomatites, vômitos gravidicos, infecções agudas, diabetes. Como preventivo de acidentes toxicos nas varias formas de quimioterapia (atofan, arsenobenzóis, etc.).

AMOSTRAS À DISPOSIÇÃO DOS SENHORES MEDICOS

INSTITUTO LORENZINI — CAIXA POSTAL 2893 — S. PAULO



Snrs. Medicos!

Levamos ao conhecimento da distincta classe medica que, tendo laboratorio proprio no Rio e dispondo de reservas suficientes de materia prima, todos os nossos productos continuam á venda em todas as drogarias e boas pharmacias, não havendo receio de virem a faltar os seguintes preparados:

AMEBOSAN CATAMIN CHOLMODINA
DECHOLIN
 DEGALOL DORALGIN GONOSAN
 NEOHEXAL NOCTENAL OLOBINTIN
 SALIPYRINA TETROPHAN ETC.

J. D. Riedel - E. de Haën & Cia. Ltda.
 Caixa Postal 2143 Rio de Janeiro

Productos «Sandoz»

ALLISATINE — Affecções intestinaes — Arterioesclerose — Hypertensão periodica — Hypersecreção bronchica.

BELLAFOLINE — Espasmos e vagotonias — Hypersecreções.

BELLADENAL — Dysmenorrhéa — Epilepsia — Tremores.

BELLERGAL — Estabilizador do systema nervoso vegetativo, de acção sobre o conjuncto: peripherico e central.

CALCIBRONAT — Todas as indicações neuro-psiquiatricas da medicação bromada e bromurada.

"CALCIUM-SANDOZ" — Descalcificação em geral — Pneumo-

nias — Anaphylaxia — Hemorrhagias.

DIGILANIDE — Todas as insuficiencias cardiacas.

FELAMINE — Lithiasis biliar — Angiocholites — Insufficiencia hepatica.

GYNERGENE — Hemostatico uterino — Inhibidor especifico do sympathico.

IPECOPAN — Tosses — Bronchites.

LOBELINE "SANDOZ" Asphyxias.

OPTALIDON — Contra todas as dores.

SANDOPTAL — Insomnias.

SCILLARENE — Cardiotonico de sustentação — Diuretico azoturico.

INFORMAÇÕES: BUREAU SCIENTIFIQUE — ALFANDEGA, 201 - 2.º — RIO

S A N D O Z S A , B A L E — (S u i s s e)

II — CONGRESSO MÉDICO-ESTUDANTINO SÃO PAULO

Realizou-se no dia 10 de Outubro na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, a solene instalação do II Congresso Médico-Estudantino de São Paulo, promovido pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A mesa que dirigiu os trabalhos era presidida pelo prof. BENEDICTO MONTENEGRO, digníssimo diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que tinha a seu lado os srs. professores A. de Almeida Prado, Catedrático de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, Alípio Corrêia Netto, Catedrático de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina de S. Paulo, Dr. Luiz Domingos de Castro, representante do digníssimo Sr. Reitor da Universidade de São Paulo, Bindo Guida Filho, presidente do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz, Attilio Z. Flosi, presidente do Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz" e Domingos Quirino Ferreira Netto, Secretário-geral do mesmo departamento.

Perante grande número de congressistas e alunos da Faculdade de Medicina, o Prof. Benedicto Montenegro iniciou os trabalhos, pronunciando o seguinte discurso, expondo as finalidades e encarecendo a importância do certame:

DISCURSO DO PROF. BENEDICTO MONTENEGRO.

"Srs. Congressistas:

Agradeço-vos a honra que me conferis convidando-me para presidir este Congresso, abrindo os debates que aqui se vão travar, com algumas considerações de ordem filosófica a que o amadurecer dos anos e a observação meditada, me dão o direito de pronunciar.

Esta reunião, onde vibra o espírito de intelectualidade jovem, transmite-nos a magia dos bons estímulos, dá-nos o segredo das energias invencíveis que hão de assegurar à nossa medicina a continuidade do seu progresso.

Atentando nos propósitos que aqui nos trazem reunidos, a ninguém seria dado pensar naquela sátira com que nos fulminou a mordacidade de Camilo Castelo Branco ao afirmar que, maior que o ódio dos clérigos só o dos médicos.

Ainda bem que podemos desmentí-la, pois, na harmonia de nobres intenções nos sobrepomos às lutas estéreis e desagregadoras.

Olhando do alto, lembremo-nos que professamos todos o mesmo culto, movidos das mesmas aspirações e crenças que se não devem corromper, minerando o ouro dos mesmos veios, cavando no mesmo inexaurível filão.

É sob tão auspiciosos desígnios que está por abrir-se o Congresso a que ides dar o brilho de vossas luzes.

Alguém, daqui ou de fora, mais céptico, talvez esteja a rir-se já por dentro, da eficácia de tais assembléias, em que as matérias discutidas em número certo de minutos e os textos são medidos por páginas contadas.

Mas, não há de se negar a vantagem delas, realçadas em outras já realizadas. Servem à difusão das idéias, embora, muitas vezes, os fatos que aí se assentam venham a ficar, com o andar do tempo e a luz de novos estudos, nulos, apagados, esquecidos.

Mas, nem de outra forma se faz hoje a evolução das ciências biológicas. A razão indagadora quando não recue das soluções intangíveis, nunca vai direito ao fim; e antes de o alcançar, as correntes das doutrinas sofrerão os seus entrechoques.

Quanto mais caminham as ciências, mais necessários se fazem estes encontros para intercâmbio de opiniões.

Pela permuta das idéias e pelo exame imparcial dos fatos se destecam as dificuldades e não raro, é por graça desses esforços disciplinados que a verdade se nos entremostra com a nitidez da luz.

É fato, que todos os anos, como searas que amadurecem, medram, aqui e alí os congressos, onde se expande a atividade dos lutadores. Neles triunfa, a par do progresso científico, progresso moral, pelo aperfeiçoamento do espírito humano.

Cuidamos dos problemas humanos e para resolvê-los necessitamos aguçar nossa curiosidade científica, servindo-nos de nossa mente criadora.

Ao lado do enfermo ou no laboratório precisamos exercitar toda a nossa capacidade de observação e de bom julgamento e reconhecer que, nossa educação profissional nunca chega a um termo final, mas é sempre suscetível de aperfeiçoamento; a verdade deve ser procurada com os melhores métodos científicos. É fato que concepções extraordinárias e doutrinas verdadeiras nasceram do empirismo, mas não podemos confiar ao acaso a solução de problemas transcendentais; a subserviência ao passado provoca estagnação do pensamento; é preciso acompanhar o ritmo acelerado de aperfeiçoamento nas atividades humanas; embora construindo sobre os alicerces do passado, devemos sempre empregar fachada moderna.

Vejo pelo úmero de trabalhos apresentados, pela essência neles contida e pelo valor intelectual de seus autores, que este Congresso trará grandes revelações em vários campos da medicina; vaticino para ele o melhor dos sucessos.

Preparando-nos, pois, para as lides, sentiremos, nas promessas de suas bênçãos, as alegrias secretas que afugentam por instantes, as eternas tristezas do nosso destino incerto, que fazem vibrar nossos corações como um eflúvio celeste”.

* * *

Dada, então, a palavra ao doutorando Attilio Z. Flosi, pronunciou este uma alocução, defendendo a teoria pedagógica que procura sobrepor o ensino das teorias científicas ao da simples prática, o que dá como resultado, segundo o orador, a formação de verdadeiros cientistas, em lugar de simples profissionais. Termina, também, fazendo seus votos para o complexo êxito do certame.

Foi então iniciada a apresentação dos trabalhos inscritos, que foram os seguintes:

Rafael Gianela — “A onda P nas hipertrofias auriculares”.

Attilio Zelante Flosi — “Pelagra como complicação de gastrectomia em neuro-luético”.

Dante Nese e B. Chiattonne — “Miocardites, miocardias e miocardoses”.

Fuad Al Assal e Roberto Zwicker — “Sobre um caso de aneurisma do seio de Valsalva”.

Fuad Al Assal e Luiz Consilio — “Considerações sobre 12 casos de fistulas intestinais”.

Matheus Romeiro Netto e Domingos Lomonaco — “As alterações eletro-cardiográficas nos processos coronários”.

Merrame Adura — “A reativação biológica da sífilis”.

Fuad Al Assal, Roberto Zwicker e Manoel de Almeida — “Osteoperostite de origem arsenical”.

Fuad Al Assal, Manoel de Almeida e Roberto Zwicker — “Cancer do coledoco. Diagnóstico clínico”.

Roberto Zwicker — “Sobre um caso de nefrose por intoxicação arsenical crônica”.

Italo Martirani — “Quadro raro de bócio colóide”

Hene Mansur Ledek — “Considerações sobre uma rara evolução de cardiopatias.

Ary do Carmo Russo — “Considerações sobre 204 varicosos”

* * *

Após a apresentação dos trabalhos, o Prof. Benedito Montenegro deu a palavra ao Prof. A. de Almeida Prado, que fez comentários acerca de todos os trabalhos apresentados, elogiando o processo de apresentações curtas, o que permite sintetizar e ganhar tempo e criticou a prolixidade tão comum nos que falam em público no Brasil.

Referiu-se também ao discurso do presidente do Departamento Científico sancionando as suas idéias sobre a orientação pedagógica científica no ensino médico.

Em seguida, falou o Prof. Alípio Corrêia Netto que analisou os trabalhos referentes à cirurgia, fazendo interessantes comentários em torno dos mesmos.

Encarando os trabalhos, falou o Prof. Montenegro que também comentou as teses apresentadas, congratulando-se com os dirigentes do Departamento Científico pela organização desse interessante certame científico.

SEGUNDA SESSÃO

Presidida pelo Ddo. Attilio Z. Flosi, e tendo como orientadores os Srs. Assistentes Drs. Cyro Nogueira (Representante do Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina) e Dácio Franco do Amaral (Representante do Departamento de Parasitologia da Faculdade de Medicina), teve início às 15 horas, no Anfiteatro de Fisiologia a Segunda Sessão do II Congresso Médico-Estudantino de São Paulo.

Foram apresentados e discutidos os seguintes trabalhos:

Diaulas Vidigal — Descrição de uma nova espécie de Retortamonadidae (Chilomastix fonsecai n. sp.).

Diaulas Vidigal — Descrição de um novo Trichomonadidae do gen. Trichomonas.

Antonio Carlos Mauri e Liberato Di Dio — Pesquisa e importância da dosagem do manganês nos alimentos.

Fausto Figueira de Mello e Luis Carlos Junqueira — Vitamina D em oleos de cação (Nota prévia).

Luis Carlos Junqueira e Fausto Figueira de Mello — Dosagem da hemoglobina nos escolares paulistas (nota prévia).

Fabio Bellegardi Nunes — Alguns dados em favor das bebidas cafeínicas.

Luiz Carlos Junqueira e Fausto Figueira de Mello — Sobre a presença da vitamina D no oleo de tartaruga (Nota prévia).

Oscar Simonsen, Fausto Figueira de Mello e Luiz Carlos Junqueira — Pesquisa da vitamina B na jaboticaba, pelo método de Schopfer (Nota prévia).

Antonio Carlos Mauri, Luiz Carlos Junqueira e Fausto Figueira de Mello — Considerações sobre a série vermelha do sangue do Caiman lariostrus. Dand.

Gelson Arantes Lima e Antonio Clemente Filho — Valor energético de alguns alimentos brasileiros.

Ary do Carmo Russo e Fausto Capuano — Considerações sobre dois casos de freios supranumerários do prepúcio.

Merrame Adura — Reparos a algumas constantes hematológicas.

Fuad Al Assal, Roberto Zwicker e Manoel de Almeida — Considerações em torno de um caso de cromomicose.

* * *

Os Drs. Cyro Nogueira e Dacio Franco do Amaral comentaram os trabalhos apresentados, fazendo varias sugestões aos Congressistas.

TERCEIRA SESSÃO

Presidente: Prof. A. C. Pacheco e Silva.

Realizou-se no dia 14, às 20,30 horas, na séde da Sociedade de Medicina e Cirurgia, a Terceira Sessão do Congresso Médico-Estudantino de São Paulo, para a apresentação dos trabalhos referentes à Neurologia, Psiquiatria e Ortopedia.

A mesa que dirigiu os trabalhos foi presidida pelo Sr. Prof. Antonio Carlos de Pacheco e Silva, Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de São Paulo que tinha ao seu lado o Prof. Francisco Godoy Moreira Catedrático de Ortopedia da Faculdade de Medicina e S. Paulo, e Carlos Gama, livre docente de Neurologia da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, e o Ddo. Attilio Z. Flosi, presidente do Departamento Científico do Ceitro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

Foram apresentados os seguintes trabalhos:

João Alfredo Caetano da Silva Junior e Attilio Zelante Flosi — Sobre um caso de meningopatia secundária à ascaridiose.

Antonio Branco Lefèvre — Aquisições recentes sobre o síndrome de Little.

Roberto Melaragno — Dois casos de coréia de Sydenham — Considerações sob o ponto de vista terapêutico.

Antonio Branco Lefèvre — Sobre um caso de afasia acompanhada de hemiplegia direita em canhoto.

J. A. Caetano da Silva Junior — Sobre um caso de hematomielia.

Attilio Zelante Flosi — Sobre um caso de sarcoma de Ewing da base do craneo e "diabetes insipidus.

Maria Elisa Bierrenback Khoury — Esclerose lateral amiotrófica.

Emundo Graziosi Covelli — Sobre um caso de esclerose lateral amiotrófica de forma pseudo-necrítica.

Gustavo Friozi — Considerações sobre dois casos de Meningo-ependimo-ventriculite curados pelos sulfatizol.

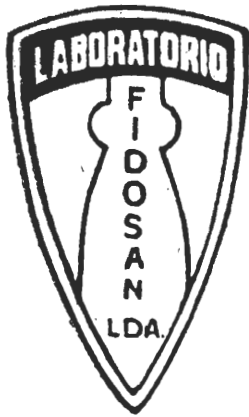
José Gonzaga de Carvalho — Fraturas da coluna — Considerações sobre o seu tratamento.

Orlando Graner — Osteosintese intra-medular da clavícula pelo fio de Kitchner.

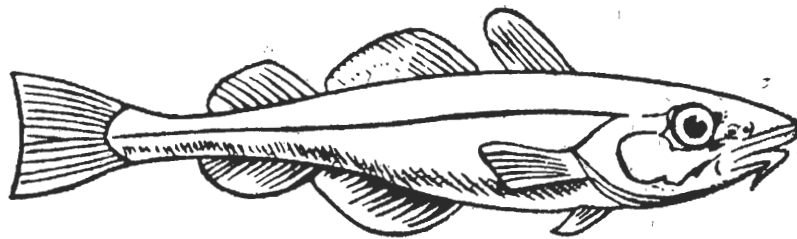
Fuad Al Assal e Avrão Massad — Considerações em torno de um caso de cisticercose cerebral.

* * *

Em seguida, o Prof. Pacheco e Silva, presidente dessa Sessão, deu a palavra ao Dr. Carlos Gama, que faz considerações gerais sobre todos os trabalhos apresentados. Ressaltou o louvavel espírito dos congressistas que apresentaram trabalhos de grande mérito científico.



Fidobis



CADA AMPOLA CONTEM:

A d u l t o s

Oxi-iodeto de Bismutho — 0,05
Óleo de fígado de bacalhau —
q. s. para 2 c. c.

I n f a n t i l

Oxi-iodeto de Bismutho — 0,03
Óleo de fígado de bacalhau —
q. s. para 2 c. c.

— ATOXICO E INDOLOR —
USO INTRAMUSCULAR

Laboratório Fidosan Limitada

R U A F R E I C A N E C A, 2 6 6
" " " 2 4 0

TELEF. 42-2907 — RIO DE JANEIRO

FLORENCIO DE ABREU, 279 - 1.º — TELEFONE, 2-8007 — SÃO PAULO

IODOBISMAN

RESULTADOS SURPREENDENTES NO TRATAMENTO DA SIFILIS

TROPHOLIPAN

MEDICAÇÃO DOS DEBILITADOS E DOS CONVALECENTES

ESTERES MORRUCO E CHALMOGRICO SUPERSATURADOS DE LIPIDES TOTAES DO CEREBRO

LITERATURA E AMOSTRAS Á DISPOSIÇÃO DA CLASSE MEDICA
PIO, MIRANDA & CIA. LTDA.

Rua do Rosario, 158

Caixa Postal, 2523

RIO

Resultado de uma terapeutica pelo IODOBISMAN

B. L., 57 annos, branca, casada, brasileira (E. de Minas), já em estado de menopausa. Teve seis partos a termo e dois abortos. Sarampo, paratypho e rheumatismo. Ha dois mezes começou a urinar sangue, sem dôr, sem tendencia syncopal, sem febre. Cephaléa intensa e rheumatismo. Exame da doente: hyperphenose da 2.^a bulha cardiaca; T.-A, (Vaquez Laubry), 7-14; ganglios inguinaes palpaveis e accentuada esternalgia. Cervicite suspeita — urina sanguinolenta. Pela cysto e uretroscopia, verificadas tambem pelo Dr. Paulo Cesar, lesões de aspecto enegrecido no collo vesical e na uretra, não sangrando, e ulcerações em torno. Laboratorio: Biopsia do collo do utero indicando estado inflammatorio apenas; pyelographia normal, exame bacteriologico e inoculação da urina em cobaia, negativo para K. até muitos mezes após; W. no sangue, fortemente positivo. Diagnostico SYPHILIS VESICAL — CERVICITE CHRONICA. Tratamento local da cervicite e injeções de IODOBISMAN. As lesões vesicaes quasi cicatrisadas e a urina deixára de ser sanguinolenta, depois da 3.^a injeção. Inicio do tratamento em 22-2-33. Foram usadas 12 caixas de injeções de IODOBISMAN. A doente ficou inteiramente curada até á presente data.

Janeiro de 35

(a.) OLIVEIRA MOTTA

Literatura e amostras á disposiçào da distincta classe medica com
PIO, MIRANDA & CIA. LTDA.

Rua do Rosario, 158

Caixa Postal 2523

RIO DE JANEIRO

Encerrando o Congresso, falou o Prof. Pacheco e Silva, que disse sentir-se satisfeito pelo modo de apresentação dos trabalhos, o que vem revelar o estudo sério a que se consagram os alunos da Faculdade de Medicina. Finalmente elogiou a organização do Congresso, fazendo votos para que outros venham a se realizar.

* * *

Promovendo a realização do II Congresso Médico-Estudantino de São Paulo, o Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz" pretendeu, mais uma vez, submeter à análise e crítica dos Srs. Professores da Faculdade de Medicina, a produção científica do corpo discente da Faculdade, que com vários trabalhos experimentais e pesquisas clínicas procura contribuir à aquisição de novos conhecimentos novas doutrinas, sem as quais seria impossível conceber o progresso científico.

O valor dos trabalhos apresentados refletiu o preparo dos alunos da Faculdade de Medicina.

PRÊMIOS INSTITUIDOS PELO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DO CENTRO ACADEMICO "OSWALDO CRUZ"

Aproximando-se a época do encerramento do prazo para a entrega dos trabalhos concorrentes aos prêmios instituídos pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", julgamos de utilidade publicar novamente os regulamentos dos referidos prêmios.

PRÊMIO "FRANCISCO NICOLAU BARUEL"

ART. 1.º — Fica instituído o prêmio "Francisco Nicolau Baruel" conferido anualmente pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

ART. 2.º — O prêmio "Francisco Nicolau Baruel" é oferecido ao Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", pela Química Farmacêutica Paulista Limitada.

ART. 3.º — O prêmio será conferido anualmente ao melhor trabalho feito por doutorando sobre temas de Clínica e Técnica Cirúrgica ou Clínica Médica, escolhidos por comissões constituídas por um presidente, professor catedrático, dois membros adjuntos, convidados pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", de acordo com a Química Farmacêutica Paulista Limitada.

ART. 4.º — O tema escolhido pelas Comissões será publicado em Março de cada ano.

ART. 5.º — O prêmio "Francisco Nicolau Baruel" constará da montagem de um consultório, segundo o acordo estabelecido com a Diretoria do Departamento Científico.

ART. 6.º — O prazo para entrega dos trabalhos fica fixado em 31 de dezembro de cada ano.

ART. 7.º — Os trabalhos serão entregues nos escritórios (Diretoria) da Química Farmacêutica Paulista Limitada, com pseudônimo.

ART. 8.º — Os trabalhos vencedores ficam de propriedade da Química Farmacêutica Paulista Limitada que se reserva o direito da própria publicação.

ART. 9.º — O prêmio "Francisco Nicolau Baruel" será entregue em sessão solene do Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", previamente marcada.

PRÊMIO "OSWALDO CRUZ"

No valor em dinheiro de 1:500\$000 (um conto e quinhentos mil réis) que o Instituto Pinheiros oferece anualmente ao melhor trabalho sobre Imunologia, apresentado pelos doutorandos da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo.

ART. 1.º — Somente poderão concorrer ao prêmio "Oswaldo Cruz", correspondente a um determinado ano, os alunos matriculados no 6.º ano da Faculdade de Medicina, nesse mesmo ano. É permitida a associação de dois, concorrentes num só trabalho.

ART. 2.º — Os trabalhos apresentados versarão obrigatoriamente sobre temas concernentes à Imunologia, em qualquer de seus aspectos.

ART. 3.º — Os trabalhos serão entregues anualmente à Secretaria da Faculdade de Medicina, de 25 a 30 de Dezembro, assinados por um pseudônimo, e acompanhados dum envelope fechado que conterá uma cédula com o pseudônimo, nome e assinatura do concorrente. No subscrito do envelope, estará declarado o título do trabalho e pseudônimo do autor.

ART. 4.º — A Secretaria da Faculdade fornecerá ao interessado um recibo em que conste o título do trabalho e o pseudônimo do seu autor.

ART. 5.º — Findo o prazo de entrega, a Secretaria da Faculdade remeterá os trabalhos recebidos à Comissão Julgadora, retendo os envelopes para ulterior identificação do autor premiado.

ART. 6.º — Os trabalhos não premiados serão devolvidos aos seus apresentantes, juntamente com os respectivos envelopes, mediante devolução do recibo de que cogita o artigo 4.º.

Os que não forem reclamados dentro de 60 dias, serão inutilizados.

ART. 7.º — Os trabalhos devem ser inéditos; só serão aceitos quando datilografados, não podendo haver emendas ou rasuras que, pela sua extensão, prejudiquem o aspecto ou dificultem a leitura dos mesmos. Deverão conter, no início, um índice dos capítulos em que se subdivide a obra; e no fim, um sumário ou uma série de conclusões referentes à matéria tratada.

ART. 8.º — A Comissão Julgadora será composta de 3 membros, dos quais um será designado pelo Diretor da Faculdade dentre os membros da Congregação; outro, eleito pela Diretoria do Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz", dentre os Docentes ou Assistentes, efetivos ou extra-numerários, da Faculdade de Medicina ou escola médica congênere; o terceiro, designado pela direção do Instituto Pinheiros. Esta Comissão será formada anualmente, na primeira semana de Janeiro.

ART. 9.º — A Comissão Julgadora apreciará como melhor entender o mérito de cada trabalho apresentado e elaborará um laudo relativo a todos êles, terminando por indicar o trabalho que julgue merecedor do prêmio. Para tal fim o Presidente da Comissão, que é o membro designado pelo Diretor da Faculdade, escolherá um relator.

ART. 10 — O laudo da Comissão Julgadora deverá ser entregue à Secretaria da Faculdade de Medicina até o dia 1.º de Março do ano seguinte.

ART. 11 — A Comissão, se entender que nenhum dos trabalhos é merecedor do prêmio neste sentido, caso em que o prêmio reverterá em benefício do patrimônio do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

ART. 12 — No caso em que haja três ou mais trabalhos apresentados, e a Comissão não chegue a acordo sobre qual o vencedor do prêmio, o julgamento caberá, sem apêlo, ao Diretor da Faculdade de Medicina.

ART. 13 — A entrega do prêmio se fará em sessão solene, promovida pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

ART. 14 — Este regulamento poderá ser modificado pelo Conselho Técnico e Administrativo da Faculdade de Medicina, sendo que as modificações adotadas vigorarão para o período seguinte ao ano em que tiverem sido introduzidas.

SÍFILIS:

Bisnovoemol
Hamburgo

FAMA MUNDIAL

1941
RIO

E. TOSSE & Co.

F. BLUMENHAGEN • Caixa postal 330

1921

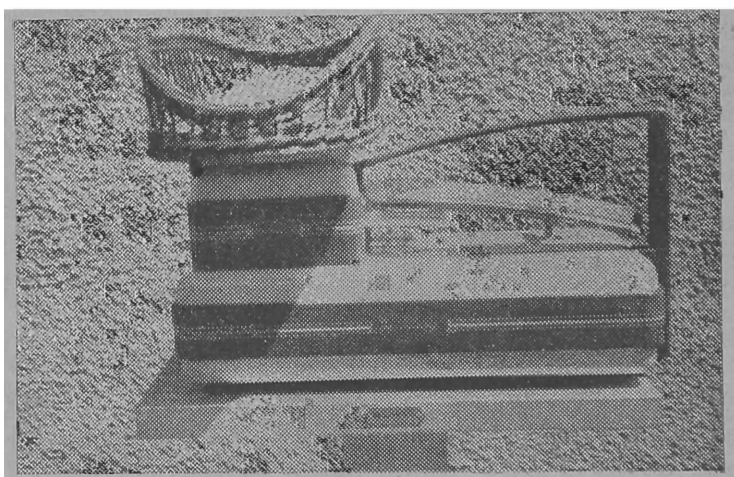
F C

The advertisement features a central spotlight effect. At the top, a circular logo contains the letters 'F' and 'C' with a starburst, and the year '1921' below it. A beam of light from this logo illuminates a large, stylized 'B' and the word 'Bisnovoemol' in a decorative, gothic-style font. Behind the text are stacks of pills and several syringes. The word 'Hamburgo' is written in a smaller font below the main product name. To the right, the phrase 'FAMA MUNDIAL' is written in bold, block letters. At the bottom right, the year '1941' is written in a large, slanted, stylized font, with 'RIO' underneath it. At the bottom left, 'E. TOSSE & Co.' is written in a small font. At the very bottom, a black bar contains the text 'F. BLUMENHAGEN • Caixa postal 330' in white.

NASCIMENTO

apresenta

um novo produto revolucionando a industria de balanças



A técnica consagra definitivamente a “BALANÇA NASCIMENTO” como LEADER em perfeição e estilo entre todas as demais existentes.



Excepcionalmente forte, sensível e elegante, é a balança de menos preço, vendida em pequenos pagamentos e garantida por 10 anos.

Nascimento & Filhos Ltda.

PRÊMIO "RUBIÃO MEIRA"

ART. 1.º — Fica instituído o prêmio "Rubião Meira", conferido anualmente pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

ART. 2.º — O prêmio "Rubião Meira" é oferecido ao Departamento Científico por Produtos Roche S. A.

ART. 3.º — O prêmio será conferido anualmente ao melhor trabalho feito por doutorando sobre qualquer tema de Clínica Médica. O trabalho deverá ser inédito e resultado de pesquisas clínicas ou experimentais, não se admitindo trabalhos de compilação.

ART. 4.º — Os trabalhos serão julgados por uma comissão constituída por um presidente — que será obrigatoriamente professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo — e por 2 membros adjuntos, convidados pelo Conselho Consultivo do Departamento Científico.

ART. 5.º — O prazo para entrega dos trabalhos fica fixado em 30 de Dezembro de cada ano.

ART. 6.º — O prêmio "Rubião Meira" constará de um diploma fornecido pelo Departamento Científico e visado pelo presidente do Departamento Científico, por um representante de Produtos Roche S. A. e pelos membros constituintes da comissão julgadora, e da quantia de 1:500\$000, em dinheiro.

ART. 7.º — Os trabalhos devem ser entregues ao presidente do Departamento Científico Acadêmico "Oswaldo Cruz" sendo obrigatório o uso de pseudônimo.

ART. 8.º — O prêmio "Rubião Meira" será entregue em sessão solene do Departamento Científico, que se realiza em 15 de Março, sendo entregue por um representante de Produtos Roche S. A.

ART. 9.º — O trabalho premiado assim como os demais trabalhos apresentados são de propriedade exclusiva dos autores.

ART. 10 — O parecer da Comissão Julgadora será publicado na Revista de Medicina do C. A. D. C.

PRÊMIO "PROF. MILWALD"

ART. 1.º — Fica instituído o prêmio "Prof. Milwald" que será conferido anualmente aos alunos da Faculdade de Medicina pelo Departamento Científico do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

ART. 2.º — O prêmio é oferecido ao Departamento Científico pela Laborterapia Limitada, constando de um diploma e 1:000\$000 (um conto de réis) em dinheiro.

ART. 3.º — O prêmio será conferido ao melhor trabalho experimental ou clínico sobre vitamina.

ART. 4.º — O prêmio é indivisível.

ART. 5.º — O trabalho deverá ser inédito, não se admitindo trabalhos de compilação.

ART. 6.º — Os trabalhos dos concorrentes ao prêmio deverão ser entregues à Secretaria do Departamento Científico até o dia 29 de Dezembro de cada ano, escritos em português, em 3 vias e datilografadas, sob a forma de pseudônimo, seguido de um envelope fechado, contendo o nome do autor, o pseudônimo apresentado e o título do trabalho.

ART. 7.º — Os trabalhos serão julgados por uma comissão de três professores (Catedráticos ou Livre-Docentes) indicados pelo Conselho Consultivo do Departamento Científico.

ART. 8.º — A Comissão Julgadora deverá dar o seu parecer até 15 de Fevereiro, e o prêmio será entregue em sessão solene do Departamento Científico.

ART. 9.º — A Laborterapia Limitada caberá o direito de reimprimir e distribuir, a título de divulgação científica, o trabalho premiado.

PRÊMIOS “ALFONSO BOVERO” — “ENJOLRAS VAMPRE” — “ETHEOCLES GOMES” — “ALVES LIMA” —
“FRANCO DA ROCHA”

REGULAMENTO

ART. 1.º — Ficam instituídos pelo Departamento Científico do Centro “Oswaldo Cruz”, órgão dos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, os prêmios “ALFONSO BOVERO”, “ENJOLRAS VAMPRE”, “ETHEOCLES GOMES”, “ALVES LIMA” e “FRANCO DA ROCHA”

ART. 2.º — Os prêmios serão conferidos anualmente ao melhor trabalho realizado por estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, consoante a seguinte seriação:

Prêmio “ALFONSO BOVERO” — Secções de Anatomia, Histologia, Embriologia e Anatomia Patológica.

Prêmio “ETHEOCLES GOMES” — Química Fisiológica, Fisiologia, Farmacologia e Parasitologia.

Prêmio “ENJOLRAS VAMPRE” — Neurologia, Psiquiatria e Neuropatologia.

Prêmio “ALVES LIMA” — Clínica Médica, Doenças Tropicais e Infectuosas, Pediatria e Terapêutica Clínica.

Prêmio “FRANCO DA ROCHA” — Medicina Legal.

ART. 3.º — O prêmio consta de um diploma e medalha de ouro.

ART. 4.º — O prêmio é indivisível

ART. 5.º — O prêmio será entregue ao vencedor em sessão solene, sendo o diploma assinado pela Comissão Julgadora e pelos diretores do Departamento Científico.

ART. 6.º — O trabalho deverá ser inédito e resultado de pesquisas clínicas ou experimentais, não se admitindo trabalhos de compilação.

ART. 7.º — Os trabalhos dos concorrentes aos prêmios deverão ser dirigidos ao Presidente do Departamento Científico, até o dia 29 de Dezembro, escritos em português e datilografados.

Parágrafo único — Cada trabalho será assinado por um único pseudônimo, mesmo que haja colaboração, e acompanhado de um envelope fechado identificado pelo pseudônimo e contendo o nome verdadeiro do autor ou autores.

ART. 8.º — Na primeira quinzena de Janeiro será escolhido pelo presidente do Departamento Científico do Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz” e pelos membros do Conselho Consultivo desse mesmo Departamento a Comissão Julgadora, que se comporá de 3 membros.

Parágrafo único — Um membro será obrigatoriamente professor catedrático da Faculdade de Medicina de São Paulo. Os restantes serão escolhidos entre os livre-docentes ou assistentes da Faculdade de Medicina.

ART. 9.º — O relatório da Comissão Julgadora só poderá conceder ou negar os prêmios.

§ 1.º — O parecer da Comissão Julgadora será publicado na Revista de Medicina do Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz”

§ 2.º — A decisão da Comissão Julgadora será soberana por maioria, sendo seu enunciado único e coletivo.

§ 3.º — Não caberá qualquer recurso do parecer da Comissão Julgadora, salvo si o trabalho vencedor tiver infringido os dispositivos do art. n. 6 do que deverão juntar provas os interessados.

§ 4.º — Em caso positivo, a Comissão Julgadora emitirá parecer sobre os restantes trabalhos.

ART. 11 — As medalhas serão adquiridas pelo Departamento Científico do Centro "Oswaldo Cruz".

ART. 12 — O Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo será árbitro supremo para decidir as dúvidas surgidas na interpretação deste regulamento ou qualquer impasse à sua execução.

ART. 13 — O presente Regulamento só poderá ser modificado após prévio consentimento do Conselho Consultivo do Departamento Científico e da Assembléia Geral do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

Parágrafo único — Também para a criação de novos prêmios há necessidade do consentimento do Conselho Consultivo do Departamento Científico e de Assembléia Geral do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz".

LABORATORIO "IMPERIAL"

RUA OLIMPIA, 124 — TEL. 5-7384

FABRICAÇÃO NACIONAL DE
CATGUT IMPERIAL — 000-00-1-2-3-4.

Simple e cromado.

Tipo hospitalar (2,50 mts.) e de urgência (1 mt.)

Agulhas atraumáticas — 00-0-1-2.

Tipo especial para "enfuissement" do apêndice, com agulha curva, n.º 0,30 cmts. de fio.

TENDÕES DE KANGURU — fino médio, grosso, 30 ctms. de fio.

CRINA DE FLORENÇA — fina, média, grossa e extra-grossa.

Seda Branca Trançada — 000-00-0-1-2-3-4-5.

Tipo Hospitalar (2,50 mts.)

Tipo de urgência (1,25 mts.)

Produtos adotados na maioria dos Hospitais do Brasil

Amostras e literatura: DI GIULIO & Cia.

Rua Felipe de Oliveira, 21 — 6.º andar — Telefone 2-8194

ARTIGOS FINOS PARA CAVALHEIROS

GRANDE SORTIMENTO EM
CAMISAS, GRAVATAS, MEIAS, ETC.

CAMISARIA SÃO BENTO

LARGO SÃO BENTO, 16

SÃO PAULO

A SULFANILAMIDA ORIGINAL DE FOURNEAU



**MUITO ATIVO
CONTRA OS
ESTREPTOCOCOS
E
MENINGOCOCOS**

EMBALAGENS
Tubo de 20 comprs. a Ogr. 50
Vidro de 250 comprs. a Ogr. 50

POSOLOGIA
De 1 a 8 comprs. por dia,
conforme o caso

SEPTOPLIX

(1162 F.)

CORRESPONDÊNCIA: *Rhodia* C. POSTAL 2916 S. PAULO

Faculdade de Medicina de S. Paulo

Diretor: PROF. DR. BENEDICTO MONTENEGRO
Vice-Diretor: PROF. DR. D. RUBIÃO ALVES MEIRA
Secretario: DR. DOMINGOS GOULART DE FARIA



CORPO DOCENTE

PROFESSORES CATEDRÁTICOS:

Drs.:

Renato Locchi	Anatomia (Descritiva e Topografica).
Jaime Albuquerque Cavalcanti	Química fisiológica.
Samuel Barnsley Pessôa	Parasitologia.
Carmo Lordy	Histologia e Embriologia.
Franklin A. de Moura Campos	Fisiologia.
Ernesto de Souza Campos	Microbiologia
Jaime Regalo Pereira	Farmacologia.
Ludgero da Cunha Motta	Anatomia Patológica
Edmundo Vasconcellos	Técnica Cirurgica e Cirurgia Experimental.
Rafael Penteado de Barros	Patologia
Antonio de Almeida Prado	Clinica Médica (Propedeutica e Laboratorio Clinico)
Benedicto Montenegro	Clinica Cirurgica (Patologia Cirurgica)
João de Aguiar Pupo	Clinica Dermatologica e Sifiligráfica.
Antonio de Paula Santos	Clinica Oto-Rino-Laringológica.
Luciano Gualberto	Clinica Urológica.
Geraldo H. de Paula Souza	Higiene.
Flaminio Favero	Medicina Legal.
Ovidio Pires de Campos	Clinica Médica (Medicina Geral e Patologia Médica).
Alipio Correia Neto	Clinica Cirurgica (Propedeutica Cirurgica)
Cantidio de Moura Campos	Terapêutica Clínica.
Celestino Bourroul	Clinica de Doenças Tropicais e Infectuosas.
João Paula da Cruz Brito	Clinica Oftalmologica.
Domingos Rubião Alves Meira	Clinica Médica (Medicina Geral e Patologia Médica).
Raul Carlos Briquet	Clinica Obstetrica.
Delfino Pinheiro de Ulchôa Cintra	Clinica Pediátrica
Nicolau de Moraes Barros	Clinica Ginecológica.
A. C. Pacheco e Silva	Clinica Psiquiátrica.
Adherbal Tolosa	Clinica Neurologica.
Franciseo E. Godoy Moreira	Clinica Ortopédica e Cirurgia Infantil.
Profs. Catedráticos aposentados	Pedro Dias da Silva e A. C. Camargo.

96.4.73. Jornal de C.A. Nivaldo Cruz

A SULFANILAMIDA
ORIGINAL DE
FOURNEAU



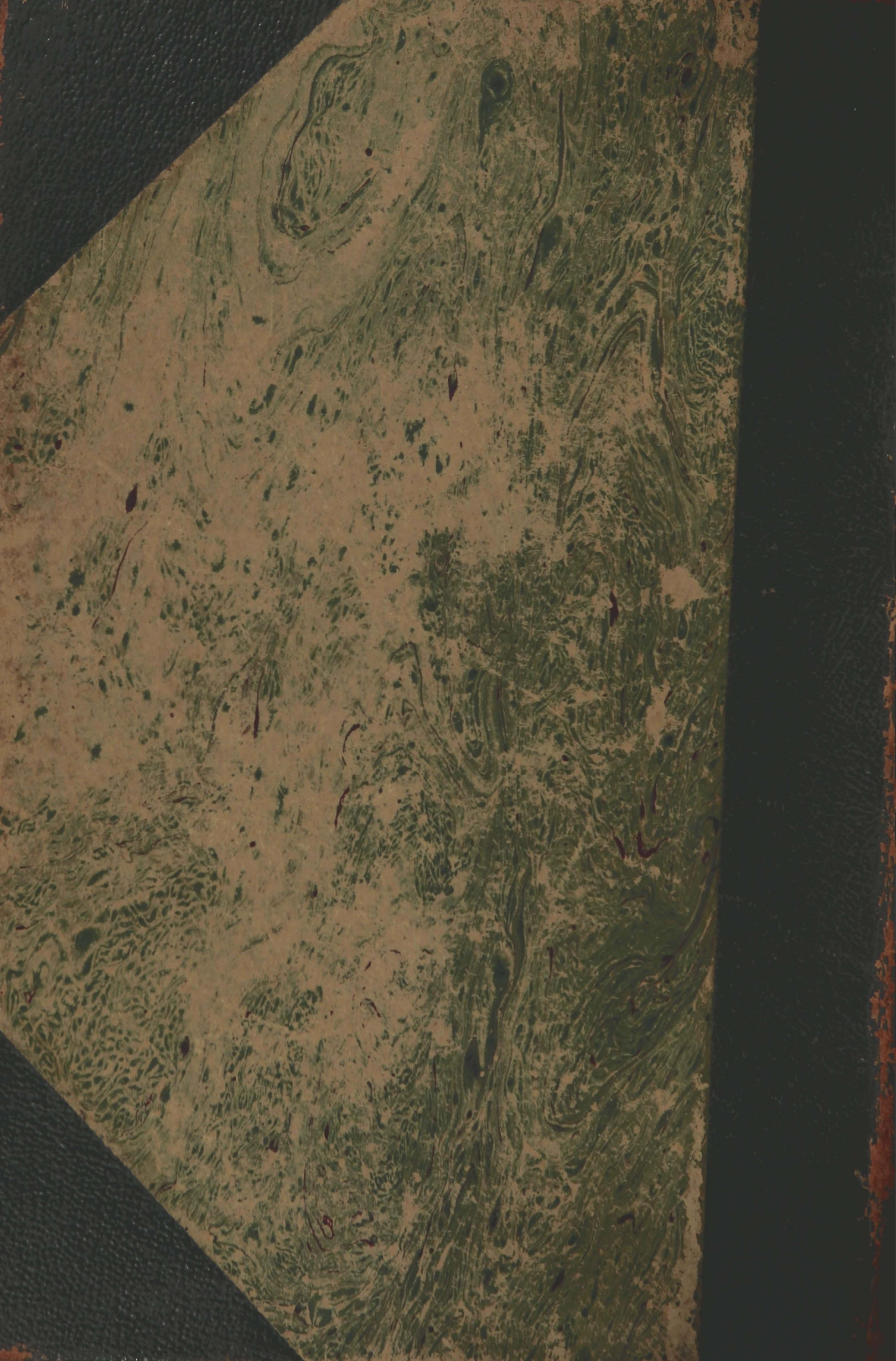
**MUITO ATIVO
CONTRA OS
ESTREPTOCOCOS
E
MENINGOCOCOS**

EMBALAGENS
Tubo de 20 comrs. a Ogr. 50
Vidro de 250 comrs. a Ogr. 50

POSOLOGIA
De 1 a 8 comrs. por dia,
conforme o caso

SEPTOPLIX
(1162 F.)

CORRESPONDENCIA: Rhodia C. POSTAL 2916 - S. PAULO



ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).