

COMPREM,

ASSIGNEM

E

ANNUNCIEM

EM A

“REVISTA DE MEDICINA”

— O GRANDE MENSARIO PAULISTA DE SCIENCIAS MEDICAS, EDITADO PELOS ESTUDANTES DE MEDICINA.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA

DO

PROF. RUBIÃO MEIRA

REVISTA DE MEDICINA



DIRECÇÃO SCIENTIFICA DO
 Prof. RUBIÃO MEIRA
 REDACTOR - CHEFE
 ANTONIO B. DE OLIVEIRA
 REDACTOR-SECRETARIO
 PAULINO W. LONGO

ORGAM DO CENTRO ACADEMICO
 "OSWALDO CRUZ"

DA FACULDADE DE MEDICINA
 E CIRURGIA DE S. PAULO

SUMMARIO

A Bibliotheca da Faculdade.	A Redacção
Tendencias do Espirito Medico Actual	Prof. Almeida Prado
Notas de Clinica Therapeutica	Prof. Celestino Bourroul
Contribuição ao estudo da pigmentação paludica	Prof. R. Lambert e Acad. Bernardes de Oliveira
De uma disposição insolita das veias popliteas e femuraes	Acads. Luiz Splendore e João Baptista Bernardes de Lima
Noticia-rio	



EXPEDIENTE

Publicação periodica de ciencias medicas e vida academica, feita
sob a direcção scientifica do Prof. **RUBIÃO MEIRA**

Redactor-chefe: Ac. **ANTONIO BERNARDES DE LIVEIRA**

Redactor-secretario: **AC. PAULINO W. LONGO**

REDACÇÃO E ADMINISTRAÇÃO: RUA BRIGADEIRO TOBIAS, 45

ASSIGNATURAS:

Brasil, 6 numeros	10\$000
Estrangeiro	18\$000
Numero avulso	2\$500

Toda a correspondencia deve ser dirigida ao Redactor-chefe

SOROS HARMONICOS DO DR. ACHE'



(SEXOS SEPARADOS)

APPROVADO PELO DEPARTAMENTO
NACIONAL DA SAUDE PUBLICA

SOBRE ESTE ASSUMPTO RECEBEMOS MAIS A SEGUINTE CARTA DO DR. PLINIO MORAES, ASSISTENTE DE CLINICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BELLO HORIZONTE

Bello Horizonte, 7 de Novembro de 1924.

Illmos. Srs. Aché, Travassos & Cia.

Ribeirão Preto

Dou presente a sua estimada carta de 4 de novembro, a respeito do emprego simultaneo do soro harmonico e do natrol e neosalvarsan, afim de impedir ou attenuar as reacções que se seguem á applicação endovenosa destes dois ultimos.

Respondendo ás suas perguntas, tenho a dizer-lhes:

Primeiro: o soro harmonico é empregado, por VIA HYPODERMICA, na mesma hora em que se faz a applicação ENDOVENOSA do natrol ou de neosalvarsan.

Segundo: nas pessoas sensiveis ou nas que nunca fizeram injeccões anti-syphiliticas, costumo applicar uma injeccão de soro harmonico NA VESPERA das injeccões de natrol ou de natrol ou de 914.

Cheguei á conclusão interessante, sob o ponto de vista pratico, de que os pacientes toleram injeccões de 4 vezes a dose habitual de natrol ou de 14 (endovenoso) sem accusarem o menor mal estar. Tenho applicado largamente esse methodo e só tenho tido motivos de satisfação.

Si V.V. S.S. tiverem algumas observações, rogo-lhe que m'as communique, afim de podermos, aos poucos, ver quaes as falhas que o processo apresenta, afim de corrigil-as.

Sempre ao seu inteiro dispôr e agradecendo mais uma vez os termos de sua carta.

Sou de V.V. S.S.

Atto. Collega Obrdo.

(a) **DR. PLINIO MORAES**

A' VENDA NAS PRINCIPAES DROGARIAS E PHARMACIAS DE PRIMEIRA ORDEM E NO ESCRIPTORIO DOS FABRICANTES:

ACHÉ, TRAVASSOS & CIA.

Rua Barão de Itapetininga N. 65 — (3.º andar)

TELEPHONE, CIDADE, 1938

CAIXA POSTAL N. 2843 — Endereço: SORACHE'

O escriptorio attende com presteza a os pedidos de amostras para os srs. clinicos

A ULTIMA DESCOBERTA SCIENTIFICA

Para evitar o typho, cholera, diarrhéa, dysenteria, enterite, verminose e molestias intestinaes, conforme attestados da Directoria Geral da Saude Publica, Instituto Oswaldo Cruz e Laboratorio Bacteriologico do Rio de Janeiro; Faculdade de Medicina e Cirurgia, Instituto Bacteriologico e Instituto do Butantan do Estado de S. Paulo. Directoria de Hygiene do Rio Grande do Sul e de cientistas nacionaes e estrangeiros.

Apparelhos "SALUS"

UNICOS DEPOSITARIOS:

SOC. DE PROD. CHIMICOS L. QUEIROZ

Abaixo publicamos um attestado do Dr. Athrur Moses:

"Nenhum mprocesso se me afigura mais pratico para a purificação da agua, que o emprego do filtro, talha ou moringa "SALUS".

De facil manejo, ao alcance de todos e de rapida e efficiente acção nelles são rapidamente destruidos o bacillo typhico, os para-typhicos, dysentericos e o vibrão do cholera, mesmo quando em numero maior que o encontrado em aguas consideradas fortemente polluidas. Em um paiz da extensão territorial do Brasil e onde a febre typhoide e as para-typhoides se acham de tal forma dissimiladas, por nenhum Estado se póde considerar isento, de tão grave infecção, só por methodos indirectos se póde abordar a prohylaxia, deixando para mais tarde a campanha geral de saneamento que, por mis vasta, edmanda maior tempo e avultada despeza.

Entre os methodos indirectos o filtro "SALUS" se colloca galhardamente no primeiro plano ao iado da vaccinação preventiva, com a vantagem de evitar ainda a propagação da dysenteria bacillar para a qual ainda não se recommenda vaccina sufficientemente garantidora

Ao exercito, sobretudo, obrigado a se aquartelar muitas vezes em regiões contaminadas, é especialmente aconselhavel o emprego do filtro "SALUS", que certamente preservará aos que delle fizerem uso, da febre typhoide, para-typhica, cholera e dysenteria bacillar, que na maior daros casos se transmittem pela agua.

Rio de Janeiro, 25 de fevereiro de 1924 (ass) (ARTHUR MOSES ex-assistente do "Instituto Oswaldo Cruz" director do Instituto Brasileiro de Microbiologia.

A' venda em todas as casas de louças, ferragens, etc.

UNICOS DEPOSITARIOS :

SOCIEDADE DE PRODUCTOS CHIMICOS "L. QUEIROZ"

Rua S. B'nto, 83 Drogaria Americana Caixa postal 255

VINHO E XAROPE DE HEMOGLOBINA

GRANADO

com base de: HEMOGLOBINA PURA
NASCENTE

O MELHOR DOS RECONSTITUITES

O MAIS EFFICAZ DOS FERRUGINOSOS

NA ANEMIA — CHLOROSE — FRAQUEZA — DEBI-
LIDADE DE CONSTITUIÇÃ, ETC ETC.

RUA 1.º DE MARÇO, 14, 16, 18 — RIO—

RHEUMATISMO agudo e chronico, GOTTA, DIATHE-
SE URICA, ARTHRITISMO, TITHIASE renal
e hepatica (Areias) HERPETISMO

URIDINA “GRANADO”

“Granulado e Effervescente”

Base de UROTROPINA, NEO-SIDONAL, LICETOL e
BENZOATO DE LITHINA

Realiza a antiseptia das vias urinarias — Dissolve e
elimina o ACIDO URICO E URATOS

Depositario: João Lopes — Rua 11 de
Agosto, 35 — S. PAULO

SOCIEDADE ANONYMA

CASA PASTEUR

O P T I C A

Aviam-se receitas medicas — Completo sortimento de lentes de todas as variedades — Oculos, pince nez, lorgnons, etc. etc

CIRURGIA

HYGIENE

Grande sortimento de:
PHISICA — CHIMICA — HISTORIA NATURAL — BACTERIOLOGIA — MOVEIS CIRURGICOS — PRODUTOS CHIMICOS — CORANTES PARA MICROSCOPIA — VIDRARIA

Instalações completas para hospitaes e Gabinetes Medicos

OFFICINA PROPRIA PARA FABRICAÇÃO, CONCERTO E NICKELAGEM DE APPARELHOS E INSTRUMENTOS

Caixa postal, 1387 — Endereço telegraphico: **Microscopio**

Telephone Central 3-2-0-5

32 — RUA DE SÃO BENTO — 32

S. PAULO

LIVRARIA LEALDADE

— DE —

ALVARO S. JORGE & CIA.

— RUA DA BOA VISTA, N. 62 —

Encarrega-se de assignaturas de revistas e jonaes medicos estrangeiros

REVISTA DE MEDICINA

Direcção scientifica do
Prof. RUBIÃO MEIRA

Redactor-chefe:

Antonio Bernardes de Oliveira

Redactor-secretario:

Paulino W. Longo

Orgam do Centro Academico

“OSWALDO CRUZ”

da Faculdade de Medicina
e Cirurgia de São Paulo

A BIBLIOTHECA DA FACULDADE

Dentre outros inestimaveis progressos, notados em nossa Faculdade, decorrente da estadia entre nós do illustrado prof. Robert A. Lambert, resalta em primeira plana, a remodelação completa por que acaba de passar a Bibliotheca, reorganizando-se debaixo dos moldes realmente uteis e praticos, que actualmente possui.

Conhecedor do alcance de uma Bibliotheca, não só como lugar de estudo, sobretudo como meio de facilitar a consulta de livros e periodicos cujo manuseio seria de outra sorte, muito oneroso, quando de todo não impossivel, encarregou-se o professor americano de conseguir, logo empós sua chegada, uma sala, em que a titulo de experiencia, pudessem os alumnos consultar e mesmo retirar por prazo determinado, as obras ali collectadas.

Transladou então muitos livros pertencentes aos departamentos de Anatomia Pathologica, para uma sala do Instituto de Hygiene, onde, por mezes funcionou a Bibliotheca com toda a regularidade, servida apenas de taes obras.

Porém, em seu breve mas intenso convivio com a nossa mocidade academica, houve para o alludido prof. oportunidade de estimar das qualidades moraes daquella, a ponto de se abalançar a pratica de um gesto que bastante nos desvanece.

Assim é que, tomando sob sua exclusiva responsabilidade a conservação dos livros pertencentes á Faculdade e que jaziam, até então, empoeirados na sala da Directoria, obteve fossem os mesmos franqueados ao corpo discente, como já o eram os da secção que proficientemente dirige. Como é natural em empreendimentos de tal natureza, não houve estacionamento, em sua evolução, que, paulatina mas efficazmente, se processava, quer pelo concurso de donativos de livros e revistas, seja pela aquisição de novos volumes. Não é de admirar. portanto, que por

ocasião da instalação dos laboratorios de Anatomia no pavilhão do Aragá, uma espaçosa sala, com luz abundante e diffusa, fosse reservada á Bibliotheca, já por essa época muito augmentada.

Com effeito, consoante dados fornecidos pelo organizador da Bibliotheca, prof. R. A. Lambert, sob cuja direcção ainda ella se encontra, em dezembro de 1924 existiam alli:

Livros	2585
Volumes encadernados de revistas	946
	3531
Theses e separatas	3000

E' de se notar que se acham nesse total incluídos cerca de 460 volumes do Departamento de Anatomia Pathologica, incontestavelmente os mais modernos e que maiores prestimos possuem. Além desses volumes encontram-se na Bibliotheca 123 revistas medicas (das quaes 27 são donativos). A publicação de um catalogo pormenorizado, prestes a ser distribuido entre os consulentes, diz bem do carinho com que é cuidada a Bibliotheca, cuja frequencia não só de alumnos como dos srs. professores, é apreciavel, como se vê no seguinte quadro:

	Profess.	Estudantes	Livros retir.	L. devolv.
Março.	79	447	206	207
Abril.	48	330	141	165

Comtudo a utilidade apreciavel, especialmente para os que no Aragá mourejam, poderia ser muito alteada, si não fora a abundancia de obras, que, embora concernentes ás sciencias biologicas, são muito antiquadas e de pequeno ou nullo valor historico.

Para alijar esse inconveniente, necessario se torna a aquisição de bons livros modernos, preferivelmente no vernaculo, (cuja maior procura fez-se notar no curto lapso de tempo que deflúe da instalação da nova Bibliotheca), mas, ao que nos consta, a verba adequada, infelizmente mal chegará para o custeio das assignaturas de revistas do corrente anno.

Certos porém estamos que a Faculdade, na phase de direcção brilhante e consolidadora por que passa, não deixará de tomar a seu cargo remover os obstaculos ao progresso de tão util innovação.

Contribuindo para a maior eficiencia da Bibliotheca, lembrariamos um melhoramento de facil execução e a nosso ver de optimos resultados. Seria a instituição — a exemplo do que acontece em varias bibliothecas universitarias em formação — de um registro especial, onde professores e alumnos solicitariam a aquisição de livros de oportunidade incontes-

te, aquisição essa previamente julgada conveniente ou não por um órgão competente

Dest'arte em breve teríamos uma bibliotheca, digna do renome deste estabelecimento e de seus professores, e que se não afastaria muito do ideal do Prof. Robert A. Lambert, ao qual, queremos daqui das nossas paginas testemunhar o nosso reconhecimento pelo que devemos, e, propôr, como penhor de nossa gratidão, a denominação de "Sala R. A. Lambert" á sala de leitura da nova Bibliotheca.

B. e L.



**LABORATORIO DE CHIMICA, MICROSCOPIA
E BIOLOGIA CLINICAS**

ANALISES EM GERAL — VACCINOTHERAPIA

DR. ARISTIDES GUIMARÃES DR. OSCAR M. DE BARROS

Phco. Mendo nça Cortez

RUA DIREITA, 35 — 1.º — — Telephone, Central, 5033

Caixa Postal, 1600

SÃO PAULO



A TENDENCIA DO ESPIRITO MEDICO ACTUAL

(Lição inaugural do curso de clinica medica e propedeutica da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo)

Ascendendo á culminancia desta cathedra, ultimo marco na carreira do magisterio medico, encerro o cyclo de minhas aspirações de professor e attinjo o termo de minhas ambições de homem e cidadão.

Chamado por Arnaldo Vieira de Carvalho a occupar o logar de substituto de clinica, ha nove annos ingressei para o magisterio profissional, não me recommendando outras credenciaes senão o amor ao estudo e o fervido desejo de corresponder á honrosa confiança que em mim se depositára. Si consegui vencer as agruras do caminho, collocando-me á altura do cargo, não me compete averigual-o; mas não seria franco e leal com vosco si vos occultasse que me não accusa a consciencia de haver poupado esforços para o conseguir e que sinto, ao me sentar pela primeira vez nesta cadeira, a alegria san e honesta que nasce do sentimento do dever cumprido.

Ha nove annos, ao lado do meu eminente amigo professor Rubião Meira, mestre consagrado já naquelle tempo, balbuciei a medo as minhas primeiras aulas, timidas e ingenuas prelecções, vacillantes na fórma e desprerenciosa na substancia, tresandando a leituras recentes, "a candeia da vespera" na phrase de Ruy, recheiadas de noções ainda mal acamadas na memoria, gaguejadas na voz tremula dos estreantes e feitas sob a tortura das primeiras emoções, quando o auditorio, impassivel em sua catadura de esphynges, parece deliciar-se com o nosso supplicio, antegosando o fragor do primeiro fracasso.

Nove annos tranquillamente vividos no retrahimento de uma vida de estudos, á espera de minha vez, sem os atropelos da ansia de subir a todo transe, na attitude confiante de quem obstinadamente crê na justiça dos homens e na força inexoravel das cousas.

Hoje recebo a posse definitiva de uma das nossas cadeiras de clinica medica — e deixae-me dizer-vos com sinceridade que a recebo sem vãos temores — como uma promoção esperada. Não que desconheça o peso immanente desta investidura: nove annos de substituto ensinaram-me a julgar com inteiro conhecimento de causa das responsabilidades do cargo a que sou agora chamado a preencher. Mas, pelo exercicio ininterrupto do magisterio, me familiarisei nesse longo lapso de tempo com o ambiente onde vou exercer as minhas novas funcções, aprendi a contar com vossa indulgencia e afiz-me a receber o calor de vossa sympathia como o melhor estímulo e premio ao meu ensino. O accesso a esta cathedra me não encontrou desprevenido e surpreso, tão habituado estava eu já á idéa desta promoção.

Prevista pela lei basica que fundou a nossa Faculdade, a criação de mais uma cadeira de clinica, cuja promulgação, agora levada a effeito, ficamos a dever á administração criteriosa, clarividente e desapaixonada do actual director, o dr. Pedro Dias da Silva, havia de fatalmente, mais tarde ou mais cedo, abrir-me accesso a este alto posto.

Removidos os obices que impediam S. Paulo de ser representado em seus professores de clinica em numero pelo menos igual ao das menos favorecidas escolas do paiz, pela acção desinteressada e superior do director clinico deste Hospital, o dr. Diogo de Faria, que acquiesceu prazerosamente em ceder ao ensino a enfermaria a seu cargo, vêm hoje os alumnos da nossa Faculdade satisfeita velha aspiração, tantas vezes reclamada pela voz de seus mais lidimos representantes.

Ao illustre clinico, que não hesitou em passar de suas mãos sabias e experientes para as minhas a direcção da enfermaria — ha tão longo tempo confiada á sua guarda e á sua alta competencia profissional, e já agora indissolivelmente ligada ao seu nome por longo passado de operosa e intelligente actividade,—agradeço, de publico, prevalecendo-me da oportunidade, esta prova de desprendimento que dá bem a medida de seu espirito progressista e da maneira liberal com que dirige esta casa de caridade.

Manda a praxe, fiel á immemoriavel tradição, que a primeira aula conste do elogio do antecessor na cadeira, elogio funebre quasi sempre, pois é da nossa profissão morrer cedo, como os poetas, que disso não têm o privilegio. Desta vez, porém, por felicidade nossa, abre-se uma excepção ao uso. Mercê de Deus, não recebo esta cadeira envolta em crepe e nem me cabe o transe doloroso de substituir um morto. Comtudo, faltaria ao mais sagrado dos compromissos moraes si calasse neste momento o nome de um morto, de um grande e inesqueciel morto: Miguel Pereira.

Das suas mãos recebi um dia a nomeação de interno de clinica; por suas mãos fui um dia conduzido e apresentado a Arnaldo Vieira de Carvalho, apresentação que decidiu da minha carreira. A esse primeiro encontro com o saudoso cirurgião paulista devo a minha primeira nomeação nesta Faculdade — preparador voluntario de physiologia — cargo que desempenhei por pouco tempo, sob a direcção do meu dilecto amigo, professor Ovidio Pires de Campos, então titular daquella disciplina, e cujo nome me apraz pronunciar agora, rememorando um passado de gratas reminiscencias.

A Miguel Pereira devo a minha iniciação na clinica e no professorado.

Tinha transposto o estudo das materias que constituem a base das sciencias medicas, mal entrado no meu quarto anno, quando o vi pela primeira vez. A vida hospitalar entreabria-se, aos meus bisonhos olhos de noviço, como um mundo desconhecido e maravilhoso. Até alli estudára tudo quanto se relacionava com a carreira que escolhera, abstractamente, em theorias de cuja applicação á medicina clinica eu tinha apenas idéas vagas. Tocava-me a vez de conhecer o homem doente, “o documento humano”.

Miseros mortaes que somos — eternamente acorrentados á pequenez de nossa contingencia humana, incapazes de grandes abstracções fóra do circulo estreito em que nos debatemos, — não conhecemos nada que possa interessar mais ao homem do que o proprio homem.

Miguel Pereira acordou em mim o primeiro entusiasmo pela profissão, despertando-me o gosto pela aprendizagem da clinica, sob o fascinio de sua eloquencia. Tudo aquillo que me parecera confuso e obscuro se esclarecia sob o magico influxo de suas palavras. As dificuldades do primeiro momento desvaneciam-se, desfeitas pela força persuasiva de sua grande intelligencia, como flocos de neve expostos á luz vivificadora do sol.

Mais tarde, admittido á sua privança, vi com prazer que, si o medico e o professor eram grandes, o homem não o era menos. Rígido de principios, puro de costumes, independente até quasi a selvageria, de uma nobreza inegalavel de sentimentos, a sua figura intellectual em tudo se casava á sua figura moral.

O caminho de sua notoriedade abriu-o sózinho, desajudado de todo auxilio extranho, pelo só prestigio do seu talento e incomparavel força do seu character.

Era daquelles que podem ter orgulho do proprio valor e a consciencia de terem vencido sem que as impurezas da vida pratica lhes hajam rogado no arminho de professor ou maculado o brilho da victoria.

Morto com pouco mais de quarenta annos, em plena pujança intellectual, cheio de nobres anseios de patriotismo e de ardor scientifico, a grande vaga que seu passamento abriu nas fileiras do professorado brasileiro está ainda por preencher.

Senhores;

A cadeira de clinica medica e propedeutica, cuja regencia hoje assumo, tem já uma tradição respeitavel. Regida desde a fundação de nossa Faculdade pelo professor Rubião Meira, arrisco-me a um confronto perigoso, acceitando esta substituição. Mas, não se trata, propriamente, de substituir tomado o vocabulo, á letra, senão de ocupar o mesmo lugar, que é cousa diversa. Convireis, tambem, em que seria muito exigir do meu esforço si me quizesseis ver alteado ao mesmo plano do meu antecessor.

Quando entrei para o magisterio já o encontrei professor e clinico de solida reputação. Muito joven ainda, dois concursos feitos na Faculdade do Rio, nos quaes galhardamente se medira com o escol da medicina da época, firmaram-lhe de chofre o renome em todo o paiz. E a sua passagem por esta cadeira, a qual acompanhei passo a passo, desde a primeira aula, não foi senão a confirmação completa do seu grande valor de clinico e dos seus excellentes predicados de professor.

Erudição vasta, palavra facil, tino clinico ingenito, longa experiencia profissional, tudo concorre para fazer d'elle um expositor attrahente e brilhante, um improvisador quasi, tão seguro está dos seus recursos e tão ao vivo e naturaes lhe são as prelecções.

Mas não devo insistir. Não se louva um vivo sem attentar contra as regras do bom gosto. E' a "missa de corpo presente", de que fugia aterrorizado o nosso saudoso Oscar Freire. E depois, "nada faz resaltar o valor de um homem como o contraste, nada faz apreciar um bem como a privação d'elle". Desta vez, ainda por felicidade nossa, a privação é temporaria. Haveis de encontral-o no vosso sexto anno, quando o proseguimento de vossos estudos e o mais completo desenvolvimento de vossas faculdades contribuirão para que melhor lhe possaes aproveitar a efficiencia do ensino.

Senhores;

O estudo da clinica medica, abrindo-vos hoje as portas do hospital, rasga do mesmo passo novos horizontes á vossa capacidade de observação e descortina novos aspectos á vossa curiosidade de estudiosos.

Trouxestes dos annos anteriores o preparo das materias indispensaveis á iniciação clinica; construistes, nesses annos de labor aspero e rude, os alicerces do edificio. Agora o remate, o acabamento da obra. Da larga mèsse de conhecimentos accumulados não sabeis, todavia, usar, e, tendo em mãos a materia prima, della não sereis capazes de fazer do ponto de vista pratico, o emprego conveniente. Ides agora aprender a manejar tão rico cabedal de conhecimentos: eis a função da clinica. "Na faculdade de applicar as noções adquiridas a cada caso concreto, está todo o segredo do exito no exercicio da medicina", disse-o Murri. Não vos illudaes, no entanto, acreditando que o papel da clinica, limitado, consoante a simplicidade daquella formula, á applicação exclusiva dos estudos que trazeis de outras cadeiras, se encontre, por isso, em posição de inferioridade na escala das disciplinas medicas.

Sob a simplicidade enganosa com que se apresentam aquellas funções, se esconde uma complexidade latente que, nem de longe, podeis avaliar. Si ao scientista puro lhe são necessarias excepcionaes qualidades — amor ao trabalho, talento, rigor de technica, pertinacia na indagação da verdade — ao clinico não lhe bastam estes predicados. As suas funções requerem mais: de par com tudo isso, são-lhe indispensaveis educação acurada dos sentidos, grande poder de observação, penetrante argucia psychologica, vivacidade e presteza de raciocinio que lhe permitam esgrimir promptamente com as idéas, certa malicia de espirito, mesmo, dando azo a que a sombra da duvida lhe não poupe as mais sympathicas e arraigadas tendencias, de modo a se não tornar simples depositario de idéas empedernidas e mumificadas no correr dos annos.

O espirito de escola, a intolerancia sectaria, o preconceito de raça não devem achar guarida no verdadeiro homem de sciencia. Colocado serenamente, sobrepairando a todos os credos, deve receber os fluxos e refluxos de todas as marés em que se debate a sciencia do seu tempo, sem intentos de julgamentos preconcebidos. Pasteur comparava as idéas preconcebidas ao pharol que esclarece o experimentador: "servem para interrogar a natureza e não constituem perigo senão quando transformados em idéas fixas". Desta maneira, e não literalmente, devemos acatar

o celebre conselho de Claude Bernard — “il faut observer comme une bête” —; isto é, a observação não deve ser feita ás cegas, sem nenhum proposito antecipado ou fim prestabelecido, em busca de resultados inesperados, de felizes achados de todo imprevistos e extranhos ás indagações do experimentador. Seria reduzir a experimentação a uma aventura e a descoberta a um acaso. O que o grande physiologista quiz dizer é que, da experimentação não devemos concluir mais do que ella propria prova nos factos verificados, e lhe não desvirtuar os resultados com a interferencia do coeffericiente pessoal. “Deixae — dizia elle a Paul Bert, seu preparador — deixae vossa imaginação, com o paletó, no vestiario; mas não vos esqueçaes de retomal-a na sahida”

E que é a experiencia senão uma observação provocada? — segundo a definiu o proprio Claude Bernard.

Precatae-vos contra os erros da idéa fixa, fugi aos maleficios da obsessão e sabei que a liberalidade do pensamento e a transigencia com a opinião alheia são a pedra de toque dos espiritos superiores. O homem fanatico, o individuo sectario, ainda quando animado da intenção de praticar o bem, descamba nos excessos mais deploraveis e se avilta na pratica dos processos mais condemnaveis.

Anatole France, com sua graça habitual, nota que nada faz o homem mais hediondo que a paixão partidaria e nada o torna mais cruel que a vòntade de fazer o bem. “Quando se quer tornar os homens bons e sabios, livres, generosos, moderados, é-se fatalmente levado a querer mata-los todos. Robespierre cria na virtude: fez o Terror. Marat acreditava na justiça: pediu duzentas mil cabeças”.

A’ parte o exaggero da “bòntade” a historia da medicina não faz senão confirmar o paradoxo do genial ironista.

Relêde-lhe as paginas e lá encontrareis o fanatismo doutrinario, o apego ás idéas reinantes, as superstições theoricas, impedindo o surto da verdade, não raro á custa do sacrificio de centenas e centenas de vidas. Grasset conta de um certo Syivius de Poé, que attribuia todas as molestias a um excesso de acido e erigiu, estribado nesse principio, um methodo therapeutico racional: saturar o corpo de alcalinos, afim de combater os famigerados acidos. Taes principios o orientaram numa terrivel epidemia de peste que dizimou a Hollanda. Alli perdeu a mulher e outras milhares de victimas, mas como sempre sobrou alguém, reivindicou para a medicação alcalina as sobrevivencias verificadas, o que o consolou um pouco. Era da mesma marca daquelle outro medico, tambem referido por Grasset, que tinha um processo especial para desinfiltrar seus doentes: collocava-os num forno fortemente aquecido, para que o calor fizesse evaporar a serosidade embebida nos tecidos. Um pobre kalifa, hydropico, entregou-se aos seus cuidados profissionaes e sahiu do forno morto, literalmente cosido, mas provavelmente desinfiltrado... De Thomaz Villis, medico do rei Carlos II, que o tinha em grande conta, dizia espirituosamen-

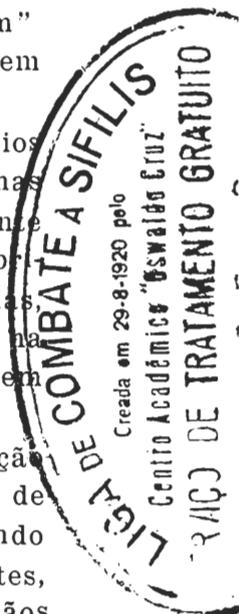
te aquelle monarcha: "Levou-me mais subditos do que uma armada inimiga"

Broussais, fanatisado pela therapeutica espoliativa, passou como um cyclone, sangrando todo o mundo e deixando atráz de sí uma obra que desapareceu por completo, afogada no sangue de sua obsessão doutrinaria.

As proprias theorias pasteurianas, que nos parecem hoje logicas, claras e comprehensíveis, encontraram em seus primordios em toda a parte a repulsa, porque o dogma da espontaneidade morbida se não compadece com a theoria microbiana. Respondendo na Academia de Medicina, em 1878, a Le Fort, partidario convicto da infecção endogena, pela geração espontanea, Pasteur pronunciou as seguintes palavras: "Não sou medico e ás vezes desejo não o ser. Não entendo nada de vossa linguagem. Não me faleis jámais de espontaneidade morbida, vosso dogma. Sou chimico, faço experiencias, e trato de comprehender o que ellas dizem" Na serenidade desse desabafo transparecem o bom senso do homem sem preconceitos e a força irresistivel da razão.

A vida dos grandes homens resume-se na lucta contra os principios que a rotina estabeleceu como verdadeiros e na derogação dos dogmas patrocinados pela intransigencia partidaria. Vêde a vida, recentemente contada por Destouches, desse pobre e torturado Semmelweis, o descobridor da contagio da infecção puerperal, verdadeiro rosario de angustias, calvario de soffrimentos, de opprobrios, de villependios, que terminou na loucura, mas de uma commovedora belleza, de uma augusta grandeza em sua finalidade.

Impressionado com a mortandade espantosa produzida pela infecção puerperal nas mulheres recolhidas á clinica do seu compatriota Klin, de Vienna, computada em series mortuarias de 96 por 100, e procurando estabelecer a origem do mal, conseguiu demonstrar que os estudantes, tocando as mulheres em condições de asseio deficientes, com as mãos poluidas pelos detritos cadavericos, restos das disseccções anatomicas, eram os transmissores da doença. Propoz então, como medida preservadora, primeiro, que nenhum estudante pudesse praticar os toques obstetricos sem prévia lavagem das mãos em agua simples e, mais tarde, em solução de chloreto de calcio. Os resultados de tal medida prophylactica foram maravilhosos. Applicado o novo methodo na clinica de Bartch a cifra mortuaria da infecção puerperal cahiu logo para 0,23 por 100, comparavel á das melhores estatisticas actuaes. Era a victoria; mas uma idéa nova vingava e era necessario oppor-lhe as barreiras da inveja, do despeito e da diffamação. Em breve viu-se Semmelweis assediado pelo odio de seus oppositores. Coberto de opprobrio, injuriado, foi-lhe vedada a entrada no hospital, sob o pretexto de que as suas "lavagens malsans" de chloreto de calcio eram a causa da infecção puerperal, e obrigado a deixar Vienna a toque de caixa, por ordem ministerial, procurando refugio em



Budapest, como um reprobato. Ahi começou a via dolorosa de sua peregrinação pelos centros scientificos da Europa, encontrando em toda parte a acolhida mais desfavoravel. A Paris manda Arneth, seu discipulo, fazer-lhe a propaganda das theorias e Dubois, o maior parteiro da época, o acolhe friamente. Na Inglaterra, na Hollanda, na Allemanha encontra sempre a mesma indifferença, o mesmo desdem. Homens como o grande Virchow — custa crer — não se dão nem a pena de responder-lhe ás cartas. Então, desilludido, abalado até o fundo do ser por tão desencontradas emoções, começa a manifestar symptomas de alienação mental e, por fim, mergulha na noite eterna da demencia. Um dia viram-no entrar allucinado no amphitheatro de anatomia da Faculdade. Sobre a mesa jazia um cadaver. Semmelweis toma de um bisturi, rasga-lhe as carnes, e, em seguida fere-se com o instrumento infectado, como si na propria loucura procurasse defender a sua doutrina, pagando com a vida a demonstração de que a infecção provinha da contaminação cadaverica.

De pouco sobreviveu á infecção adquirida, passando por todas as pñas da pyohemia — lymphangite, peritonite, pleurite, até desfèchar na meningite — sob cuja excitação recapitulou delirante os transees do longo martyrio que foi a sua vida sobre a terra.

Sobre precisar ser tolerante e liberal, o espirito do medico ha de habituar-se á clareza e á simplicidade, virtudes essenciaes á visào clinica. Si me permittissem a impertinencia de um conselho, e si eu estivesse em condições de dal-os, — "conselhos custam pouco e valem menos", escreveu algures um humorista — diria resolutamente: amae a clareza e a simplicidade e seteis clinicos. A medicina clinica se não compraz no emaranhado das concepções nebulosas e se não ajeita com a complicação das hypotheses arrevesadas. Si quizerdes esclerecer o vosso caso e acertar o vosso diagnostico, ide pelo caminho commum e arrumae-vos com a trivialidade das noções correntes. "Cherchez la grosse bête", diz o bom senso da locução franceza.

O clinico, o professor de clinica principalmente, só se torna grande quando, despojando-se de enorme acervo de factos lidos nos tratados e os joeirando através da critica pessoal, attinge essa singeleza, tóca a essa simplicidade de pensar e dizer, que no terreno literario se chama atticismo. Mas essa mesma simplicidade, essa mesma concisão, que denuncia o pensamento interior claramente formulado e a sua enunciação lucidamente manifestada, presuppõe uma complexidade vencida e revela o ultimo apuro da elaboração intellectual. Vêde, nas lições do grande Cardarelli, cuja gloriosa ancianidade, é um galardão de raça italica, que transparente singeleza, que admiravel sobriedade! Como tudo alli é simples, intuitivo e claro! Mas para se chegar á perfeição daquellas paginas — que a muitos parecem superficiaes e elementares porque facilmente assimilaveis e comprehensíveis — quanta difficuldade vencida, quantos tropeços contornados! No laconismo da expressão, na brevidade concedida

á theoria, representam a crystallisação do pensamento medico de um clinico que tem a paixão absorvente da observação, e a synthese do ensino de um professor que occupou a cathedra durante mais de meio seculo!

Idéas claras, espirito claro, exposição clara — tal a formula em que se poderiam resumir os predicados imprescindiveis a quem se propõe a ensinar.

Só os factos mal conhecidos, só os phenomenos mal interpretados, se apresentam cercados de mysterio e envoltos na aureola de nebulosidade que o entendimento humano attribue instinctivamente ao ignoto.

A tendencia, na nossa profissão, é para o reharbativo, para as concepções transcendentaes, e o habito de manejar constantemente uma linguagem aspera, erriçada de termos technicos aggressivos e abstrusos emprestados ao grego e ao latim, vae criando uma mentalidade especial ao medico, o que a evolução da medicina não tem feito senão desenvolver e agravar. Certas provincias da pathologia, a hematologia, a psychiatria e a neurologia, em alguns capitulos, por exemplo, ostentam uma terminologia tão barbara e confusa, que assusta os proprios inciados na materia. O medico moderno é cada vez mais um individuo complicado. Armado até os dentes de aparelhos, pedindo ao laboratorio mil e um exames para cada caso, utilizando-se, para o diagnostico, da physica, da chimica, da biologia, da bacteriologia, da anatomia pathologica; com o espirito incessantemente solicitado pelas mais variadas leituras — é natural que a sua psychologia se resinta da complexidade inherente á profissão.

Quando se vêm enaltecer os progressos attingidos em certe clinicas estrangeiras, nas quaes o doente só chega ao medico depois de especulado, fichado, pesado, medido, percutido, apalpado e auscultado por uma legião de assistentes; depois de radiographado e radioscopado; depois de electro-examinado por todas as formas; depois de ter se sujeitado a mil exames subsidiarios de laboratorio; depois, enfim, de tornar-se portador de um volumoso promptuario, que quasi o dispensaria do exame — fica-se a scismar, si esses serão realmente os progressos da clinica ou si, ao revéz, não representarão um desvio do seu objective, que urge corrigir.

Não vamos longe da machina de fazer o diagnostico, mas que longe vamos dos tempos de Laennec, que, armado apenas de um tubo de papel com funções de esthetoscopio, descobriu o methodo auscultatorio e descreveu toda a pathologia do aparelho pulmonar! A que distancia ficam os Piorrys, os Skodas, os Damoiseaux, os Trousseaux, os Duchennes — para os quaes a clinica se resumia no doente e que nunca tiveram necessidade de outros aparelhos, senão do ouvido e dos dedos!

Bem é que a medicina se arme com os recursos que os antigos não conheciam: mas que esse proprio progresso não mate a clinica propria-

mente dita, e não atrophie nos medicos aquellas qualidades mestras que nos herdaram os velhos clinicos.

O respeito supersticioso da palavra peregrina, o fanatismo do vocabulo, é outra tendencia dos nossos dias, merecedora de correctivo. As molestias, summariamente descriptas nos compendios classicos, vão-se subdividindo em um numero infinito de formas clinicas, cuja individuação nosographica aproveita mais á vaidade autoral que ás necessidades da pratica.

Isolar, por exemplo, nas cirrhoses biliares uma forma microesplenica, outra macroesplenica e uma terceira hyperesplenomegalica, attendendo-se exclusivamente na classificação ás reacções volumetricas do baço, ou enquadrar-as em formas preesplenomegalica, esplenomegalica ou metaesplenomegalica, consoante as alterações morphicas do figado pareçam anteriores, concomitantes ou posteriores ás do baço; dividir as cirrhoses venosas em formas asciticas ou anasciticas conforme a superveniencia ou não do derrame peritoneal — póde ser uma recreação divertida, mas é um serviço prestado mais á confusão que á clareza descriptiva. E, depois, quando os typos clinicos não se diversificam do estalão commum por caracteres que permittam a criação de subformas, ha o recurso comparativo: pespega-se ao prefixo "pseudo" o nome de outra molestia cujo feitio clinico esses typos pretendem simular e eis formada farta nomenclatura: "pseudo-tabes", "pseudo-angina", "pseudo-leucemia", etc. E ha quem se dê ao luxo de morrer dessas falsas molestias. Sobre ser um contrasenso logico, "o de definir um estado morbido por uma negação", incorre na arguição de Potain: "não ha "pseudas-molestias" ha "pseudos-diagnosticos" Verdade é que no terreno pratico surte effeito o uso dessa analogia, expressiva bastante para chamar a attenção sobre a anormalidade de certas doenças mascaradas sob o aspecto de outras. O abuso, porém, se não justifica. E é interessante que com essa riqueza vocabular definimos quasi sempre as doenças menos esclarecidas, cobrindo assim com a capa rica da denominação a indigencia de conhecimentos exactos sobre a materia.

"Dizei a um paciente" -- escreve Ughetti -- "que elle tem dyspepsia e ficará satisfeito; ajuntae que é uma dyspepsia hyperesthenica e ficará persuadido e contente; si, depois, completardes o diagnostico com o dizer-lhe que a sua é uma dyspepsia hyperesthenica uricemica, não terá mais nada que dizer ou objectar". Mas, accrescenta cautelosamente o mesmo autor, "guardae de confessar-lhe que sobre as relações entre a dyspepsia e uricemia vós mesmos tendes uma noção muito vaga e confusa". E mais contente ainda ficaria o paciente, accrescento agora, si lhe dissessemos que a dyspepsia era hyperesthenica, uricemica e syphilitica. Porque, com a syphilis está-se dando essa curiosa transformação: de doença secreta, pudendo transformou-se em doença da moda, honesta,

que todo o mundo tem ou quer ter. Cousas da época. Ter cruces no sangue substituiu ter gran-cruces no peito...

O invariavel desprezo pelas medicações symptomaticas e a repulsa dos meios therapeuticos empiricos, manifestações aliás louvaveis do espirito medico actual, demonstrando que este está se tornando cada vez mais scientifico, vão habituando do mesmo passo o medico a ver o doente sómente pelo lado de "caso interessante", ante cujo infortunio, quando lhe não pode acudir com a cura certa, etiologica, scientifica — a unica admittivel — cruza os braços e assiste impassivel aos soffrimentos desenrolados ante seus olhos. Cardarelli numa formosa lição — "Conselhos aos jovens medicos" — tocou com mão de mestre neste ponto, lembrando-lhes que o primeiro dever do medico é o de alliviar, o de suavisar dores e soffrimentos, accrescentando que não devemos temer de ser taxados de superficiaes por aconselharmos meios de cura symptomaticos e que onde a cura radical e etiologica falhar, devemos empregar resolutamente os meios empiricos. Incapazes de curar o processo, tenhamos ao menos a coragem de affrontar destemerosamente os preconceitos do meio, em beneficio dos padecimentos dos doentes entregues á nossa guarda. E' esse mesmo horror ao empirismo que está deslocando da esphera medica para o campo da charlatanice certos processos de cura — os meios psychicos, os recursos phisicos, por exemplo — excellentes armas, de que a therapeutica dispõe mas que os clinicos não sabem, ou no querem usar, com medo de esporem-se aq ridiculo ou de serem acoimados de charlatães.

"Divinum opus est sedare dolorem" — eis o conceito hyppocratico que resume todo o papel da clinica.

Acima da vaidade pessoal, acima das discussões theoricas, acima das cogitações doutrinarias, acima das especulações philosophicas, acima de tudo — está o doente e estão os seus interesses sagrados entregues á vigilancia e á dedicação do medico.

Considerae a magnitude dessa missão e attentae na natureza dos estudos que idos agora apprehender.

Abeirae-vos do leito do pobre reverentes e respeitosos, compenetrados desde já das responsabilidades que vos caberão mais tarde, e a que estareis sempre presos por força de um juramento sagrado.

Na nossa profissão, o lado moral ha de emparelhar-se com o lado medico, e as regras da ethica devem ser tão respeitadas quanto as scientificas. O verdadeiro medico não distingue o rico do pobre, no exercicio da profissão.

Moreau, celebre cirurgião, foi um dia chamado junto a Luiz XV, que torcera um pé.

— Espero que me haveis de tratar de modo differente do que trataes os vossos doentes de hospital, disse-lhe o rei.

— Sire, respondeu-lhe o cirurgião, tenho pena de dizer a v. m. que me é impossivel tratá-lo de outra maneira.

— Impossivel porque? — redarguiu o monarcha.

— Porque eu trato os meus doentes do hospital como reis.

Assim possaes ter sempre a resposta altaneira de Mòreau quando, revidando as arguições da consciencia, derdes balanço ás vossas acções de medico, no foro do vosso julgamento intimo e soberano.

A. DE ALMEIDA PRADO



ANNUNCIEM A REVISTA DE MEDICINA

Mediante pedido, enviamos tabella de preços e prestamos
promptamente quaesquer outras informações



NOTAS DE CLINICA THERAPEUTICA

—
PROF. CELESTINO BOURROUL

1.a SERIE: APPARELHO RESPIRATORIO (cont.)

III — BRONCHITES AGUDAS

DEFINIÇÃO — Inflammção dos bronchios por infecções diversas (grippe, etc.)

ETIOLOGIA — Resfriamentos e irritações (poeiras, fumaça).

SYMPTOMAS — Tosse, secca no começo (periodo de crueza) com estertores roncantes (grossos bronchios) e sibilantes (finos bronchios); depois estertores humidos subscrepientes finos, medios e grossos, conforme o calibre dos bronchios. Respiração rude. Febre.

TRATAMENTO

SUADOURO — Chá quente, (com 1|2 gr. de aspirina), debaixo de cobertores até suar bem.

PURGANTE CAPSULAS ANTI GRIPPAES OU PARA A CONSTIPAÇÃO — No dia seguinte purgante acompanhado das capsulas.

Bromhydrato de quinina	0,10
Aspirina	0,20
Pyramido (ou phenacetina ou cryogenina	0,10
Pós de Dover	0,05
Cafeina	0,05
(ou guaraná em pó)	0,20
Para uma capsula n. 10 — 3 a 5 por dia.	

Se houver angina concomitante, substituir a aspirina pelo salopheno.

EXPECTORANTES Tosse forte e catharral dar a mistura solvens ou ammoniacas

Chloreto de ammonio	3 gr.
Benzoato de sodio	2 gr.

Extracto de belladona 0,05 gr.
 Codeina phosphato 0,05 a 0,10 gr.
 Infuso de ipeca a 0,5 a 1 0|0 q. s. para 150 cc
 F. 3 a 5 colheres por dia.

OPIACEOS — Pode-se reforçar a acção calmante desta poção substituindo a codeina pela dionina (0,05), heroína (0,05); e juntando agua de louro, cereja (5 a 10 cc.)

ANTIMONIACAES Reforçar a acção expectorante e descongestionante com o kermes mineral (0,10 a 0,20) oxydo branco de antimónio ou enxofre dourado de antimónio (1|2 a 1 gramma).

GOTTAS EXPECTORANTES E CALMANTES:

Heroína clorhydrato	0,10
(ou dionina	0,10
ou codeina phosphato	.. 0,20)
Benzoato de sodio	2 gr.
Alcoolatura de aconito	2 cc.
Alcool absoluto	8cc.
Licor ammoniacal anisado	10 cc.

F. XX gottas, em um calice de agua assucarada, 3 a 5 vezes por dia.

BALSAMICOS CREOSOTADOS — Corrigir o excesso de catarrho e seccar os bronchios com os balsamicos creosotados.

Codeina phosphato	0,01
(Belladona extracto	0,01)
Pós de Dover	0,05
(Balsamo peruano.	.. 0,05)
Terpina	0,15
(Thiocol.	0,20)

Para 1 capsula n. 20 — 3 a 5 por dia, longe das comidas

IV — BRONCHITES CHRONICAS

(Bronchite asthmaticiforme — Bronchectasia — Emphysema — Bronchite fetida — Gangrena pulmonar)

SYMPTOMAS — Nos estados chronicos com dilatação dos bronchios (bronchectasia), ou dos alveolos e lobulos (emphysema) os phenomenos de bronchite se installam permanente-

mente: tosse, respiração rude, soprosa, sibilante. Sonoridade exagerada a percussão, expiração prolongada, thorax abahulado (emphysema). Bronchorrhéa com phenomenos pseudo cavitarios (bronchectasia). Respiração de gato, sibilos e piados (asthma). Estertores humidos. Dyspnea de origem respiratoria. Unhas em vidro de relogio, convexas; dedos em baguetta de tambor.

A bronchite fetida e a gangrena pulmonar são facilmente diagnosticados pela fetidez de gangrena do halito e dos escarros. Cuidado com a tuberculose!

TRATAMENTO —

Creosotados — Pillulas de creosoto de faia ou de gaiacoi a 0,05, ou thiocol (1 gr), em capsulas ou solução.

Creosoto de faia ou gaiacol	0,05
Sabão amygdalino	q. s.

Para 1 pillula. 3 a 5 por dia.

ou

Creosoto de faia	2 gr.
(ou thiocol)	5 gr.)
Alcool.	10 cc.
Glycerina neutra	30 cc.
Agua distillada	60 cc.

F. 1 colherinha de chá antes do almoço e outras antes do jantar, em 1 calice de agua assucarada.

BALSAMICOS --- Os balsamicos (vide tratamento das bronchites) terpinina (1|2 e 1 gr.); balsamo peruano (1|2 1 gr.); alcatrão de (Guyot) 3 a 5 colherinhas na agua; terebentina cozida de Veneza (1|2 a 1 gr.); xarope 50 a 100 cc. infuso de xarope de brótos de mangueira; injecções de gomenol de 5 a 10 0|0 no oleo camphorado a 20 0|0 — 1 a 10 cc.; injecções de eucalyptol, gaiacol, menthol (vide Pneumonia);

INHALAÇÃO — As inalações, quer sob a forma de pulverisações finas (nebulisadores) quer de vaporisações (spray), são indicadas.

Gomenol	
Menthol	ãã 5 gr.
Eucalyptol	
Essencia de terebentina	100 cc.

F. Para vaporisações ou inalações.

BRONCHITE FETIDA

GANGRENA PULMONAR --- Tratamento ingrato. Injecções tracheaes de oleo gomenolado de 5 a 10 0|0 1 a 5 cc. Injecções de neosalvarsan (e arsenicaes).

TRATAMENTO GERAL--- Proibição terminante de fumar. Evitar poeiras e fumaça.

CLIMA — Bom clima: beira-mar ou altitude, aguas sulphurosas conforme as formas e o estado do coração.

OLEO DE FIGADO DE BACALHAU — Tratamento geral pelos iodatos e arsenicaes e oleo de figado de bacalháu creosotado ou gaiacolado a 1 0|0 ou thiocolado a 2,5 0|0.

IODADOS ARSENICAES RECALCIFICANTES — Os iodatos — tintura de iodo, xarope iodo-tannico, iodeto de calcio, iodeto de sodio ou potassio indicam-se nas formas lymphaticas e asthmaticas, associados ou alternados com o arsenico e os recalcficantes pós de Ferrier (V tuberculose).

Arseniato de sodio	:	0,05
Iodeto de calcio		5 gr.
(Iodeto de sodio ou de potassio		25 gr.
Glycerina neutra		50 cc.
Xarope iodo-tannico		250 cc.
F. 1 colher de doce ou de sopa depois do almoço e jantar.		

GYMNASTICA RESPIRATORIA — Para ventilar melhor o pulmão, facilitando a expiração difficultada. Apparelhos e mascaras especiaes para a respiração em ar comprimido ou em ar rarefeito.

INHALAÇÃO DE OXIGENIO — Nos casos graves.

POSIÇÃO DE DORMIR — Se possivel, dormir de cabeça baixa afim de facilitar a sahida dos escarros á noite.

DIETA SECCA — Não havendo contraindicação renal, regimen secco para corrigir a bronchorrhéa.

V — PLEURISIA

DEFINIÇÃO — Localisação nas pleuras de infecções ou estados outros (tuberculose na quasi maioria dos casos), pneumonia, rheumatismo, grippe, estreptococcias, etc). Toda pleurisia é, pois, secundaria, o que fez Louis dizer "que a pleurisia não é uma molestia da pleura" isto é, uma molestia primitiva, salvo no cancro primitivo da pleura, em certas pachy-pleurites de origem indeterminada,

estados que podem dar derrame hemorrhagicos que pode se mostrar tambem em certas pleurites hepaticas.

PLEURISIA SECCA — Febre não tão alta como a da pneumonia. Tosse secca, apparecendo ou se incrementando pela mudança de posição (deitar-se, sentar-se). Pontadas, o doente sente dor ao respirar e não pode deitar-se do lado doente (compressão), e quando o derrame formado deita-se do lado doente para deixar o pulmão são respirar. Submassicez, obscuridade respiratoria. Os attrictos pleuraes são seccos, attrictos de couro novo (pleurite secca) ou humidos, simulando os estertores sub-crepitantes corticaes attrictos estertores sendo que a caracteristica delles é se fazerem ouvir logo debaixo do ouvido, muito superficialmente.

DERRAME — Massicez de páo, abolição das vibrações vocaes, diminuição e abolição do murmurio respiratorio, egophonia, pecteriloquia aphonica, skodismo acima do derrame. Sopro respiratorio, doce, longinquo, bem differente do sopro tubario, rude, superficial mais inspiratorio. Deslocamento do coração (derrame esquerdo); abaixamento do figado, (derrame direito). A massicez e abolição do fremito vocal são os melhores signaes somaticos de derrame, mas podem faltar nas pleurisias purulentas com adherencias e trabeculas de fibrino-pus ou nas pleurisias com camada ou lamina muito delgada de liquido.

PLEURISIA DIAPHRAGMATICA E MEDIASTINICA — Nestas pleurisias os signaes physicos podem faltar pela localisação profunda do processo, impondo-se então os symptomas geraes — dor forte, nevralgia do phrenico, respiração difficil e dolorosa; signaes de compressão, febre.

PUNCÇÃO — Em todos os casos faz-se a puncção com agulha grossa, para diagnostico; e mesmo com duas agulhas (pleurisias bloqueadas).

RAIOS X — Nos casos muito obscuros (plaurisias medianisticas, induções torpidas, pneumonicas ou outros) os raios X são de bom recurso diagnostico.

CYTOLOGIA DO LIQUIDO —

Lymphocytos — tuberculose

Polynucleares — infecções, pus

Cellulas endotheliaes em placas — derrames mechanicos (coração, rins).

Liquido soro-fibrinoso lymphocyte — tuberculose
 Liquido hemorragico — tuberculose em via de sup-
 puração ou cancro da pleura, pachypleurites, pleurite
 hepatica.

Liquido purulento — pneumococcia, grippe, estrepto-
 coccia etc., tuberculose. Exame dos germens.

HYDROTHORAX Derrame mechanico nas cardiopathias e nas molestias
 renaes. (Vide formula cytologica atraz).

PLEURISIAS TUBERCULOSAS — A pleurisia torpida insidiosa, sem
 grandes perturbações, é tuberculosa (Landouzy). Liqui-
 do amarello citrino, soro fibrinoso, lymphocyte, he-
 morragico e purulento.

DERRAMES FUGAZES, CITRINOS OU PRURIFORMES — Simples bron-
 chites ou gripes, dando derrames citrinos ou pruri-
 formes asepticos, desapparecendo rapidamente ou não
 caminhando para o empyema. Punccionar e pesquisar
 germens.

TRATAMENTO

PLEURITES SECCAS, PONTADAS, REVULSIVOS — Revulsão local. Ca-
 taplasmas sinapisadas. Compressas sinapisadas. Sina-
 pismos. Fricções ou compressas de salicylato de methy-
 la, chloroformio ou essencia de therebentina, ventosas
 seccas ou escarificadas. Vesicatorio de thapsia ou de
 oleo de croton. Opiaceos, se pontada muito violenta.

SALICYLADOS — Tentar o salicylato de sodio (2 a 4 grammas); aspiri-
 na (1 gr.) e derivados se o salicylato não fôr suppor-
 tado; scilla e chloretos de calcio (5 a 10 grs.) diure-
 ticos.

Salicylato de sodio	5 grs.
Bicarbonato de sodio	5 grs.
Bicarbonato de sodio	3 grs.
Oxymel scillitico	25 cc.
Xarope das 5 raizes	25 cc.
Decocto de abacateiro	q. s. para 150 cc.
F. 3 a 5 colheres por dia	

ou

Aspirina.	0,30
Scilla em pó	.0,05 a 0,10

Pos de Dover	0,05
Cafeina	0,05
P 1 capsula	3 por dia.

PLEURISIAS COM DERRAME, DIURETINA — Provocar a absorpção do liquido pelos diureticos e, se necessario pelos cardio-tonicos. Se o estomago supportar, dar diuretina (salicylato de theobroma e sodio).

Diuretina	0,30
Scilla em pó	0,05
Sal de Vichy	0,30
Cafeina.	0,05
P. 1 capsula	3 por dia

SALICYLATOS TEHORPINA — ou salicylato (V atraz) e theobromina separadamente ou theobromina cafeinada (santeose cafeinada) ou ainda theobromina digitalica (theosalvose digitalica).

CHÁS DIURETICOS — Infusos (chás) diureticos de folhas de abacateiro de gramma, cevada, cabelo de milho, quebra-pedras puros ou com 4 grammas de azotado de potassio por litro ou ainda

DECOCTO DE STALL — Decocto antiphlogistico de Stall (cozimento de cevada, vinagre, nitrato de potassio)

ou	
Azotado de potassio.)
Acetato de potassio) ãã 1 gr.
Oxymel scillitico) ãã 1 gr.
Xarope das 5 raizes.) ãã 25 gr.
Infuso bagas de zimbro (ou folhas de abacateiro.	q. s. 300 cc.
F. Para tomar durante o dia ou em 2 dias.	

THORACENTESE — Deixar a pleurisia amadurecer, isto é, não fazer thoracentese evacuadora logo, mesmo nas pleurisias purulentas recentes (assim ensinam as observações da grande guerra); esperar 6 semanas (evolução normal) a menos que o liquido augmente e exerça compressão (deslocamento do coração, dyspnéa, massicez até a clavicula ou até a fossa supra-clavicular. Mesmo nos derrames tuberculosos convem esperar, pois a compressão do pulmão, a modo de pneumothorax, teria acção bene-

fica. Na punção deixar o liquido escoar lentamente afim de evitar o edema pulmonar (descompressão brusca) e a syncope, interrompendo quando se manifestar tosse ou dyspnéa, ou falhas no pulso.

Em certos derrames das creanças (pneumococcicos) a punção com agulha grossa poderia bastar, indicando o estado geral a conducta a seguir. Antes e depois da punção intensificar o tratamento diuretico afim de promover a absorção do liquido restante e de evitar a formação de novo liquido.

AUTOSOROTHERAPIA — Tentar a *autosorotherapia — injectar alguns centímetros cubicos de liquido soro-fibrinoso ou do liquido esteril (verificar pelo exame).

PLEUROTOMIA VACCINOTHERAPIA — Se o derrame purulento estiver maduro, passadas umas semanas, exame cytologico mostrando phagocytose ou outros processos de defeza, indicar a pleurotomia com resecção de costella, autovaccina com o material da punção ou vaccina homologa de stock.

**CONVALESCENÇA - CLIMA ALIMENTAÇÃO - RECALCIFICANTES
GYMNASTICA RESPIRATORIA ARSENICAES PONTAS DE FOGO**

Se o liquido não se refaz, mandar os doentes para bom clima (tuberculose). Boa alimentação. Repouso, Recalcificantes (Pós de Ferrier). Oleo de figado de bacalhau. Gymnastica respiratoria para attender ou prevenir adherencias. Injecções de cacodylato de sodio ou ar-rhenal; pontas de fogo, isso tudo se não houver mais movimento febril.



ASSIGNEM A REVISTA DE MEDICINA

ESTRANGEIRO	10\$000
BRASIL (6 numeros)	18\$000
NUMERO AVULSO	2\$500



CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA PIGMENTAÇÃO PALUDICA

POR

PROF. ROBERT A. LAMBERT, M. D.

E

ANTONIO BERNARDES DE OLIVEIRA

**TRABALHO DO INSTITUTO ANATOMO-PATHOLOGICO
DA FACULDADE DE MEDICINA E CIRURGIA
DE S. PAULO**

A par das alterações sanguíneas, caracteriza-se anatomicamente o impaludismo pela peculiar deposição de um pigmento em certos órgãos e tecidos. Não obstante a possibilidade de se observar em casos agudos e fataes lesões degenerativas dos parenchymas visceraes em maior ou menor grau, são ellas em geral menos accentuadas que nas molestias agudas e febris. É interessante observar tambem que a pigmentação, marco assignalador da infecção plasmodica, persiste após ter sido o agente infectuoso totalmente vencido, mórmente se a sua presença se protraheu por algum tempo.

Esta estabilidade do pigmento, devida a grande lentidão na sua eliminação, torna possível nas autopsias o reconhecimento dos casos de impaludismo, tanto recente como chronico.

Temos portanto no estudo systematico do material de autopsia um valioso meio de apreciar a frequencia do impaludismo em uma data pesquisa, desde que os casos autopsiados sejam representativos da população geral.

Uma idéa segura da endemicidade da molestia resalta de uma tal pesquisa, baseada que é em criterio muito mais positivo que os fornecidos pelos outros methodos habitual e exclusivamente usados, isto é, o indice esplenico e o indice hematico.

Com effeito existem dois methodos correntemente usados para apreciar a frequencia do impaludismo em uma data região:

1) O exame do sangue em esfregaço de um certo numero de individuos, sendo a porcentagem de casos positivos chamada "indice hematico" ou "indice parasitario", e

2) A determinação da porcentagem de baços augmentados de volume em um semelhante grupo de pessoas, o que se chama de "indice esplenico"

Admitte-se que cada um destes processos tem seus inconvenientes e

causas de erro e por isso pareceu-nos que o methodo anatomo-pathologico pudesse muito bem ser usado para completar os methodos usuaes.

Embora o numero de casos possa ser relativamente pequeno, e não muito nitidamente representativo da população em questão, as probabilidades de erro em um estudo cuidadoso são minimas.

Com o fito de investigar deste modo sobre a frequencia o impaludismo em S. Paulo, é que o presente trabalho foi elaborado.

No curso desta investigação foi nossa atenção chamada para outra questão, a saber: a relação existente entre a pigmentação e o augmento do baço.

O PIGMENTO PALUDICO

Como se sabe, o pigmento forma-se no interior do parasita durante seu desenvolvimento e é libertado no fim da schizogonia ou pela morte e decomposição das formas sexuadas do hematozoario. Os granulos de pigmento circulam então no sangue até que sejam apreendidos pelos leucocytes ou outras cellulas phagocytarias.

Parece fóra de duvida que o pigmento provem da hemoglobina dos erythrocytos devido provavelmente á acção de um fermento.

A noção, por muito tempo aceita, que o pigmento pertencê ao grupo das verdadeiras melaninas, está hoje abandonada (Wells, Brown).

Ascoli pensa que a melanina não é identica a nenhum dos varios e bem conhecidos derivados da hemoglobina (hematina, hematoidina, hemosiderina), julga ser o pigmento paludico um composto cuja parte corante é a hematina.

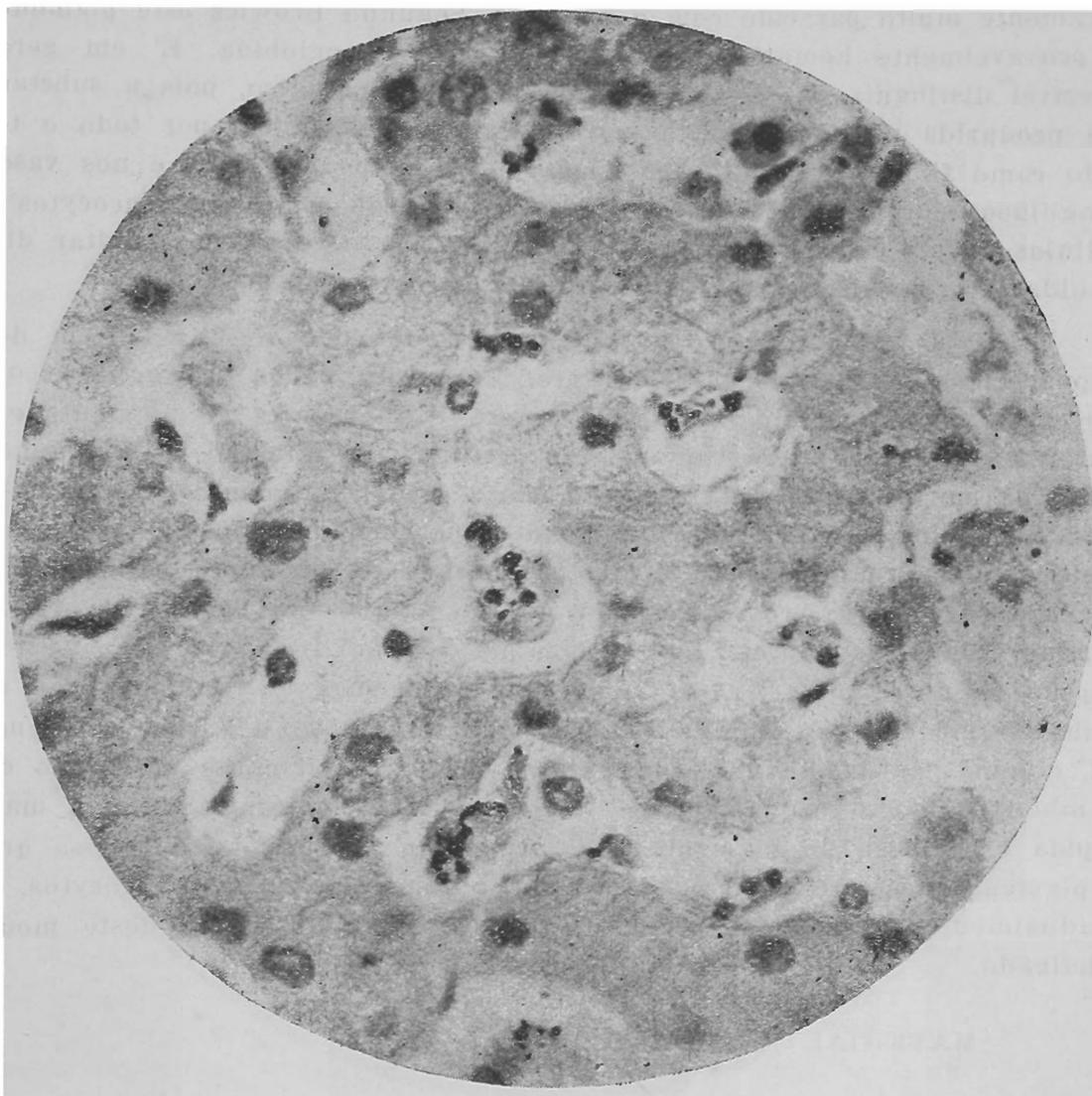
Brown, baseado em cuidadoso estudo chimico, vae mais além, assevera ser o pigmento paludico nada mais nada menos que hematina, e que os phenomenos toxicos da infecção e em particular os accessos febris são devidos á acção deste producto metabolico do parasita.

Qualquer que seja a natureza exacta e o papel do pigmento, é suficiente para o presente estudo notar que em relação á localisação e morphologia, existem certos caracteristicos capazes de levar um morphologista de moderada experiencia a reconhecê-lo com pouca difficuldade. Estes caracteristicos podem ser resumidamente expostos.

O pigmento encontra-se em maior abundancia no baço, figado e medulla dos ossos, no entanto, particularmente em casos fataes, os granulos podem ser evidenciados em todos os organs e tecidos. No baço veem-se particulas de côr negra pardacenta isoladas ou em massas, intra ou extra-cellulares, dentro ou fóra dos seios venosos. Nas infecções chronicas, em que a deposição é maior, o pigmento tende a se accumular, formando massas amorphas na polpa. A figura 1 mostra claramente esta tendencia.

No fígado observa-se semelhante deposição dos granulos, quer isolados, quem em massas, porém, aqui a localização é mais clara. Praticamente as células de Kupffer são os únicos repositórios do pigmento.

Alguns auctores, principalmente Ewing, descreveram pigmentação palúdica das células hepáticas, porém, não nos foi dado confirmar esta



(fig. n.º)

observação. É possível que tais auctores, como sugere Borwn, se tenham confundido pela presença de pigmento biliar e precipitação produzida pelo formol, como adeante assinalaremos.

A figura 2 mostra a característica localização do verdadeiro pigmento palúdico nas células de Kupffer.

Sobre a deposição do pigmento em outros órgãos pouco interesse teria sua menção, basta assignalar o notavel accumulo ao nivel dos capillares cerebraes, nos casos fataes (fig. 3).

Para o reconhecimento do pigmento, existe na pratica uma difficuldade quando os tecidos foram fixados pelo formol. Os tecidos deixados no formol por varios dias, frequentemente apresentam uma deposição nas areas vasculares de um pigmento negro finamente granuloso, morphologicamente muito parecido com o paludico. Segundo Browicz este pigmento é provavelmente hematina derivada da meta-hemoglobina. E' em geral possivel distinguir-se este deposito do pigmento paludico, pois a substancia produzida pelo formol acha-se diffusamente espalhada por todo o tecido como finos granulos arredondados. Na polpa esplenica e nos vasos sanguineos porém, ella pode se achar sobre ou ao redor dos leucocytos e cellulas endotheliaes de tal modo a simular phagocytose. Para evitar difficuldade, outro fixador que não o formol, deve ser usado.

Em relação ao destino do pigmento, á intensidade e modo de desaparecimento, após a cura da infecção, muito pouco se conhece com certeza. Ziemann, citado por Ascoli, refere-se á ausencia do pigmento em autopsias de negros que tinham sido victimas da infecção alguns annos antes da morte; porém esta asserção não se acha claramente baseada num estudo histologico dos organos. A nossa experiencia demonstra a necessidade de uma quantidade relativamente grande de pigmento para modificar a apparencia macroscopica quer do figado quer do baço. Os organos commummente descriptos como pretos ou côr de ardosia foram a excepção no nosso material. de modo que a presença do pigmento não se tinha reconhecido ao simples exame a olho nú. Kelsner e Kirner, e Bignami, citados por Ascoli, não conseguiram encontrar pigmento no figado de um homem morto "alguns mezes" após o ataque, indicando assim a mais rapida eliminção do pigmento de um organo que do baço. Admitte-se que o pigmento nos varios organos após ser apprehendido pelos phagocytos, é gradualmente decomposto pelos fermentos intracellulares e deste modo eliminado.

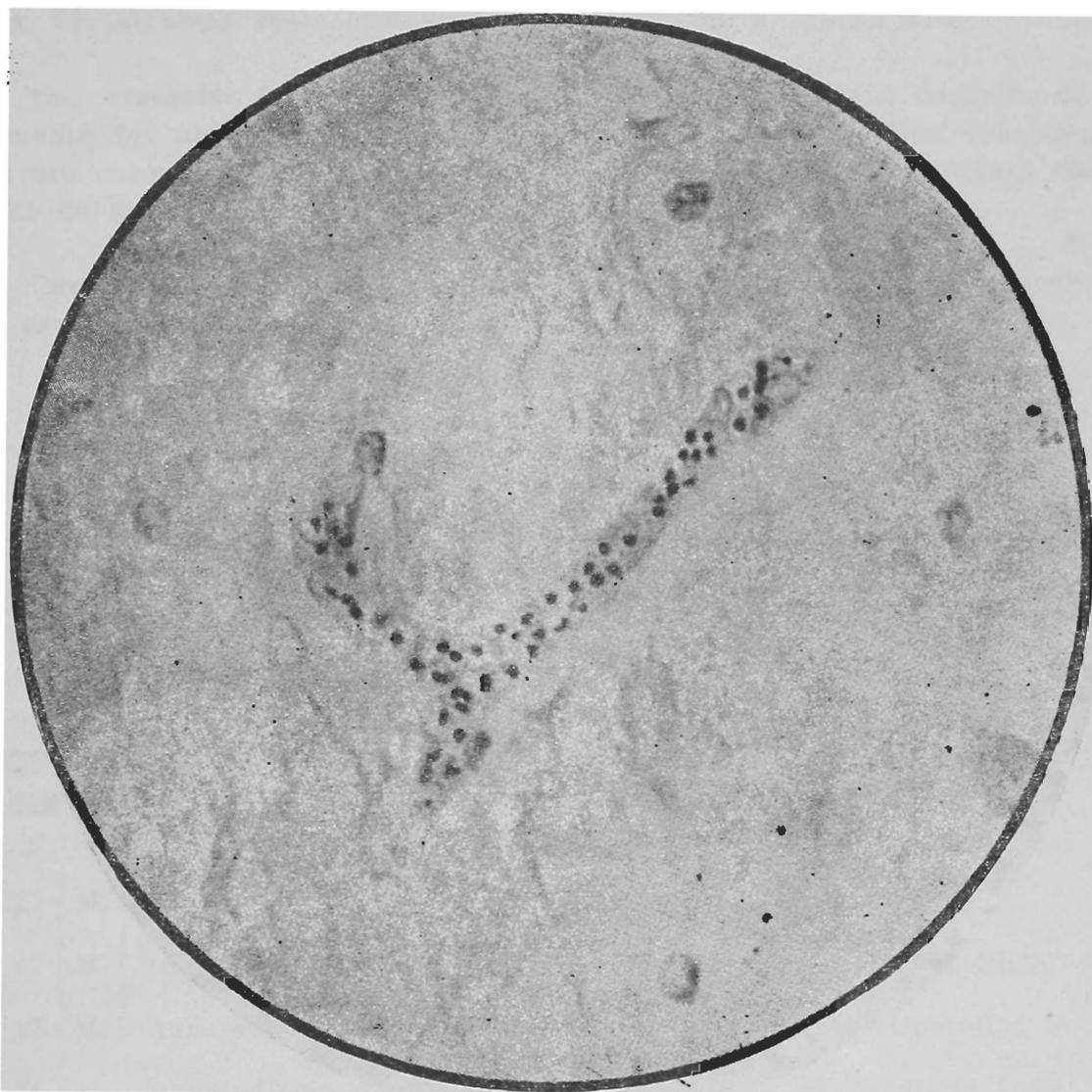
MATERIAL ESTUDADO

Consistiu em tecidos de 192 autopsias realizadas no Instituto Anatomico-Pathologico nos quatro ultimos annos, de Abril de 1921 a Maio de 1925. Durante este tempo foram feitas approximadamente 500 autopsias, da maioria das quaes, porém, não se conservaram os tecidos apropriados para o nosso estudo.

Na quasi totalidade das vezes a fixação foi feita pelo formol. O liquido de Zenker foi tambem empregado. A coloração dos cortes era feita systematicamente pela hematoxylina-eosina, sendo que os cortes que

apresentavam pigmento de caracter duvidoso eram tratados pelo acido chlorhydrico e depois pelo ferrocyaneto de potassio (Reacção do azul de Berlim), para excluir a hemosiderina. A solubilidade nas soluções fortemente alcalinas serviu para differenciar o pigmento das particulas de carvão e da verdadeira melanina.

Os casos autopsiados eram na maioria homens adultos, entre 20 e

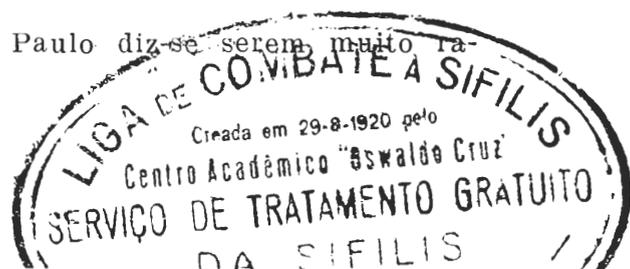


(fig. n.º)

50 annos, mortos na Santa Casa de Misericordia, o grande hospital geral de S. Paulo.

Pelo menos 75 0|0 dos casos vieram do interior do Estado ,onde em muitos districtos o impaludismo é muito frequente.

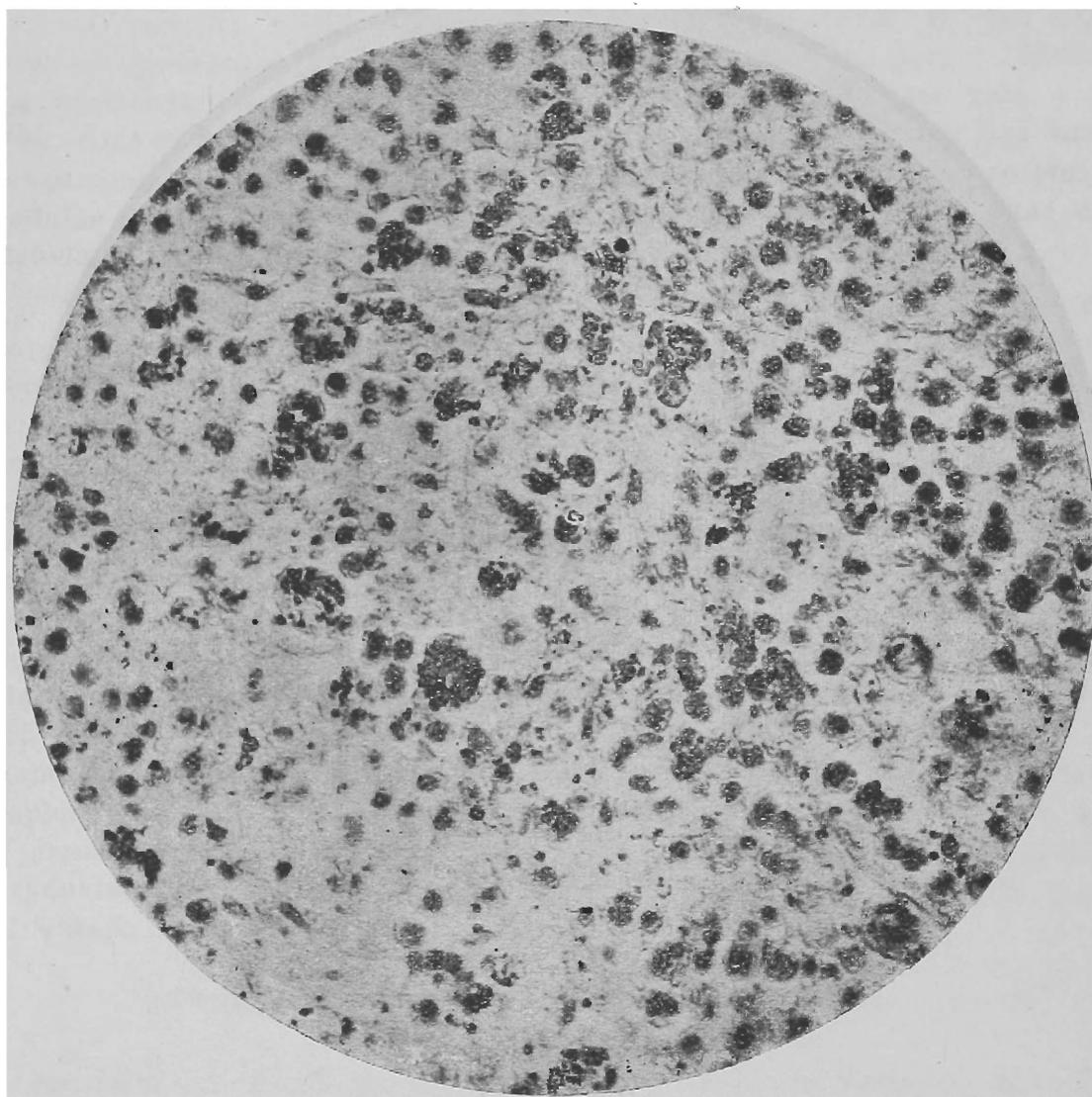
Infecções primarias na cidade de São Paulo diz-se serem muito ra-



ras. observava-se, com effeito, nos resultanos expressos no paragrapho seguinte, que sómente 1 dos 22 casos positivos era residente na Capital.

RESULTADOS

Dos 192 casos, 22 foram positivos, isto é, mostraram deposição de pigmento paludico em um ou mais organs, e 170 negativos.



(fig. n.º)

Em 12 casos addicionaes encontraram-se massas suspeitas de pigmento juntamente com a presença de uma grande quantidade de pigmento de formol. Taes casos para maior segurança não foram tomados em consideração, pois que, pela falta de material, as duvidas não puderam ser desfeitas.

Dos 22 casos positivos, 7 eram exemplos de infecção mortal, isto é, os achados de autópsia indicaram que o impaludismo era a causa única ou uma das duas causas da morte. (Ver quadro n. 1).

Nestes casos encontrou-se o pigmento distribuído por toda a parte, intra ou extra-vascular. Os 5 casos em que existiam cortes de cérebro apresentaram numerosos granulos de pigmento nos capillares cerebraes (Fig. 3), algumas vezes obstruindo completamente a luz do vaso.

Os restantes 15 casos positivos, eram casos em que o deposito de pigmento foi um achado subsidiario, sendo a infecção paludica aparentemente chronica (ou curada) e não constituindo um factor evidente na causa da morte.

Causa da morte, idade, sexo, e peso do baço dos casos positivos estão expressos nos dois quadros seguinte:

QUADRO N. 1

CASOS POSITIVOS — 1.a série — IMPALUDISMO LETHAL

No.	IDADE	SEXO	CAUSA MORTIS	Peso do baço	PROCEDENCIA
1	27	M.	Impaludismo e dysenteria	550 grammas	Ourinhos
2	67	M.	Impaludismo	375	Villa Leopoldina
3	47	M.	Impaludismo	550 "	Villa Esperança
4	21	M.	Impaludismo e anquilost.	350 "	Albuquerque Lins
5	24	M.	Impaludismo. Peritonite aguda pur.	330 "	Itapira
6	70	M.	Impaludismo	270 "	Cambará
7	56	M.	Impaludismo	820 "	Zona Sorocabana(?)

QUADRO N. 2

CASOS POSITIVOS — 2.a série — IMPALUDISMO SUBSIDIARIO

No.	SEXO	IDADE	CAUSA MORTIS	Peso do baço	PROCEDENCIA
1	M.	30	Tuberculose pulmonar	170 grammas	Pilar
2	M.	50	Aneurisma da aorta	420 "	Itararé
3	M.	23	Glom. rulo nephrite chr.	250 "	Tatuhy
4	F.	18	Atrophia amarella aguda do figado	160 "	Capital
5	M.	25	Sarcoma do testiculo com metastases	340 "	Olympia
6	M.	23	Pneumonia lobar	100 "	Ribeirão Pires
7	M.	22	Pneumonia lobar	420 "	Biriguy
8	M.	45	Carcinoma do esophago	100 "	Olympia
9	M.	19	Arthrite suppurativa; septicemia	800 "	Avahy
10	M.	23	Febre typhoide	270	Capital
11	F.	30	Blastomycose general	500	Presidente Penna
12	M.	26	Tuberculose pulmonar	150	Albuquerque Lins
13	M.	16	Pemphigus	?	Tieté
14	M.	35	Syphilis da larynge e figado	?	Mattão
15	M.	35	Beriberi	?	Pitangueiras

E' interessante notar que todos eram adultos e sómente 2 dos 22 casos eram mulheres. O caracter do material de autopsia explica claramente a predominancia dos adultos do sexo masculino. Muito poucas crianças chegaram para autopsia e a proporção de cadaveres de homens e de mulheres é de cerca de 4:1.

Resumindo-se os resultados viu-se que se encontrou pigmentação paludica em 11,5 0|0 dos casos estudados.

Pode-se assignalar que, em muito poucos casos positivos o diagnostico clinico do paludismo fora feito, o que não é de extranhar visto muitos dos pacientes soffrerem de molestia mais séria, e o exame de sangue em esfregaço não ser systematicamente feito no hospital.

Tendo em vista a reconhecida endemicidade do impaludismo em muitas regiões do interior do Estado, das quaes proveio uma grande parte dos casos, a frequencia entre as autopsias não foi mais alta do que se devia esperar.

ESPLENOMEGALIA

Sabe-se* que o augmento de volume do baço, habitualmente associado ao impaludismo agudo, pode desaparecer apoz um tratamento apropriado. Nos casos porem, em que a infecção se tornou chronica, tem sido considerado duvidoso que o organo possa voltar ao seu volume normal. Uma revista dos nossos casos suggere algumas apreciações sobre este ponto.

Como era de esperar, o baço achava-se nitidamente augmentado em todos os nossos 7 casos de impaludismo lethal — os pesos dos baços, constantes em 6 casos eram: 270, 330, 375, 550 e 820 grammas. No setimo caso, as dimensões constantes do laudo de autopsia fazem presumir um peso approximado de 350 grammas.

Por outro lado, como o quadro n. 2 demonstra, o peso do baço varia grandemente nos 15 casos em que o paludismo foi um achado subsidiario. O peso medio do baço neste grupo é 307 grammas, contrastando com 298 grammas, que é o peso medio nos casos negativos. Neste mesmo grupo subsidiario encontram-se 3 baços cujos pesos ultrapassavam 400 grammas, dados esses, porém, de pouca significação, visto como cada um desses casos de esplenomegalia pode até certo ponto ser explicado seja por uma congestão chronica passiva, quer por um "tumor esplenico agudo" ou ainda pela presença de lesões infecciosas no organo, como num caso de blastomycose. Se tomarmos como normal para um individuo de 20 a 30 annos pesando 55 kilos, 150 a 160 grammas para o peso do baço, e, considerarmos que este numero diminue gradualmente com a idade, verificaremos apezar de molestias intercorrentes tendentes em geral a augmentar o volume do baço, que, nos casos subsidiarios, 1 vez o peso do baço era approximadamente normal e 3 vezes sub-normal.

Póde-se de passagem, esplanar a questão do que se entende como peso normal do baço. Devido a grande quantidade de tecido lymphoide que contem, o qual tende a se atrophiar progressivamente com o avançar dos annos, o baço é proporcionalmente muito menor nos velhos que nos jovens. Segundo Gray, a relação com o peso do corpo seria 1:350 nos jovens, emquanto que nas pessoas edosas póde chegar a 1:700.

Como consequencia do achado desses baços pigmentados e com peso abaixo do normal, seriamos levados a admittir, contrariamente á noção corrente, que o pigmento de per si não acarreta uma persistente reacção vascular e cellular, e portanto seria o proprio parasita do paludismo ou algum producto não pigmentado o responsavel pela congestão e accumulamento cellular, por conta dos quaes corre o habitual augmento do baço. Em alguns casos até, não obstante a pigmentação, o baço voltaria ao seu peso normal e mesmo diminuiria de peso, devido, por ventura, a fibrose diffusa, que impediria a reacção do organo ás infecções intercorrentes. Para provar a veracidade desta hypothese seria necessaria a demonstração da completa ausencia de parasitas nos tecidos em questão. Infelizmente tal

não foi possível realizar pois faltava sempre material em que se pudesse fazer a pesquisa de parasitas.

No curso do nosso estudo foi porém, nossa atenção chamada para o facto de existir um certo numero de baços, livres de lesões, e que se achavam muito abaixo do peso habitual, respeitadas as condições de idade, sexo, causa de morte, etc.

No quadro seguinte acham-se referidos taes casos:

QUADRO N. 3

BAÇOS COM PESO ABAIXO DO NORMAL NOS CASOS NEGATIVOS

Num.	Edade	Peso do baço	Num.	Edade	Peso do baço
1	25	30 grammas	13	64	70 grammas
2	54	80 grammas	14	21	120 grammas
3	45	120 grammas	15	23	135 grammas
4	44	110 grammas	16	54	35 grammas
5	66	90 grammas	17	30	140 grammas
6	60	90 grammas	18	24	60 grammas
7	40	90 grammas	19	33	90 grammas
8	30	140 grammas	20	24	100 grammas
9	28	130 grammas	21	40	120 grammas
10	18	150 grammas	23	45	90 grammas
11	30	110 grammas	22	28	90 grammas
12	32	60 grammas			

Estes baços acham-se, como vimos, incluídos nos casos negativos, e, facto interessante, sua frequencia é praticamente a mesma que a dos baços "pequenos" pigmentados, como se segue:

Em 15 casos subsidiarios encontraram-se 3 baços diminuídos ou seja 20 0|0
Em 170 casos negativos encontraram-se 23 baços diminuídos ou seja 13 0|0

O pequeno numero de casos torna os dados estatisticos pouco precisos e não permite maior approximação nos resultados.

Dahi uma outra hypothese para explicar os imprevistos casos de baços pigmentados menores que o normalmente admittido. Seriam baços originaria, isto é, congenitamente pequenos e que mau grado o augmento soffrido por obra do impaludismo não chegaram a alcançar ou ultrapassar a media considerada normal.

Esta hypothese seria confirmada e representaria toda a verdade, se a pesquisa de parasitas fosse positiva nestes casos. Pensamos, porém, que na maior parte das vezes, a pigmentação seja uma lesão residual, não existindo mais elementos parasitarios em taes organs.

Somos por isso inclinado sa pensar que é o proprio parasita do paludismo ou algum producto não pigmentado que produz a congestão e accumulo cellular, factores do augmento do baço. Para corroborar nosso juizo devemos assignalar a ausencia de correlação entre o augmento do organ e intensidade da pigmentação, por exemplo, existia muito mais pigmento em um baço (Caso 3 da serie 2) pesando sómente 250 grammas, do que em varios outros com peso approxinadamente duplo. Daniels em um estudo das esplenomegalias palustres realizado na Guyana Ingleza ha mui-tes annos, chamou a attenção para a falta de relação entre a esplenomegalia e a pigmentação.

Por outro lado a grande variabilidade no volume do baço faz esperar um certo numero de casos de baços paludicos sem esplenomegalia, naturalmente em pequena porcentagem.

De qualquer modo, em uma apreciação da frequencia endemica do paludismo baseada no indice esplenico, estes casos cahiriam no grupo dos normaes.

Uma completa elucidação do assumpto só poderá haver com ulterior estudo de taes baços, para determinar quaes delles são os infecciosos (contendo parasitas) e, em quaes a pigmentação é simplesmente uma lesão residual que póde persistir por algum tempo após a eliminção do agente infeccioso.

Caso a pesquisa do parasita fosse positiva em todos os baços com peso menor que o normal, seria confirmada a hypothese de serem elles originariamente pequenos, mantendo-se a noção classica de que o pigmento é factor de augmento do baço. Em caso contrario, não ha uma infirmação total da hypothese anterior, mas, já não mais assiste o direito de interpretar todos os casos por esta forma, sendo de maior logica pensar que além da existencia de baços originariamente menores que o normal, taes casos demonstram tambem não ser a pigmentação responsavel pelo augmento do baço.

CONCLUSÕES

O pigmento paludico, em geral, porém, erroneamente chamado melanina, e tão característico em suas propriedades físicas e localização nos tecidos que torna possível reconhecer numa autópsia não só os casos de infecção palustre aguda ou chronica, como também, talvez, casos recentemente curados.

— Afigura-se, dahi, que a pesquisa systematica do pigmento em todos os casos autópsiados em uma região paludica trará valiosos dados referentes á endemicidade da molestia.

— Um estudo feito em 192 autópsias realizadas em São Paulo, mostrou pigmentação paludica em cerca de 12 0|0 dos casos, omittidos os duvidosos. Este numero póde ser denominado de "índice pigmentar",

— Os 22 casos positivos comprehendem 4 em que o paludismo era a causa unica da morte e 3 em que era uma das duas causas.

— Os restantes 15 casos foram achados subsidiarios descobertos no rotineiro exame microscopico dos tecidos.

— para tal estudo o simples exame macroscopico dos organs é insufficiente.

— Todos os casos excepto um, provieram do interior do Estado.

— No grupo "subsidiario" notou-se uma grande variação no tamanho do baço sendo alguns normaes outros sub-normaes.

— A variabilidade no volume do baço faz esperar um certo numero de baços paludicos sem esplenomegalia.

— Parece-nos, não obstante, que a pigmentação de per si não é um factor responsavel pelo augmento do baço.

— A fibrose diffusa observada em muitos casos chronicos póde impedir a reacção do organ ás outras infecções intercorrentes.

BIBLIOGRAPHIA

- 1) Ascoli, V — La Malaria. Ed. 1925.
- 2) Boyd, M. F — Splenomegaly in malaria from an epidemiological viewpoint — The J. of Trop. Med. 1924, vol. 4, n. 1.
- 3) Brown, W. H. — Malarial pigment (so called melanin) its nature and mode of production.
J. of Exp. Med., 1911, vol. 13, pg. 290.
- 4 (Brown, W. H. — Malarial pigment (hematin) as a factor in the production of the malarial paroxism.
J. of Exp. Med., 1912, vol. 15, pg. 579.
- 5) Browicz, V — Ueber die Einwirkung des Formalins auf das in den Geweben vorfindbare Hamoglobin.
Virchows Archiv f. path. Anat. 1900, vol. 162, pg. 373.
- 6 (Craig, C. F — Malaria, in Christian, H. A. and Mackenzie, J.

- The Oxford Medicine. Vol. 5, pg. 739. Ed. 1921.
- 7) Daniels, C. W — Enlarged spleens and malaria. (British Guiana). Thompson Yates Lab. Reports, 1901, vol. 3, pt. 2, pg. 177.
 - 8) Dionisi, A. — Infezione da Emosporidi, in Lustig, A. Malattie infettive, vol. 2, pg. 575, Ed. 1915.
 - 9) Duggeon, L. S. and Carlke, C. — A contribution to microscopica histology of malaria. The Lancet, 1917, vol. 2, pg. 153.
 - 10) Ewing, J. — Contribution to the pathological anatomy of the malarial fever. J. of Exp. Med. 1901, vol. 119, pg. 180.
 - 11) Gray, H. — Anatomy descriptive and surgical. pg. 684.
 - 12) Thayer, W S. — Malaria in Allbutt and Rolleston. System of Medicine. Vol. 2 part. 2, pg. 241. Ed. 1907.
 - 13) Vincent, H. et Riewx, J. — Le Paludisme, in Roger, Widal Teissier Nouveau Traité de Medicine. Vol. 5, pag. 71. Ed. 1922.
 - 14) Wells, G. — Chemical Pathology — pg. 478. Ed. 1920.
 - 15) Ziemann, H. — La Malaria, in Mense, C. Malattie dei paesi tropicali. Vol. 3, pg. 229. Trad. italiana. Ed. 1908.

ANNUNCIEM A REVISTA DE MEDICINA

Mediante pedido, enviamos tabella de preços e prestamos
promptamente quaesquer outras informações

DE UMA DISPOSIÇÃO INSOLITA DAS VEIAS POPLITEAS E FEMURAES

Nota de LUIZ SPLENDORE e JOÃO BAPTISTA DE BERNARDES LIMA
(terceirannistas)

Damos aqui a descripção de um achado obtido, durante os exercicios escolares de disseccção deste anno, nos membros inferiores de um individuo adulto, preto e referente ao comportamento não habitual das vv. profundas da região poplitéa e, correlativamente, das vv. profundas da região anterior da coxa.

A nossa attenção foi levada á constatação das disposições anormaes quando nos occupavamos da disseccção do n. sciatico do lado esquerdo. Completamos, após o estudo minucioso deste membro, a disseccção, já iniciada por outros dois collegas, do membro direito sendo que nos foi possível verificar bilateralmente, com poucas discordancias, o mesmo comportamento.

As disposições insolitas das veias que vamos descrever não são novas e tão pouco extremamente raras, sendo sua interpretação relativamente facil. Apesar disso, achamos opportuno notar, ainda uma vez, a sua occurrencia, com uma descripção minuciosa, levando em conta o seu interesse cirurgico.

A' direita, no espaço intergemellar, isto é, no triangulo inferior do losango popliteo, em lugar de encontrarmos um tronco venoso unico, satellite da a. poplitea, considerado como constante pela maioria dos AA., achamos, ao contrario, dois troncos venosos que acompanham a arteria homonyma, disposiçáo esta que, por sua vez, é considerada como normal por outros AA. (ROBINEAU), e isso devido a falta de reunião das veias profundas da perna.

Na parte proximal da região poplitéa, isto é, na porção correspondente ao **planum popliteum** do femur, dos dois troncos venosos satellites da a. poplitea, existentes na porção distal do mesmo cavo, um sómente se conserva tal; entretanto existe um terceiro tronco venoso, que decorre tambem como "v. comitans" da a. poplitea até o canal de Hunter e mais além. Desse modo, enquanto que na porção distal temos dois troncos venosos, na porção proximal, em relação mais ou menos immediata com a a. poplitea, existem tres delles.

Os dois troncos venosos satellites do segmento intergemellar da a. poplitea são distinctos desde sua origem, têm com a arteria homonyma re-

lações próprias e se comportam de modo diverso na sua continuação proximal, como foi possível demonstrar com uma dissecação cuidadosa, mesmo faltando uma injeção artificial.

Um desses troncos, o menor, ao nível do arco do solear, é **lateral** á a. poplitéa e situado no mesmo plano: resulta claramente da confluência de algumas veias dos mm. solear, gêmeo lateral, popliteo, da parte alta dos mm. profundos da região posterior da perna e das duas veias satellites da a. tibial anterior, que levam ao tronco a contribuição maior. O tronco assim constituído e que podemos considerar **v. poplitéa lateral**, dirige-se, mantendo as relações ditas com a arteria, para cima e recebe as vv. articulares inferiores e superiores lateraes: logo ao nível das inserções condyloideanas mais altas do m. gêmeo lateral, recebe também uma grossa veia, de percurso transversal de dentro para fóra, que representa a continuação parcial, **ventralmente á a. poplitéa**, das vv. articulares medias e das superiores mediaes. Estas, no seu conjuncto, teem uma disposição plexiforme; um dos ramos deste plexo abre-se, como dissemos, na v. poplitéa lateral; um outro ramo, mais delgado, com percurso sagital, vae-se abrir no grosso tronco venoso poplitéo postero-medial, do qual fallaremos mais adiante; um terceiro ramo, mais calibroso e de percurso ascendente, acompanha o lado medial da a. poplitéa no plano popliteo, como veremos daqui a pouco. Deste modo, por causa das communicações deste systema plexiforme, que corresponde ás vv. articulares medias e superiores mediaes, com os dois troncos venosos popliteos, a a. poplitéa fica como que abraçada por um laço venoso volumoso, cuja concavidade olha para traz. A veia então, que até este ponto decorria ao lado externo da a. poplitea, se faz um pouco posterior e nesta sua posição latero-dorsal acompanha a arteria até a abertura inferior do canal de Hunter.

A a. poplitea, no seu percurso, ao nível do plano popliteo, além desta veia comitante postero-lateral, cujo calibre se póde avaliar em cerca de 4 mms., é ainda acompanhada por uma outra que decorre ao lado medial da arteria e da qual, como o tronco popliteo lateral, conddivide a direcção obliqua para cima e para dentro. Esta veia comitante medial representa, essencialmente, uma das continuações das vv. articulares com disposição plexiforme, antes descripta.

Os dois troncos venosos satellites da a. poplitea apresentam no seu percurso, ao nível do plano popliteo, de distancia em distancia, tres anastomoses obliquas, que se dirigem do tronco medial para o lateral e de baixo para cima e abraçam o contorno posterior da a. poplitea. Estas duas vv. comitantes da porção proximal da a. poplitea são distinguiveis na sua reciproca posição também ao longo do canal de Hunter; neste percurso mesmo existe uma grossa anastomose, ventral á arteria, entre os dois troncos venosos.

No ponto em que se faz evidente a união aponevrotica do tendão do m. grande adductor com a aponevrose do m. vasto medial para constituir a pa-

rede ventral do canal de Hunter, a v. medial se faz posterior e vae se lançar na continuação da veia que antes é postero-lateral. O tronco venoso resultante dessa anastomose tem um calibre igual ao da a. femural; na sua origem acha-se situada postero e medialmente á arteria, á qual é fortemente unida pela habitual bainha commum; recebe aqui e alli pequenas vv. musculares e se continua nesta posição até á parte alta do triangulo de Scarpa, onde conflue com a continuação do tronco venoso muito mais calibroso, que vamos descrever.

Este tronco venoso que resulta, ao nivel do anel do solear, da continuação das vv. tibio-peroneiras, occupa, na porção distal do losango popliteo, uma posição ao mesmo tempo dorsal e medial á a. poplitea e a recobre portanto parcialmente atraz; por sua vez é recoberta pelo m. gemo medial e decorre ao lado do n. tibial posterior. Desde sua origem, esta v. poplitéa postero-medial apresenta um calibre duplo, pelo menos, da veia decorrente lateralmente: recebe no seu percurso as vv. articulares inferiores mediaes, vv. gemeas e pelo seu contorno anterior uma larga contribuição das vv. articulares supero-mediaes, já lembrada; recebe tambem, 2 cms. acima, no seu contorno postero-lateral, a v. saphena externa. Ella, até o ponto em que recebe a contribuição das vv. articulares superiores mediaes, é, como dissemos, postero-medial á a. poplitéa: mais para cima do espaço intercondyloideo, se dirige verticalmente para o alto, como a bissectriz do triangulo popliteo superior e porisso cruza muito obliquamente, de dentro para fóra, a a. poplitéa; esta, na sua sahida pelo canal de Hunter, sendo acompanhada pelas duas vv. comitantes descriptas, é claramente medial e ventral ao tronco venoso em questão; este, por sua vez, é acompanhado lateralmente pelo n. tibial posterior, sendo que o n. peroneiro é ainda mais lateral ao n. tibial. Temos que notar que a divisão do n. sciatico é, analogamente á outros casos da assim chamada "duplicidade da v. poplitéa" muito alta, verificando-se ao nivel do bordo superior do m. quadrado crural. Ao grosso tronco venoso, continuação das vv. tibio-peroneiras, não se pode dar uma denominação topographica exacta, porquanto si é postero-medial á arteria no triangulo popliteo inferior, vem a ser postero-lateral no triangulo superior.

Na parte media do cavo popliteo, esta veia principal é fortemente ligada á a. poplitéa e ás vv. satellites, como de habito; mais para cima, se afasta do feixe artero-venoso; apresenta um calibre de 8 mms. mais ou menos, recebe larga contribuição das veias procedentes dos mm. posteriores da coxa, particularmente dos mm. semimembranoso e semitendinoso, pelos quaes é completamente recoberta para traz, sendo, por sua vez, collocada no angulo diedro delimitado pela curta porção do m. biceps, lateralmente, e pelo corpo muscular da porção ischio-femural do m. grande adductor, medialmente. Para cima afasta-se gradativamente do n. tibial posterior e é recoberta, lateralmente, pela longa porção do m. biceps, repousando sobre a superficie dorsal do m. vasto lateral

Finalmente, a cerca de 4 cms. proximalmente ao contorno superior da abertura dorsal do canal de Hunter, passa da região dorsal da coxa para a região ventral, acompanhando, com percurso inverso, a 3.ª a. perfurante i. é, o ramo terminal da a. femural profunda, decorrendo entre os feixes medios do m. grande adductor e cruzando o bordo inferior do m. pequeno adductor: aliás, a a. f. profunda tem os ramos typicos, sendo as duas primeiras aa. perfurantes, relativamente calibrosas, originadas isoladamente do tronco da arteria e com percurso habitual.

Assim, a grossa veia, que decorre dorsalmente na parte inferior da região posterior da coxa, é, em grande parte, independente do percurso das aa. poplitea antes e femural propria, depois. Deve-se acrescentar que, pouco antes de se tornar ventral, envia para cima um ramo que se continua com uma das veias que acompanham a 2.ª a. perfurante.

Na região do triangulo de Scarpa, acha-se profundamente situada no angulo diedro delimitado pelos mm. medio adductor medialmente, vasto medial lateralmente, seguindo assim o tronco da a. f. profunda á qual póde-se depois considerar como satellite.

No seu percurso ulterior aproxima-se gradativamente da a. femural e finalmente conflue, ao nivel da origem da a. f. profunda, cerca de 5 cms. da arcada femural, com a veia comitante da a. femural do canal de Hunter para cima: esta v. satellite da a. femural, pelo calibre muito menor, parece deste modo um ramo collateral confluyente na v. f. profunda, que representa a continuação da v. dorsal principal da região poplitêa e depois da região media da coxa.

O tronco venoso unico, resultante da fusão da v. comitante, relativamente pequena, da v. femural e da grossa veia que decorre junto á a. profunda, isto é, a v. femural propriamente dita, adquire depois as relações ordinarias com a arteria; isto é, se colloca medialmente á arteria e, pelo seu calibre de 1 cm. mais ou menos de diametro, a recobre parcialmente para diante, sendo os dois vasos unidos intimamente: temos que lembrar que na v. femural, 2 cms. acima da confluencia dos seus dois ramos constituintes, como de habito, abre-se a v. saphena magna.

A' esquerda, apresenta-se, fundamentalmente, a mesma disposição já descripta á direita, porém, com algumas diferenças que vamos resumir.

No segmento distal da região poplitea, ou mais propriamente a cm. 1,5, approximadamente, abaixo do annel do solear, se constitue, da confluencia de um grosso tronco tibio-peroneiro com o tronco commum das vv. tibiaes anteriores, uma unica v. poplitêa.

Esta veia, de calibre mais ou menos de 7 mms., de paredes espessas, fortemente ligada, como de norma, á porção correspondente da a. poplitea, em relação á qual é postero-medial, é cruzada, muito obliquamente, na sua

superfície posterior e de fóra para dentro, pelo n. tibial posterior, que a acompanha no seu percurso, sendo esta relação com a veia, immediata; é cruzada mais em baixo, tambem de fóra para dentro, pelo corpo muscular do m. plantar delgado.

Na parte media do cavo poplitéo, este tronco venoso recebe lateralmente as vv. gêmeas lateraes; pouco acima da interlinha articular, envia, medialmente um ramusculo muito pequeno, de cerca de 2 mms. de calibre, que se dirige para cima e para dentro e, após um percurso de 1 cm. mais ou menos, se une ás vv. gêmeas mediaes num unico tronco, que conflue, logo, com o mesmo grosso tronco venoso popliteo, delimitando assim uma lapella fissural longitudinal, de 2 cms. de comprimento. Ao nivel de um plano tangente ás faces superiores dos condylos femuraes, abrem-se, na parede anterior do grande tronco venoso, e isoladamente, as vv. articulares medias e superiores mediaes e lateraes, tambem com disposição plexiforme; estas, mergulhadas no tecido adiposo da região, abraçam por isso medial e lateralmente a a. poplitéa antes de se abrir na veia homonyma. A contribuição destas vv. articulares medias e superiores determina, ao nivel da parte superior dos condylos femuraes, um brusco augmento de calibre do tronco venoso popliteo, que, mesmo estando vasio, pode-se avaliar em 12 mms.: esta porção tem o aspecto e o significado de um verdadeiro confluente ou bulbo venoso.

Do contorno antero-medial deste bulbo venoso, logo acima da abertura das vv. gêmeas mediaes, origina-se com duas raizes, depois logo confluentes a formar um tronco unico e porisso delimitando uma lapella ovoidal (cerca de cm. 1,5), um tronco venoso que acompanha, antes indiviso, depois com disposição plexiforme, a porção proximal da a. poplitéa, occupando na sua parte indivisa uma posição medio-dorsal relativamente á arteria. Um outro tronco venoso, de calibre irregular, quasi como varicoso, se origina tambem lateralmente á a. poplitéa com duas raizes: uma do contorno antero-lateral do grande confluente venoso, outra que apparece em continuação com a formação plexiforme das vv. articulares superiores; este ultimo vae se collocar lateralmente á porção proximal da a. poplitéa.

O confluente venoso popliteo se resolve, assim, em um grosso tronco venoso longitudinal, que percorre verticalmente a porção superior do losango popliteo e se conserva dorsal ao femur até a parte superior da região posterior da coxa, e num grupo de vv. longitudinaes com disposição claramente plexiforme, comitantes da a. poplitéa até o canal de Hunter e além.

De facto, as duas veias, medial e lateral, comitantes da porção proximal da arteria, originadas do confluente venoso popliteo, se dividem, aqui e alli, no seu percurso, anastomosando-se entre si por diversos ramos com direcção prevalentemente longitudinal, de modo que a dissecção revela que, em alguns pontos, a a. poplitéa apparece costeada por quatro ou cinco ra-

mos venosos delimitando lapellas, particularmente evidentes em relação á sua superficie dorsal.

A disposição plexiforme das vv. comitantes da porção proximal da a. poplitéa é muito mais accentuada á esquerda que á direita, onde vimos dois troncos venosos mais calibrosos, unidos entre si com anastomoses obliquas. Por isso, mais do que de vv. comitantes da a. poplitea, á esquerda poder-se-ia falar de um plexo venoso envolvendo a mesma arteria. No canal de Hunter existe a redução deste plexo em dois troncos venosos de calibre muito desigual. Uma veia principal acompanha a a. femural em posição posterior e um pouco lateral até á parte superior do triangulo de Scarpa (5 cms. abaixo da arcada crural): esta veia, em todo o seu percurso tem um calibre inferior (4 mms) ao da a. femural e porisso esta arteria a recobre completamente para diante. Uma outra veia tem um calibre de mms. 1,5-2 e corre medialmente a a. femural do canal de Hunter para cima; as duas vv. comitantes da a. femural recebem aqui e alli pequenas vv. musculares e são mesmo, particularmente atraz da arteria, unidas por finas porém raras anastomoses.

O tronco venoso lateral, satellite da a. femural na parte superior do triangulo de Scarpa, se faz nitidamente posterior á arteria; une-se, sempre atraz da arteria, com o pequeno tronco medial acerca de 6 cms. da arcada crural, no mesmo ponto, pois, em que conflue com o grosso tronco venoso dorsal.

A continuação vertical do confluyente venoso popliteo corresponde no seu percurso e nas suas relações, exactamente a quanto descrevemos sobre a mesma formação no lado direito: sómente apparece mais calibroso que o direito e isso devido, sem duvida, ao facto que as vv. satellites do segmento proximal da a. poplitéa direita representam pelo seu calibre, uma via de defluxo mais larga que o plexo venoso do tracto correspondente do lado esquerdo. Na outra parte a v. poplitéa dorsal, que ao nival de sua origem recobre completamente por detraz a a. poplitéa, se afasta desta, seja no sentido antero-posterior, seja no transversal; recebe no seu contorno posterior a v. saphena parva um pouco mais acima que a direita; mais proximalmente envia um ramo notavel que se faz satellite da 3.a a. perfurante: de resto, tem com os nn. tibial posterior e peroneiro, aqui tambem prematuramente separados, e com os musculos, as mesmas relações já antes descriptas.

Emfim, este grosso tronco venoso posterior, que decorre acompanhado pelo n. tibial posterior na região posterior da coxa, passa, como á direita, para a região ventral, medialmente ao femur, seguindo o percurso da 2.a a. perfurante da femural profunda, a qual é relativamente mais calibrosa que habitualmente, representando antes o ramo principal da a. f. profunda. No que se refere a esta arteria, devemos acrescentar que a 1.a a. perfurante nasce de um tronco commum com a a. circumflexa medial do femur, separando-se desta depois de 2 cms. de percurso; a 3.a a. perfurante, muito delgada, comporta-se no seu trajecto, como habitualmente. A grossa

veia dorsal, antes de atravessar os feixes medios do m. grande adductor, envia ainda um grosso tronco, que continúa o decurso ascendente, unindo-se depois ás vv. plexiformes satellites do tronco commum da 1.a perfurante e a. circumflexa femuris medialis.

Na região do triangulo de Scarpa, a veia que vem da região dorsal costeando os feixes medios do m. grande adductor e o bordo inferior do m. pequeno adductor, segue depois o tronco da a. f. profunda, apresentando porém um calibre que é pelo menos o quadruplo da mesma arteria; colloca-se desde o começo medialmente á ella e, conflunido com o tronco das pequenas vv. comitantes da a. femural, que, como a direita e mais que a direita, podem ser consideradas como seus affluentes collateraes, vae constituir a **v. femural propriamente dita**: emfim, esta decorre medialmente á arteria, como de habito. E' de notar que o tronco commum da a. circumflexa medial do femur da 1.a a. perfurante passa numa botoneira delimitada precisamente pela v. satellite da a. f. profunda, sendo os dois ramos que constituem a lapella, equipolentes; o dito tronco arterioso é mesmo acompanhado superiormente e para traz por um grosso tronco venoso, no qual conflue tambem um ramo da grossa veia dorsal.

A differença entre as disposições dos dois lados consiste no facto em que á direita, a v. femural propriamente dita resulta da fusão da grossa v. dorsal com a **única** v. comitante da a. femural existente na porção distal do triangulo de Scarpa: á esquerda, a v. dorsal é maior e recebe como confluyente um tronco venoso constituido, por sua vez, por **duas** vv. satellites da porção inferior da a. femural. Além disso, á direita, a grossa v. dorsal acompanha, na sua passagem da região posterior da coxa para a anterior, a 3.a a. perfurante: á esquerda, a grossa v. dorsal é, pelo contrario, satellite da 2.a perfurante da femural profunda.

Dissemos, mais acima, que as disposições que acabamos de descrever são bastante conhecidas pelos anatomistas e nem mesmo podem ser consideradas de extrema raridade.

Está tambem constatado que o comportamento das veias soffre um maior numero de desvios, consideraveis como variedades, que o das arterias e isso se verifica seja com as vv. superficiaes, independentes das arterias, seja com as vv. profundas que destas são satellites.

Variedades mesmo mais communs ou, pelo menos, mais evidentes são encontradas particularmente nas regiões de passagem entre os varios segmentos dos membros (cavo popliteo, virilha, cotovello, axilla), ou do tronco, (collo) as quaes podem ser consideradas como verdadeiros confluentes venosos devido ás relações que se estabelecem, de preferencia nestas regiões entre as vv. superficiaes e as profundas, ao numero habitualmente consideravel de ramos venosos collateraes que se entrelaçam entre si e que

acompanham os ramos collateraes arteriosos correspondentes; e, finalmente porque as regiões de passagem, como CHARPY nota precisamente para o cavo popliteo, são justamente as partes nas quaes os movimentos de extensão ou de flexão, segundo tendem ou relaxam as fascias de revestimento, comprimem a rēde venosa ou, ao contrario, criam ao redor della uma athmosphera de fraca pressão que favorece o appello do sangue.

No que diz respeito ás disposições mais communs, e por isso consideradas como normaes, das vv profundas das regiões poplitéa e femural e ás suas relações geneticas com o comportamento das veias no nosso caso, é apenas necessario lembrar alguns factos sufficientes a esclarecerem de como resultaram os desvios de percurso dos troncos venosos, differentes á direita e á esquerda, no individuo que serviu para a nossa dissecção.

Primeiramente, a reunião **tardia** das vv. tibio-peroneiras, tibiaes anteriores, etc., póde dar origem a uma duplicidade do segmento distal da v poplitéa, considerada normal por ROBINEAU, como dissemos acima, e tambem lembrada por CHARPY. Nestes casos o tronco venoso popliteo constituir-se-ia sómente ao nivel da interlinha articular e o tronco unico seria reduzido a um comprimento de 5 a 7 cms.

A duplicidade, i. é, a existencia de dois troncos venosos na porção proximal do cavo popliteo, mesmo quando se podem constatar anastomoses mais ou menos numerosas trocadas entre elles, pode apparecer como uma conservação dos dois troncos venosos principaes do segmento distal do mesmo cavo, devida a **falta** de união dos que constituem habitualmente a v poplitéa.

Quando, como no nosso caso, das duas veias, ou melhor, dos dois grupos venosos longitudinaes occorrentes no segmento proximal do cavo popliteo, a veia mais calibrosa não acompanha a arteria axial no canal dos mm. adductores, ainda que se faça ventral seguindo uma ou outra das aa. perforantes da femural profunda, é bem possivel explicar o calibre preponderante da dita veia admittindo uma ectasia, provavelmente primitiva, de uma das vv. perforantes e das anastomoses, aliás constantes, das vv. perforantes entre si e da v. perf. inferior com a v. poplitéa.

Analogamente ao que acontece com as arterias, essas anastomoses, dorsaes ás inserções femuraes dos mm. adductores, estabelecem uma via collateral de defluxo parallela á série de arcadas arteriosas, posta na região posterior da coxa; esta via collateral venosa não sómente une as vv poplitéas aos troncos venosos satellites da a. f. profunda, e isso independentemente das que acompanham a a. femural no canal de Hunter, mas, tambem ás vv. gluteas inferiores, vv. pudendas internas e porisso ao sistema venoso directamente affluente da v. hypogastrica.

Quando uma das vv perforantes e as relativas continuções anastomoticas dorsaes, aliás normaes, teem o valor de via **principal** de defluxo do sangue da região poplitéa, verifica-se, precisamente, as disposições por nós descriptas; queremos dizer, a continuação proximal da v. poplitéa ou de

um dos troncos principaes, resultantes de uma tardia ou incompleta união das vv. distaes, tem um percurso parcialmente independente da v. femural e da sua continuação como a. poplitéa; ainda o tronco venoso principal se conserva dorsal por uma extensão maior ou menor, segundo se faça ventral acompanhando a 3.ª perfurante (á direita no nosso caso), a 2.ª perfurante (á esquerda no nosso caso), a 1.ª ou mesmo a a. circumflexa femuris medialis.

O tronco venoso principal pôde ser mesmo completamente dorsal no seu inteiro percurso quando não acompanha os ramos collateraes da a. f. profunda, mas corre ao longo das anastomoses longitudinaes das aa. perfurantes e circumflexa f. medialis e o ramo descendente da a. glutea inferior: esta é a disposição que se verifica nos casos, aliás raros (BARCLAY, TESTUT dois casos), nos quaes a a. glutea inferior (a. ischiatica) representa o ramo principal de nutrição do membro inferior: esta disposição completamente dorsal da veia principal, pôde porém, existir mesmo sendo a a. femural de calibre e em posição normaes; inversamente, a a. ischiatica pôde ser o ramo principal do membro inferior, permanecendo as vv. poplitea e femural com a disposição habitual (MANNU).

Nas eventualidades acima consideradas, a porção proximal da a. poplitea e a porção da a. femural que vae desde o canal de Hunter até a origem da a. f. profunda, são acompanhadas por uma ou mais veias (e quando são mais, mesmo com disposição plexiforme) que representam no seu conjuncto uma via de defluxo secundaria: foi precisamente isto, com modalidades ligeiramente diversas, que verificamos no nosso caso.

A veia ou as veias que acompanham, de modo immediato, a porção proximal da a. poplitéa até o canal de Hunter, podem muito bem ser identificadas ás **venas comitantes** dos AA. (LANGER, BRAUNE, CUNNINGHAM, AUVRAY, SPALTEHOLZ, CHIARUGI, PIERSOL e outros) e que CRUVEILHIER chama de **collateraes**: o mesmo valor de veias comitantes tem as que acompanham o tronco da a. femural, mesmo verificando-se nellas o affluxo de veias dos grupos musculares (adductores, vasto medial) que estão em relação immediata com o feixe artero-venoso ventral. O calibre relativamente exiguo das veias comitantes da a. femural justifica a impressão de que estas sejam collateraes da v. femural profunda, como acontece no nosso e em casos analogos. Têm-se então, nestas eventualidades, uma verdadeira inversão das disposições consideradas como normaes.

A explicação assim expressa do modo de origem da disposição aqui tratada poupa-nos uma revista por demais minuciosa das chamadas anomalias ou variedades das veias em questão, as quaes estão consignadas em memorias especiaes ou nos tratados de anatomia que temos a nossa disposição.

De facto, na maioria dos classicos de Anatomia humana ou pelo menos nos que com as disposições que se consideram como normaes, porque são as mais frequentes, relatam tambem as menos constantes, ou mesmo

raras, considerando-as como variedades ou anomalias (VELPEAU, THEILE, DUBRUEIL, CRUVEILHIER, W KRAUSE em HENLE, QUAIN, CUNNINGHAM, ROMITI, CHARPY em POIRIER, TESTUT, SOBOTTA, RAUBER-KOPSCH, MORRIS, PIERSOL, CHIARUGI e outros) como também em memórias especiaes (LANGER, BRAUNE, GRUBER GIACOMINI, HOUZE' PICQUE et PIGACHE, ROBINEAU, DAVIDSON, etc.), são feitas repetidas referencias a casos, mais ou menos parecidos ao que acabamos de illustrar. — Assim, é lembrada a duplicidade da v. poplitéa seja no segmento distal, seja em toda sua extensão (THEILE, GIACOMINI 3 casos, TESTUT, CHIARUGI, etc) — A duplicidade pode extender-se da v. poplitéa á v. femural mesmo até a parte superior da coxa, e nestes casos as duas veias pódem ser **exclusivamente** satellites da a. poplitéa e da a. femural e anastomosadas entre si (TESTUT, CHARPY, etc.) — A v. poplitéa normal até á interlinha articular, divide-se superiormente em dois ramos; destes, um segue a arteria, o outro communica por uma larga anastomose, que parece uma bifurcação, com a v. femural profunda (GRUBER: na metade dos casos segundo HOUZE': lembrada algumas vezes por GIACOMINI). — A v. poplitéa, em vez de seguir a arteria no canal de Hunter, sóbe ao longo da região dorsal da coxa e, em alturas diversas, como no nosso caso, passa atravéz dos mm. adductores e se continua como v. f. profunda (VELPEAU, DUBRUEIL, CRUVEILHIER, KRAUSE, QUAIN, ELLIS, GRUBER, GIACOMINI etc): naturalmente não é excluída a existencia, nestes ultimos casos, embora não lembrada, de vv. comitantes ao segmento proximal da a. poplitéa e á a. femural (nosso caso): as vv. comitantes seriam, então, por certo muito exiguas de modo que a v. poplitéa tem a apparencia de se continuar exclusivamente com a v. f. profunda (GIACOMINI, TESTUT, SPERINO, etc). — Ainda lembramos, novamente, a possivel continuação como via principal de defluxo da v. poplitéa, na região posterior da coxa, até ás vv. gluteas inferiores e por meio destas á v. hypogastrica, concomitantemente ou não á uma a. ischiatica enormemente desenvolvidá.

São mesmo bem conhecidas as lapellas (DUBRUEIL, GIACOMINI, TESTUT, CHARPY) ou a disposição plexiforme (BARKOW, AUVRAY) da v. poplitéa, particularmente na parte media do cavo homonymo: estas ultimas disposições podem ser verificadas mesmo quando a continuação da veia não é a commum, como nos casos de variações.

Deve-se particularmente notar que a continuação proximal da v. poplitea na região dorsal da coxa, seja como um "ramo de bifurcação" seja como um tronco que represente a via principal de defluxo, pódem ser concomitante á feixes supranumerarios dos mm. gêmeos, particularmente do m. gêmeo interno, originarios do plano popliteo (GIACOMINI): naturalmente, estes feixes accessorios dos mm. gêmeos, podem ser verificados mesmo sem a posição desviada das veias.

O conhecimento da possibilidade de uma v. poplítea dupla, totalmente ou em parte do seu percurso, tem interesse para o cirurgião: na ligadura da a. poplitéa, na região homonyma, além da união muito íntima existente na bainha commum da veia e da arteria, e da grande espessura da parede da veia, é de prever a possibilidade que têm os dois troncos venosos de apresentarem, com a arteria, relações de posição que pódem obstacular o isolamento desta. Em sentido inverso, a existencia de vv. comitantes mesmo pequenas, no segmento proximal da a. poplítea e na porção distal da a. femural, póde mascarar mais ou menos a arteria no canal de Hunter e na porção inferior de triangulo de Scarpa com a sua disposição plexiforme; esta disposição deve ser prevista pelos cirurgiões que se achariam em condições especiaes para isolar a arteria na occasião que devem proceder á sua ligadura nos ditos pontos

Ainda, a lembrança da existencia de um grosso tronco dorsal ao femur, na parte media da coxa ou mesmo mais acima, deve estar presente na execução de uma amputação.

Em poucas palavras, o nosso caso, si bem que não seja novo nem raro, além do interesse puramente descriptivo, póde ser lembrado nas applicações eventuaes da pratica cirurgica.

(Do Laboratorio de Anatomia Descriptiva da Faculdade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, dirigido pelo dr. A. BOVERO.

S. Paulo, 9—VII—925.



LABORATORIO DE MICROSCOPIA

E E —

ANALYSES CLINICAS

DR ALTINO ANTUNES

RUA DO CARMO N. 11 —

TELEPHONE CENTRAL 2463

S. PAULO —



NOTICIARIO

Foi este anno integralizado o curso de nossa Faculdade, com o provimento da 3.a cadeira de Clinica Medica (Historia da Medicina, etc), que permanecia vaga desde a fundação da escola. Para regel-a, foi nomeado o Prof. Almeida Prado, que exercia proficientemente o lugar de professor substituto, sendo designado para seu assistente o Dr. Tacito Silveira. Antes, porém, do inicio das aulas, o Prof. Almeida Prado permutou sua cathedra com o nosso illustre director Prof. Rubião Meira, da 1.a Cadeira de Clinica Medica (Propedeutica).

Para preencher a vaga aberta com a demissão do prof. Sylvio Maia, cathedratico de Clinica Obstetrica, foi nomeado o Prof. Raul Briquet, que ha tempo vinha leccionando a materia, como professor interino. Essa nomeação succedeu a brilhante concurso, no julgamento do qual o Prof. Briquet recebeu numerosas provas de admiração e apreço, partidas de seus collegas, alumnos e amigos. Na vaga aberta com a nomeação do Prof. Briquet para o cargo de cathedratico, foi nomeado assistente da Cadeira o Dr. Benedicto Pinheiro Machado Tolosa, que já vinha exercendo essas funcções interinamente.

A Cadeira de Clinica Qsychiatrica e de Molestias Nervosas foi preenchida com o contracto do Dr. Enjolras Vampré, um dos mais reputados especialistas da Capital, para o cargo de professor, e a nomeação do Dr. Adherbal Pinheiro Machado Tolosa, para o lugar de assistente interino, sendo, porém, o Prof. Vampré commissionado para representar S. Paulo nos festejos que se realizaram em Paris para solennisar o nascimento de Charcot, ficou regendo interinamente a cadeira o Prof. Cantidio de Moura Campos, cathedratico de Psysiologia.

Incumbidos pelo governo paulista de estudarem as modernas organizações hospitalares e a actual orientação do ensino medico nos centros mais adeantados da Europa e dos Estados Unidos da America do Norte, seguiram viagem, em abril deste anno, o Prof. Benedicto Montenegro, e os assistentes Drs. Rezende Puech e Ernesto de Souza Campos

PEPTSTASE

(PEPSINA E DIASTASE)

Preparada e dosada physiologicamente pelo

INSTITUTO CHIMICO CARAMURU'

Com acção physiologica de:

1:100 sobre os albuminoides

1:2000 sobre os amylaceos.

Temos a satisfacção de poder offerecer á classe medica um producto de primeira ordem e de irreprehensivel preparo, nas condições de preencher com absoluta effica-
cia as suas indicações positivas e bem conhecidas nas va-
riadas fórmas de dyspepsia e nas multiphas affecções de-
vidas ao mau funcionamento do aparelho digestivo. A
PEPTASE, além de optimo digestivo é saborosissimo licor

A' venda nas principaes drogarias e pharmacias

Unicos representantes:

ASSUMPCÃO & CIA.

Rua Boa Vista, 9

Rua Sacadura Cabral, 126

S. PAULO —

RIO DE JANEIRO

LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA

RUA TYMBIRAS, 2 (sobrado)

S. PAULO — (Barsil)

Director Technico: Prof. ULYSSES PARANHOS

Consultor Technico: Prof. ERNESTO BERTARELLI

PRODUCTOS RECOMENDAVEIS AOS SRS. CLINICOS:

- ASPIR — (citro-bismuthato de sodio). Cura immediata de todas as manifestações da lues, com poucas injeções intra-musculares. Não produz estomatites, nem albuminuria. Aplicações indolores e de 3 em 3 dias.
- PALUDAN — Medicamento chimiotherapico ideal contra o paludismo. Milhares de successos nas zonas malarigenas. Injeções intra-venosas e intra-musculares diarias.
- CITOSAN — Medicação intensiva pelos cacodylatos (0,30 por ampôla e 5 c. c. de sôro physiologico estrinquinsinado). Indicado nas asthenias, doenças torpidas da pelle, tuberculose e convalescença de molestias prolongadas. Uma injeção intra-muscular diaria.
- CRYSTAES IODADOS — (Succedaneo dos saes de Karlsbad). Usado nas enterites e entero-colites chronicas, doenças do figado e dos rins, arterio-esclerose e obesidade. Uma colher das de café, numa chicara de agua quente, pela manhã, em jejum.
- BIOMANG — (nucleinato de manganez). Verdadeira oxydase, agindo na economia, com função de verdadeiro catalisador. Indicado nas anemias globulares e hemolyticas e na convalescença das molestias infectuosas. Injeções hypodermicas diarias. Comprimidos: 2 a 3 por dia.
- ENTEROPAN — (vaccina contra as affecções não especificadas do intestino). Indicado nas enterites, entero-colites e diarrhéas rebeldes, 2 a 3 injeções hypodermicas por semana.
- ANEMIA-OVARO-MAMELINA — Associação dos extractos ovarinos e mammarios com extractos estabilizados de piscidia, viburnum e hammamelis. Cura sa hemorrhagias, ovarites, menstruações da puberdade. Use 2 colheres das de café por dia, misturadas a um calice de agua.
- BOINTER — (Extracto de glandula interstical masculina). Poderoso medicamento indicado na asthenia nervosa, depressão sexual, neurasthenia gneital, senilidade precoce, hypoplasias genitales da puberdade. Em injeções hypodermicas diarias, ou em comprimidos, usados 3 diariamente.

LABORATORIO DE NALYSES

do DR. JESUINO MACIEL

Com longa pratica do Instituto Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro (Manguinhos) e do antigo Instituto Pasteur, de São Paulo

MICROBIOLOGIA E CHIMICA CLINICAS

Exames completos de Sangue, Urina, Fezes, Escarros, Pus, Falsas membranas e outros Exsudatos; Liquido cephalo-raquidiano, Succo gastrico, Leite, Pellos e Escamas, Tumores, e Fragmentos Pathologicos — Reacção de Wassermann e de Vidal — Constante de Ambard — Auto-Vaccinas

RUA LIBERO BADARO' 53 — S. PAULO — Telephone Central 5439

Aberto diariamente das 8 ás 18 horas

SO' ATTENDE A SERVIÇOS DA ESPECIALIDADE

LABORATORIO DE CHIMICA E MICROSCOPIAS CLINICAS

DO PHARMACEUTICO

MALHADO FILHO

Analyses de urina, sangue, succo gastrico, leite, fezes, escarros, falsas membranas, reacções de Wassermann, de Ronchêse e de Vidal, auto-vaccinas, etc. O laboratorio fornece vidros espeziaes para a colheita de urina, acompanhados das necessarias instrucções.

PAGAMENTO A' VISTA

ABERTO DIARIAMENTE DAS 9 A'S 18 HORAS

Telephone, Central, 2-5-7-2

RUA S. BENTO, 24 (2.º andar)

— S. PAULO

SOROS HORMONICOS DO DR. ACHE'



(SEXOS SEPARADOS)

APPROVADO PELO DEPARTAMENTO
NACIONAL DA SAUDE PUBLICA

O SORO HORMONICO, NAS APPLICAÇÕES DE NEOSALVARSAN E NATROL

O Dr. Plinio Moraes, medico residente em Bello Horizonte, em 27 de Agosto, nos communicou as seguintes observações:

Tenho uma communicação a fazer sobre uma applicação do soro hormonal que não vem consignada na bulla respectiva e rogo ao meu distincto collega o grande obsequio de pedir a outros medicos que verifiquem os resultados que eu obtive. Trata-se do seguinte: As applicações endovenosas de natrol e neosalvarsan são seguidas, quasi sempre, de certas perturbações, taes como vomitos, cephaléa, abatimento e outros symptomas bem conhecidos daquelles que applicam esses medicamentos. Em um doente, portador de uma aorite chronica syphilitica, com ectasia as injeções endovenosas de natrol deram logar, a principio, a reacções incommodas, a tal ponto que o doente recusou a submeter-se á continuacão do tratamento pela via sanguinea e preferia a via intramuscular, muito dolorosa. Algum tempo depois, appliquei conjunctamente o soro hormonal e o natrol por via endovenosa, não só o doente não teve reacção de especie alguma, e facto mais importante, poudo receber dose 4 vezes maior de natrol na veia sem o menor inconveniente, tendo melhorado sensivelmente das suas perturbações. Em um outro doente que, varias vezes, havia tentado a série de Neosalvarsan e que havia desistido por não suportar as reacções que sobrevinham á injeção, a administração conjuncta do soro hormonal impediu todas as reacções tendo o doente completado a série sem nenhum inconveniente. Observo sobre o Neosalvarsan tal, varias, e todas com o mesmo resultado da precedente observação. Não sei si para o meu prezado collega é nova essa applicação do soro hormonal. Si não fór, ella irá confirmar as suas observações: é mais um enorme campo aberta ao uso do soro hormonal e que muito irá facilitar o uso de remedios tão uteis como o Neosalvarsan e o Natrol.

VENDA NAS PRINCIPAES DROGARIAS E PHARMACIAS DE PRIMEIRA
ORDEM E NO ESCRITORIO DOS FABRICANTES:

ACHÉ, TRAVASSOS & CIA.

Rua Barão de Itapetininga N. 65 — (3.º andar)

TELEPHONE, CIDADE, 1938

CAIXA POSTAL N. 2843 — Endereço: SORACHE' 1

O escriptorio attende com presteza aos pedidos de amostras para os srs.
clinicos.



Diversas gerações de creanças
tão robustas teem-se criado com

A

EMULSÃO de SCOTT

É a Emulsão original, perfeita-
mente preparada que os petizes
tomam com gosto e avidez.

Sua acção é admiravelmente
fortificante. Verifique-se
sempre que seja

DE SCOTT.



Nenhuma é legítima
sem esta marca.

*O unico preparado de Fígado
de Bacalhão sem alcool.*

COMPREM
ASSIGNEM
E
ANNUNCIEM
EM A

“REVISTA DE MEDICINA”

O grande mensario
paulista de ciencias
medicas, editado
pelos estudantes
de medicina.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA

DO —

PROF RUBIÃO MEIRA

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).