

Bibliografia

REVISTA BRASILEIRA DE LEPROLOGIA

Sob a direção científica do Prof. Eduardo Rabelo, presidente do Centro Internacional de Leprologia do Rio de Janeiro, tendo como redator-chefe o Dr. Nelson Souza Campos, sub-diretor do departamento de Profilaxia da Lepra, de S. Paulo, acaba de aparecer o 1.^o numero da Revista Brasileira de Leprologia, contando com a colaboração efetiva de reputados especialistas nacionais e estrangeiros.

Transcrevemos a seguir o editorial com que se apresenta a novel e autorizada publicação científica, cujo programa de ação é de inegavel oportunidade e relevancia em face da gravidade do problema da lepra no Brasil:

“Passa a Revista de Leprologia de S. Paulo a denominar-se Revista Brasileira de Leprologia, desde o presente numero, em virtude de acôrdo celebrado entre o Centro Internacional de Leprologia e a Sociedade Paulista de Leprologia, sob cuja Direção vinha se publicando.

Scrá assim, de agora em diante, não só órgão da Sociedade Paulista de Leprologia, como órgão oficial da Sociedade Brasileira de Leprologia, recém-fundada no Rio de Janeiro, da Sociedade de Leprologia do Rio de Janeiro, bem como de todas as Sociedades congeneres que á Sociedade Brasileira se filiarem.

Assim sendo, suas paginas ficarão ao dispôr de todos os colegas que no Brasil se interessam pelo problema da Lepra. Do Norte, do Sul, do Centro, esperamos receber a colaboração indispensavel para o bom desempenho de nossas finalidades. Agitar e focalisar o problema da Lepra, onde ele jáz esquecido, propagar e difundir as organizações existentes, proclamar os resultados, onde a bôa sorte os favorecerem, eis nosso escopo.

Epidemiologia, clinica, tratamento e profilaxia da Lepra no Brasil, eis os temas abertos a todos os medicos brasileiros e que a Revista Brasileira de Leprologia tem o maximo prazer e interesse em divulgar.”

Maya Faillace.

BACTERIOSCOPIA DAS CONJUNTIVITES — Monteiro Sales — Arquivos do Instituto Penido Burnier. Vol. IV, fasciculos I—II, Dezembro, 1935, pags. 80—100.

O A. apresenta os resultados de 756 exames microscopicos de secreções conjuntivais praticados de Janeiro de 1934 a Junho de 1935 no Instituto Penido Burnier (Campinas).

Trabalho de real interesse pratico, é ilustrado com varios quadros

que facilitam a observação dos resultados obtidos pelo autor. Do ponto de vista clinico, os casos estudados assim se distribuem:

Incidencia das conjuntivites

(756 casos)

Conjuntivite catarral aguda	450	59,0%
“ granulosa	109	15,1%
“ crônica	36	4,6%
“ angular	33	4,2%
“ sub-aguda	31	4,0%
“ purulenta	28	3,6%
Bléfaro-conjuntivite	30	3,8%
Conjuntivite primaveril	15	1,9%
“ folicular	11	1,4%
“ “neo-natorum”	10	1,2%
“ de falsas membranas	3	0,3%

A frequencia geral dos germes caracterizados bacterioscopicamente está discriminada no quadro abaixo:

Frequencia geral dos germes

(756 casos)

	Xerosis	KOCH- WEEKS	MORAX- AXENFELD	Gonococos	PNEUMO- COCOS	DIPLOCOCOS GRAM +	ESTAFILO- COCOS	ESTREPTO- COCOS	Loeffler	INDETER- MINADOS	Cogumelos	Eosinofilia	Nihil
Xerosis	140	68	11	1	7	46	30	10	—	2	—	—	—
Koch-Weeks	—	206	1	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—
Morax-Axenfeld	—	—	46	—	1	1	2	—	—	—	—	—	—
Gonococos	—	—	—	28	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pneumococos	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—
Diploc. Gram +	—	—	—	—	—	30	—	—	—	—	—	—	—
Estafilococos	—	—	—	—	—	—	31	—	—	—	—	—	—
Estreptococos	—	—	—	—	—	—	—	14	2	—	—	—	—
Loeffler	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Indeterminados	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Cogumelos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Eosinofilia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Nihil	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	100

Conclusões:

1) — O metodo bacterioscopico nas conjuntivites é de eficiencia pratica numa clinica. Nas nossas mãos deu 86,7% de resultados positivos.

2) — De regra o exame bacteriologico de uma secreção conjuntival sanciona a etiologia prevista pelo quadro clinico — nas conjuntivites clinicamente individualizadas.

3) — No cômputo geral da frequencia dos germes encontrados entre nós, nas conjuntivites, tem o bacilo de Koch-Weeks o primeiro lugar. Seguem-se os bacilos xerosis, os estafilococos, os diplobacilos de Morax-Axenfeld, os pneumococos e outros.

4) — Confrontando nossos dados com os dos demais A. A., podemos aceitar que as conjuntivites agudas pelo bacilo de Koch-Weeks tem maior difusão nas épocas quentes no ano; é ainda prematuro concluirmos algo sobre a influencia da temperatura em outros tipos de conjuntivites, visto como o nosso tempo de observação (18 meses) é insuficiente para tanto.

Encerra o trabalho a lista das referencias bibliograficas, dentre elas a da tése do Dr. D. Mazzei, da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, 1933.

Maya Faillace.

DAS FISTULAS BRANQUIAIS — *Nicoláo A. C. do Nascimento*, *Salus Populi*, ano VIII, n.º 10, out.º 1935, pag. 3.

É um trabalho do Serviço de Oto-Rino-Laringolôgia da Policlínica de Botafogo.

Aborda o a. os seguintes capitulos:

Definição;

Embriolôgia;

Etiopatogenia;

Variedades clinicas;

Anatomia Patológica;

Sintomatolôgia;

Diagnóstico;

Prognóstico;

Terapeutica.

Geralmente, os portadores de fistulas branquiais procuram o medico por uma destas complicações:

a) Infecção de causa externa;

b) Retenção (forma-se, então, um quisto branquiogenico);

c) Secreção muito abundante;

d) Aparecimento de goticulas no orificio exterior.

O a. possui uma estatistica de 12 observações, sendo 4 operadas, porque as restantes não apresentavam perturbações ou incomodos.

E. J. Kanan.

UM CASO RARO DE ESPINA BIFIDA — *Carlos da Gama* — Revista Brasileira de Medicina e Farmacia, ano XI, n.ºs 1, 2, 3 e 4, jan.º a dez.º de 1935, pag. 48.

Trata-se dum menino de 1 ano e meio de idade, branco, brasileiro, que apresentava:

pés tórtos varos-equinos;

fistula anorétal, na região coccigéa;

e, um tumor arredondado, sessil, do tamanho duma tangerina, na região lombar.

Foi assentado o diagnostico clinico de Espina Bifida, variedade ré-tromedular, tambem chamada "*Hidrorquis externa*", variedade posterior de Cruveilhier, ou, ainda, de "*Meníngocéle*", de Recklinghausen.

A radiografia não confirmou o diagnostico clinico "talvez pela imperfeição da imagem radiológica que não pôde ser melhor".

Morta a criança por uma afecção intercurrente, foi feita a necrópsia, tendo-se verificado que apresentava as lesões de Espina Bifida ré-tromedular.

Lógo a seguir o a. tece algumas considerações gerais sobre essa entidade nosológica, no que concerne a embriolôgia da coluna vertebral e medula, sobre as suas fórmas clinicas, prognóstico e tratamento.

E. J. Kanan.

ENTÓRSE DOLOROSA DE CHASSAIGNAC — *Braulio Xavier F.º* e *Rosa Oisiovici* — Jornal de Padiatria, ano III, fev.º 1936, fase. 2, pag. 59.

Trata-se duma menina de 4 anos de idade, côr branca, filha de pais russos, que, tendo tropegado e caído, foi suspensa pelo braço, ouvindo-se, então, um pequeno estalo, e a criança cair em choro. Em seguida, a mãe notou que a menina não utilizava o seu membro superior tal era a dôr que acusava ao nível do cotovelo. Foi feito o diagnostico de Entórse Dolorosa de Chassaignac, que foi corroborado pela manobra terapeutica que pôs fim á dôr, e que será adiante descrita.

E' uma afecção das crianças de tenra idade, geralmente entre 2 a 3 anos, atacando mais o sexo feminino, e de predileção ao lado esquerdo.

Resulta duma tração brusca do braço, por ocasião de levantar a criança, ou de suspende-la dum lado só quando tiver caído. Depende a entórse da fraqueza dos ligamentos, do peso da criança e da violencia e desajeitamento da tração.

A séde da lesão é ao nível da articulação radio-cubital superior, e consiste, segundo Broca, numa subluxação da cabeça do radio, sem rutura de ligamentos. Ha divergencias neste sentido; assim Bezy denomina-a *paralisia radicular atenuada*, e Brunon de *paralisia por inibição*. entretanto, se pôde afirmar, não ha lesão dos nervos da região. Chassaignac chama-a de *entórse dolorosa*, não só porque a dôr é um phenomeno constante como parece individualizar a desordem articular.

O membro é impotente, pendendo ao longo do corpo, o punho em

semi-pronação. Dôr por ocasião dos movimentos de rotação, e á pressão um pouco abaixo da interlinha articular externa do cotovelo. Às vezes, um pequeno intumescimento nesta região.

O tratamento consiste na seguinte manobra: levar o antebraço em extensão e supinação, colocar o polegar adiante da cabeça do radio e fazer pressão para trás; completa-se, então, a supinação bruscamente, sentindo-se um estalo sob o dedo nesse momento. Em seguida leva-se o cotovelo em flexão. Basta esta manobra para finalizar os distúrbios, e confirmar o diagnostico clinico.

E. J. Kanan.

A INFLUENCIA DA TIREOIDE E DA PARATIREOIDE SOBRE O ESQUELETO — M. G. Goryn (Bruxelas) — Comunicação ao 2.º Congresso anual das Medicos Electro-Radiologistas da Lingua Franceza — Bruxelas, Julho-Agosto de 1935 — Journal de Radiologie et d'Electrologie, tomo 20, n.º 3, março 1936, pg. 123-128, 9 figs.

E' util reproduzir o seguinte:

“Todas as afecções endocrínicas que são bem conhecidas, bem individualizadas, apresentam tres características comuns:

1.º As lesões óseas são sempre generalizadas, todos os ossos do esqueleto são atingidos;

2.º As lesões ósseas aparecem cada vez que a glandula é tocada; podem ser reproduzidas experimentalmente seja por ablação da glandula, seja pela administração do hormonio correspondente. O facto que numa afecção endocrínica caracterizada, uma lesão determinada não aparece senão numa certa porcentagem dos casos, constitue, na minha opinião, uma presunção seria que esta lesão óssea releva duma perturbação endocrínica associada;

3.º Quando o hiperfuncionamento duma glandula determina uma certa lesão, o hipofuncionamento determina sempre a lesão inversa.”

A coexistencia destas tres características pôde servir de test indispensavel, senão sufficiente, para determinação da origem endocrínica da afecção.

A *hiperparatireoidia* é caracterizada por uma hipercalcemia, hipofosfatemia, descalcificação generalizada do esqueleto, frequentemente acompanhada de formação de quistos, eliminação calcica urinária intensa, um balanço calcico deficitário. Apresenta a observação duma mulher de 36 anos, doente ha varios anos, apresentando multiplas fraturas, com sintoma sde hiperparatireoidia grave, havendo uma descalcificação intensa de todo o esqueleto e presença de inumeros quistos. Calcemia: 0.146. Operada tres vezes até se conseguir a ablação dum adenoma da paratireoide. Quatro anos após a operação o Ca e o Ph se mantêm inferiores de 10% á normal, e a imagem histológica tornou-se normal.

A *hipoparatiroidia* manifesta-se por uma hipocalcemia, hiperfosfatemia, crises de tetania, eliminação calcica diminuida, balanço calcico positivo. Apresenta a observação duma mulher de 30 anos, operada por bocio colóide. Manifesta-se, em seguida, uma tetania cronica (sinais de

Chwostek e Trousseau positivos, caimbras, marcha difícil, contracturas permanentes). Hipercaleificação intensa de todo o esqueleto, apresentando uma opacidade maior que o normal. Calcemia: 0.050 — Fosfatemia: 0.042 — Fosfatases: 2.9 unidades Roberts. A administração de calcio em injeções e por via oral, raios ultra-violeta, regime acidossante, vitamina D, paratormonio, etc., perderam rapidamente seus efeitos. Só com o tratamento pelo A. T. 10 de Holtz (antitetânico 10) que a doente se curou.

Na *hipertireoidia* clinica ou experimental a calcemia e a fosfatemia permanecem normais, a eliminação calcica urinária é excessiva, os balanços calcicos são deficitários. Ha uma descalcificação tireogenea, assinalada por Recklinghausen em 1891, tendo sido estabelecida experimentalmente a ação descalcificante da tiroxina. A terapeutica consiste na tireoidectomia em dois tempos. O fator duração tem mais importancia que o fator gravidade da molestia. Apresenta duas observações: duma mulher de 61 anos que sófre, desde 1915, de Basedow, e duma moça de 22 anos com fenomenos de hipertireoidia. Ambas foram operadas, curando-se a primeira, e morrendo a segunda tres horas após a intervenção.

A *hipotireoidia* manifesta-se por uma calcemia e fosfatemia normais, eliminação calcica urinária baixa, balanço calcico positivo. Hipercaleificação. Descreve sumariamente a observação duma moça de 24 anos, tendo uma hipotireoidia.

E. J. Kanan.