

A PEDIATRIA

Revista Mensal de Clínica, Patologia e Higiene Infantil

CONSELHEIRO DE REDAÇÃO:
PROF. OLINTO DE OLIVEIRA
Inspetor de Higiene Infantil

DIRETOR-CIENTIFICO-RESPONSÁVEL:

DR. EDGAR FILGUEIRAS
Chefe de Serviço no H. Artur Bernardes

REDATOR-SECRETÁRIO

DR. ADAUTO DE REZENDE
Assistente do H. Artur Bernardes

REDATORES:

DR. ARESKY AMORIM
Cirurgião adjunto da Policlínica Geral

DR. ADAMASTOR BARBOSA
Chefe de Serviço no H. Artur Bernardes

DR. ALVIMAR DE CARVALHO
Assistente do Serviço de B.C.G.
da Liga B. contra a Tuberculose

DR. CARLOS F. DE ABREU
Livre docente da Faculdade
de Medicina

DR. CALAZANS LUZ
Chefe de Serviço no
H. S. João Batista

DR. JOSÉ M. DA ROCHA
Chefe de Serviço no H.
S. Sebastião

DR. LEONEL GONZAGA
Livre docente da Faculdade de
Medicina

DR. LUIZ MAGALHÃES
Chefe de Serviço no H. Artur
Bernardes

DR. MARIO OLINTO
Diretor do H. Artur Bernardes

DR. MARTINHO DA ROCHA
Livre docente da Faculdade de Medicina

ANO I - JANEIRO e FEVEREIRO 1934 - FASCICULOS 1 e 2

Redação e Administração: Travessa do Ouvidor, 36 - 4.º andar

RIO DE JANEIRO – BRASIL

RHEUMA

Xarope Peitoral

CONTRA TODAS

≡ AS TOSSES



PARA ADULTOS E CRIANÇAS.

SABOR AGRADÁVEL.

EFEITO RÁPIDO.



**LABORATÓRIOS DO INSTITUTO PASTEUR
DE LISBOA**

Representante no Rio: JOSÉ CONSTANCE

RUA SÃO PEDRO, 28-1.º andar

ANEMIAS VERMINOSAS: —→ **PÍLULAS VITALIZANTES**

Tratamento moderno e eficiente, SEM OS RISCOS E AS CONTRA-INDICAÇÕES DOS VERMIFUGOS EM GERAL

HEREDO-SYPHILIS: —→ **MERCURASE**

Ampolas com **BI-IODURETO DE MERCURIO** para uso intra-muscular. **INDOLOR** (sem anestésico), **SEM REACÇÃO LOCAL, NÃO DEIXANDO NÓDULOS OU INDURAÇÕES.**

A dissolução do **BI-IODURETO DE MERCURIO** é feita pelo próprio Medico, no momento da injeção, em solvente apropriado de Thiosulfato de Magnésio.

MALARIA: —→ **AZULASE INJECTAVEL**

Ampolas com **QUINOFORMIO — AZUL DE METHYLENO e UROTROPINA.** Uso intramuscular. **INDOLOR.** Acção rápida e notavel.

LABORATÓRIO ERNANI LOMBA
Rua da Universidade, 74.
RIO DE JANEIRO

Colaboradores

RIO DE JANEIRO:

Professor Luiz Barbosa

Catedrático de Pediatria da faculd. de Medicina.

Professor Moncorvo Filho

Diretor do Instit. de Proteção e Assist. à Infância.

Dr. Israel França

Chefe de Serviço no H. Artur Bernardes.

Dr. Massilon Saboia

Chefe de Serviço no H. Artur Bernardes.

Dr. Mario Ramos

Chefe de serviço no H. Artur Bernardes.

Dr. Arno Arnt

Chefe de Serviço no H. Artur Bernardes.

Dr. Germano Witrock

Chefe de Serviço no H. Artur Bernardes.

Dr. Waldemar Ribeiro

Chefe de Serviço no H. Artur Bernardes.

Dr. Valdir de Abreu

Assistente do H. Artur Bernardes.

Dr. Castro Garcia

Da Inspetoria de Higiene Infantil.

Dr. Agenor Mafra

Da Cruz Vermelha Brasileira.

Dr. Eduardo Imbassai

Do Instit. de Proteção e Assist. à Infância de Niterói.

S. PAULO

Professor Pinheiro Cintra

Catedrático de Pediatria da Faculd. de Medicina.

Dr. Vicente Batista

Dr. Pedro de Alcantara

PARANÁ:

Professor Raul Carneiro

Catedrático de Pediatria da Faculd. de Medicina.

RIO GRANDE DO SUL:

Professor Gonçalves Carneiro

Antigo Catedrático da Faculd. de Medicina.

Professor Raul Moreira

Catedrático de Pediatria da Faculd. de Medicina.

Professor Florencio Ygartúa

Livre docente da Faculd. de Medicina.

MINAS GERAIS:

Professor Melo Teixeira

Catedrático de Pediatria da Faculd. de Medicina.

BAÍA:

Professor Martagão Gesteira

Catedrático de Pediatria da Faculd. de Medicina.

Dr. Hosannah de Oliveira

Dr. J. Lages Neto

A P E D I A T R I A

Revista Mensal de Clinica, Patologia e Higiene Infantil

SUMÁRIO:

Editorial

Doença de Werlhof. Trombopenia essencial – Dr. Valdir de Abreu.

Episodio pulmonar pseudo-tuberculoso, de evolução cronica, de carater benigno, provocado pelo B. C. G. – Dr. Alvimar de Carvalho.

Pediatria Pratica – Como prescrever a alimentação artificial ao lactente normal com menos de 3 meses? - Dr. Luiz Magalhães.

Das Revistas – Pesquisas sobre a hipoglicemia durante a inanição do lactente – Herbert Schönfeld (Trad. de Edgar Filgueiras).

Contribuição ao estudo da leucemia mieloide e da anemia de Von Jaksch-Luzet no lactente – Drs. J. Lorenzo y Deal e Hector Mourigan (Resum. por Aduino de Rezende).

Sociedades científicas - Sociedade Brasileira de Pediatria.

Noticiario Como se protege a mãe e a criança na Russia Sovietica.

MEDICAÇÃO ANTILUETICA PELO

Biargil

ASSOCIAÇÃO TONICO CURATIVA

ARSENO-HIDRARGIRICA-iodo-FOSFATADA
para crianças

Composição de alto valor curativo
Sabor agradável

Literatura e amostras: pedido pelo Telefone 2-7548

A P E D I A T R I A

Revista Mensal de Clinica, Patologia e Higiene Infantil

EXPEDIENTE:

Redação: Travessa do Ouvidor N.º 36 - 4.º andar
RIO DE JANEIRO - BRASIL

Assinaturas anuais:

Brasil	25\$000
Outros paises	50\$000
Para estudantes	17\$000
Numero avulso	2\$500

Todos os assuntos referentes á colaboração científica e á parte comercial devem ser tratados, na redação, respectivamente com os **Drs. Edgar Filgueiras e Adauto de Rezende**. A assinatura começa e termina em qualquer mês, podendo a sua importância ser enviada em vale postal ou carta registrada.

A mudança de endereço deve ser sempre comunicada, afim de que não haja interrupção na remessa da Revista. Esta não se responsabiliza pelos extravios provenientes dessa circunstancia.

A reprodução ou tradução dos artigos publicados nesta Revista, só serão permitidas quando acompanhadas da indicação de origem.

AOS COLABORADORES

Os originais devem vir dactilografados e de preferência obedecendo à ortografia oficial, que será a adotada pela direção da Revista. Será respeitada, entretanto, a ortografia dos trabalhos assinados, inclusive do nome do autor, contanto que de acôrdo com um desses sistemas ortograficos.

As observações e citações devem estar assinaladas para que sejam impressas em tipo menor.

As citações bibliograficas devem, tanto quanto possivel, obedecer à seguinte ordem: nome do autor, titulo do artigo, nome do jornal ou revista (abreviado), volume, pagina, mês (dia do mês si for semanal) e ano.

As ilustrações (figuras, esquemas, radiografias) devem vir numeradas e acompanhadas das respectivas legendas.

Os trabalhos originais, mesmo simples casos clinicos, devem vir acompanhados de um resumo em separado para ser publicado em francês.

Calcio Pantherapico

Solução a 10 % de **Gluconato de Calcio** rigorosamente titulada.

O melhor calcio estabilizado. Isento de qualquer reação, que por via endovenosa quer por via intramuscular.

Não provoca choques.

Não dói.

Acondicionado em empolas de 5 cc. e 10 cc.—Caixas de 6 empolas

LABORATORIO PANTHERAPICO

Carvalho de Mendonça & Cia. Ltda.

Rua Assumpção, 141 — Botafogo

RIO DE JANEIRO

Snr. Diretor d' "A Pediatria"

Travessa do Ouriço, 36 - 4.º andar

RIO DE JANEIRO

Desejo assinar "A Pediatria" e para isso envio

em
vale postal, carta registrada ou cheque

a importancia de 25\$000

Dr.

Rua

Cidade

Estado

DIARRHÉA DYSENTERIA III

AFFECCÕES
GASTRO-INTESTINAES
EM GERAL
TRATAM-SE COM



ARGODYNAL

a base de:

PRATA e OURO metallicos de acção catalytica-olygodynamica
PATENTE PROF. DR. HOTTINGER

III **O Argodyn** é absolutamente innocuo.
É bem tolerado por adultos e creanças.
Por via bucal e por enteroclismas. III

Productos Pratadyn Ltda.

São Paulo
Rio de Janeiro

Caixa postal, 3621
Caixa postal, 3108 - Phone 7-3951

PEDIATRIA

Revista Mensal de Clínica, Patologia e Higiene Infantil

Ano I

Janeiro e Fevereiro — 1934

Fascículos 1 e 2

EDITORIAL

A PEDIATRIA, que aparece hoje no seu primeiro numero, representa uma tentativa sem duvida arrojada de um grupo de pediatras obstinados ainda, apesar de tudo, em realizar neste ambiente indigena, qualquer coisa de idealista, mas sobretudo de pratico e sutil, senão á ciencia, pelo menos aos nossos medicos em geral e aos pediatras especialmente.

A pediatria como especialidade cientifica, só nestes ultimos anos tem feito progressos reais, apreciaveis entre nós. Basta referir que, até bem pouco tempo não tínhamos revistas dessa especialidade. Ha pouco mais de um lustro começaram de aparecer a «Pediatria Pratica», de S. Paulo, seguiram-se os «Arquivos de Pediatria», daqui, mais tarde a «Pediatria e Puericultura» da Baía, e a «Revista de Pediatria», do Paraná. E todas essas tentativas de publicações representam, como é obvio, maior desenvolvimento da materia, maior applicação á especialidade, forçando a divulgação dos ensinamentos hauridos no estrangeiro ou mesmo sistematizados pelos nossos pediatras. Mas parecerá talvez a muitos que a nossa tentativa é por assim dizer demasiadamente optimista. Com que elementos contamos nós neste cometimento? Animam-nos a solidariedade moral e cientifica do nosso Diretor, Professor Olinto de Oliveira, atual Inspetor de Higiene Infantil, figura apostolar cuja dedicação á ciencia pediatrica e a essa causa a um tempo grandiosa e premente da criança entre nós, tem sido indiscutivelmente o nucleo central a operar o milagre, digamos com franqueza, de conseguir congregar, reunir em torno de si um numeroso grupo dos nossos mais notaveis especialistas, dispostos a emprender os seus melhores esforços para que seja resolvido, entre nós, de uma maneira verdadeiramente cientifica e condizente á nossa civilização, esse inadiavel e impressionante problema — e a dessa pleiade de ilustres especialistas, em cujo primeiro plano destacam-se os nomes de Leonel Gonzaga, Mario Olinto, Martinho da Rocha, Adamastor Barboza, José Mar-

tinho da Rocha, Aresky Amorim, Luiz Magalhães, Carlos F. de Abreu, Alvimar de Carvalho, Calazans Luz e muitos outros, desta Capital, o professor Raul Carneiro, no Paraná e os professores Raul Moreira e Florencio Ygartúa, no Rio Grande do Sul, que espontâneamente nos hipotecaram a sua solidariedade e cooperação científica.

O principal escôpo desta Revista é divulgar a produção científica especializada desta Capital e dos nossos principais estados, mas como os seus diretores desejam que a mesma, embora sendo um órgão da especialidade, possa interessar também aos médicos do interior do país, privados de acompanhar de perto os progressos realizados nos grandes centros, manteremos uma seção permanente, intitulada – Pediatria pratica, constando de pequenos artigos, sôbre assunto essencialmente pratico, quasi limitado á maneira por que deve conduzir-se ou agir o clinico em cada caso, e que serão elaborados por professores e clinicos experimentados na profissão. Assim, neste numero essa seção traz a maneira pratica de instituir a alimentação artificial num lactente normal de menos de 3 meses, mas sómente do ponto de vista qualitativo, desobrigando-se dêsse encargo o nosso ilustre colega Dr. Luiz Magalhães, professor da materia no curso de Pediatria do Abrigo Hospital Artur Bernardes. No proximo numero, o nosso colega Dr. Adamastor Barboza, também professor do referido curso, tratará do mesmo assunto, mas sob o ponto de vista quantitativo.

É nosso intuito, igualmente, crear uma outra seção também de indiscutivel utilidade para os que labutam na profissão longe dos centros de maior atividade. É a seção destinada a consultas feitas por qualquer medico, sôbre qualquer assunto pratico ou teorico, do ponto de vista diagnostico ou terapeutico da especialidade para serem respondidas em o numero seguinte, aproveitando assim a resposta a todos os nossos leitores. Esta importante e util seção ficará a cargo do ilustre professor Dr. Martinho da Rocha, que, espontâneamente, ofereceu-se para tomar a si essa tarefa.

Aí está, pois, a recém-nascida, a sua vida que auguramos longa e fecunda, fica assim confiada aos cuidados da puericultura dos nossos pediatras ...

A REDAÇÃO

OS LEITES EM PÓ DA NESTLÉ



LEITE EM PÓ, GORDO,

homogeneizado. É o leite
cuja composição mais se
aproxima da do leite materno.

COMPOSIÇÃO: Gordura 25.00% - Proteínas 16.20%
Lactose 53.30% - Cinzas 3.50% - Água 2.00%



LEITE EM PÓ, MEIO GORDO,

contendo 4 açúcares diferentes.
Indicado para as crianças que
não suportam o leite gordo.

COMPOSIÇÃO: Gordura 12% - Proteínas 20%
Lactose 30% - Maltose - Dextrina 15%
Saccharose 15% - Cinzas 4.7% - Água 3.3%



LEITELHO ÁCIDO EM PÓ,

de fácil preparação. Indicado nos
casos de diarréia e dysenteria nos
lactantes, crianças e adultos.

COMPOSIÇÃO: Gordura 14.0% - Proteínas 29.5%
Lactose 40% - Cinzas 6.5%
Ácido láctico 6.0% - Água 4.0%

COMPANHIA NESTLÉ
RIO DE JANEIRO
CAIXA POSTAL 760
USINA EM ARARAS
(S. PAULO)

DESBI

DESBI Adulto 2cc. 0,01 de Bi I³ e 0,01 de Na I

DESBI Infantil 2cc. 0,003 de Bi I³ e 0,003 de Na I

Resolvido o problema da syphilis pela Bismuthotherapia com o iodo Bismuthito de sodio hyalino

DESBI

é o espirilicida mais moderno para o tratamento da syphilis em todas as suas modalidades, especialmente nas perturbações nervosas e circulatorias.

é o unico iodo bismuthito de sodio solubilizado em agua bidistilada.

não contém anesthesico.

é indolor e não tem contra-indicações.

não produz a menor reação local

é considerado, pela experiencia, **in anima nobilis**, o producto mais efficaz.

não tem similar.

LABORATORIO CHIMIOThERAPICO RIO
Caixa Postal 1682

TELEPHONES 2-2471 e 9-2802
RIO DE JANEIRO

Creanças anemicas,
lymphaticas, rachiticas

curam-se com

JUGLANDINO
DE GIFFONI

saboroso xarope iodo-phospho-calcico, superior ao oleo de figado de bacalhão e ás emulsões. Receitado diariamente pelas summidades medicas. Nas drogarias e pharmacias.

AS CREAÇAS DE PEITO

Cujas mães ou amas se tonificam com o VINHO BIOGENICO de Giffoni – ficam bellas, robustas e augmentam de peso.

Nas boas pharmacias da Capital e dos Estados.

DOENÇAS BRONCHO-PULMONARES

Um medicamento verdadeiramente ideal para creanças, senhoras fracas e convalescentes é o **Phosphothiocol Granulado de Giffoni**. Pelo **Phosphocalcio physiologico** que encerra, elle auxilia a formação dos dentes e dos ossos, desenvolve os musculos, repara as perdas nervosas, estimula o cerebro; e pelo **sulfogaiaicol** tonifica os pulmões e desintoxica os intestinos. Em pouco tempo o appetite volta, a nutrição é melhorada e o peso do corpo aumenta. É o fortificante indispensavel na convalescença da pneumonia, da influenza, da coqueluche e do sarampo.

Precioso recalcificante e remi-neralizador – Receitado diariamente pelas summidades medicas. Em todas as Pharmacias e Drogarias.

Doença de Werlhof. Trombopenia essencial (*)

(Trabalho do Hospital Artur Bernardes)

ORIGINAL DO
DR. WALDIR DE ABREU
Medico-Assistente

A observação que segue não tem talvez mais que um interesse, a oportunidade de uma comunicação á Sociedade Brasileira de Pediatria. Igual a muitas outras que os clas-sicos têm arquivado, variando embora em detalhes, ela se salienta especialmente pela obscuridade da doença que assinala.

Na segunda quinzena de outubro, do corrente ano, fomos no Consultorio da Inspetoria de Higiene Infantil, em Ipa-nema, procurados por uma de nossas antigas clientes, acom-panhada pela segunda filha – escolar, do sexo feminino, de cõr preta, com nove anos de idade – porque esta apresentava, sem causa aparente, datando de dois dias, manchas escuras pelo corpo e hemorragias das gengivas.

Pêla anamnêse verificamos tratar-se da menor Zilda, re-sidente á rua Farme de Amoêdo, n.º 150, nascida a 7 de outubro de 1924, em parto rapido, espontaneo, a termo, pe-sando 2.900 gramas. A queda do coto umbelical se deu nor-malmente no sexto dia. Alimentação natural exclusiva, com intervalos regulares até o quinto mês. Desmame com sopas e mingáus. Desde os dois anos alimenta-se como os adultos. Sentou aos sete meses e andou com um ano de idade. Au-sencia absoluta de transtornos nutritivos. Sarampo, coquelu-che e varicela. Sempre foi franzina. Bom apetite. Sono calmo. Inteligencia normal e carater docil.

(*) Trabalho apresentado á Sociedade Brasileira de Pediatria, em sessão de 14 de Dezembro de 1933.

Ausencia, na ascendencia, de casos suspeitos de sífile e tuberculose. Pais vivos, moços, não consanguíneos e aparentemente sadios. Os irmãos, em numero de quatro, foram por nós examinados e nada apresentavam de anormal. Quanto aos tios e avós as informações são tão imprecisas que não permitem qualquer conclusão.

As anormalidades apontadas não se acompanhavam de evidentes desvios da saúde, a menina se achava apiretica, não tossia, não havia vomitado ou regeitado os alimentos, as evacuações eram normais, não apresentava a menor alteração de humôr e conservava o mesmo interesse pelas ocupações caseiras e escolares. A mãe procurava o Consultorio porque as hemorragias da boca e as manchas da pele persistiam, com tendencia a se tornarem mais abundantes aquelas e mais numerosas estas.

Apuramos ainda tratar-se da primeira manifestação dos sintomas referidos e que, com relação a êsses, apenas se lembravam de uma hemorragia nasal, ocorrida ha tempos, que demorou muito a ceder.

Com tais dados passamos ao exame somatico, constataando desde logo o pouco desenvolvimento da doentinha, tanto sob o ponto de vista ponderal, quanto estatural. Peso: 20.500 gramas. Estatura: 120 centímetros.

Á simples inspeção destacavam-se sôbre a pele de côr negra, numerosas manchas vinhosas, disseminadas, multiformes e de tamanhos variaveis predominando na face e membros inferiores. Manchas que não desapareciam pela pressão e surgiam, nas zonas, onde se provocasse uma hiperemia passiva. Assim á aplicação, num dos braços da paciente, de uma faixa elastica, durante cinco minutos, seguiu-se o aparecimento de petéquias, sufusões sanguíneas, abaixo do ponto de compressão – fenomeno de Rumpel-Leede positivo.

Musculatura bem desenvolvida. Bôa tonicidade muscular. Atitude e marcha normais. Perfeita mobilidade articular. Ausencia de dores osseas, mesmo sob pressão. Ganglios cervicais e inguinais ligeiramente engorgitados. Temperatura axilar: 36°,4 centigrados.

Presença de hemorragias nas conjuntivas. Na cavidade bucal, sufusões sanguíneas quasi por toda parte. Entre os dentes, que eram da melhor implantação e bem conservados,

havia coágulos sanguíneos abundantes, que quando destacados ocasionavam novas hemorragias.

Os exames dos aparelhos digestivo, respiratório, circulatório, genito-urinario e nervoso não revelaram anormalidade alguma. Requerendo o caso, para esclarecimentos, exames complementares, que não podiam ser realizados naquele Consultorio, a menina foi por nós encaminhada ao Laboratorio do Hospital Artur Bernardes, onde sob a direção do Dr. Mario Magalhães, o Assistente R. Moniz Aragão fez as seguintes verificações:

a) SANGUE:	NORMAL: (STRANSKY)
Tempo de coagulação,	6 minutos
(Sabrazés)	5-8 minutos
Tempo de hemorragia, 27 minutos...	3-4 minutos
Aspeto do coagulo, sem retração e dessôramento	Com retração e dessô- ramento
Trombocitos 11.200 por mm ³	300-500.000 por mm ³
Eritrocitos 5.648.000 por mm ³	4-5 milhões por mm ³
Leucocitos 10.000 por mm ³	5-10.000 por mm ³
Hemoglobina 80%	75-85%
Valor globular 0,8	1
Relação globular 1:564,8	1:500
Linfocitos 19%	20-40%
Monocitos 11,5%	4-10%
Neutrofilos 63%	52-70%
Acidofilos 5,5%	1-4%
Basofilos 0,0%	0,0-0,6%
Formas de Transição 1%	
Reação de Wassermann: negativa.	

b) URINA:
Sedimento normal, ausência de albumina e glicose.

c) FEZES:
Negativo para ovos de parasitos.

Desta exposição resulta que os sintomas dominantes, apresentados pela escolar que foi levada ao nosso serviço, eram as manchas vinhosas da pele, mais ou menos salientes, firmes e inalteraveis sob a pressão do dedo, denominadas comumente: *púrpuras*.

Consideradas pelos antigos, entidade morbida por si mesmas, foram estas já ha algum tempo reduzidas á qualidade de symptoma. « Tanto podem ser a expressão de uma perturbação nervosa de uma doença geral ou infectuosa, como também o resultado de uma intoxicação ». W Machado.

Epoca mais de analyse que de synthese, êste capitulo da patologia, ora sob o ponto de vista dermatologico, ora hematologico tem sofrido, nestes ultimos anos, sucessivas e proveitosas revisões.

Ainda no seculo dezoito, Wickmann já estabelecia as bases para separar algumas destas syndromes hemorragicas, em particular, o escorbuto e a hemofilia; a primeira modernamente considerada uma doença por carencia e a ultima uma diatese familiar hereditaria.

Mais tarde Hutinel mostrava o papel das infecções secundarias na produção de lesões, em tudo, identicas ás descritas sob a denominação classica de purpuras.

Não menos importantes foram os trabalhos de Marfan. Apert, Henoch, Schönlein e tantos outros, mas estamos com Chiaffarelli, quando de uma feita em trabalho sôbre o assunto, publicado na «Pediatria Pratica» escreveu: «até o aparecimento dos trabalhos de Benjamin, e sobretudo de Glanzmann, da clinica de Czerny, em Berlim, reinava discordancia de opiniões, entre os varios autores que se dedicavam ao estudo das purpuras, tanto no que dizia respeito á classificação, quanto ao tocante aos metodos de diagnostico». Foi êste ultimo autor que indicou, após exhaustivo estudo sôbre as purpuras infantis (*Beiträge zur Kenntniss der Purpura im Kindesalter – Jahrbuch für Kinderheilkunde*, vol. 83, 1916), uma razoavel systematica das purpuras.

Glanzmann dividiu as afecções purpúreas em dois grandes grupos: 1) púrpura anafilactoide, compreendendo – a púrpura simples, a reumatica de Schölein, a abdominal de Henoch e a fulminante; 2) *morbus maculosus Werlhofii*, subdividido nas variedades idiopatica e symptomatica.

Os sinais apresentados pela nossa doentinha eram absolutamente typicos e reproduziam o quadro clinico da doença de Werlhof, da trombopenia essencial segundo a justa proposição de Frank, por isso que nesta syndrome, a diminuição dos trombocitos é a alteração hematica capital.

As primeiras observações desta afecção são devidas ao autor que lhe deu o nome (1735), que, desconhecendo a natureza essencial da doença, publicou «dois casos de púrpura hemorrágica a largas equimoses, sobrevindo em indivíduos jovens e não se acompanhando de qualquer outra perturbação da saúde». (Hutinel).

A trombopenia essencial é sobretudo uma enfermidade da idade escolar, particularmente do sexo feminino, em geral, por consequência, das meninas dos 7 aos 11 anos. Eventualmente pôde atingir os meninos e as meninas de outras idades. Com referência às predisposições patológicas os autores clássicos são omissos. Barbier, todavia, fala no aparecimento de alguns casos, na convalescência de infecções gripais. Zilda não havia tido gripe. Outrossim, a coincidência da exteriorização da doença com o período escolar, levou alguns a atribuir á fadiga o papel de causa desencadeante, hipótese hoje abandonada.

Com relação á etiologia, nenhum dos germes até aqui isolados tem resistido ás críticas e argumentações posteriores.

A doença sobrevem sem causa, bruscamente em plena saúde. As mucosas começam a sangrar e erupções purpúricas, representadas sobretudo por equimoses disseminadas, surgem pelo corpo sem ordem e sem simetria. Equimoses de tamanhos variaveis e multiformes, situadas de preferencia no tronco e membros inferiores. Bem característica nesta afecção, é a ausencia das alterações gerais comuns das molestias agúdas, o mesmo não acontecendo ao sangue onde as modificações são de tal ordem que permitiram a individualização da doença. Assim, enquanto o tempo de coagulação se mantém normal, seis minutos no caso concreto, o tempo de hemorragia se torna excessivamente prolongado, 27 minutos em lugar de 3-4 minutos. O coagulo se retrái mal, e as plaquetas se reduzem tanto, que em alguns casos faltam completamente, 11.200 por mm^3 , em o nosso caso, em vez de 300.000 por mm^3 . A taxa de hemoglobina e a formula hemo-leucocitaria pouco se modificam no começo da molestia.

Sôbre a questão do diagnostico diferencial, muito embora o cortejo sintomatico do caso, evidentemente classico, não permita qualquer duvida sobre a certeza do diagnostico,

lembraria que as manifestações exteriores apresentadas pela doentinha poderiam, como já dissemos, ser tomadas como expressão de outras formas de púrpuras, de uma perturbação nervosa, doença geral ou infectuosa, de uma intoxicação. Nas outras formas de púrpura (simples) reumatica de Schönlein, abdominal de Henoch e fulminante) além de febre, artralguas, colicas e outras alterações gerais, o numero de plaquetas é normal bem como o tempo de hemorragia; na variedade sintomatica do *morbus maculosus Werlhofii* também não se verificam modificações hematicas. Uma doença geral ou infectuosa traria forçosamente comprometimento do estado geral ou dos aparelhos. Intoxicação sem a ingestão de toxico, sob a mesma alimentação, sem a concomitancia de acidentes entre os irmãos, é uma suposição perfeitamente regeitavel. As perturbações nervosas, decididamente, não influem no aspeto do coagulo e outros desvios sanguineos.

Quanto á patogenia do extravasamento sanguineo, fenomeno predominante da afecção, parece está assentado, entre os autores modernos, ser êste devido, na doença de Werlhof, a lesões medulares (púrpura mielogenica) e nas outras variedades a alterações vasculares (púrpuras vasogenicas).

Sendo um estado que costuma persistir, durante toda a existencia, é de prognostico reservado, não tanto por si, apesar do perigo de uma hemorragia intensa, quanto pela possibilidade da medula ossea não compensar sempre as repetidas perdas sanguineas – anemia aplastica. As recidivas são freqüentes e os casos cronicos não são raros. A nossa observada só apresentou sinais exteriores da doença durante uma semana. Continúa com saúde, sem o menor sinal aparente, denunciador da molestia.

O tratamento é muito precario. « A ignorancia atual das condições etiologicas e patogenicas da doença reduz a nossa intervenção terapeutica méras tentativas empiricas, apenas justificadas por analogias e suposições ». (Olinto de Oliveira). Assim são particularmente indicados os preparados contendo trombocitos de animais e as injeções de sangue total de individuos normais. A nossa doentinha recebeu três injeções de dez centimetros cubicos de sangue materno e fez uso de um sal de calcio, cloreto de calcio, na dose de 2 gramas diariamente, durante 15 dias.

Maladie de Werlhof. Thrombopénie essentielle

RESUMÉ:

L'auteur rend compte cas typique de maladie de Werlhof d'évolution bénigne, observé chez une enfant âgée de 9 ans. Les extériorisation cliniques avaient tout à fait disparu dans une semaine, et ont consisté, sans d'autres altérations ou troubles engageant l'état général, en des suffusions sanguines, surtout aux joues et aux membres inférieurs; hémorragies des muqueuses visibles et épreuve d'hyperhémie positive (Rumpel-Leede). Les examens complémentaires ont révélé: temps de saignement augmenté (27 minutes); temps de coagulation normal (6 minutes Sabrazés); thrombocytes diminués, 11.200 par mm^3 ; caillot sanguin sans rétraction et sans exsudation du sérum. Il fait dans la suite quelques commentaires sur la pathogénie, le diagnostic et le pronostic de la maladie et finit par indiquer comme ressource thérapeutique les préparés classiques contenant thrombocytes d'animaux.

**«Episodio pulmonar pseudo-tuberculoso,
de evolução cronica, de caráter benigno,
provocado pelo B. C. G.»**

ORIGINAL DO

DR. ALVIMAR DE CARVALHO

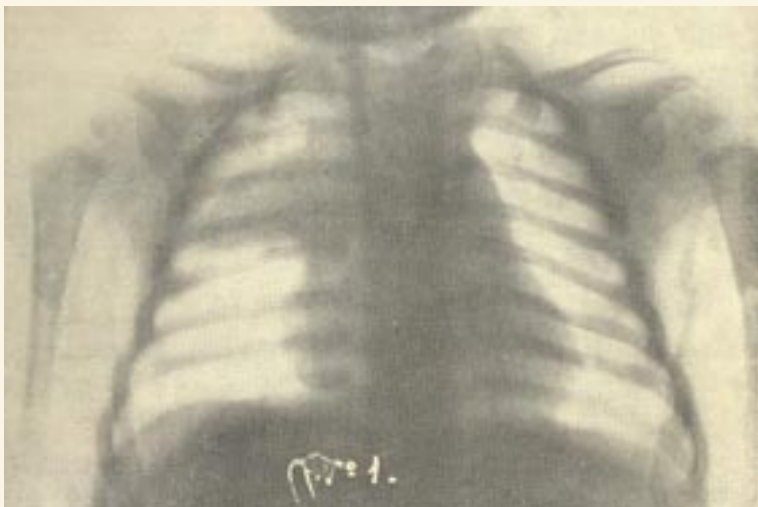
(Assistente Clínico do Serviço B. C. G. da Liga
Brasileira contra a Tuberculose)

Menor Alandino, nascido em 5-3-930, é matriculado no nosso Serviço sob o n.º 1428. Filho unico, nascido a termo, de parto natural, pesando 3200 grs. e medindo 50 cm. Pais sadios quanto a tuberculose e sífilis (radiografia pulmonar, exame de escarro e reação de Wassermann negativas). Vacinado com B. C. G. nos 3.º, 6.º e 8.º dias de vida, tomando 0,02 em cada dose.

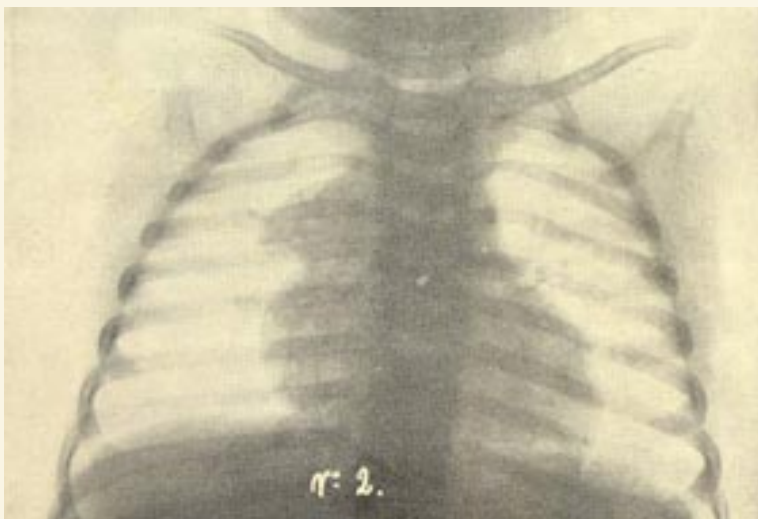
HISTORIA CLINICA – É examinado pela primeira vez aos 3 meses de idade. Com alimentação natural pesava 6100 grs. e media 62 cms. Em convalescença de estado catarral das vias respiratórias superiores, de que foi atacado ha um mês. Tosse humida, banal, sómente á noite. Catarro nasal muco-purulento. Sem febre. Bom estado nutritivo. Bom humor. Fígado e baço não crescidos. Escuta pulmonar normal. O diagnostico clinico feito foi: Rinofaringite já em declinio. Feita a RM (*), o resultado foi positivo forte (+++). Mesmo não havendo contagio conhecido com bacilo tuberculoso virulento, o inesperado resultado da allergia nos fez considerar o caso como suspeito, pois na quasi totalidade dos casos a allergia de B. C. G. é de intensidade fraca ou media. Tirada radiografia pulmonar a surpresa aumentou (vêr radiogr. n.º 1). «Na metade superior do pulmão direito nota-se sombra homogenea, de aspêto triangular com base hilar.

(*) RM quer dizer reação de Mantoux. Todas as RM deste trabalho foram feitas com 1 miligramo de tuberculina e lidas 48 horas após. VP quer dizer cuti-reação de Von Pirquet.

**Episodio pulmonar pseudo-tuberculoso, de evolução cronica,
de caráter benigno, provocado pelo B. C. G.**

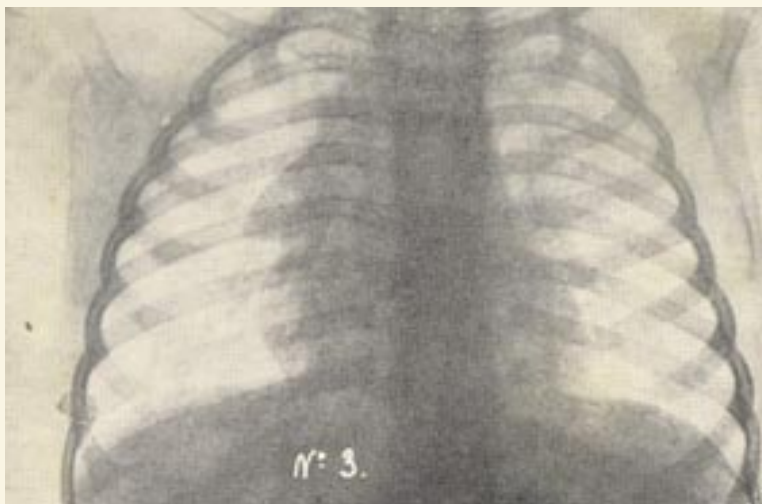


Alandino. 3 meses. RM positiva forte. Na metade superior do pulmão direito nota-se sombra homogenea, aspéto triangular, com base hilar. Imagem nodular juxta-traqueal direita. Metade inferior desse pulmão e todo o esquerdo se mostram normais.

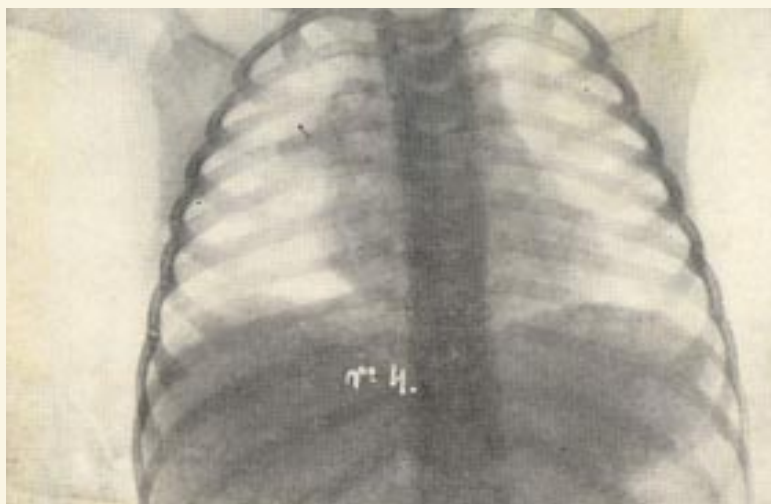


Alandino. 1 ano. RM positiva media. Pequena cisura visível. Pequena imagem homogenea, de aspéto triangular, com base hilar, junto ao polo superior do hilo direito (confróntando-se com a radiografia anterior nota-se franca tendencia regressiva).

**Episódio pulmonar pseudo-tuberculoso, de evolução crônica,
de caráter benigno, provocado pelo B. C. G.**



Alandino. 16 meses. RM postiva media. O mesmo aspéto da radiografia n.º 2: estacionamento da lesão.

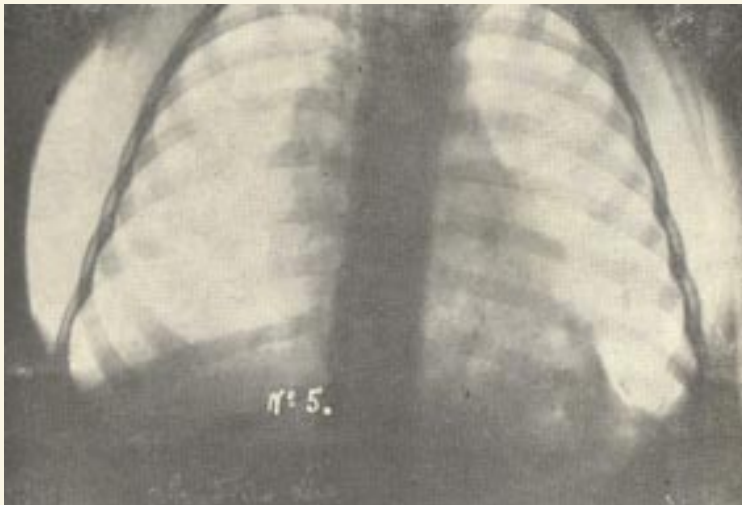


Alandino. 22 meses. RM positiva media. O mesmo aspéto das radiografias n.ºs 2 e 3.

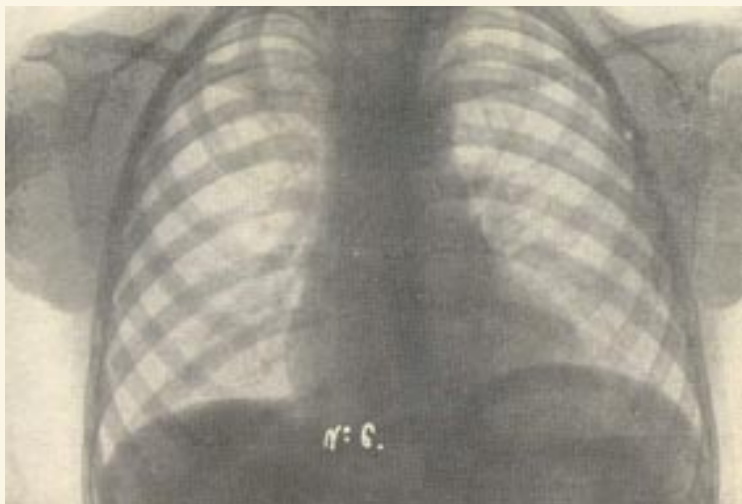
Imagem nodular juxta-traqueal direita. Metade inferior desse pulmão e todo o esquerdo se apresentam normais». Apesar das escassas manifestações clínicas (tosse discreta, banal e catarro nasal muco-purulento) e da ausência de contágio conhecido com bacilo virulento, a imagem radiológica e o estado alérgico nos induziram a considerar o caso, com toda razão, como muito suspeito de tuberculose ganglio-pulmonar. Só a evolução resolveria as dúvidas. Novo exame é feito duas semanas após. Continuando com alimentação natural, pesava 6450 grs. (aumento da curva). Há uma semana com novo estado catarral das vias respiratórias: tosse húmida, frequente, às vezes emetizante; congestão faríngea; roncos, síbilos e estertores sub-crepitantes (medios); sem febre. Pouca alteração do estado geral. Fígado e baço não crescidos. Bom estado nutritivo. Esse estado catarral dura mais os dois meses seguintes, sempre sem febre. A curva ponderal sempre ascendente: lucra 1050 grs. durante esse período. Estado geral normal (humor, sono, apetite). Aos cinco e meio meses nova radiografia mostra o mesmo aspecto anterior: estacionamento radiológico da lesão. Aos 6 meses com alimentação natural pesava 7730 grs. Bom do estado catarral. Sem tosse. Estado geral bom. No seu segundo semestre de vida, com alimentação mixta, nada apresenta de anormal. Ao completar 1 ano, com alimentação artificial, pesava 9650 gr. Teve ultimamente dois surtos seguidos de dispepsia. Atualmente com bom humor, bom apetite, dormindo bem. Sem febre. Bom estado nutritivo. Fígado e baço não crescidos. Escuta pulmonar normal. RM positiva média (++) e VP negativo. Exame — fézes — BK — negativo. Radiografia (vêr n.º 2) «Pequena cisura visível. Pequena imagem homogênea, de aspecto triangular, com base hilar, junto ao polo superior do hilo direito (confrontando-se com a radiografia anterior, nota-se franca tendência regressiva). « Em 6-5-931 (14 meses) pesava 9320 grs. e média 75 cms. Queda da curva ponderal. Ultimamente teve novos surtos dispepticos, de duração moderada. Paniculo e turgor diminuídos. Mucosas ligeiramente descoradas. Fígado e baço não crescidos. Escuta pulmonar normal. RM positiva média (++) e VP negativo. Pesquisa negativa de BK nas fézes e no escarro colhido na garganta. Radiografia «O mesmo aspecto da ra-

diografia anterior: estacionamento radiológico da lesão». Aos 16 meses, pesando 10500 grs. é acometido de estado catarral das vias respiratórias, durando uma semana, sem grande repercussão sobre o estado geral. Língua geográfica. Carnes pastosas. Fígado e baço não crescidos. Estado alérgico estacionário: RM positiva média (++) . Pesquisa negativa de BK nas fezes e no escarro colhido na garganta. Radiografia (vêr n.º 3) mostra o estacionamento da lesão. O segundo semestre do segundo ano decorre sem grandes alterações. Apenas algumas manifestações exsudativo-diatélicas: ascensão irregular, em zig-zag, da curva ponderal, rinofaringites, manifestações eczematosas. O estado alérgico permanece estacionário: RM positiva média (++) e VP negativo. Pesquisa negativa de BK nas fezes (2 vezes). Durante êsse segundo ano são tiradas duas radiografias: aos 18 e meio e aos 22 meses. Ambas revelam ainda o estacionamento da lesão pulmonar (vêr radiogr. n.º 4). Em 12-9-932 (2 e meio anos) pesava 14350 grs. e media 91 cms. Tem gozado boa saúde nos últimos 6 meses. Sem tosse nem febre. Bom humor. Bom apetite. Bom estado nutritivo. 1.^a dentição bem conservada, sem anomalias. Fígado e baço não crescidos. Escuta pulmonar normal. RM negativa (-). Radiografia (vêr n.º 5) «Desaparecimento da imagem triangular. Nota-se apenas espessamento homogêneo junto ao polo superior do hilo direito. Campos pulmonares de transparência normal». É digno de notar-se a simultaneidade da volta ao estado anérgico com o clareamento do campo pulmonar comprometido. Em 10-5-933 (3 anos) pesava 14650 grs. e média 96 cms. Após o último exame — há 6 meses — tem passado muito bem; apenas uma só vez resfriado, febril, há duas semanas. Ainda tosse discreta, banal e apetite diminuído desde êsse resfriado. Paniculo e turgor bons. Ganglios latero-cervicais, axilares e inguinais, 2-4, como ervilha e grão de milho. Coração normal. Fígado e baço não crescidos. Pulmões: raros roncacos disseminados, mais á direita. Aspêto geral muito bom. Exame — fezes — BK — negativo. Ascaridiose. RM negativa. É revacinado com a dose única de 0,10 B. C. G. Radiografia «Discreto espessamento no polo superior do hilo direito. Campos pulmonares de transparência normal». Em 11-10-933 (3 anos e 7 meses) pesava 15870 grs. e média 102 cms. A não ser

**Episodio pulmonar pseudo-tuberculoso, de evolução cronica,
de caráter benigno, provocado pelo B. C. G.**



Alândino. 30 meses. RM negativa. Desaparecimento da imagem triangular. Nota-se apenas espessamento homogêneo, junto ao polo superior do hilo direito. Campos pulmonares de transparência normal.

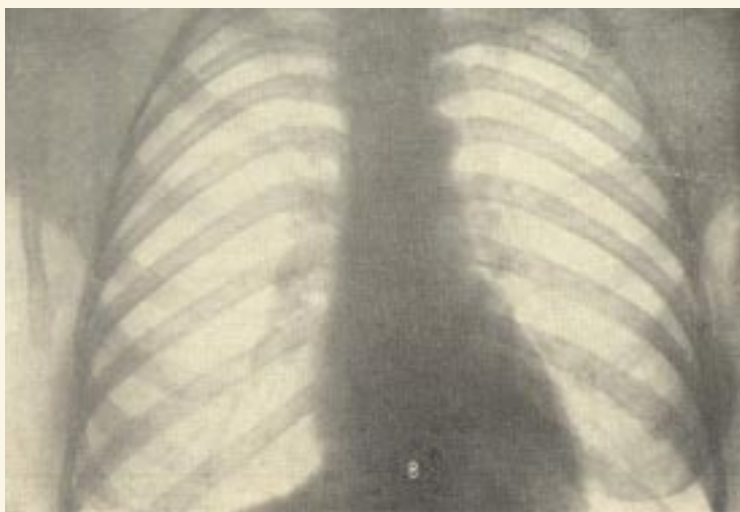


Alândino. 3 anos e 7 meses. RM negativa.
Transparência pulmonar normal.

**Episodio pulmonar pseudo-tuberculoso, de evolução cronica,
de caráter benigno, provocado pelo B. C. G.**



Pai de Alandino. 32 anos. Transparencia pulmonar normal.



Mãe de Alandino. 28 anos. Transparencia pulmonar normal.

apetite diminuído, no mais vai passando bem. Sem tosse nem febre. Bom estado nutricional. Aspecto geral bom. Abdome, pulmões: normais. RM negativa. Radiografia (vêr n.º 6) «Transparência pulmonar normal». Examinado novamente em 16-11-933 (3 anos e 8,5 meses) continuava a passar bem. RM negativa. É novamente revacinado com a dose única de 0,10 B. C. G.

* * *

Êsse caso clínico, recém-exposto, observado durante 3 e meio anos, apresenta um grande interesse por mostrar uma reação pulmonar anômala, provocada pelo B. C. G. Sendo a criança uma exsudativo-diátesica, isto é, com tendência a reagir anormalmente aos excitantes externos, julgamos explicável sua reação pulmonar. Esta, como vimos pela evolução, evoluiu benignamente e com resolução completa. Afirmamos ter esta reação anômala, tipo reação peri-focal, sido provocada pelo B. C. G. e não por bacilo virulento (humano ou bovino) pelos seguintes argumentos:

- 1.º) ausência de contágio conhecido com bacilo virulento;
- 2.º) duração transitoria do estado alérgico, como sóe acontecer com o B. C. G., pois a alergia do bacilo virulento é definitiva;
- 3.º) pesquisa negativa de B. K. nas fezes (7 vezes) e no escarro colhido na garganta (2 vezes);
- 4.º) ausência de comprometimento do estado geral e finalmente
- 5.º) restabelecimento pulmonar completo, sem reliquat.

Épisode pulmonaire pseudo-tuberculeux, de caractère bénin et d'évolution chronique occasionné par le B. C. G.

RÉSUMÉ:

L'auteur décrit un intéressant cas clinique étudié pendant 3 années et demie. Un enfant, exsudatif-diathésique, vacciné avec le B. C. G. par voie orale, aux premiers 10 jours de vie, présente une réaction pulmonaire du type réaction-focale. L'épisode pulmonaire évolue sous une forme bénigne (sans le moindre trouble engageant l'état général) pendant 2 ans,

jusqu'à guérison totale par les rayons X. La réaction péri-focale est attribué par l'auteur au B. C. G. d'après les raisons qui suivent: absence de contagion connue avec bacille virulent, humain ou bovin; durée temporaire de l'allergie tuberculinique et sa disparition en même temps que celle de la réaction pulmonaire; recherche toutes les fois négative de B. K. dans les selles et le mucus cueilli dans la gorge, absence d'altération de l'état général et finalement guérison complète sans reliquat. L'auteur interprète le cas comme en s'agissant d'une réaction au vaccin anormalement forte, due aux conditions particulières du terrain (diathèse exsudative) et met en relief, surtout, l'innocuité absolue de la réaction. C'est le premier cas de la connaissance de l'auteur.

NUTROMALT

AÇUCAR NUTRITIVO PARA LACTENTES

PREPARADO

PELA

Dr. A. Wander S. A.
BERNE - Suíça

ATENÇÃO

**Nova embalagem de
200 grs.
Ao alcance de todas
as bolsas.**

E' preparado segundo Soxhlet e contem maltose e dextrina. E' um alimento ligeiramente antidiarreico e por esse motivo preferivel ao açucar comum nas misturas alimentares dos lactentes. Indicado para a alimentação do lactente sadio ou com disturbio da nutrição. E' o melhor açucar para a dieta de Schiff no tratamento da toxicose, por ser o unico reconhecido como não fermentescivel, indicado para os recém-nascidos, (com menos de 3 meses). Empregado frequentemente pelos mais reputados pediatras de todas as clinicas europeias e nacionais.

FACILITA O DESMAME

Amostras e literaturas com os Representantes:

Prod. Farm. BARROSO & WALTER LTDA.

RUA TEOFILO OTONI, 171 — RIO

PLASMON

Caseinato de calcio.
Insostituível
nas diarreias e distúr-
bios de regime
alimentar.

PLASMON

BISCOITOS
de pura albumina de
leite. Maximo valor nu-
tritivo em minimo vo-
lume

Creme de arroz PLASMON

Alimento saboroso de maxima digestibilidade

Rico em vitaminas
Ideal no desmame

Rinoleina

— POMADA — LIQUIDA —

corilza, rhinites agudas e chronicas, laryngites, otites,
hemorragia nasal, catarro nasal, febre do feno, etc.

EM TODAS AS PHARMACIAS E DROGARIAS DO BRASIL

PEDIATRIA PRÁTICA**Como prescrever a alimentação artificial
ao lactente normal com menos
de 3 meses de idade?****DR. LUIS MAGALHÃES**

Na impossibilidade absoluta de encontrar leite humano deve-se tentar um dos metodos que vou propor ressaltando serem todos êles inferiores á amamentação natural. Deixo de lado a questão quantitativa que será tratada em proximo artigo. Ocupar-me-ei tão sómente da escolha do alimento. Em todos os alimentos que vou indicar entra como liquido diluidor a mucilagem ou o decocto. Convém, pois, indicar o modo geral de prepara-los.

Mucilagem – É o cozimento de grãos de cereais. Entre nós usa-se mais frequentemente o arroz e a aveia. Para 1000 cc. de agua tomam-se 20 a 30 grs. de grãos de arroz bem lavado. Deixar cozinhar em fogo brando durante 45 minutos.

Decantar ou passar em pano limpo para separar a parte liquida dos grãos. Completar para 1000 cc. o volume da agua evaporada. Juntar sal em pequena quantidade. Uma colher de sopa rasa de arroz pesa mais ou menos 18 grs. Portanto colocar 1 1/2 a 2 colheres de sopa. No caso especial da aveia em flocos, basta cozinhar durante 15 a 20 minutos. O resto é igual. A colher de sopa rasa de aveia em flócos orça por 10 grs.

Decocto – É o cozimento de farinha de cereais. As mais frequentemente usadas entre nós são as de trigo, crême de arroz e maizena. Também é feito na porcentagem de 2 a 3%. Para 1000 cc de agua, 20 a 30 grs. de farinha. Des-

manchar bem em agua fria. Levar ao fogo brando, cozinhar durante 10 a 15 minutos. Não é necessario decantar. Completar o volume de agua evaporada. Juntar sal. Uma colher de sopa rasa d farinha de trigo vale mais ou menos 15 grs. De um modo pratico, a diferença entre mucilagem e decocto, sob o ponto de vista nutritivo é que a mucilagem contém menos hidratos de carbono aproveitaveis (cerca de 1%) do que o decocto. Daí preferirem alguns autores a mucilagem para diluidor do leite nos primeiros tempos de vida. No entanto penso que se pode empregar indiferentemente uma ou outra para a diluição do leite em qualquer idade.

ALIMENTOS A USAR

1.º *Leitelho* – Provado empiricamente ser o melhor sucedaneo do lite humano. Encontra-se sob varios nome comerciais (*Eledon, Nutricia, Edel*), reduzido a pós, no mercado. Tenho tido bons resultados com todos êles. Têm um unico inconveniente – seu preço elevado. Para preparar 100 cc. de leitelho tomam-se:

100 grs. de agua.

8 a 10% de pós = 1 colher de sopa rasa de pó.

2 a 3% de farinha = 1 colher de café de farinha de trigo.

5 a 7% de assucar = 1 colher de chá de assucar.

Desmancha-se separadamente na agua o leitelho em pó e a farinha. Misturam-se os dois, junta-se assucar. Leva-se ao fogo. Cozinhase. Põe-se na mamadeira. Resfria-se e dá-se á criança. Duas ponderações de ordem pratica. É necessario prevenir á pessoa que vai fazer o leitelho (geralmente leiga em dietetica) que o leitelho é um leite que tem cheiro e gosto de leite azedo, mas que não é um leite estragado, e sim um leite acido. Além disto, quando a mistura alcança uma certa temperatura, forma-se coalhos, o leite « talha », no entanto continuando-se a aquecer e a agitar a mistura estes coalhos ficam bastante pequenos. Além disto, o bico da mamadeira deve ter um orificio um pouco maior, pois o leitelho depois de preparado tem densidade maior que a do leite de vaca. O leitelho deve ser servido morno eagitado antes de ser dado á criança. Seu sabor não é muito agradável. As crianças ás vezes o recusam por

êste motivo. Quando isto se der, pôde-se aumentar um pouco a quantidade de assucar, ou juntar sacarina. Neste ultimo caso faze-lo sómente depois de tirar a mistura do fogo, quando o leitelho estiver apenas morno.

2.º *Leites em pó* – Ha uma enorme quantidade deles no mercado, e cada dia aparecem novas marcas, em geral boas todas elas. O melhor é familiarizar-se com um ou dois tipos, por exemplo com um tipo de leite em pó desgordurado (*Dryco, Nestogêneo, Airco desgordurado*), e outro de leite em pó completo (*Edelweiss, Nutro, Lactogeno*), adicionado ou não de hidratos de carbono. É completamente impossivel reter de cór as proporções de pó, agua e assucar que as bulas dos varios leites em pó propõem para se conseguir uma mistura eficiente. Não errará muito entretanto quem calcular estas proporções como para o leitelho, ao redor de 10%, de 8 a 12% por exemplo. Quer dizer, portanto, para 100 cc de agua 8 a 12 grs. de pó (ou 1 colher de sopa rasa de pó).

O modo geral de preparação é perfeitamente igual ao do leitelho e acho sempre conveniente a junção de farinha. Como o leitelho têm os leites em pó a desvantagem do preço alto. Quando portanto as posses do doente não permitem usa-los deve-se lançar mão do leite de vaca diluido.

3.º *Leite de vaca diluido* – Para crianças normais até o 3.º mês use-se de preferencia o leite ao meio, quer dizer 1 parte de leite para 1 parte de liquido diluidor. O leite ao terço (1 parte de leite pra 2 de diluidor) caíu em desuso. Assim 100 cc. de leite ao meio constam de:

50 cc. de leite ou 3 colheres e meia de sopa de leite.

50 cc. de mucilagem ou decocto ou sejam 3 e meia colheres de sopa de leite.

5 a 7% de assucar.

Misturem-se os dois, dê-se uma fervura rapida, resfrie-se e ministre-se á criança. É obvio que o leite deve ser manipulado com o maximo cuidado. Guardado ao abrigo da poeira e si possivel em temperatura baixa (abaixo de 10.º centigrados). De preferencia guardar em recipiente separado o leite e o diluidor e só juntar o assucar na ocasião de dar a mamadeira á criança. Assim se evita com mais segu-

rança a fermentação dos hidratos de carbono. A quantidade de assucar deve ser calculada sobre o volume total da mamadeira.

Principalmente no 1.º mês de vida são comuns pequenas perturbações diarreicas. O mais indicado nestes casos será sempre o leite ou leite em pó desgordurado. Si não é possível, tentar uma das tecnicas seguintes:

Leitelho fresco – cuja tecnica de preparação é bastante difficil de ser executada em clinica civil.

Leite acidificado com acido lactico – A 100 cc. de leite depois de fervido, quando começa a esfriar, juntar aos poucos 5 cc. da solução aquosa a 10% de acido lactico purissimo. O leite deve ser agitado e mexido com energia após junção de cada porção de acido lactico. Dentro em breve aparece uma floculação fina. Si se trata de fazer uma mamadeira de 100 cc. de leite acido ao meio – misturar:

50 cc. de leite acido.

50 cc. de decocto ou mucilagem.

5 a 7% de assucar.

Em crianças perfeitamente normais não vejo vantagem em se preferir o leite acido. O leite diluido é esplendidamente bem tolerado e dá otimos resultados. Ha dois pontos ainda a avivar: – Deve-se sempre ao lado do leite dar agua, de preferênciã sem assucar, em quantidade sufficiente, ao lactente.

Quanto ao caldo de laranja ou de limão a grande maioria dos pediatras não vê vantagem em administra-los antes do 3.º mês de vida.



PARA A ARSENOTERAPIA DA SIFILIS

PAROXIL

POR VIA ORAL

ESPECIALMENTE INDICADO NA SIFILIS CONGENITA

Também de alto poder profilático e de ação favorável nas outras doenças acessíveis ao tratamento arsenical: lues, framboesia, febre recorrente, disenteria amebiana, angina de Vincent, afecções cutâneas, anemias secundárias.

Embalagens originais:

frascos de 30 comprimidos de 0,25 grs. para adultos.
frascos de 50 comprimidos de 0,01 grs. para crianças.



Cada vez mais avulta o papel do leiteinho.

Não só nas dystrophias elle é um poderoso auxiliar do medico, como nos casos eutrophicos, nos primeiros mezes de vida elle resolve á maravilha, o problema da alimentação artificial, vindo em auxilio do puericultor.

Antigamente era isso um problema, pela delicada technica de sua preparação, hoje o "ELEDON" remove todas as dificuldades, não só pela sua facilidade, como por ser o melhor, o mais puro, e o mais fresco leiteinho em pó.

O seu emprego já abrange os disturbios dyspepticos dos adultos, com os melhores resultados. Se quizer modificar-lhe o gosto, addicione sumo de laranja ou limão.



UM PRODUCTO NESTLÉ

DAS REVISTAS**Pesquisas sôbre a hipoglicemia durante a inanição do lactente—Untersuchungen über die Hungerhypoglykämie des Säuglings****HERBERT SCHÖNFELD**

"Jahrb. f. Kindhlk" Volume 90, fasc. 3-4

Agosto, 1933.

Investigações publicadas anteriormente já nos haviam induzido a supôr que a hipoglicemia da inanição do lactente deveria ser considerada como a expressão de um distrubio do metabolismo dos hidratos de carbono. A natureza, porém, dêsse distrubio ainda não foi esclarecida. Antes do mais torna-se necessario verifiar si na hipoglicemia a reserva em glicogenio do figado está totalmente esgotada. As experiencias em animais, sôbre as quais falaremos mais detalhadamente mais tarde, mostraram indiscutivelmente que em coêlhos, por exemplo, após o esgotamento completo da reserva de glicogenio do figado e dos musculos, a taxa de assucar do sangue também cái sensivelmente. Para obter esclarecimentos sôbre a questão, — si o lactente, após 16 horas de pausa alimentar, ainda possui reservas de glicogenio — administrámos acido a um lactente durante a pausa alimentar. Dispondo o lactente de glicogenio, deve êste ser mobilizado pêla administração do acido, e obstada dessa forma a quêda da taxa de assucar no sangue. Esta prova foi feita de modo que, num lactente normalmente alimentado, foi praticada a principio a dosagem do assucar no sangue e a mesma dosagem após uma pausa alimentar de 4 a 16 horas, tendo sido repetida a prova depois do intervalo de um dia. Nessas provas foram administradas as mesmas quantidades totais de liquidos e na ultima foram propinados 50 a 60 cc. de uma solução deci-normal de acido cloridrico HCL, distribuidos em três refeições de chá.

O resultado dessas experiências foi concludente. De fato, a queda da taxa de assucar no sangue cessou com a administração do ácido ou não atingiu o grau da prova anterior sem a administração de ácido. Só em um caso a taxa de assucar foi mais baixa do que após uma pausa alimentar sem a administração do ácido. Póde-se, portanto, depois destas observações, admitir que o lactente, após uma pausa alimentar de 16 horas, ainda possui tanto glicogenio mobilizavel, que a hipoglicemia por inanição não póde ser explicada pelo esgotamento da reserva de glicogenio. Poder-se-ia admitir, sem maior exame da questão, que durante a inanição, no lactente, dá-se como que uma inibição do desdobramento do glicogenio, que póde ser anulada pela acidificação. Além disso, admitido como está que a inanição produz acidose, a qual, caso se verificasse a hipótese acima aventada, não seria suficiente para anular a inibição. Todavia, poder-se-ia admitir que, pela alcalinização durante a pausa alimentar, a mobilização do glicogenio fosse ainda mais seriamente obstada, por isso que a acidose (de inanição) que a favorece, seria neutralizada, além de que a alcalinização, segundo a opinião corrente hoje, por si só impede a glicogenólise.

A observação de Beumer e Soecknik demonstra claramente que, pela administração de bicarbonato de sodio, a acetonuria da inanição é intensificada. Segundo os referidos autores o que se dá, pois, durante a inanição é uma parada do fornecimento de assucar ao sangue por parte das reservas de glicogenio, e, como consequência imediata disso, fica perturbada a destruição dos ácidos gordurosos.

Em as nossas experiências as crianças receberam 4 a 8 grs. de bicarbonato de sodio, distribuidas por 3 refeições de chá. Contra toda a expectativa, não se verificou, sob a influência da alcalinização o aumento da hipoglicemia de inanição, a qual parece até ser impedida pela alcalinização e até mesmo em mais elevado grau do que com a acidificação (1). A ação, pois, sobre a taxa de assucar, é por assim dizer a mesma, tanto pela presença do ácido como do alcalino, mas esse resultado, por assim dizer inesperado,

(1) O autor apresenta várias tabelas com a dosagem da taxa de assucar no sangue sob a verificação e a alcalinização. (N. do tradutor).

é que não pode ser explicado facilmente. Á primeira vista, o aumento da acetonúria, após a administração do bicarbonato de sódio, verificado por Beuer e Soechnik, não pôde ser esclarecido, si nos baseiarmos nestas nossas experiências, como sendo uma consequência da inibição do glicogenio do figado. Mas as nossas experiências revelam que, a opinião até agora aceita, de que a alcalinização impede a glicogenólise, não pôde, evidentemente, continuar de pé, pelo menos no lactente.

Até certo ponto estão as nossas observações de acôrdo com as de Porges e Lipschütz, referentes ao aparecimento da acetonúria pela ingestão de bicarbonato de sódio, fato êsse contestado por Beumer e Soechnik. Aqueles autores admitem que os ácidos graxos, formados intermediariamente, combinam-se ao alcalino oferecido em grandes doses e são por essa forma subtraídos á combustão posterior. Póde-se, pois, explicar que não se verifica a queda da taxa de assucar no sangue com a alcalinização, porque é consumido menos assucar na combustão dos ácidos graxos. Todavia isso é apenas uma hipótese, que servirá talvez para sugerir pesquisas mais interessantes sobre o metabolismo intermediario dos hidratos de carbôno. Finalmente, desejamos ainda registrar que, nessas nossas experiências, só encontramos excepcionalmente corpos cetonicos na urina após a administração do bicarbonato de sódio.

Conclusões

- 1.^a – A administração de ácido durante a pausa alimentar impede a queda da taxa de assucar do sangue no lactente. A hipoglicemia de inanição não deve ser, portanto, a consequência de um esgotamento total das reservas de glicogenio.
2. – A alcalinização impede da mesma maneira a hipoglicemia de inanição. O aumento da acetonúria que se observa nesse estado após a administração do bicarbonato de sódio, fato assinalado por alguns autores, não pôde ser explicado, por conseguinte, pela inibição da glicogenólise determinada pelos alcalinos.

Contribuição ao estudo da leucemia mieloide e da anemia de Von Jaksch-Luzet no lactente

**DRS. JULIO LORENZO Y DEAL
E HECTOR MOURIGAN**

«Arquivos de Pediatria do Uruguai». — Setembro, 1933.

Os A. A. depois de referirem-se á excepcionalidade da leucemia mieloide no lactente, assim como á diversidade de opiniões quanto ao prognostico e dificuldades do diagnostico da anemia de Von Jaksch-Luzet, apresentam a observação de um caso pessoal, estudado no « Serviço de Lactentes » do Hospital Dr. Pedro Visca. Trata-se de uma criança de 14 meses de idade, uruguaia, que apresentou um quadro de púrpura, com distrofia grave, anemia intensa, hepato-esplenomegalia. O exame do sangue revelou leucocitose elevada (chegando a 238.000), com todas as formas jovens da serie granulosa com grande predominancia de mieloblastos (36%).

A necropsia revelou: anemia, edêma cerebral, exsudato leucocitario pleural, pericardite, hipertrofia hepato-esplenica com degeneração gordurosa do figado; hipertrofia renal, infiltração leucocitaria do timo, baço, figado, rins e tubo digestivo, que, microscopicamente representam focos mieloides.

Os A.A., depois de apresentarem minuciosa e bem feita descrição do caso, fazem interessantes comentarios sobre o diagnostico diferencial entre a leucemia mieloide e anemia de Von Jaksch-Luzet. Segundo as suas conclusões, nesta ha uma leucocitose moderada, mielemia ligeira, anemia intensa com grande quantidade de hematias nucleadas, que predominam sobre as formas jovens da serie granulosa; anatomo-patologicamente, fôcos mieloides microscopicos.

Na anemia mieloide ha, ao contrario, leucocitose acentuada, abundancia de todos os elementos da serie granulosa, em especial das formas jovens; anemia, que pôde ser in-

tensa com hematias nucleadas em número discreto; anatomicopatologicamente, focos mieloides microscopicos muito difundidos.

Se bem que no caso pelos A. A. apresentado haja uma percentagem elevada de hematias nucleadas, leucocitose tambem elevada, a abundancia da serie granulosa com grande quantidade de formas jovens (36% de mieloblastos), e diminuição dos linfocitos, foram elementos êstes julgados suficientes para que concluíssem pelo diagnostico de leucemia mieloide. Quanto ao prognostico, seguem a opinião dos diversos autores, que o julgam da maior gravidade, embora admitam a possibilidade de cura em alguns casos.

ADAUTO DE REZENDE

SOCIEDADES CIENTIFICAS**Sociedade Brasileira de Pediatria**

Sessão de 13 de Novembro de 1933.

Presidencia: Moncorvo Filho. *Secretarios:* Edgar Filgueiras e Valdir de Abreu.

No *expediente*, o Presidente pede á Sociedade seja inserido na ata um voto de pesar pêlo desaparecimento de Roux e Calmette. Em seguida pede á Sociedade tambem seja lançado em ata um voto de congratulações pêla recente inauguração da seção cirurgica do serviço de tisiologia do Prof. Mac-Dowel, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

Ordem do dia: Dr. ARESKY AMORIM faz a sua comunicação sôbre um caso de *dactilite sifilitica*, observado na sua clinica particular.

O orador descreve minuciosamente essa ocorrência clinica: trata-se de um menino de 11 anos, com bom desenvolvimento, que apresentou desde o nascimento uma deformação no indicador direito que até essa idade, foi considerada pelos facultativos que tiveram ocasião de examina-lo, como uma simples deformidade congenita. É certo que durante êsse lapso de tempo, relativamente longo, essa lesão não incomodou o paciente. Ultimamente, porém, começou a produzir fortes dores, tornando-se o dedo muito endurecido, o paciente não conseguia mais flecti-lo. Como em determinada região do mesmo se manifestassem indícios de ulceração e proxima supuração, um facultativo, em Minas, interveio, fazendo uma incisão, e, como não encontrasse pús, suturou a incisão que cicatrizou rapidamente. Quando o orador teve ocasião de examinar o paciente, depois dessa intervenção, verificou que o processo de dactilite era intensissimo: o paciente não dobrava o dedo, que apresentava grande espessamento fusiforme, á maneira de um manguito, acusando sempre muitas dores.

Em um outro ponto do dedo já se esboçava novamente um começo de ulceração. Clinicamente, entretanto, não

parecia haver comprometimento das articulações. O orador fica, entretanto, hesitante no diagnostico. Seria um esclerodactilia, seria um sarcôma do dedo?

Todavia, o exame radiologico revelou ausencia de lesões osseas.

A R. de Wassermann do paciente foi positiva. Foi feita, nessa ocasião, a biopsia. Ao córte corria da região grande quantidade de linfa, fazendo pensar na hipotese de elefantíase. O exame histo-patologico revelou um processo inflamatório, localizado preferencialmente nos vasos sanguineos e linfaticos.

Não havia necrose, nem caseificação, nem tão pouco células gigantes. Dum certo modo êsse exame vinha confirmar a opinião do orador – tratava-se de uma *dactilite sifilitica superficial*, datando do nascimento, sem que se registrasse qualquer outra manifestação de natureza luetica. Mostra, em seguida, a confirmação do seu diagnostico, pêlo tratamento instituido, que consistiu em injeções de *Crinobi* (bismuto) 3 vezes por semana, e uma injeção de *miosalvarsan*, de 0,12 cents. uma vez por semana. Esse tratamento vai fazendo regredir quasi totalmente essa lesão que datava já de tantos anos. O orador estende-se em varias considerações sôbre o assunto. Mostra a raridade dessa lesão, assinalada ultimamente, na França, na tese de Rochard. Diz que poder-se-ia contestar êsse diagnostico pêlo fato de não ter sido encontrado nos tecidos da região o treponema palido.

Êsse fato, segundo o orador, não contraria o seu diagnostico, por isso que, nas lesões terciarias nem sempre é facil encontrar êsse agente morbido, como acontece nas esclerogomas sifiliticas terciarias. Seriam necessarias, talvez, pesquisas mais demoradas e completas. Lembra o orador que o mesmo se dá com as lesões conhecidas hoje em medicina pêlo nome de reumatismo de Poncet. Êste observador sempre afirmava a natureza tuberculosa dessas artrites, ninguem encontrava nelas o bacilo de Koch, por fim, pesquisas exaustivas realizadas pelo proprio Poncet acabaram por encontrar nessa modalidade de artrites o bacilo tuberculoso.

Comentaram ligeiramente essa comunicação os Drs. *Moncorvo Filho* e *Edgar Filgueiras*.

E. FILGUEIRAS

NOTICIARIO

Como se protege a mãe e a criança na Russia Soviética

É interessante dar aqui uma ligeira ideia da maneira por que na Russia atual se cuida da proteção á criança. Os dados que vamos trasladar para aqui são extraídos, na sua maior parte, do livro do Dr. *Pierre Dominique* (medico francês), intitulado – *Com os olhos abertos* (na Russia) – 1930:

Antes da guerra não havia instituições para a proteção da maternidade e da infancia na Russia. Em 1929, contavam-se na União 1.395 postos de consulta para as mães, na cidade, e 905 nas aldeias.

O número de crèches aumenta de ano para ano. Em 1917, 14 crèches de fábrica e nenhuma para o campo.

Em 1921, 769 crèches para fábricas e 46 para o campo, em 1929, 1.433 crèches de fábrica e 8.948 para o campo!

Na maternidade Clara-Zetkin, fazem-se 20 partos diários, sete a oito mil por ano. Ha 20 Maternidades em Moscou, das quais 4 muito grandes: exatamente 4 que têm 200 leitos, e 16 com menos de 120. Sejam 2.300 a 2.400 leitos para todo Moscou. Ora, em Moscou não deve haver mais de 100 a 150.000 nascimentos por ano. Como as mulheres ficam seis dias na maternidade, vê-se que o problema em Moscou parece resolvido.

Em principio, os Soviets fazem tudo para proteger a mãe e a criança. Basta considerar que nas fábricas a mulher grávida deve deixar de trabalhar dois meses antes, para só retomar o serviço dois meses depois do parto. Durante êsses quatro meses recebe todo o salario.

Seria um nunca acabar si fosse enumerar todas as instituições relativas á mãe e á criança. Falarei apenas do Instituto Central: compreende uma consulta para as mulheres, uma para as crianças; um hospital de trezentos leitos para mulheres, um de cento e cincoenta leitos para crianças. Si a mulher não tem marido, o Instituto protege-a juridicamente perante o Tribunal. Si o tem, e é por ele espancada, o Instituto a ampara, assim como a criança.

Outro aspecto muito curioso é o que se refere ás crianças enjeitadas: «Ha em Moscou, um ano pelos outros, uma media de 600 crianças enjeitadas. O Instituto recolhe as crianças e procura a mãe. Quando encontrada, é admoestada e, segundo o caso, leve ou gravemente condenada. Si não é encontrada, caso mais freqüente, começa-se por albergar a criança de peito. Si a mãe voltar ao fim de um ano, si trabalha e não é alcoôlatra, a criança lhe é restituída. Quando não é digna, é privada dos seus direitos de mãe ».

Mas para dar maiores detalhes a respeito das leis que se destinam a proteger nesse grande país a maternidade, vamos transcrever aqui os próprios artigos do Código russo relativos à proteção à mulher grávida:

A mulher de casamento registrado e a de casamento livre

Os Direitos femininos perante a lei da U. R. S. S.

1.º – As mulheres que vivem em comunidade matrimonial registrada têm o mesmo direito daquelas cujos casamentos não foram registrados.

2.º – A esposa (registrada ou não registrada) tem direito à ajuda do marido em caso de necessidade ou de incapacidade para o trabalho.

3.º – A mesma ajuda lhe cabe quando, ainda que com plena capacidade, se acha sem trabalho.

4.º – As mulheres divorciadas ou abandonadas, em caso de incapacidade para o trabalho, têm direito à ajuda do marido (tanto no caso de casamento registrado como no de não registrado), pelo prazo de um ano.

No caso de falta de trabalho, pelo espaço de seis meses.

Direitos das mulheres trabalhadoras grávidas

O legislador novo levou em conta que a mulher tem a obrigação social do trabalho e o direito individual do prazer.

Para chegar ao fim colimado estabelece o Soviet estes outros direitos, até então ausentes em todos os Códigos do mundo:

1.º – Todas as mulheres grávidas têm direito a uma gratificação adicional.

2.º – As mulheres grávidas estão autorizadas a adquirir bilhetes nas estações de estrada de ferro ou de navegação sem aguardar turno, ou momento para serem atendidas.

3.º – Estão autorizadas também a subir nos bondes sem aguardar turno, ou ordem de chegada, podendo assentar-se desde logo.

4.º – As mulheres grávidas têm preferência para a resolução de qualquer assunto, em todas as instituições soviéticas.

5.º – As operárias e empregadas grávidas têm direito ao descanso de oito semanas antes e oito semanas depois do parto, tratando-se de trabalho manual, e de seis, tratando-se de intelectual ou de escritório.

6.º – As operárias e empregadas grávidas não podem exercer nenhum trabalho noturno nem fazer serviços em horas extraordinárias.

7.º – Desde o quinto mês de estado interessante, as mulheres não podem ser enviadas em viagem de serviço contra o seu próprio desejo.

8.º – Sem permissão do Inspetor do Trabalho não pôde ser despedida nenhuma mulher grávida.

9.º – As mulheres grávidas sem trabalho têm direito ao

subsídio dos « sem trabalho » durante as seis semanas antes e depois do parto.

Direito das mães

Nos demais países existem muitos «pais de ocasião» que fogem á responsabilidade na hora da onça beber água... como se costuma dizer. Na U. R. S. S. não valem tais expedientes:

1.^o – Durante o tempo da gravidez ou depois do nascimento da criança, a mãe tem o direito de declarar na Sags (registro civil soviético), o nome e o domicílio do pai.

2.^o – Uma vez nascida a criança, a mãe tem o direito de comparecer ao tribunal para estabelecer a paternidade.

3.^o – Todos os trabalhos do tribunal para o estabelecimento da paternidade ou o pagamento dos alimentos são gratuitos para a mãe.

4.^o – A mãe tem o direito de pedir ajuda ao pai para os filhos do primeiro matrimônio, ainda que volte a casar.

Direitos das mães como trabalhadoras

Ainda outros direitos cabem ás mães no país do Soviet, pois, além de mães, são trabalhadoras:

1.^o – A mãe tem o direito de pedir para o recém-nascido um suplemento especial em dinheiro, roupas de crianças e outros objetos.

1.^o b – Têm o direito de exigir durante os nove meses após o parto um auxílio para amamentar o bebê, quer amamente ela ou outra mulher.

2.^o – A mulher que estiver amamentando tem direito a um descanso no trabalho para aleitar seu filho. Êste descanso tem que durar pelo menos meia hora e será concedido com intervalos de três e meia.

3.^o – Tem também o direito de exigir, ou seja um trabalho mais conveniente ao seu estado ou seja um lugar de trabalho menos distanciado do seu domicílio.

4.^o – Em caso de enfermidade da criança, a mãe obtém permissão para deixar o trabalho, com onus do Serviço de Seguros Sociais e de acôrdo com atestado medico.

5.^o – As mulheres que amamentam não podem realizar trabalho noturno nem horas extraordinárias.

Pierre Dominique acrescenta a seguinte estatística para mostrar os resultados de proteção á maternidade:

<i>Para mil pessoas</i>	<i>Nascimentos</i>	<i>Mortes</i>	<i>Excedente</i>	<i>Sôbre mil recém-nascidos morreram antes de 1 ano</i>
1912-13	45.5	28.6	16.9	266
1927	43.2	20.0	22.3	190
1928	42.3	18.2	23.9	155

E *Pierre Dominique*, numa especie de desabafo, remata com a seguinte frase: – Si, diante de semelhante resultado, algumas pessoas de má fé não sentem a cólera diminuir e mudar a sua opinião, é que são positivamente um caso perdido.

A FARINHA LACTEA NESTLÉ



Além do seu alto valor nutritivo e sua digestibilidade perfeita possui também nitidas propriedades anti-rachiticas, pela addição de extractos concentrados de oleo de fígado de bacalhão, sem modificação de seu cheiro e sabor.

O mingão da FARINHA LACTEA «NESTLÉ» se prepara com agua, pois já contém em abundancia todos os elementos uteis para o desenvolvimento normal da criança. É um alimento scientificamente completo e cuja fabricação obedece ao rigorismo que preside a todos os produtos «NESTLÉ».



Sua composição actual é:

Gorduras	6,00%	Amido	13,58%
Proteinas	14,28%	Saes Mineraes	2,16%
Hydrocarbonadas (de que saccharose 28,39)	62,80%	Agua	1,49%

100 GRAMMAS DE FARINHA FORNECEM 420 CALORIAS

Amostras gratis aos Snrs. Medicos.

Nestlé e Anglo Swiss Condensed Milk Co.

Caixa Postal 760

Rio de Janeiro

“A PEDIATRIA”

Revista de Medicina Infantil

RIO DE JANEIRO

50 réis

Ilmo. Sr.

.....

.....

.....

Ilmos . Srs

Desejo receber amostras de

.....

.....

.....

cujo anuncio vem publicado na revista

“A PEDIATRIA”

Assinatura :

Endereço :

.....

NOTA — êste cartão deve ser dirigido aos anunciantes de “A PEDIATRIA”

Aos Exmos. Srs. Clínicos

O Instituto Terapêutico Orlando Rangel sente-se feliz em apresentar a importante observação de clínica pediátrica, objeto dêste opúsculo: importante pelos seus ensinamentos, e por ser firmada pelo Prof. Luis Morquio, orgulho da pediatria Latino-Americana. ()*

Com o consentimento de seu ilustre autor, foi reproduzida do artigo "Tuberculose Pulmonaire Curable Chez Le Nourrisson", publicado á pag. 879 da Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie, T. III, N.º 11.

A iniciativa não se justifica somente pelo fato de ter sido o gadusan o único medicamento empregado no caso, mas também, e sobretudo, porque a importante revista que fez a publicação do artigo tem a circulação, como é natural, limitada aos seus assinantes. Parece, pois, ao Instituto, esta separata será um instrumento útil na evangelização dos perigos do contágio da tuberculose na primeira

.....

(*) Académie de Médecine (Paris) 31 janvier 1933 — Election de deux associés étrangers. — M. Scherrington (Oxford) est élu au premier tour par 58 voix contre 1 à M. Sanarelli. M. Morquio (Montevideo) et élu au deuxième tour par 55 voix contre 4 à M. Sanarelli, 2 à M. Christiansen, 1 à M. Madsen et 1 à M. Maio. (Presse Médicale, n.º 11 de 8 Février 1933, pag. 221).

infância, quando a criança “contrae a infecção tuberculosa com a mesma rapidez com que uma criança maior contrae o sarampo”. ()*

De fato, a presente observação é de uma eloquência impressionante: um casal sadio tem a sua única filhinha, robusta, alimentada pelo seio materno. Desprevenidos, porém, os pais consentem na proximidade de um tuberculoso e a criança contrai a doença, que lhe invade gânglios, pulmões, olhos, pele e ossos!

Rio de Janeiro, Outubro de 1933.

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL

Rua São Francisco Xavier, N.º 266 - 1.º

() Dr. Antônio Martins Pereira – “Da Tuberculose na Idade Escolar”, Brasil Médico n.º 33, 13 de Agosto de 1932, trabalho éste que o Instituto Terapêutico Orlando Rangel enviou a todos os médicos do novo mundo e enviará a quem o solicitar.*

OBSERVATION XI. – E. A... vingt mois. 21 octobre 1930. *Antécédents héréditaires*: Pas de tuberculose chez les parents. Fille unique. Dans la même maison habitait une personne bacillaire qui était en contact répété avec l'enfant. Née à terme. Allaitée au sein huit mois,

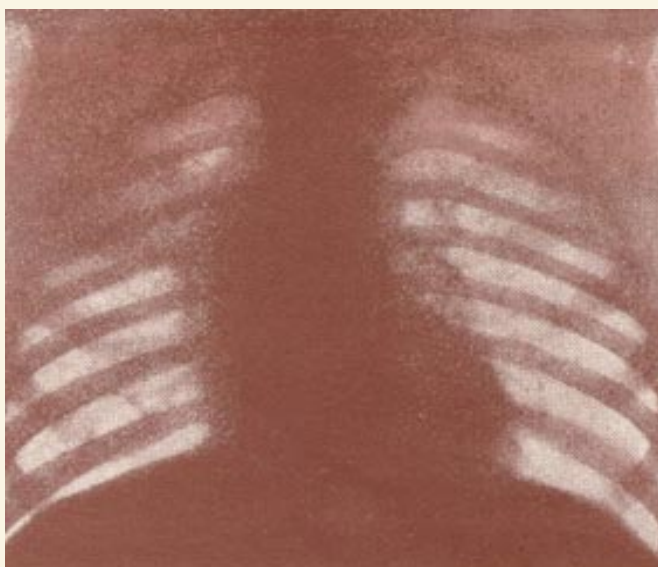


FIG. 20. – Obs. XI. Première radiographie, 19 décembre 1930.

puis alimentation mixte jusqu'à 16 mois. Toujours bien portante jusqu'à 16 mois, rougeole et broncho-pneumonie. Elle s'améliora bientôt et continua sans maladie jusqu'à la date de l'examen. *Histoire de la maladie*: Vingt jours avant, la mère remarqua une tuméfaction à la main droite et à l'index gauche.

Augmentation lente et douloureuse à la palpation. Apyrexie. Bon état général. Poids, 15 kil. 440 Taille, 0 m. 78. Température, 36°,25. A la peau de l'avant-bras, jambe et face, petits nodules ayant l'aspect de tuberculides. Spina ventosa multiples. Appareil respiratoire: Altérations insignifiantes. Pas de râles; pas de souffle. Foie et rate non augmentés. *Cuti-réaction* : positive intense. Bonne alimentation, air,

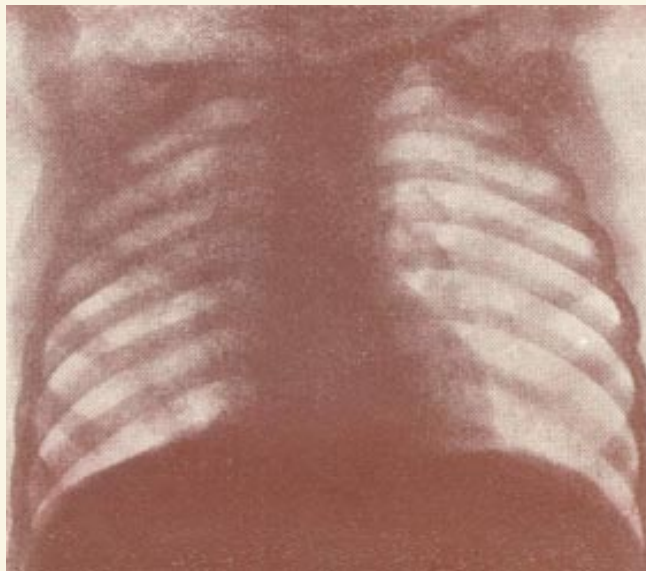


FIG. 21. — Obs. XI. Cinquième radiographie, 13 octobre 1931.

soleil, toniques. On commença le traitement local avec le Gadusan (morrhuate cuprique colloïdal), après la résorption du pus. 20 décembre 1930: Etat fébrile prolongé.

Otite bilatérale suppurée. Pharynx rouge. Tuméfaction malaire, suppuration, trajet fistuleux. Radiographie: Hypertrophie ganglionnaire péri-trachéo-bronchique droite. Scissurite (fig. 20). 13 février 1931: Ombre ganglionnaire très marquée. Scissurite. Même traitement. 6 juillet 1931.

La radiographie montre une ombre de lobite supérieure droite. 10 août 1931: Etat fébrile prolongé. Toux et expectoration. Le processus pulmonaire se développa à domicile. Les lésions osseuses s'améliorèrent lentement. Etat général relativement bon. Le poids descendit à 13 kil. 400 gr. *Recherche du bacille de Koch dans le contenu gastrique: positive.*

Radiographie : Ombre très réduite, hilo-ganglionnaire, avec scissurite plus épaisse. Ombres petites disséminées dans les deux poumons



FIG. 22. – Obs. XI Lésions osseuses, 19 décembre 1930.

comme des miettes de pain. 1^{er} septembre 1931: Kératite phlycténulaire à gauche. Continuation du Gadusan. 22 septembre: Kératite à droite. Poids, 13 kil. 800. 9 octobre 1931: Les lésions osseuses se montraient très améliorées. Bon état général.

Radiographie : Moitié supérieure du poumon droit, ombre diffuse d'infiltration. Aspect de processus hilo-pulmonaire scissural (fig. 21). 18 décembre 1931: Poids 15 kil. 200. Poussée de kératite. Bronchite. 19 février 1932: Les lésions des os étaient guéries (fig. 22, 23, 24). Etat général excellent.

Radiographie: Les ombres avaient presque disparu. Le noyau hilaire droit très réduit, lésions de scissurite. On ne constata pas de ganglions.



FIG. 23. – Obs. XI. Lésions des os en voie de guérison, 2 mars 1931.



FIG. 24. – Obs. XI. Lésions osseuses guéries, 29 février 1932.

Résumé : Nourrisson de vingt mois, contagionnée, tuberculeuse. Après rougeole, suivie de broncho-pneumonie, spina ventosa multiples. *Cuti-réaction* : positive. *Radiographie*: rocessus pulmonaire ganglio-hilaire. Bacilles de Koch dans le contenu gastrique. Les radiographies successives permirent de suivre l'évolution de l'état pulmonaire avec des altération, jusqu'à disparition des lésions. Les lésions des os de la main se cicatrisèrent. Etat général excellent: agée de trois ans aujourd'hui (août 1932).