

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

<b>DR. MARIO TOTTA</b> Prof. da Faculdade de Medicina	COMISSÃO DE REVISTA: <b>DR. DECIO MARTINS COSTA</b> Do Hosp. São Francisco	<b>DR. WALDEMAR JOB</b> Do Hosp. São Pedro
	SECRETARIO DA REDAÇÃO: <b>DR. LEONIDAS SOARES MACHADO</b> Da Diretoria de Higiene	

EXPEDIENTE: A correspondência deverá ser dirigida para a caixa do correio n.º 872

## O impaludismo autoctone do Rio Grande do Sul

Pelo dr. R. di Primio da Faculdade de P. Alegre \*)

### Introdução

Faltava sómente o Rio Grande do Sul, para se afirmar que o impaludismo existia em todos os Estados do Brasil, excetuando algumas localidades que por condições mesológicas estavam isentas deste grande flagelo.

Já em 1929, apresentava eu o primeiro trabalho sobre essa entidade morbida que invade progressivamente o nosso Estado, contribuindo para o desvanecimento de sua decantada salubridade.

E' realmente contristado que venho tratar do assunto á egregia Sociedade de Medicina, porque se está reproduzindo no nosso nordeste o que ocorreu na Baixada Fluminense, onde, no tempo da escravidão, o impaludismo não dominava, o que foi plenamente explicado por Belisario Penna, e depois, transfigurando-se o quadro, culminou na gravidade, intensidade e extensão do sezonismo, que hoje apresenta.

Cito a Baixada Fluminense porque lá tive a honra de trabalhar ao lado de Beaurepaire Aragão, uma das maiores sumidades científicas de Manguinhos.

Quasi um ano inteiro percorri a zona de São Bento em missão profilática, desde as proximidades de Meriti até Actura, e pelas margens alagadiças do rio Sarapuhi até Cambaoba, onde só encontrava a deso-

lação humana, a decadencia fisica, onde o brasileiro, impaludado e uncinariótico, lutava com estoicismo contra os inumeros agentes parasitarios.

Eu mesmo verifiquei, pelas observações feitas em suas proximidades, que, Actura, cidade prospera e feliz na monarchia, hoje só apresenta ruinas, como testemunho tetrico dos maleficios produzidos pelo impaludismo.

Do ponto de vista epidemiologico mais notavel se torna o estudo do impaludismo no Rio Grande do Sul, pela sua avançada de norte para o sul, limitada de um lado pela serra do Mar e de outro pelo Atlantico.

Com o objetivo de ampliar os meus trabalhos sobre a malária parti em 17 de Abril para Santo Antonio, que deixei depois de uma permanencia de 7 dias, seguindo para Conceição do Arroio, afim de atender ao apelo que me fizera o illustre Coronel Manoel Fernandes Bastos.

Ocorrencias meteorologicas não permitiram que me embrenhasse no interior do municipio, muito menos para a zona endemica, pois só assim completaria o circuito Mostardas—Santo Antonio da Patrulha—Conceição do Arroio—Torres, o que pretendo efetivar logo que as condições de tempo consentirem.

Creio que nenhum pesquisador emerito se abalancaria em pretender declarar auto-

\*) Trabalho lido em sessão ordinaria da Sociedade de Medicina, em 7 de Agosto.

ctone uma entidade morbida, que tem um mecanismo complexo de transmissão e outros fatores epidemiológicos, sem o estudo in loco.

Era preciso resolver definitivamente esta magna questão, para o Rio Grande do Sul, da mais alta gravidade, qual a de sua salubridade presente e futura.

Em todas as citações figurava o nosso Estado isento deste flagelo, desta endemia rural, a cúmplice das verminoses na decadência física de grande parte dos habitantes dos municípios citados.

Na conferência realizada na Sociedade Sul Rio Grandense em 20 de Setembro de 1928, no Rio, sobre o "Passado, Presente e Futuro do Rio Grande do Sul", Belisario Penna, a quem o nosso Estado é grato, reafirmou o que disse em 22 de Novembro de 1921 em notável conferência realizada no Instituto de Higiene da Faculdade de Medicina, de São Paulo, que "no território rio grandense não ha malária" palavras textuaes.

Esta citação vae apenas para demonstrar a duvida que existia até dous mezes antes da minha excursão para o nordeste.

Se existe tambem vacilação quanto á nossa zona que margina o Uruguai, os mesmos estudos deverão ser feitos com o fim patriótico de documentar e, uma vez confirmada a endemia, notificar os governantes, que até então têm amparado a saúde publica, com o maximo interesse, como merece o nosso povo.

#### Os casos chegados a Porto Alegre

Os clinicos desta Capital vêm observando de longa data casos de malária que chegam das mais variadas procedencias e diagnosticados microscopicamente em diversos laboratorios, quer particulares quer officaes.

Eu mesmo, desde 1925 que trabalho na Secção de Parasitologia do Instituto Oswaldo Cruz tenho feito parasitologicamente taes diagnosticos.

No decorrer do anno de 1910 entraram para Santa Casa 97 imigrantes acometidos de malária, sendo a seguinte a distribuição quanto ás respectivas nacionalidades:

Alemães .....	40
Austriacos .....	37
Russos .....	12

Italianos .....	2
Dinamarquezes .....	2
Holandez .....	1
Hungaro .....	1
Sueco .....	1
Brasileiro .....	1

#### Distribuição por idade:

De 20 a 29 annos .....	68
De 30 " 39 " .....	20
De 40 " 49 " .....	9

#### A occorrença por meses foi:

Janeiro .....	16
Fevereiro .....	31
Março .....	12
Abril .....	12
Maió .....	7
Junho .....	4
Julho .....	4
Agosto .....	3
Setembro .....	0
Outubro .....	3
Novembro .....	4
Dezembro .....	1

Provavelmente se contaminaram em um dos pontos do nosso litoral, ano em que se verificou uma grande recrudescencia da endemia nas costas de Santa Catarina e Paraná.

Depois de 1910, a exceção dos annos de 1913, 1914, 1915, dos quaes ainda não possui dados seguros, o apparecimento de casos em Porto Alegre, de procedencias diversas e internados na Santa Casa é o seguinte:

1911.....	5
1912.....	4
1916.....	3
1917.....	5
1918.....	2
1919.....	3
1920.....	1
1921.....	4
1922.....	5
1923.....	2
1924.....	0
1925.....	0
1926.....	1
1927.....	8
1928.....	8
1929.....	0
1930.....	14

Isso nos dá, aproximadamente, uma média annual de 4 doentes, segundo o calculo baseado nos ultimos 15 annos.

### O avanço do Impaludismo

Da lapso de tempo decorrido da minha primeira excursão, de Dezembro de 1928 e Janeiro de 1929, até a recente, de Maio, dos municípios de Santo Antonio da Patrulha e Conceição do Arroio, o impaludismo já conquistou, infelizmente, a região que vaee de Tres Forquilhas, 2.º Distrito de Conceição do Arroio, em direção ao sangradouro dos Cornelios, até as proximidades da barra da lagoa dos Quadros.

Epidemiologicamente mais se agrava a situação, quando se sabe que esse ponto, que constitue atualmente a ultima avançada irradiante da malária, é de grande importancia na navegação lacustre Conceição do Arroio ao porto do Estacio, tanto sob o ponto de vista comercial, como das comunicações, inter e extra municipaes.

A serra do Mar, que serve de limite ao município de S. Francisco de Paula, tem se portado, até então, como uma barreira natural, contra a malária.

### Da saude para a doença

As zonas indenes, onde antes o homem agia tranquilamente, dentro da estrita esfera da sua atividade, para o modesto e pouco remunerador trabalho, vão se transformando em malarigenas e contribuindo para o cercceamento da liberdade dos naturaes, pelas contingencias imperiosas na adoção dos meios profilaticos individuaes contra a malária.

E se essa parasitose, nos acessos febris intermitentes, combale o organismo, mais o agrava, porque vaee encontrar na grande maioria, quasi absoluta, a decadencia fisica produzida pelas verminosés.

### Casos na vila

Durante a minha permanencia na Vila de Conceição do Arroio, não verifiquei nenhum caso de impaludismo, onde, pelo inquerito epidemiologico proeedido, tem chegado em diferentes epocas doentes contaminados no interior do proprio municipio.

No dia da minha chegada, 24 de Abril, fui chamado para ver um doente, cujo diagnostico de um que se dedica á medicina era de malária.

Os exames, clinico e parasitologico, foram negativos.

### Semelhança de regiões e costumes

Duas vezes fiz o trajeto de Conceição do Arroio ao porto do Estacio, onde as lagoas vão se sucedendo, umas maiores, outras menores, ligadas pelos "sangradores" ou pelo canal artificial do Caconde, entre a faixa de terreno compreendida pela serra do Mar e o Oceano Atlantico.

Entre Torres e Conceição do Arroio, sob varios aspetos, ha semelhança nas: habitações que lembram o que Monteiro Lobato disse — "casbre classico de sapé e lama, feito com menos arte que o ninho de João de barro", — na alimentação, vestuario, mentalidade, instrução, religiões, hygiene, condições sociaes, fatores morbidos e outros.

De outro lado, semelhança pelos accidentes geograficos, sistema hidrografico, o mesmo caracteristico dos lugares lacustres, a natureza do terreno, de altitude, de vegetação, ora frondosa, ora enfezada, constituindo as catingas, visinhança do mar, fenomenos meteorologicos aproximados, taes como: quedas pluviometricas, regime dos ventos, oscilações termicas, gráo higroscopico e outros fatores, que direta ou indiretamente exercem influência na evolução, sob todos os pontos de vista, do impaludismo, não apresentam diferenças tão sensiveis, que, se existissem, poderiam constituir barreiras naturaes ao mal que assim encontra meios de expansão, tendo o indispensavel vehiculador parasitario.

Este conjunto constitue a formula da região endemica:

Anofelinas transmissoras + gametoforos + individuos receptiveis + fatores externos.

### Anofelismo sem malária

Observam-se atualmente duas zonas bem distintas: uma "anofelismo com malária e outra anofelismo sem gametoforos.

Deste fato, pôde-se inferir a gravidade da maior probabilidade de expansão da malária e chegar a uma diferenciação interessante: é a anemia, mais ou menos acentuada, que corre por conta de um conjunto de fatores, dos quaes sobrelevam na primeira: impaludismo, verminosés e pauperismo; na segunda: verminosés e pauperismo.

Denomino delimitação oscilante a zona limitrofe da indene e endemica, porque ella

está ligada, entre outros, aos fatores biológicos e por isso sujeita às variações quanto à sua irradiação, que, tendo pela frente condições propícias ao seu desenvolvimento, ipso facto, é variável, como a invasão, lenta, insidiosa e progressiva do impaludismo vem demonstrando.

Essa parasitose, depois de passar o rio Mampituba foi se expandindo com o tipo em rosario, e pouco a pouco, pelas dificuldades das comunicações e seguindo a mesma marcha e característico de expansão, passou a segunda barreira, representada pelo rio Tres Forquilhas, barreiras assim denominadas por uma expressão geográfica e não epidemiológica, porque ellas nada significam como impedidoras quanto aos vôos das anofelinas, estando assim atualmente em pleno interior do 2.º Distrito de Conceição do Arroio.

A presença de anofelinas em uma região indene proxima a outra onde a malária é endêmica, fato aliás da mais alta gravidade, vem exigir corolariamente a hygiene defensiva intensa para a primeira e agressiva para a segunda.

A minha curta estada naquelas para gens não permitiu abordar incisivamente a questão do anofelismo sem malária, proclamado por Grasset, com as interpretações de Celli, Schaudinn, Alessandrini, constituindo em muitos casos um misterio, assim como os de Schoute, Buck e Swellengrebel, baseadas na maior ou menor permanencia das especies transmissoras no interior das habitações.

Sem querer dissociar as feições biológicas na "concordancia gonotrofica e dissociação gonotrofica", o dr. Abel Vargas pretende interpretar o "anofelismo sem malária, na falta absoluta da fixação das anofelinas á habitação, sobre o que Carlos Chagas já havia se pronunciado.

Gensericio de Souza Pinto, de quem resumimos essas considerações, cita exemplos na região de Minas Geraes, como nas imediações de "Eng. Dolabella", com alta endemicidade de impaludismo, quando em Granjas Reunidas, a 6 kms. de distancia, o mesmo não se verifica, tendo de permeio nucleos proximos, onde as especies transmissoras de anofelinas são as mesmas, e os mesmos os fatores extrinsecos de transmissibilidade.

Fato identico verifiquei no lugar denominado Chapéo, onde os casos verificados

até então predominavam nos homens, que costumavam fazer largas excursões pelos arredores, donde se infere uma possível infestação extra local.

### Caturas de anofelinas

O diagrama da temperatura dos dias de minha permanencia em Conceição do Arroio, mostra a gradativa queda da mesma, o que simultaneamente ocorria em Torres.

Vão assinaladas, tambem no grafico, sumariamente, outras ocorrencias meteorológicas.

Verifiquei nos dias de temperatura propicia, no diluculo ou crepusculo culicidiano, que a catura só deu resultados positivos na ausencia de ventos e chuva.

De 1.º de Maio, com a queda da temperatura, em dias que se foram sucedendo em alternativas de chuvas e ventos, de intensidades variaveis, desde o minuario até o nordeste, que é o predominante na região, as tentativas de catura, foram completamente negativas, forçando o meu regresso á esta Capital em 10 de Maio.

Na vila não encontrei anofelinas, nem no estado adulto nem no periodo larval.

Consegui tambem caturar, nos arredores de Santo Antonio da Patrulha, entre outros culicideos, diversos exemplares de anofelinas, que, como as demais encontradas, serão descritas em trabalho de conjunto.

### Indice esplenico

O carater itinerante no interior dos municipios, em viagem anterior ainda que passando diversos dias nos diferentes distritos, não permitiu, é obvio, que me fixasse sobre alguns pontos que demandam, para uma resolução definitiva, uma observação apoiada em grande numero de casos.

Dispostas as habitações pelo interior do municipio nem sempre era possível atender aos doentes imediatamente, e muitos só me procuraram depois de medicados com qualquer sal de quinino, medicamento este que se encontra com tanta facilidade nas casas commerciaes como nas mãos inhabeis ou em outras não raramente criminosas dos muitos curandeiros ou quejandos, dispersos naquelas abandonadas terras.

Foi esse um dos motivos imperantes da impossibilidade de determinar o indice esplenico-hemoscopico, limitando-me, dadas as

possibilidades de então, ao índice esplenico, cujo valor foi, em 1929, de 4%.

Em se tratando de uma zona de condições climatericas especiais e onde o grau de endemicidade não é tão intenso, o índice esplenico não deixa de ter um valor relativo, e com a maioria dos autores, para a avaliação do mesmo, procurei obtê-lo nos exames em crianças não ultrapassando 15 annos.

### Terça benigna

Todos os casos agudos de malária, que observei em Torres e de parte do municipio

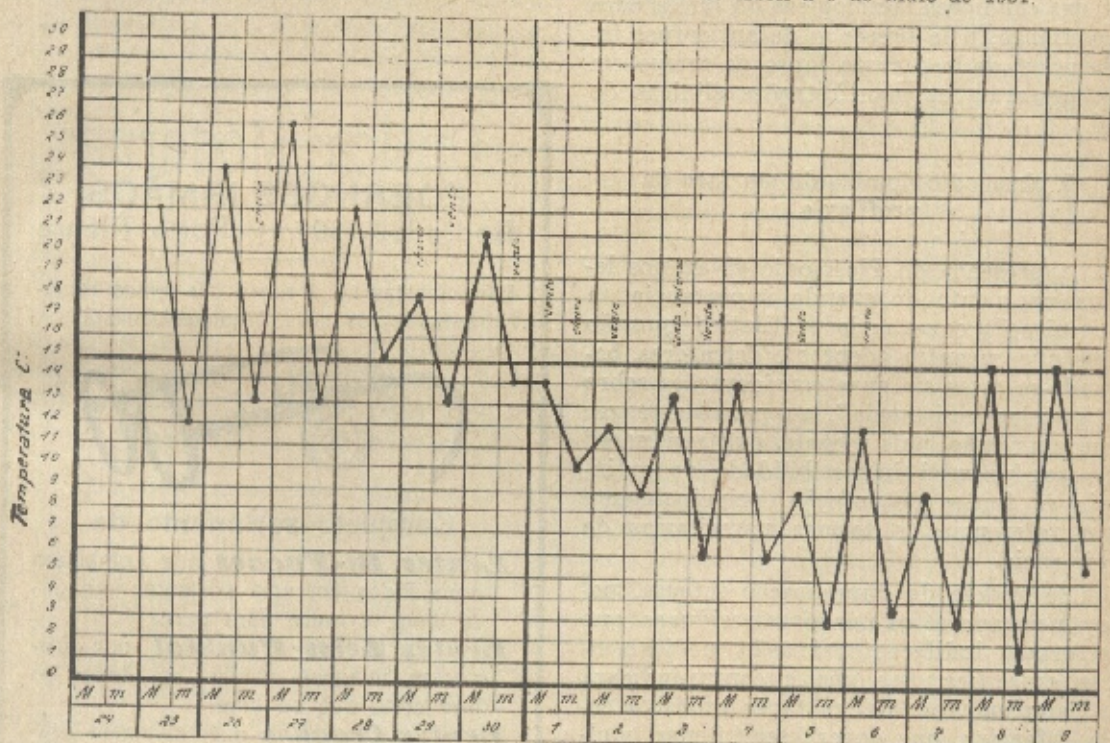
giões com determinadas épocas do anno, apresentando tambem predominancia de uma especie, em dada localidade, por ocasião de surtos epidemicos, como bem observou Genserico de Souza Pinto na violenta epidemia malarica em Sant'Anna do Japuiba, em Janeiro e Fevereiro de 1914.

E' possivel que, continuando as pesquisas em diferentes épocas de recrudescencia da malária, que em Torres é de Dezembro a Março, o mesmo fato se reproduza aqui entre nós, o que certamente, nas circunstancias de então, não poderia eu constatar.

### Algumas observações meteorologicas em "Conceição do Arroio"

Curva termica

De 24 de Abril a 9 de Maio de 1931.



de Conceição do Arroio, foram produzidos pelo "Plasmodium vivax".

Já na primeira publicação, fiz uma ressalva, dizendo: "uma observação mais prolongada ratificará ou não essa asserção".

E' que não podia novamente tirar conclusões definitivas sobre um fato que não tivesse por base uma média indispensavel e depois de assistir a varios surtos epidemicos, como sóe acontecer nas zonas endemicas.

Com acerto assim procedi, tendo em vista a incidencia temporaria das especies do hematozoario, que varia em muitas re-

E' evidente a influencia das condições mesologicas sobre o ciclo exogeno, esporogonico do plasmodio, que assume tal importancia, que muitos autores vão até a possibilidade de influirem ellas tambem no ciclo shizogonico, ou asexuado do agente malarico.

Seria interessante dadas as nossas condições climatericas especiais, bem diversas das outras zonas endemicas do Brasil, um estudo nesse sentido, que contribuiria para a elucidação de outras questões, principalmente de ordem epidemiologica.

Muitos pesquisadores assim pretendem

justificar o rapido restabelecimento de impaludados quando removidos para determinadas regiões.

Esse fato ocorreu em dous malaricos, que em minha companhia vieram para esta Capital, dos tres docentes destinados ao dr. Jacyntho Godoy para a applicação da malarioterapia no tratamento dos paraliticos geraes.

Com exame positivo, depois de violentos acessos febris em Torres e naturalmente sem nenhuma administração de quinina, depois de aqui chegarem, não mais apresentaram as crises termicas.

E' mais aceitavel a hipotese da influencia das condições mesologicas do que a cura expontanea, pela presença de anticorpos inhibitorios, dado o curto lapso de tempo em que cessaram as manifestações clinicas do mal.

#### O plasmodio dominante em face da profilaxia

A presença do Plasmodio vivax nos leva a um ponto de grande importancia, a quininação como meio profilatico, questão essa que encontra adeptos e detratores, baseando-se estes em suas considerações sobre a "quinino resistencia", ou para empregar uma expressão mais recente, os "residuaes" que conduzem á impossibilidade de extinguir as fontes de infeção, principalmente com referencia ás formas parasitarias de resistencia.

Se apezar da quininação intensa, podem permanecer os parasitas residuaes, que se tornam indiferentes á ação medicamentosa especifica, isso não a contra-indicará na campanha profilatica tanto offensiva como defensiva, que deverá ser intensa, multiforme, orientada pelas condições locais e que por mim já foram delineadas.

De tudo que fiz, sob os pontos de vista epidemiologico, parasitologico, clinico e ou-

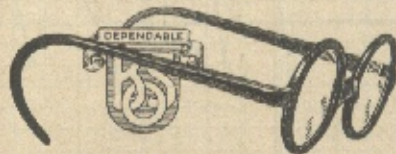
tros, sinto-me feliz, pelos resultados obtidos, que praticamente se traduziram pela criação do Serviço de Higiene de Torres e pela applicação da malarioterapia no Hospital São Pedro, sob a direção científica de Jacyntho Godoy, que vem realizando com os melhores resultados, dezenas de tratamentos com este novo metodo terapeutico na paralisia geral.

As longas viagens nos municipios citados, as horas de vigalias no meio dos matos e banhados para a captura de eulicideos, o tempo consumido nos inumeros exames clinicos e hematologicos, deram-me a satisfação intima de ter cumprido mais um dever de humanidade.

## Optica Moderna FOERNGES IRMÃOS

Andradas 1504 Porto Alegre

Especialistas no preparo das lentes recebidas pelos snrs. Medicos-oculistas



Completo sortimento de

**Lentes Bi-Focues** que combinam dous focos em uma só lente; um para longe e outro para perto.

**Lentes Zeiss-Punktal** que produzem imagens nitidas em todas as direcções que se olhe.

**Lentes Crookes** que eliminam praticamente os raios Ultra-Violeta e reduzem a intensidade da luz.

Thermometros Casella - Olhos artificiaes

## Já aderiu ao Sindicato?

Faça-o sem demora para compartilhar da proxima grande vitoria da classe.

# Sôrologia da Lepra

Reação de "GOMES-DEYCKE"

Pelo Dr. MAYA FAILLACE, diretor subst. do Laboratório Bacteriológico da D. de Higiene do Estado.

Por julgar assunto de real interesse na pratica clinica, resolvemos trazer ao conhecimento dos colegas os resultados animadores que obtivemos com o emprego de moderna reação sôrologica, proposta para o diagnóstico da lepra.

Nessa reação, baseada no método geral do desvio do complemento, utiliza-se um antígeno preparado a partir de culturas de um germe acido-resistente saprofita, o bacilo ou, mais precisamente, — o *Streptothrix leproides* de Deycke. Desde 1927 vem sendo praticada com real exito pelo seu autor, o illustre leprologo J. Maria Gomes, da "Inspeçôria da Lepra" do Estado de S. Paulo.

Nossos ensaios iniciaram-se ha pouco mais de 2 anos; durante este prazo experimentamos a reação de "Gomes-Deycke" em quasi todos os casos suspeitos ou confirmados de lepra que passaram pelo Laboratório Bacteriológico, com o fim de formar uma opinião pessoal sobre o seu justo valor, documentada em regular numero de observações, algumas delas acompanhadas durante espaço de tempo relativamente longo.

## I

### Diagnostico precoce da lepra

Suas dificuldades praticas

E' evidente que, no tocante ao diagnostico laboratorial da lepra, o problema simplifica-se, resolvendo-se desde logo quando se constata no muco nasal, nos ganglios, nas lesões cutaneas ou outras, as "globias" caracteristicas ou, mesmo, apenas bacilos acido-resistentes mais ou menos agrupados. Aliás, neste ultimo caso, possivel seria a confusão com o bacilo da tuberculose e com alguns outros dotados de propriedades tinctoriais analogas, como o bacilo de Karlinsky e o de Marchoux e Halphen, não raro encontrados no muco nasal.

O emprego de diversos artificios de coloração, provas culturais ou, finalmente, a inoculação experimental do germe suspeito, permite quasi sempre uma perfeita identificação bacteriológica.

Por vezes, contudo, o diagnostico bacteriológico da lepra oferece desconcertante dificuldade, sendo as mais variadas pesqui-

sas do seu agente especifico completamente negativas em casos incontestes dessa molestia. Si teoricamente é aceitavel a categorica afirmativa feita por Lie, na "III' Conferencia Internacional da Lepra", — de que o bacilo de Hansen com perseverança é "sempre" encontrado no individuo infectado, sob o ponto de vista pratico é falha a asserção do eminente leprologo norueguez.

Em primeiro lugar, a pesquisa mais comum, no muco nasal, é quasi sempre negativa nas formas nervosas e frustas. E até na lepra mixta e na tuberosa frequentemente só é positiva com intermitencia.

Inumeras são as estatisticas comprobatorias desses factos; seria superfluo, no entanto, aqui repeti-las. Recordemos apenas uma das mais illustrativas, a de Souza Araujo, o qual examinando cuidadosamente o muco nasal de 1314 leprosos declarados, encontrou o bacilo de Hansen sómente em 37,23% dos casos na forma anestésica, 64,35% na mixta e 78,38% na tuberosa.

O exame de biopsias de manchas ou placas, de ulceras, de lepromas e de outras lesões, oferece maior confiança, mas falha não raro nas maculas antigas, quasi sempre nas ulcerações troficas e na lepra latente e nervosa. Ademais, devemos levar em conta as dificuldades de ordem pratica, maxime nos casos duvidosos da clinica privada, pois nem todos os pacientes permitem sucessivas biopsias e a repetição das outras pesquisas. Ora, si mesmo diante de um caso tipico que se impõe á primeira vista, é indispensavel a prova laboratorial para esculdar um diagnostico de tamanha gravidade e consequencias sociais, com mais forte razão isto se impõe em relação aos casos incipientes e frustos, cuja frequencia vai aumentando a medida que melhor os reconhecemos.

São aqueles casos em que aparecem insignificantes manchas acromicas ou eritematosas, levemente hipoestesiadas, um ou outro pequeno e fugaz nódulo elementar, ou, então, leve espessamento do cubital, vagas perturbações da sensibilidade, certos sintomas subjetivos pouco precisos — sinais esses que, isolados ou associados irregularmente, podem lançar a confusão no espirito do profissional mais atilado. O cli-

\*) Comunicação apresentada á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, em sessão de 3 de Julho de 1931.

nico envia o doente ao dermatologista; este, muito razoavelmente, pede a prova decisiva do laboratorio, ao qual tambem o higienista reclama a confirmação bacteriologica, para justificar as medidas profilaticas indicadas. E em face da frequente dificuldade em se evidenciar o bacilo de Hansen, e desta imperiosa necessidade moral de apoiar em exames de laboratorio um diagnostico clinico de tão grande responsabilidade, compreende-se bem o interesse da pesquisa indireta da infecção leprosa, pelas reações celulares e humorais despertadas no organismo doente.

Com esse objetivo ensaiaram-se, e continuam em estudo, numerosas provas hematologicas, quimicas e alergicas, bem como relativas á fixação do complemento pelo soro leproso, capitulo em que se enquadra a reação de "Gomes-Deyeke", que óra nos ocupa.

## II

### Desvio do complemento da lepra

Inicialmente, empregou-se o antigeno de Eitner, isto é, um antigeno homologo preparado com material extraído de lepromas triturados e emulsionados na agua fisiologica fenicada á 5%.

Resumindo os numerosos ensaios realizados, póde-se afirmar que, além de pouco sensível na lepra nervosa, o antigeno de Eitner (e seus congeneres) frequentemente desvia o complemento com soro de sífilíticos não leproso, conforme demonstraram as pesquisas de Oluf Thomsen, Bjarnhjedinson, Joltran, Jeanselme e Vernes, o que muito diminue o seu valor pratico.

De outro lado, sabe-se que o soro leproso é dotado de acentuadas propriedades polifixadoras. Afóra os resultados positivos não especificos obtidos com os antigenos empregados na reação de Wassermann, facto que sobremodo dificulta o soro-diagnostico diferencial entre o mal de Hansen e a sífilis, o soro leproso tambem apresenta fixação positiva em face das mais diversas substancias. Tal ocorre, por exemplo, com os extratos de tumores, com a lecitina, com antigenos utilizando o pneumococo, o estafilococo, o bacilo da tuberculose e varios outros germes de identicas propriedades microquimicas. A este numero pertence o *Streptothrix leproides*.

Sua utilização foi inspirada a J. Maria Gomes pelos trabalhos decorrentes dos estudos de Dreyer, no tocante ao desengorduramento dos germes acido-resistentes.

Com efeito, J. Taylor e R. H. Malone empregando como antigeno o bacilo da tuberculose desengordurado pelo processo de Dreyer, ensaiaram o desvio do complemento com sôros de 100 leproso, obtendo resultados positivos em 100% dos casos na lepra tuberosa, 96% na anestésica e 92% na mista. A prova foi negativa na sífilis e tuberculose.

Incontestavelmente, são resultados brilhantes, mas que não poderão servir de base para apreciação do valor do referido metodo no diagnostico precoce da infecção leprosa, pois as pesquisas foram praticadas em um leproso, o "Rangoon Leper Asylum", onde só se encontram doentes em estado avançado. Óra, como bem acentúa J. M. Gomes, um processo sórologico que não tiver dado provas em doentes no periodo inicial e nas fórmulas frustas, "não poderá pretender arvorar-se em auxiliar do clinico para estabelecer o diagnostico precoce e orientar a terapeutica adequada".

Foi o que éle particularmente procurou com a sua reação e, tambem, um dos elementos que tentamos verificar no nosso limitado campo de observação e experiencias.

## III

### Cultura do *Streptothrix leproides*

Preparo do antigeno — Técnica da reação

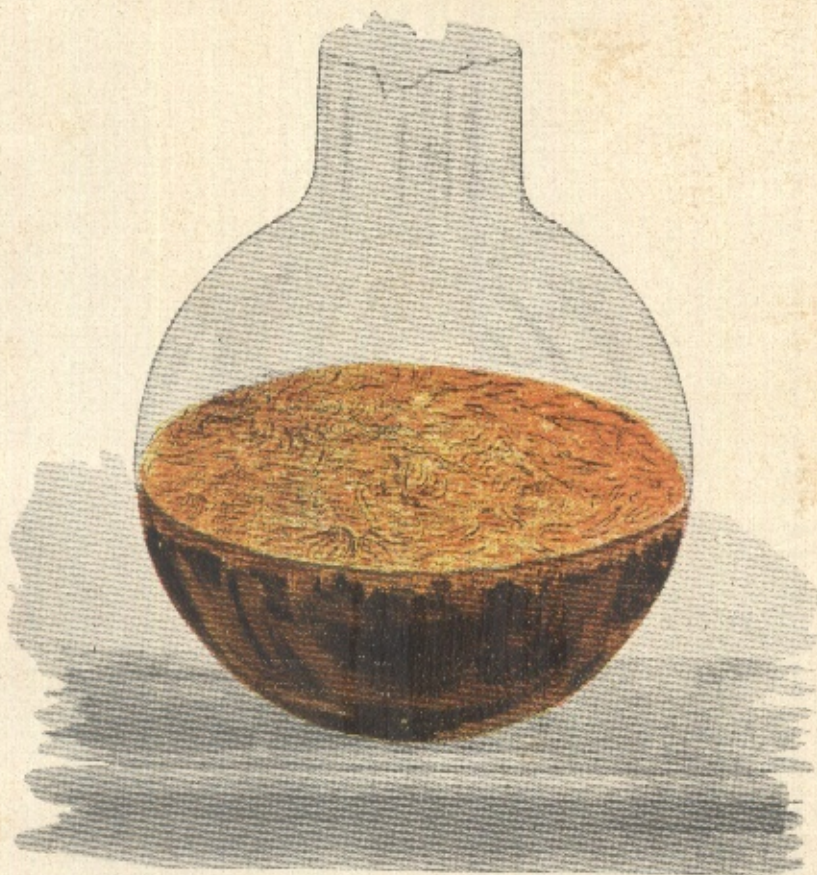
É sabido que o *Streptothrix leproides* de Deyeke é um germe acido-resistente saprofito, de facil manuseio por ser atoxico. Tratado pelo éter serviu a Deyeke para fabricação da "nastina", produto por éle aconselhado no tratamento da lepra.

Desenvolve-se com exuberancia nos meios glicerizados: caldo, batata e liquido sintetico de Sauton.

Como meio de conservação vimos empregando ha mais de 2 anos a batata glicerizada. As culturas já aparecem bem nítidas na primeira semana e continuam a crescer durante cerca de 1 mês.

Neste meio é muito grande a vitalidade do germe em questão, tendo sido positi-





**STREPTOTHRIX LEPROIDES DE DEYCKE**

Cultura em caldo glicerinado a 6 $\frac{1}{10}$   
Momento apropriado para o preparo do antígeno.

vas as repicagens de culturas de mais de um ano.

**Preparo do antígeno** — Para a preparação do antígeno, deve-se cultivar o *Streptothrix leproides* em caldo glicerinado a 6%, na estufa á 37°. Semeado em balões largos de 500 a 1.000 cc. de capacidade, no fim de 20 dias a cultura apresenta-se sob a forma de um vêu amarelodourado, seco e quebradiço, que se estende por toda a superfície líquida.

E' o momento oportuno para o preparo do antígeno. Para isto inicialmente é preciso desengordurar os bacilos, removendo a substancia cerosa que os envólve. Varios processos pódem então ser usados.

O original de Dreyer utiliza a acetona e o fórmol. E' desaconselhado por J. M. Gomes, que julga ser a formalina um fixador de certa violencia.

O processo por êle usado e que tambem seguimos, é a modificação de Mc Junkin, que se serve do oleo de oliva e da acetona

Em resumo, é assim que se procede:

Pipeta-se o caldo em que sobrenada a colonia, deixando-se apenas cerca de 10 cc. Deitam-se 100 cc. de acetona, que deve ficar em contato com a cultura durante 1 minuto. Pipeta-se a acetona, que toma aspécto leitoso, substituindo-a pela mesma quantidade, que se deixa agir durante 2 a 3 minutos. Retira-se em seguida e deitam-se 10 a 20 cc. de oleo de oliva esterilizado, agitado vigorosamente antes com agua esteril na proporção de uma gota para 10 cc. de oleo.

Todo o material é então levado á estufa, onde fica 24 horas. Filtra-se em papel, lavando-se cuidadosamente com acetona. Neste momento, o exame bacterioscopico pelo Ziehl-Neelsen ainda revêla muitos bacilos acido-resistentes.

Colocado em uma placa de Petri, sobre papel de filtro, é o material depositado em cima de uma estufa, após sucessivas misturas com pequenas porções de acetona. Um ou dois dias depois estão os germes desengordurados; tritura-se-os então em um gral, obtendo-se um pó fino e esbranquiçado, que deve ser guardado em frasco esteril.

Releva notar que as culturas de mais

de 20 dias oferecem grande dificuldade ao desengorduramento, o qual deve ser rigoroso para obtenção de antígeno em boas condições. Quando tal não succede, a substancia antigenica toma o aspécto de uma massa amarelada, que a trituração prolongada apenas consegue transformar em pó irregular e grumoso.

**Técnica da reação** — No dia em que se pretende praticar a prova, é o antígeno emulsionado na proporção de 1 por 100 em agua fisiologica a 9 por mil. Centrifuga-se, pipeta-se o liquido, que deve ser empregado em diluição ao meio, e é previamente aquecido em banho-maria a 100°, durante 5 minutos, para destruir qualquer traço de ação anti-complementar.

Está o antígeno pronto para ser usado, nodendo-se então passar ás dosagens preliminares e á pratica da reação propriamente dita, a qual, em suas linhas gerais, é a de todas as provas denominadas de desvio do complemento, tipo Border-Wassermann.

Em seu primeiro trabalho sobre o assunto, J. M. Gomes descreve minuciosamente a tecnica que utiliza, e que é a de G. Dreyer. Usamol-a tambem, fazendo comtudo varias modificações de acôrdo com os nossos metodos habituais de execução das reações de fixação do complemento.

O sôro a verificar é inativado em banho-maria a 55—56°, durante 20 minutos.

O complemento (sôro normal de coabaia) foi sempre empregado na diluição de 1/10 e o complexo hemolitico (hemacias de carneiro a 5% + sôro hemolitico 2 U. M. H.) na dose de 1 cc. em cada tubo de reação. Para titulação previa do antígeno, é este adicionado em doses crescentes (a partir de 0,1 cc.) á quantidade fixa do complemento a 1/10 (2 D. M. H.)

Habitualmente empregamos na reação 2/3 da dose maxima de antígeno que não é anti-complementar.

Usamos em geral 6 tubos na prova sôrologica, afôra os indispensaveis tubos-testemunhas. A diluição do sôro a examinar vai assim até a cifra de 0,01 cc., a qual aliás pód ser levada além.

O quadro abaixo figura esquematicamente o dispositivo final da reação:

TUBOS	1	2	3	4	5	6	T
Sôro suspeito . . . . .	0,2 cc.	0,1 cc.	0,5 cc. (1:9)	0,3 cc. (1:9)	0,2 cc. (1:9)	0,1 cc. (1:9)	0,3 cc.
Complemento a 1/10 . . . . . (2 D. M. H.)	0,6 cc.	0,6 cc.	0,6 cc.	0,6 cc.	0,6 cc.	0,6 cc.	0,6 cc.
Antígeno titulado . . . . .	0,4 cc.	0,4 cc.	0,4 cc.	0,4 cc.	0,4 cc.	0,4 cc.	—
Agua fisiologica . . . . . (9 por mil)	0,3 cc.	0,4 cc.	—	0,2 cc.	0,3 cc.	0,4 cc.	0,6 cc.

### Estufa uma hora a 37°—38°

Adicionar 1 cc. do complexo hemolítico previamente sensibilizado (1/2 hora a 37°). Agitar.

Nova incubação. Leitura definitiva após 1 hora.

Nota: Convém ainda referir que fizemos a leitura dos resultados das reações, de acôrdo com a ultima diluição de sôro em que se manifesta completa ou quasi completa inibição da hemolise. Nestas condições, dois sôros leprosos, um rico em anticorpos, outro relativamente muito mais pobre, ambos poderão dar um resultado positivo intenso, mas no 1.º este resultado foi obtido mesm com a diluição, por exemplo, de 0,01 cc., enquanto que no outro, tal succedeu apenas, supozhamos, com 0,1 cc. do sôro examinado.

Quando ha impedimento parcial ou total de hemolise apenas no 1.º tubo da reação, isto é, com 0,2 cc. de sôro, os diferentes graus de positividade são designados pelos signaes +, ++ e +++.

Adotamos esse sistema por nos parecer melhor permitir a dosagem do grau de positividade do sôro examinado, visto como suas diluições são distribuidas em 6 e mais tubos, facilitando tambem a comparação das provas sucessivas feitas com o sôro do mesmo paciente.

## IV

### Resultados

#### Especificidade-Sensibilidade

A lista anexa resume as observações dos 46 casos de lepra que estudamos, classificados segundo as 3 formas classicas. En-

tretanto, varios deles ainda se não integram exatamente em nenhuma dessas formas, pois são casos iniciais ou frustos.

Para designação da fase evolutiva, adotamos a classificação de Muir: repouso, invasão, resolução.

Maior numero de observações ainda não nos foi possível coligir, dada a inexistencia local de serviços especializados contra a lepra, falha aliás sobre cujos inconvenientes nunca será demais insistir, visto a feição endêmica que essa molestia tende a assumir no Rio Grande.

Para melhor estudar a reação de "Gomes-Deycke", não nos limitamos a praticá-la isoladamente em nossos observados; fizemos simultaneamente as reações de Rubino, Wassermann e Meinicke, cujos resultados tambem estão consignados na referida lista.

Quasi todos os pacientes que examinámos foram acompanhados durante meses (alguns durante mais de 1 ano) e, nos casos duvidosos, repetimos as pesquisas bacteriologicas e sêrologicas antes e após a reativação pelo iodureto, ponto que adiante abordaremos mais detalhadamente. Em outros, o mesmo foi feito consecutivamente ao tratamento pelos derivados da chaulmoogra.

Alôra a praticabilidade, dois elementos essenciaes condicionam o valor de qualquer processo de sôro-diagnostico: a) especificidade; b) sensibilidade.

Para apreciação de ambos, preliminarmente praticámos a reação de "Gomes-Deycke" com muitos sôros de individuos sãos e com os de docentes das mais variadas molestias: eezemas, psoriasis, lupus, tuberculose pulmonar aberta, sífilis secundaria, manifestações lueticas terciarias, etc., mate-

rial este fornecido principalmente pelos serviços de moléstias venereas dos Centros de Saude desta capital.

Os resultados foram geralmente negativos, com raríssimas excepções, pois em cerca de 300 provas obtivemos apenas 6 resultados positivo "leves". O primeiro em um caso de acne, tres outros em casos de tuberculose aberta, e os dois ultimos em doentes apresentando eritemas toxi-infecciosas de etiologia mal determinada. Dentre muitas centenas de reacções executadas, tambem J. M. Gomes refere raros resultados positivos na tuberculose franca, no acne e em casos de ozena.

Quanto aos nossos ensaios, a verificação de apenas 6 resultados positivos em um total de 300 reacções praticadas com sôros de individuos não leprosos, representa sem duvida um argumento de valia em pró do elevado grau de especialidade do antigeno empregado em relação ao sôro leproso. E' ainda digno de referencia serem esses resultados não especificos transitorios, e não se elevarem com a ativação pelo iodureto, como succede nos casos de lepra.

Com 32 sôros de leprosos confirmados bacterioscopicamente, o desvio do complemento pelo Streptothrix foi sempre possível evidenciar o bacilo de Hansen muitos meses após o resultado positivo da reacção de "Gomes-Deycke".

Tambem houve desvio do complemento com os sôros de 14 pacientes, apresentando alguns dêles sintomas nitidos, outros, apenas leves, si bem que inconfundiveis sinais clinicos de lepra incipiente ou frusta, mas com reiterados exames bacterioscopicos negativos até á presente data.

Em mais dois casos suspeitos de infecção leprosa, foram negativas as provas sôrologicas e repetidas pesquisas do bacilo de Hansen. O primeiro, comunicante de leproso bacilifero, apresenta pequenas maculas hipoestesicas em uma das mãos; o outro, refere-se a um doente com sintomas de lepra nervosa. Ambos continuam em observações ha varios meses e têm sido examinados periodicamente.

#### **SÔRO-DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE A LEPROSA E A SIFILIS**

— Neste capitulo, um dos pontos que oferece maior interesse pratico é o facto da prova de "Gomes-Deycke" ser completamente negativa

na sífilis, em qualquer de suas manifestações.

Efetivamente, as dificuldades clinicas e sôrologicas do diagnostico diferencial entre a lepra e a sífilis são por vezes consideraveis. Infeccões essencialmente proteiformes e não raro associadas, determinam uma síndrome humoral com numerosas analogias, o que sobremódo embaraça a diagnóstico e, sobretudo, o reconhecimento da simultaneidade de ambas.

Sob o ponto de vista da terapeutica da lepra, este deslinde reveste-se tambem da maior importancia, pois a relativa eficacia da medicação pelos modernos derivados da chaulmoogra, depende da sua precocidade e do tratamento previo das moléstias intercorrentes, ponto sobre o qual Muir insiste particularmente.

Aliás, desde muito é comum a observação de leprosos que melhoram consideravelmente após terapeutica especifica anti-luetica. Havia certamente o que Milian denomina a "simbióse sífilítico-leprosa", e o tratamento da primeira infecção facilitou a melhora espontanea da outra.

Mas, como chegar nos casos duvidosos a um sôro-diagnostico preciso, si a prova habitual de Wassermann fornece, em grande percentagem, resultados positivos na lepra pura?

E', sem duvida, problema que ainda oferece margem a controversias, porém os progressos tecnicos realizados nos ultimos anos permitem quasi sempre uma solução favoravel, mediante o estudo associado de varias provas sôrologicas. Com este intuito, sistematicamente praticamos as 4 seguintes reacções em todos os casos suspeitos de lepra pura ou lepra-sífilis: "Gomes-Deycke", Rubino, Wassermann e Meinicke.

A 1.<sup>a</sup>, óra especialmente estudada, é sempre negativa na sífilis e, como vimos, positiva no mal de Hansen em alta percentagem.

A 2.<sup>a</sup>, reacção de Rubino, vem sendo praticada ha mais de 3 anos no Laboratorio Bacteriologico, e tem como base a sedimentação rapida das hemacias de carneiro formuladas em face do sôro leproso.

A tecnica de Marchoux-Caro foi a que empregámos na maioria dos casos; recentemente utilizamo-nos tambem do ultimo aperfeiçoamento proposto pelo proprio autor, isto é, o emprego de doses decrescentes do sôro a examinar e o controle de tres tu-

bos-testemunhas com globulos de carneiro não formolados.

Com ambas as tecnicas, a reação de Rubino se nos tem mostrado pouco sensível, maxime nos casos incipientes e em repouso. Porém sua especificidade é, de facto, praticamente absoluta.

Entre nós, já em 1928, em minucioso trabalho publicado nos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", J. Travassos da Rosa acentuava esta noção e, em Fevereiro do corrente ano, Pinto de Figueiredo, em tése apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, conclue declarando ser a reação de Rubino, quando positiva, "patognomica da lepra".

Quanto aos nossos ensaios pessoais, dentre mais de uma centena de reações praticadas com sôros não leproso, jamais obtivemos um resultado positivo.

No tocante ao estudo das provas de Wassermann e Meinicke na lepra, em comunicação anterior sobre a ultima dessas reações, feita em colaboração com J. Travassos da Rosa, referimo-nos ao animado debate que provocou o trabalho de Jeanselme, Blum, Bloch e Terris apresentado á IIIª Conferencia Internacional da Lepra. Nêle, comparam esses experimentadores os resultados das reações de Wassermann, Calmette-Massol, Levaditi, Hecht e Jacobsthal praticadas simultaneamente em sôros sanguineos de 10 leproso, nos quais havia completa ausencia de sinais clinicos de lues, hereditaria ou adquirida.

Na verdade, poucas conclusões nitidas sobre o assunto foram então emitidas naquele memoravel concláve científico; desde essa época, porém, numerosas foram as pesquisas subsequentes relativas á sórologia do mal de Hansen, e muitos pontos obscuros lograram ser esclarecidos. Comprovou-se assim a fraca sensibilidade, na lepra, de algumas das tecnicas aperfeiçoadas da prova de Wassermann, tais como as de Calmette-Massol e Kolmer, e mais fertil ainda tem sido o emprego das modernas reações de flocculação no deslinde entre aquela molestia e a sífilis.

Nas mãos de Fleury da Silveira e J. M. Gomes, a reação de Kahn, por exemplo, sentou percentagem minima de resultados positivos com o sôro de leproso não sífilítico, sendo praticada sistematicamente, quando esses autores pretendem fazer o diagnostico diferencial acima referido.

Quanto á turvo-reação de Meinicke, de elevada sensibilidade na sífilis, forneceu em nossos ensaios iniciais a animadora cifra de 85,72% resultados francamente negativos na lepra pura, emquanto que em identicas condições a prova rotineira de Wassermann foi negativa apenas em 42,85% dos casos estudados. No quadro apenso ao fim deste trabalho estão assinalados os nossos resultados atuais, evidenciando, como os anteriores, o valioso auxilio da pratica da reação de Meinicke sempre que haja suspeita de uma sífilis concomitante em um leproso, ou nos casos de diagnostico vacilante entre essas duas molestias.

#### Reativação sórologica pelos ioduretos —

Apezar de sua sensibilidade, casos ha em que a reação de "Gomes-Deyeke" é negativa, mau grado a coexistencia de um ou vários sintomas suspeitos de infecção leprosa.

A exemplo do que se faz na sífilis com os arsenicais, J. M. Gomes imaginou ativar ou sensibilizar o sôro desses pacientes, mediante a administração de iodureto de potássio. Orientou-se pelos trabalhos de Muir, o qual, estudando o aumento da rapidez de sedimentação das hemacias nos leproso submetidos á ação do iodureto de potássio, verificou exercer este medicamento acentuada influencia sobre o granuloma leprotico, provocando a libertação do bacilo de Hansen e de seus produtos toxicos. Dahi deduziu J. M. Gomes que, sendo sua prova uma reação de antígeno-anticorpo, essa libertação de material leprotico no organismo deveria elevar a proporção de anticorpos circulantes e, portanto, tornal-a mais evidente.

A pratica confirmou essas deduções teoricas, — e o grande numero de observações ja publicadas pelo autor veiu comprovar o auxilio que a reativação presta ao diagnostico precoce, além das indicações que fornece sob o ponto de vista da prognóse e capacidade reacional do organismo leproso.

Para nosso estudo, em uma primeira serie de experiencia praticámos a reação de "Gomes-Deyeke" com sôros de varios individuos sãos e sífilíticos, antes e após a administração de iodureto de potássio (2 grs. diarias, durante uma a duas semanas). Não houve nenhum resultado positivo.

Em seguida, nas mesmo condições, experimentamo-la em 8 leproso confirmados bacterioscopicamente. Em 4 observámos apreciavel elevação do grau de positividade:

em 3 os resultados mantiveram-se estacionários; finalmente, no ultimo, houve diminuição da intensidade do desvio do complemento. Tratava-se, provavelmente, de um doente inativo ou em fase negativa de infecção.

Verificando quão sensível e específico é o poder reativante do iodureto, em relação á prova de "Gomes-Deycke" na lepra, sempre que nos foi possível empregamos este recurso no exame sôrologico dos pacientes suspeitos que examinámos, com reais vantagens praticas em vários casos duvidosos.

Finalmente, merece ainda referencia o facto da prova de "Gomes-Deycke" permitir valiosas indicações para julgar do grau de infecciosidade, esclarecer a orientação terapeutica e controlar os resultados do tratamento pelos derivados da chaulmoogra. São pontos ainda em estudo, frequentemente de difficil interpretação, mas que já oferecem grande interesse pratico.

Assim, por exemplo, leprosos aparentemente em bom estado geral, com sintomatologia atenuada, e que poderiam ser tidos como casos leves ou frustos, não raro apresentam a reacção de "Gomes-Deycke" fortemente positiva. Isto significa accentuada e insidiosa impregnação bacilar. Em tais casos, uma terapeutica intensiva desencadearia um surto progressivo, mobilizando os germes que estavam alojados nos ganglios, sem apreciaveis manifestações clinicas.

## V

### Considerações finais

Para exemplificar diversos dos factos que vimos referindo, faremos rapidos comentarios á margem de algumas das nossas observações mais elucidativas:

Obs. 22 — S. F., 37 anos, branco, residente em Porto Alegre. Requisição do Dr. Hugo Ribeiro. Maculas eritematosas hipostesicas nos braços e tronco. Coloração avermelhada da face, com leve infiltração. Estado geral bom. Não acusa antecedentes suspeitos em relação á sífilis.

Examinado pela primeira vez em Maio de 1930. Pesquisa do bacilo de Hansen negativa no muco nasal e nas lesões cutaneas (exames feitos no Laboratorio Bacteriologico da Diretorio de Higiene e em laboratorios particulares).

Resultados das reacções sôrologicas:

Wassermann: +  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo franco até 0,1 cc. de soro.

Novo exame após administração diaria de 2 grs. de iodureto de potassio durante 3 semanas: Muco nasal negativo. Resultados sôrologicos:

Wassermann: +  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo franco até 0,05 cc. de soro.

Em vista do resultado positivo da prova sôrologica, concordante com os dados clinicos, foram feitas repetidas pesquisas bacterioscópicas, que só revelaram o bacilo de Hansen varios mezes após, assumindo a molestia franca evolução, com agravamento de todos os sintomas.

Obs. 25 — E. H., 30 anos, branco, casado. Requisição do Dr. Hugo Ribeiro. Nodulos e maculas anestésicas na face e nos braços. Dôres reumatóides, etc. Caso típico em evolução.

Primeiro exame em 12 de Março de 1930. Muco nasal positivo (globias). Resultados sôrologicos:

Wassermann: +  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Positivo  
 Gomes-Deycke: Positivo franco até 0,02 cc. de soro.

Tratamento por um dos preparados da chaulmoogra e novo exame em 2 de Dezembro de 1931. Doente muito melhorado. Reações:

Wassermann: +  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo franco sómente até 0,1 cc. de soro.

Obs. 40 — C. H., 30 anos, casada com o leproso a que se refere a observação anterior. Clinica do Dr. Hugo Ribeiro.

Examinada pela primeira vez em 2 de Dezembro de 1930. Apresentava apenas duas pequenas manchas levemente roseas, uma no pescoço e outra na região superciliar esquerda. Não se notou perturbações da sensibilidade local. Resultados sôrologicos:

Wassermann: Negativo  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo + em 0,2 cc. de soro.

Muco nasal negativo. Reativação pelo iodureto de potássio, 2 grs. durante 12 dias. Muco nasal ainda negativo. Reações sérológicas:

Wassermann: Negativo  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo + + + em  
 0,2 cc. de soro.

Nesta paciente foi sensível a influencia reativante do iodureto sobre o desvio do complemento, significando provavelmente acentuada impregnação bacilar, mau grado os leves sintomas clínicos.

Obs. 32 — M. R., 31 anos, casada, branca. Requisição do Dr. Ricaldone. Primeiro exame feito em 6 de Agosto de 1929. Manchas roseo-arroxeadas em ambos os braços. Anestesia térmica. "Formigamentos" nos membros inferiores. Nervos cubitais espessados. Não existem sintomas de lues.

Reiterados exames bacterioscópicos negativos, no muco nasal e nas lesões cutâneas. Reações sérológicas:

Wassermann: Negativo  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo franco até  
 0,05 cc. de soro.

A pesquisa do bacilo de Hansen foi positiva mais de 1 ano após, por ocasião de intenso surto evolutivo.

Obs. 46 — C. R., 10 anos, branca, filha da doente anterior. Não apresentava manifestações clínicas; examinada por ser comunicante.

Primeiro exame em 23 de Agosto de 1929. Resultados sérológicos:

Wassermann: Negativo  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Negativo.

Nessa época ainda não praticávamos a reativação sérológica com o iodureto de potássio. Novo exame dois anos após, em 9 de Setembro de 1931 (posterior à apresentação do presente trabalho). Muco nasal ainda negativo. Pequena macula rosea na face esquerda, com leve diminuição da sensibilidade. Resultados sérológicos:

Wassermann: Negativo  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo +  
 em 0,2 cc. de soro.

Obs. 43 — A. C., 34 anos, casado, branco, comerciante, residente em Porto Alegre. Denunciado à Diretoria de Higiene como portador de mo-

lestia suspeita. Medico que verificou: Dr. Ary Vianna. Examinado em 28 — Janeiro — 1931.

Manchas eritematosas na face. Maculas nos braços. Hipoestesia. Dores reumatoides. Foram negativas repetidas pesquisas bacterioscópicas, no muco nasal e na serosidade das maculas. O paciente também apresentava resultados negativos de exames praticados em laboratorio particular desta cidade.

Reações sérológicas:

Wassermann: Negativo  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo franco até  
 0,1 cc. de soro.

Após administração de iodureto de potássio durante 12 dias:

Wassermann: Negativo  
 Meinicke: Negativo  
 Rubino: Negativo  
 Gomes-Deycke: Positivo franco até  
 0,05 cc. de soro.

Apesar de negativa a pesquisa do bacilo de Hansen, diante dos sintomas clínicos e dos resultados sérológicos positivos, com sensível reativação pelo iodureto, este paciente pôde e deve ser considerado como um caso de lepra.

Varias outras observações poderíamos relatar, em que a reação de "Gomes-Deycke", associada ás demais acima referidas, nos veio fornecer valioso elemento de convicção, ora confirmando um diagnostico duvidoso, ora concorrendo para afastar de um todo a hipótese de infeção leprosa. Mas, para não nos alongarmos excessivamente, encerraremos nossas considerações julgando-nos autorizados a afirmar que — a prova de desvio do complemento com o Streptothrix leproides de Deycke presta relevantes serviços no diagnostico da lepra, bem como no controle sérológico do tratamento dessa molestia. Sua execução, ao lado das reações de Wassermann, Meinicke e Rubino, resolve na quasi totalidade dos casos o deslinde entre a lepra e a sífilis, facto cuja alta importancia pratica é desnecessario salientar.

Auxiliando o diagnostico precoce e orientando a terapeutica adequada, a reação de "Gomes-Deycke" oferece assim real interesse ao clinico e ao higienista, por permitir a efetivação oportuna das medidas profilaticas indicadas e o tratamento dos casos incipientes — unica possibilidade de cura do mal de Hansen.

## REFERENCIAS

**J. M. Gomes** — Desvio do complemento na lepra com o Streptothrix leproides de Deyeke desengordurado. Revista de Biologia e Higiene. S. Paulo, Brasil. Vol. I Fas. I P. 17 Ano: 1927.

**J. M. Gomes e J. Duarte do Pateo Junior** — Desvio do complemento na lepra Revista de Biologia e Higiene. S. Paulo, Brasil. Vol. I Fas. III P. 89 Ano: 1928.

**J. M. Gomes** — Desvio do complemento na lepra (3.<sup>a</sup> comunicação) Separata da Revista de Biologia e Higiene. Vol. II Fas. 1 ano: 1929.

**J. M. Gomes e P. de Azevedo Antunes** — Desvio do complemento na lepra com o Streptothrix Leproides de Deyeke desengor-

durado. Brasil-Medico. Ano XLIV N.º 17 P. 464. Abril — 1930.

**A. Gilbert e M. Weinberg** — Traité du sang. T. II P. 590. Paris 1921.

**Travassos e Faillace** — Diagnostico Sôrologico da sífilis pela reação de Meinicke. Arquivos Rio Grandenses de Medicina. Ano VII N.º I. P. 5. Janeiro 1928.

**J. Travassos** — Reação de Rubino — Idem Agosto—Setembro 1928.

**G. Fleury da Silveira e J. M. Gomes** — A reação de Kahn na lepra. Separata do "São Paulo Medico" Ano I. Vol. III. N.º 3 Abril 1929.

**Armindo Pinto de Figueiredo** — Diagnostico sôrologico da lepra pela reação de Rubino. Tese apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Fevereiro de 1931.

**Observações resumidas dos casos de LEPRA CONFIRMADA, pessoalmente examinados sob os pontos de vista clinico e laboratorial durante os ultimos dois annos.**

**Globias bacilares tipicas no muco nasal ou biopsia positiva.**

Observação N.º	Requisição do Dr.	Forma clinica Evolução	REAÇÕES				Sinaes de sífilis
			Gomes-Deyecke	Rubino	Wass.	Meinicke	
1 — F. L. 30 anos	Mario Totta	Mac. anest. — Reposuo	Positivo até 0,1 cc. de sôro	Pos.	+	Neg.	Não
2 — L. V. 31 anos	Freitas e Castro	Tuberosa — Invasão	Positivo até 0,01 cc. de sôro	Pos.	Neg.	Neg.	Não
3 — A. P. 40 anos	Mario Totta	Mista — Invasão	Positivo até 0,05 cc. de sôro	Pos.	+	+	?
4 — O. T. 13 anos	Faillace	Mac. anest. — Reposuo	Positivo + + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
5 — M. P. 64 anos	Freitas e Castro	Mac. anest. — Reposuo	Positivo + + em 0,2 cc. de sôro	Pos.	Neg.	Neg.	?
6 — I. A. 58 anos	Faillace	Mac. anest. — Resolução	Positivo até 0,05 cc. de sôro	Neg.	+	Neg.	?
7 — D. G. 35 anos	Freitas e Castro	Tuberosa — Resolução	Positivo até 0,01 cc. de sôro	Pos.	+	+	Sim
8 — L. P. 50 anos	Freitas e Castro	Mista — Resolução	Positivo até 0,01 cc. de sôro	Pos.	++++	++++	Sim
9 — A. P. 35 anos	Faillace	Mac. anest. — Reposuo	Positivo até 0,1 cc. de sôro	Duvidoso	Neg.	Neg.	Não
10 — J. S. 50 anos	Di Primio	Tuberosa — Resolução	Positivo até 0,05 cc. de sôro	Pos.	+	Neg.	Não
11 — R. P. 26 anos	Freitas e Castro	Mista — Reposuo	Positivo + + em 0,2 cc. de sôro	Pos.	Neg.	Neg.	?



Observação N.º	Requisição do Dr.	Forma clinica Evolução	REAÇÕES				Sinais de estivo
			Gomes-Deycke	Rubino	Wass.	Melnick	
12 — J. G. 49 anos	Faillace	Mac. anest. — Repouso	Positivo até 0,05 cc. de soro	Neg.	+++	Neg.	?
13 — O. L. 16 anos	Faillace	Tuberosa — Invasão	Positivo até 0,02 cc. de soro	Duvidoso	+++	+++	Sim
14 — A. D. 50 anos	Marques Pereira	Mista — Invasão	Positivo até 0,1 cc. de soro	Neg.	+++	Neg.	Não
15 — E. C. 30 anos	Heredia	Tuberosa — Invasão	Positivo até 0,01 cc. de soro	Pos.	Impte.	++++	Sim
16 — F. S. 30 anos (?)	Ricaldone	Tuberosa — Invasão	Positivo até 0,05 cc. de soro	—	Neg.	Neg.	?
17 — H. P.	Nonohay	Mac. anest. — Repouso	Positivo + em 0,2 cc. de soro	Neg.	Neg.	Neg.	?
18 — J. F. 34 anos	Hugo Ribeiro	Mista — Invasão	Positivo até 0,01 cc. de soro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
19 — L. B. 50 anos	Marques Pereira	Mac. anest. — Repouso	Positivo + + em 0,2 cc. de soro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
20 — R. R. 37 anos	Sr. Pedro Vaz	Mac. anest. — Repouso	Positivo em 0,02 cc. de soro	Neg.	+	Neg.	Sim
21 — R. O. 31 anos	Gomes Ferreira	Mista — Invasão	Positivo até 0,05 cc. de soro	Neg.	+	Neg.	Não
22 — S. F. 37 anos	Hugo Ribeiro	Mista — Invasão	Positivo até 0,05 cc. de soro	Neg.	+	Neg.	Não
23 — E. L. 31 anos	Freitas e Castro	Tuberosa — Invasão	Positivo até 0,05 cc. de soro	Pos.	+++	+	Sim
24 — M. K. 22 anos	Di Primio	Mac. anest. — Invasão	Positivo até 0,05 cc. de soro	Pos.	+	Neg.	Não
25 — E. H. 30 anos	Hugo Ribeiro	Mista — Repouso	Positivo até 0,1 cc. de soro	Neg.	+	Neg.	Não
26 — E. M. 16 anos	Dias de Castro	Mista — Invasão	Positivo até 0,05 cc. de soro	Pos.	+++	Neg.	Não
27 — B. C. 50 anos	Annes Dias	Mista — Resolução	Positivo até 0,05 cc. de soro	Pos.	Neg.	Neg.	?
28 — A. M. 49 anos	Di Primio	Tuberosa — Resolução	Positivo até 0,02 cc. de soro	—	++++	++++	Sim
29 — N. R. 17 anos	Di Primio	Tuberosa — Evolução	Positivo até 0,02 cc. de soro	Neg.	+++	Neg.	Não
30 — I. G. 40 anos	Paula Esteves	Tuberosa — Invasão	Positivo até 0,02 cc. de soro	—	++	+	?
31 — A. S. 40 anos	Hugo Ribeiro	Mista — Resolução	Positivo até 0,02 cc. de soro	Pos.	+++	Neg.	Não
32 — M. R. 31 anos	Ricaldone	Mac. anest. — Invasão	Positivo até 0,05 cc. de soro	Neg.	Neg.	Neg.	Não

**Pacientes com sintomas clinicos de Lepra nos quais pesquisas repetidas não revelaram o bacilo de Hansen, mas apresentando positiva a reação de "Gomes-Deycke".**

Obs. n.º	Requisição do Dr.	Sintomas suspeitos	REAÇÕES				Sinaes de sífilis
			Gomes-Deycke	Rabino	Wass.	Moinicke	
33 — C. C. 27 anos	Uttinguassú	Maculas anestésicas na face e nos braços "Formigamentos" nos membros	Positivo + + em 0,2 cc. de sôro	Pos.	+++	Neg.	Não
34 — J. C. 50 anos	Sefton	Maculas acromicas, hipoestésicas na face e no tórax	Positivo + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	++	Neg.	Não
35 — M. C. 38 anos	Di Primio	Ulcerações na perna esq., Manchas erit. hipoestésicas na face e tronco	Positivo + + + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	+++	+++	?
36 — F. F.	Di Primio	Manchas erit. hiperest. no tórax, face e nos braços Dores reumatoides	Positivo até 0,05 cc. de sôro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
37 — M. G. 15 anos	Uttinguassú	Pequenas manchas roseas no tronco Anestesia da face int. do braço esq. Esboço de garra	Positivo + + + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	+	+	?
38 — J. R. 28 anos	Paiva Gonçalves	Pequenas mac. eritem. anestésicas nos braços e na face	Positivo + + + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
39 — C. L. 48 anos	Hugo Ribeiro	Manchas hiperacromicas na face. Hipoestesia	Positivo + + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	+	Neg.	?
40 — B. F. 27 anos	Veio espontaneamente ao Lab.	Hipoest. da face int. do ante-braço Cubital espessado. Maculas	Positivo + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
41 — C. H. 30 anos	Hugo Ribeiro	Pequena macula rosea no pescoço. Idem na testa. Sensibil. normal	Positivo + + + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
42 — J. R. 21 anos	Annes Dias	Retração dos artelhos. Atrofia e hipoestesia	Positivo + + em 0,2 cc. de sôro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
43 — A. C. 34 anos	Ary Vianna	Maculas erit. na face. Perturbações da sensibilidade	Positivo até 0,05 cc. de sôro	Neg.	Neg.	Neg.	Não

Obs. n.º	Requisição do Dr.	Sintomas suspeitos	REAÇÕES				Sinaes de sífilis
			Gomes Deycke	Rubino	Wass.	Moliske	
44 — E. S. 45 anos	Hugo Ribeiro	Manchas eritematosas em ambos os braços Anestesia	Positivo ++ em 0,2 cc. de soro	Neg.	+	Neg.	Não
45 — J. C. 11 anos	Hugo Ribeiro	Pequenas maculas hípoes. na face e nos braços	Positivo + em 0,2 cc. de soro	Neg.	Neg.	Neg.	Não
46 — C. R. 10 anos	Faillae	Macula hípoestésica na face	Positivo + em 0,2 cc. de soro	Neg.	Neg.	Neg.	Não

EXIJA

O

Café Nacional

como garantia de  
um produto puro

COLITES - DIARRHEIAS NAS CECÍLICAS - GASTRO ENTERITIS - AGNÉ - MELHORA A DERMATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PUTRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTOTOXICAÇÃO INTESTINAL.



„Boletim do Sindicato Medico Rio Grandense“

Dentro em breve aparecerá o boletim do Sindicato Medico Rio Grandense, órgão oficial da associação da classe.

O boletim será publicado trimestralmente e conta com escolhido corpo de colaboradores.

## Do estado atual dos metodos de tratamento da tuberculose osteo-articular na criança

Memoria apresentada ao II Congresso Internacional de Pediatria, reunido em Stockholm (Suecia), pelo professor **Nogueira Flores**, catedratico de clinica pediatrica, cirurgia e ortopedia e membro da Academia Nacional de Medicina\*).

(Continuação e conclusão).

Sabemos todos, que até ha bem pouco se dizia ser o pús tuberculoso, o pús de abcesso frio, pús asptico, pois que com os metodos correntes de coloração, não se conseguia revelar nele a presença de germes. E' que, no pús de natureza tuberculosa, como já disse, a forma acido resistente desaparece e só permanece a forma granular. Esta fica intacta porque sobre a granulação os fermentos limfocitarios não agem. O abcesso de evolução torpida, permanece sempre como fonte de pús, terminando por fistulação permanente.

Observa-se, pois, o contrario na abecção consequente a um processo inflamatório agudo, como por exemplo, com os fleimões. Nestes, o cirurgião intervem para dar saída ao pús facilitando o trabalho do organismo que, quando suficientemente resistente, conseguirá estabelecer sua reação de defeza permitindo o abcesso se rompa espontaneamente. Verificar-se-á então, por observação atenta, que constituindo-se um pequeno ponto de amolecimento, vão os tecidos se adelgaçando pouco a pouco até que a resistencia por eles oposta desapareça e assim se rompa o abcesso, dando eliminação ao pús. Evacuado que seja o abcesso quente, os rebentos de cicatrização em breve completam a cura. No abcesso frio, o cirurgião terá que intervir não só com a evacuação do pús como ainda com o tratamento adequado para que o abcesso não se fistulise e consegue ele isso, usando de terapeutica denominada "modificadora", cujo efeito benéfico se traduz pela modificação dos tecidos constituintes das paredes que circumdam o abcesso, alterando-lhes a crase leucocitaria. Esses agentes terapeuticos, iodo aleurona, sais de zinco, de prata e tantos outros, transformam quimicamente o abcesso frio em abcesso quente despertando o poder curativo da natureza.

E porque razão se passa o fenomeno assim? Vimos a pouco que a formula granular permanece intacta no pús tuberculoso sobre ela não age o fermento lipolitico lim-

focitario e no pús desta natureza ha ausencia de fermentos proteoliticos, unicos capazes de digerirem. A explicação disto está no facto de no pús tuberculoso não se encontrar polinucleares, celulas onde se derivam os fermentos proteoliticos. A formula leucocitaria da infecção tuberculosa é a limfocitose. Assim só pela inversão da formula leucocitaria, de limfocitose em polinuclear, se consegue a destruição da formula granular. E' o que a clinica obtem com as injeções modificadoras."

Estas injeções modificadoras dão, em geral, bons resultados quando são convenientemente applicadas, de acordo com o metodo de Calot, salvo casos especiaes.

Modernamente, surge como sõe acontecer com tantas outras, a solução de cloroformio iodado de Marian (de Bucarest) cuja composição quimica é de cloroformio, iodo, guaiacol e oleo, empregada como injeção modificadora.

Além de gozar este liquido da propriedade de estimular a função lipasogenica e proteasogenica identica a do liquido de Calot, se pretende que, ao lado de sua propriedade proteasogenica derivada do iodo, tenha a ação directa sobre o bacilo pelo fato da propriedade caracteristica do cloroformio de dissolver a sua capaça gordurosa.

Quanto ao metodo esclerogeno, i. é, das injeções intra-articulares modificadoras, bem antigas e introduzidas por Lannelongue, convem ter ciência que está ainda hoje em algum uso nas tuberculoses do cotovelo e do joelho, apesar de causar dores, ás vezes bem vivas. Não temos seguido este metdo por pensar com Ombrédanne que atualmente parece bastante justo o seu descredito por não ter visto os seus resultados.

Aresky Amorim (do Rio de Janeiro — Comunicação á Sociedade de Medicina e Cirurgia, em Outubro de 1929 — Abscessos tuberculosos. Uma nova substancia modificadora para seu tratamento), chama a atenção e conclue que: "a inteira eficacia do morruato cuprico coloidal (Gadusan), co-

\*) O congresso de Stockholm reuniu-se em Agosto de 1930.

mo substância modificadora dos abscessos tuberculosos em todos os casos em que o empregamos, a rapidez dos optimos resultados obtidos, sem comparação com quaesquer outros até hoje apresentados e a ausencia absoluta dos efeitos secundarios nocivos.

A sua plena eficacia reside, sem duvida, no poder lipasogenico e proteasogenico, na ação especifica do cobre que contem sobre o bacilo de Koch, na propriedade fixadora dos sais de calcio que lhe compete na absorção preferencial que realisa as toxinas in loco.

Mas, a sua extraordinaria superioridade sobre todas as demais substancias até hoje propostas para o tratamento dos abscessos tuberculosos, encontra-se, por certo, no fato de não conter substancia alguma quimicamente ativa, capaz de inibir a ação bacteriolitica dos fermentos leucocitarios cuja produção estimula e exalta.

A presteza da ação do morruato cuprico coloidal na cura, ultrapassou a toda expectativa nossa, não só pela sua ação decisiva sobre os phenomenos inflamatórios em si, na fase destrutiva, mas sobretudo pela ação notavel sobre ulterior evolução do fóco na fase de reparação e cicatrização das lesões extremamente encurtadas, como illustram todos os casos apresentados, mas em particular a observação n.º 4, em que conseguimos a cura clinica, anatomica e funcional, com restitutio ad integrum, de um processo coxalgico essencialmente destrutivo e invasor, no estreitissimo espaço de 5 mezes, i. é, na quarta parte do tempo comumente necessario para isso nos casos favoraveis."

**RADIOTHERAPIA.** O que é mister pensar quanto a roentgenterapia?

E' na terapeutica pelos raios Roentgen que será uma fonte garantida ou promissora no tratamento da tuberculose osteo-articular? E' o que pois, convem saber, si de véras, existe um metodo fisioterapico, cuja realização demanda uma especialização perfeita é este — atenta ás mil dificuldades e acidentes sobrevindos na sua pratica.

A roentgenterapia é uma terapia a qual, a nosso ver não tem logrado successo ainda, não só pela nossa observação pessoal de radiologo como da dos radiologos de renome, por exemplo, Iselin (de Bale) Belot, Albert Weill e outros mais.

As numerosas publicações feitas desde que iniciaram a radioterapia profunda não apresentam senão resultados pouco convincentes, porque ha nas tecnicas de applicação ainda uma lacuna.

Massart: "tinha podido lhe dar conta, e os fatos não fizeram senão confirmar o que sabia, que a radioterapia exigia o levantamento do gesso e delle concluiu que não era compatível com uma boa imobilização.

Com janelas, mesmo largas ou mesmo com aparelhos em alsa de que não gosto, porque não imobilizam bem, porém estaria resolvido com isso pois o gesso dá nascimento durante as sessões de radioterapia á uma radiação de raios moles, particularmente perigosos para os tegumentos; tem-se bem experimentado para ahí preparar, envernizar e parafinar os aparelhos de gesso: o perigo não persiste menos. Está ahí um risco que assinala para aqueles que seriam tentados submeter um osso ou uma articulação aos raios Roentgen, quando o doente traz um gesso.

E' lamentavel que a radioterapia das tuberculosas, em vez de dirigir-se ás lesões multiplas como as spina, ou as lesões superficiais como o artrite esterno-clavicular ou nas lesões osseas do esterno; ahí não ha recear de perturbar a imobilização e confessa que, por sua parte, estimaria seguir os trabalhos de um colaborador, conhecendo bem estas questões e para ou qual poderia enviar taes doentes."

**RAIOS ULTRA-VIOLETAS** — Como finalidade do tratamento local, temos outra modalidade da fisioterapia — os raios ultravioletas, que é uma poderosa fonte de energia e introduzida na terapeutica cirurgica, atualmente conhecida em expressão sintetica de — *u v e t e r a p i a*.

Releva vos declarar, que não nos temos olvidado de prescrever este recurso precioso aos nossos doentinhos quer da clinica privada, quer da hospitalar, quando são atacados de tuberculose osteo-articular.

Quanto a intervenção cirurgica temos sido muito prudentes, não somos intervencionistas, contudo ha casos de operação inadiavel para evitar agravação ou mesmo a terminação letal.

Massart declara: "que nas osteites tuberculosas, principalmente, si se localisam na vizinhança das articulações e constituem um perigo para ellas, si se são bem locali-

sadas e facilmente documentadas aos films radiograficos podem se praticar com proveito a exercêse cirurgica; para que a operação de resultados bons, é mister que tudo o que está lesado seja retirado e que os tecidos visinhos sejam abrigados de uma resemeadura; nunca é conveniente drenar afim de obtermos cicatrizações por primeira intensão.

Não somos daqueles que dizem e escrevem, nunca é necessario operar as tuberculosas, ha delas que podemos muito bem operar; curamos assim osteites costaes, trocanterites (verdadeiras) tuberculosas juxta-epifisarias, osteites do esterno; em uma palavra, as curamos, cada vez que se localizam em pontos primeiramente facil, não ha necessidade de fazer desunioes grandes, porém, ao contrario, na crista ilíaca, no pubis do isquion e por toda a parte onde a operação se contenta demais vezes com ser de uma raspagem mais ou menos completa, o ato cirurgico é máu e prejudicial".

\*

\* \* \*

Recapitulando algumas das questões relativas a terapeutica é de modo o mais succincto possivel devemos dizer que, reconhecida a natureza tuberculosa da lesão ossea e articular, que tratamento vamos instituir?

Broca resumia o metodo de tratamento em duas palavras bem sugestivas: *immobildade e paciencia*.

Sorrel, Pediatra-Cirurgico, escreveu, em Janciro de 1929, um artigo sobre o tratamento do Mal de Pott. Fôcou este ortopedista como ponto capital sobretudo, o tratamento local, afirmando que a criança de Mal de Pott, sem complicação, faz a immobilisação em decubitus apenas e regeita energicamente todo tratamento ambulatório por colete.

Assim este especialista pensa que, "o Mal de Pott baixo, situado nas regiões lombo-sacra, lombar, dorso-lombar, dorsal inferior ou mesmo media, o decubitus simples, sem aparelho, basta. Porém para evitar a aparição de gibosidade, fazemos colocar ao nivel da região doente, sob o acolchoado, uma calhe de madeira com o formato de dorso de asno, favorecendo a hiperextensão do raquis.

Quando se trata do Mal de Pott dorsal superior, cervical ou sub-occipital, o decubitus simples é insufficiente. Fazemos então um leito gessa-

do, simples quando ha um Mal de Pott dorsal superior; com Minerva quando ha um Mal de Pott situado mais alto. A Minerva pode revestir a forma classica, tomando o maxilar inferior, porém a fazemos atualmente com uma fronde, cingindo a fronte o que evita a atrophia possivel do maxilar.

Nos Males de Pott situados baixos, pomos muitas vezes a criança em posição ventral, o troneo em hiperextensão. Póde assim arcejar seu dorso e fazer o helicoptera.

Porém este tratamento por immobilisação ainda importa saber quando estamos autorisados a sessa-lo. A desaparicação de todo sinal clinico desde 6 mezes ao menos, em um Pott evoluendo desde 3 annos, sem complicações serias, é dele um elemento essencial, junto aos sinais radiologicos. No ponto de vista radiologico, com efeito, o cerne de contorno das lesões antigas é o facto capital. Será mister, bem entendido, vigiar o doente ainda muito tempo e lhe fazer usar um colete de gesso ou de celuloide.

Em casos de abcessos é mister punccional-os, porém sem injeção modificadora. Para as paraplegias, é preciso distinguir as por abcessos, onde a immobilisação e, si o for preciso a punção basta; das por paquimeningite, onde tratamento é pouco eficaz.

Massart a respeito do seu objectivo no tratamento das tuberculosas cirurgicas e proseguindo aqui no seu estudo; "desenvolve mais porque lhe parece importante precisar o tempo da immobilidade e a sua maneira de realizar, segundo a parte do esqueleto lesado.

Eis em esquemas ligeiros a tecnica por ele seguida:

**Tuberculose do rachis.** Quando se trata de Mal de Pott dorsal ou lombar, o tratamento limitava a 3 annos no leito de Berek, sem o paciente caminhar, sem se voltar sobre o ventre ou dorso e immobilizado em caso de necessidade por faixa. O colete gessado neste periodo é inutil; alguns outros prescrevem todo movimento de modo absoluto. Durante os 3 annos seguintes, applica-se no doente um gesso que lhe faculta caminhar e lhe reduz ao minimo o amontoamento e a gibosidade.

Ao cabo de 6 annos é fiscalisado ao menos duas vezes pelo radio, o potico póde ir sem o aparelho, sustentado por um colete de lona.

O Mal de Pott cervical ou sub-

occipital, devido a coluna ser muito movel, impomos aos nossos doentes a obrigação de se manter distendido com uma Minerva de gesso.

A duração desta imobilisação pode ser, talvez, avaliada em 18 mezes ou 2 annos, pelo fato que, nestas regiões os corpos são menos volumosos que os das regiões dorsal e lombar. Depois desta imobilisação completa, o doente pode caminhar com um gesso por um longo tempo, de 5 a 6 annos após 4 annos de grande gesso, deixamos uma pequena coleira de gesso para assim evitar os movimentos muito extensos da cabeça sobre a coluna.

**Tuberculose coxo-femural.** Como deveis saber, esta articulação suporta na marcha todo o peso do corpo, razão pela qual o paciente não poderá caminhar, senão depois da extinção completa do processo tuberculoso.

Imobilisaremos, estendido em uma pranchete com uma extensão para evitar as posições vieiosas, quando se trata de crianças até 5 annos e dahi em diante, julgamos preferivel o grande gesso que o conserva imovel durante 3 annos.

No fim destes 3 annos e durante 3 annos ainda, substituímos o grande gesso por um medio gesso para que o doentinho possa caminhar; depois de 6 annos e durante annos, principalmente si a articulação é movel, collocamos um aparelho mais leve, especie de bainha de couro ou de celuloide.

**Tuberculose do joelho.** Esta articulação deve ser imobilizada por 2 annos em um gesso que impede o doente de andar, depois durante 3 annos em um gesso de ambulatorio que impeça a flexão e o valgo tão frequente.

**Tuberculose do tornozelo.** Como deveis saber, todas as articulações do astragalo são tomadas e o tempo é o mesmo do joelho; quando o radio mostra uma localisação nitida no astragalo se pode enurtar o tratamento para um anno, fazendo-se então a astragalectomia immediatamente, sem drenagem e seguida da applicação de um gesso.

Os tempos a que nos referimos poderão ser exagerados para vós; na realidade para o membro inferior, que é o membro de apoio, são os tempos julgados medios na pratica.

Em casos que evoluem com abcessos, não temos senão louvar de observal-os e de

fazel-os observar pelas proprias familias com extremo rigor.

**Tuberculose da espadua.** É mister ter ciencia que esta afeção é das mais benignas, por isso que a sua imobilisação não necessita tempo tão longo, como tambem a da tuberculose do punho, mesmo fistulada, não reclama amputação.

**Tuberculose do cotovelo.** A tuberculose do cotovelo é a mais grave, se fistulisa frequentemente, porém, é facil de imobilisação com um simples aparelho gessado que deixe livre as fistulas e permita ao doentinho sair, passeiar talvez mesmo, um pouco de mais."

Como vindes de ouvir acima, a imobilisação do membro superior não tem necessidade de ser tão longa; as suas articulações não estão ahi submetidas ás mesmas pressões, como as do membro inferior.

Massart: "Je ne pense pas que pour ces formes articulaires un autre traitement soit aussi efficace, surtout s'il se propose guérir en un temps moindre."

E fazendo ponto final sobre o estado atual dos tratamentos da tuberculose osteo-articular temos a intervenção cirurgica que deve ser feita com sobriedade porque não somos intervencionistas sistematicos, contudo, ha casos de operação inadiavel para evitar agravação ou mesmo a terminação lethal.

Massart declara: "que nas osteites tuberculosas, principalmente si se localisam na visinhança das articulações e constituem um perigo para ellas, si são bem localisadas e facilmente documentadas nos films radiograficos podem se praticar com proveito a exerése cirurgica; para que a operação dê resultados bons, é mister que tudo o que está lesado seja retirado e que os tecidos visinhos sejam abrigados de uma re-semeadura; nunca é conveniente drenar afim de obtermos cicatrização por primeira intenção.

Não somos daqueles que dizem e escrevem, nunca é necessario operar as tuberculosas; ha delas, que podemos muito bem operar; curamos assim osteites costaes, trochanterites (verdadeiras), tuberculosas juxta-epiphysarias, osteites do esterno; em uma palavra, as curamos, cada vez que se localisam em pontos primeiramente facil, não ha necessidade de fazer desuniões grandes; porém, ao contrario, na crista iliaca, no pubis, no isquion e por toda a parte onde a opera-

gão se contenta, demais vezes com ser de uma raspagem mais ou menos completa, o ato cirurgico é máo e prejudicial."

### CONCLUSIONS

I — La tuberculose osteo-articulaire est une des modalités de la tuberculose chirurgicale que nous ne considérons pas comme une maladie locale; elle est toujours la localisation visible d'une infection générale et on l'admet comme des colonies emboliques, parties d'un foyer connu ou méconnu; de la façon, nous devons envisager le traitement principal, le générale.

II — Le but est, donc, le traitement générale, que nous considérons être bien rationnel et basé sur la formule thérapeutique helio-marine et recalcifiante surtout.

III — Le traitement générale doit se soumettre à une rigueur technique.

IV — L'alternance des climats, c'est-à-dire, le séjour à la montagne, à la plage ou à la campagne, ces localités possédant des ambients purs et étant à l'abri des poussières atmosphériques pour satisfaire ses desiderata, c'est-à-dire, guérir cette maladie tuberculeuse.

V — Le traitement par les tuberculines n'a pas encore obtenu des succès.

VI — La méthode de Finikoff est un traitement générale et consiste à faire des injections intra-musculaires en des points distants des foyer tuberculeux et il cherche à conférer une défense de l'organisme contre les lésions bacillaires.

Delbet apport des cas où l'intervention chirurgicale serait grandement mutilatrice et compliquée, outre des cas d'abcès froids avec des fistules multiples, qui ont pour guérir; ce professeur le considère une heureuse modification des thérapeutiques anciennes, que comme l'iode et la tricalcine, ont désormais fait ses épreuves.

VII — Nous avons aussi employé cette méthode par l'iode-calcio-therapie il y a environ 5 années, et les succès thérapeutiques sont assez encourageants par les guérisons obtenues dans les modalités de tuberculoses chirurgicales, comme, par exemple, coxalgies fistulées tumeurs blanches du genou, Mal de Pott, spina ventosa, adénites et péritonites à grand épanchement.

VIII — Cette méthode est simple, pourtant il convient de suivre la rigoureuse technique recommandée pour l'auteur.

IX — Il faut faire des examens laboratoires pour pouvoir juger l'état des défenses organiques aussi bien l'influence du traitement dans l'évolution de la maladie; nous avons recours aux examens hémato-logiques pratiqués avant, pendant et après le traitement.

X — Les formules de Richard et Ar-neth orientent sur les points faibles de l'organisme à la façon suivante. Formule dé-nommée de resistance: accroissement des doses d'iode, de l'huile et du calcium; formule de défense: diminution de l'iode et accroissement de l'huile et du calcium, et formule de déclin: éviter le désastre avec fortes doses de calcium et faibles doses de l'huile iodé.

XI — Le traitement local nous considérons comme subsidiaire du traitement générale, consistant au repos à l'immobilisation et aux injections modifiantes.

XII — Mais, quand au cours du processus tuberculeux parviennent des abcès, nous devons nous limiter seulement aux ponctions évacuatrices, ou quand encore parviennent des fistules nous procédons aux lavages des foyers avec des solutions antiseptiques faibles de phénol, guayacol, lipiodol, ne négligeant jamais l'emploi des vaccins antipyogéniques polyvalentes, toutes les fois qu'il y ait infection secondaire, accident commun de complications chirurgicales et dénommé par le Prof. Young de "the bête noire of orthopédic surgery".

XIII — Nous avons employé aussi dans le traitement local la méthode par les injections modifiantes représentées surtout par les liquides connus de Calot et Marian et le Gadusan (morrhuate euprique colloidal — méthode Aresky Amorim) dont le résultats sont d'effets relatifs.

XIV — La durée moyenne du traitement local fait par l'immobilisation, fut discutée à la Société des Chirurgiens de Paris par Massart, qui a magistralement précisé le temps de l'immobilité et sa manière de l'obtenir, suivant la partie de l'esquelet atteinte.

XV — Le traitement chirurgical a ses indications limitées et nous ne le devons employer que avec restrictions le postulat que Sorrel a émis (immobilisation à l'enfant, réséquer à l'adulte et amputer au vieillard).

XVI — Massart est d'opinion que dans les localisations aux voisinages des articulations vraies, tuberculoses juxta-epiphy-



saires, osteites du sternum) et surtout dans les localisations aux voisinages des articulations que risquent éminemment d'être invadés, l'exérèse chirurgicale est bien profitable et sans drainage pour obtenir une cicatrisation pour première intention.

XVII — Ce chirurgien pense qu'on doit s'abstenir d'opérer lorsque la tuberculose, par exemple, de l'ilion, pubis et ischion, se contente de faire curetage; c'est une mauvaise pratique et assez préjudicielle que nous devons condamner.

XVIII — Il nous reste comme dernière conclusion, apporter à ce très choise Congrès International de l'Enfant, que notre pratique clinique de plus de 32 années, a Porto Alegre, capitale de l'Etat du Rio Grande do Sul, extrême méridional de la République des États Unis du Brésil, vont

ci-joint traduites les autres conclusions sur L'état actuel des traitements de la tuberculose osteo-articulaire de l'enfant", qui chez nous est fréquente et de pronostic généralement grave.

Cette contribution représente un amas d'observations personnelles, orientées toujours par une thérapeutique rationnelle et humaine, grace aux exemples édifiants des cliniciens brésiliens, et illustres maîtres, tels que: Paes Leme, Barata Ribeiro, Pinto Portella, Dioclecio, Olinto, Mariante et Sarmiento, qui comme legitimes représentants des vénérables maîtres français Troussseau, Tillaux et Faure ont suivi admirablement, comme l'expression de sa mentalité et de sa conscience medico-chirurgicale, c'est-à-dire, l'ame de médecin et de chirurgien.

## ANAIS DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

Se queréis um exemplar, faça desde já o vosso pedido para a Caixa Postal 872. Os interessados são muitos e a edição é reduzida. - Copiosa e seleta materia. - Medicina, cirurgia e especialidades.

## A NOVA

# Farinha lactea Nestlé

CONTEM EXTRACTOS VITAMINADOS  
DO OLEO DE FIGADO DE BACALHAU  
(SEM MODIFICAÇÃO DO SEU CHEIRO,  
COR OU SABOR).



AMOSTRAS E BROCHURAS GRATIS

# COMPANHIA NESTLÉ

RUA 15 DE NOVEMBRO, 27

TEL. 4993

CAIXA POSTAL, 602

PORTO ALEGRE

# Os aneurismas da crossa da aorta.

## Sua exteriorisação dorsal.

Por Waldemar Job e Nino Marsiaj.

Medicos da Santa Casa

(Serviço do Dr. Octavio de Souza).

Os aneurismas, outrora tão abundantes em nosso meio, tornaram-se de algum tempo para cá tão pouco frequentes, principalmente os da crossa aortica, que não é raro se vêr passar mês sem siquer um caso figurar nos arquivos do Serviço.

Não é de desprezar, pois a oportunidade que se nos deparou de estudarmos alguns casos de aneurismas aparecidos simultaneamente no Serviço e que por suas particularidades merecem atenção.

Tratam-se de aneurismas da porção descendente da crossa da aorta, exteriorizados no dorso. Um deles, de dimensões colossais, é digno de registro pelo grau de exteriorização invulgar a que atingiu. Infelizmente, dado o estado miseravel, fisico e mental, em que o paciente nos veio ás mãos, não nos foi possível colher a sua observação, do modo por que era de desejar.

### Observação n.º 1 (resumida)

B. S. L., com 44 anos de idade, mixto, casado, pedreiro, dedicava-se á musica, tocando instrumentos de sôpro.

Antecedentes morbidos familiares. Esposa viva e forte. Teve um aborto espontaneo com feto macerado.

Antecedentes morbidos pessoais. Nega sífilis ou qualquer outra molestia venerea. Diz ter tido apenas alguns resfriados. Nunca teve molestia grave.

Habitos. Fumava muito. Foi alcooleta inveterado.

Molestia atual. Sua molestia data de 6 mezes. Começou nesta epoca a sentir dôres nas costas, no espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo, que se propagavam até o esterno. Estas não eram continuas, não tinham regularidade de aparecimento e não eram influenciadas por nenhuma manobra ou medicação. Ha dois meses estas dôres se foram tornando cada vez mais violentas e continuas, não o deixando dormir á noite, motivo pelo qual resolveu procurar o Hospital, onde baixou á Enfermaria dr. Octavio de Souza, ocupando o leito 32, pap. 8321, a 30—11—1930.

Exame do doente. Indivíduo emagrecido e palido, tem na sua fisionomia estampadas a dôr e a aflição que o torturam. Prefere o decubito dorsal. Apresenta uma paralisia facial esquerda, consequencia de um ferimento por arma de fogo, recebido ha alguns anos na face. Ganglios inguinaes engorgitados, duros e roliços. Temperatura 36°.5. Não ha deformidade toracica ou da coluna vertebral.

Aparelho circulatorio. Coração e aorta: letus cordis ao nivel do 6.º espaço intercostal esquerdo, um pouco para fóra do mamelão. Área cardiaca aumentada em todos os sentidos, Contorno aortico excedendo a borda direita do esterno. Auscultação: 2.º bulha aortica no foco aortico clangorosa. 1.º um pouco abafada. Pulso 90, cheio e regular. T. A. Lado direito: 12½—8½. Lado esquerdo: 11½—7½. Outros aparelhos normais.

Exames de laboratorio: Exame de urina: Densidade 1025 — Traços carregados de albumina. Sedimento: cilindros hialino-granulosos.

### Exame radiologico

#### Coração:

Diametro longitudinal	14,5 cms.
Diametro horizontal	13,8 cms.

#### Aorta:

Diametro transverso do pediculo vascular em posição frontal	10,9 cms.
---	-----------

Conclusões: Volumoso aneurisma da crossa da aorta (porção descendente) — Os diametros cardiacos estão normais (v. fig. 1).

Foi iniciado imediatamente um tratamento anti-luetico intensivo pelo iodureto de potassio, sais de mercurio e de bismuto.

Dia 10 de Dezembro o paciente começa a queixar-se de leve disfagia, a qual se vai accentuando rapidamente e dificultando a alimentação solida.

Dia 15 é feita uma radioescopia pela qual se verifica uma nitida compressão do esofago ao nivel de seu terço medio.

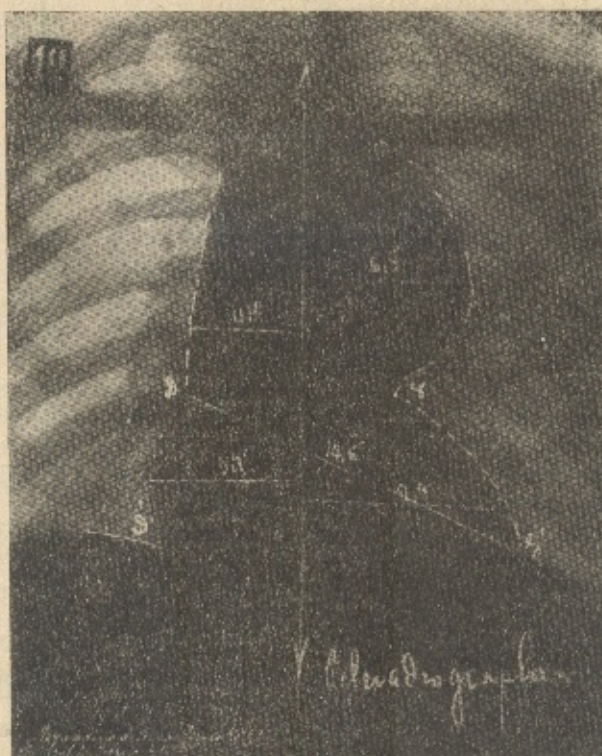


Fig. n.º 1

Dia 20, pela manhã, por ocasião da visita medica o doente se dirige para um de nós dizendo sentir que "qualquer coisa" crescia-lhe nas costas. Examinando-o verificamos, então, a existencia de dois tumores de dimensões desiguaes, ao nivel do espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo (v. fig. 2). Ambos de forma elitica e separados por um espaço livre de 5 cms. de extensão, medem, o superior 11 cms. longitudinalmente e 6 cms. transversalmente e o inferior 9 cms. por 5. Os dois fazem uma saliência de 3 cms., mais ou menos. Pela palpação verificamos a sua pulsatilidade e expansão nitidas. A esenta nada revelou.

Dia 2 de Janeiro de 1931, o estado do paciente se agravou. Foi suspenso o tratamento anti-luetico. Injeções diarias de morfina e solução Dastre per os. Disfagia intensa, os tumores aumentaram de dimensões: Superior mede 14 cms. por 8; inferior 12 por 8. Saliência de 5 cms. Distancia entre ambos: 3 cms.

Dia 15 de Janeiro, o paciente insistiu em retirar-se para casa. Não mais pudemos encontrá-lo.

#### Observação n.º 2 (resumida)

R. C., com 41 anos de idade, branco, casado, carroceiro.

Antecedentes morbidos: Esposa viva e forte, nunca teve abortos. 4 filhos vivos e sadios. 3 filhos mortos antes de completarem um ano. (meningite — sic).

Antecedentes morbidos pessoais: Nega sífilis. Gonorréa ha dez anos. Moléstia atual: Ha dois anos começou a sentir dôres fortes nas costas. Nada mais sentia. Considerado pelo seu medico como um sífilítico, fez tratamento continuado e intenso (?) com sais de mercúrio e bismuto. Nunca fez Neosalvarsan. Ha um ano notou o aparecimento de pulsações nas costas, no mesmo lugar onde sentia as dôres. Estas não eram influenciadas pelo movimento ativo ou passivo. Logo após apareceu-lhe nesta região um tumor. Como este aumentasse progressivamente de volume e as dôres se tornassem mais intensas e insuportaveis resolveu procurar o Hospital, baixando á Enfermaria dr. Octavio de Souza em Dezembro de 1930, ocupando o leito 21.

Exame do doente: Indivíduo bem nutrido, com penicilo adiposo bem desenvolvido. Ganglios inguino-crurais e cervicais levemente engorgitados, duros e roliços. Temperatura 36°,7. Não ha deformidade toracica ou da coluna vertebral. Nota-se, entretanto, na altura do espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo um tumor ovoide fazendo uma saliência de 5 cms., mais ou menos, situado no mesmo nivel da espinha do omoplata. Suas dimensões oscilam entre 10 a

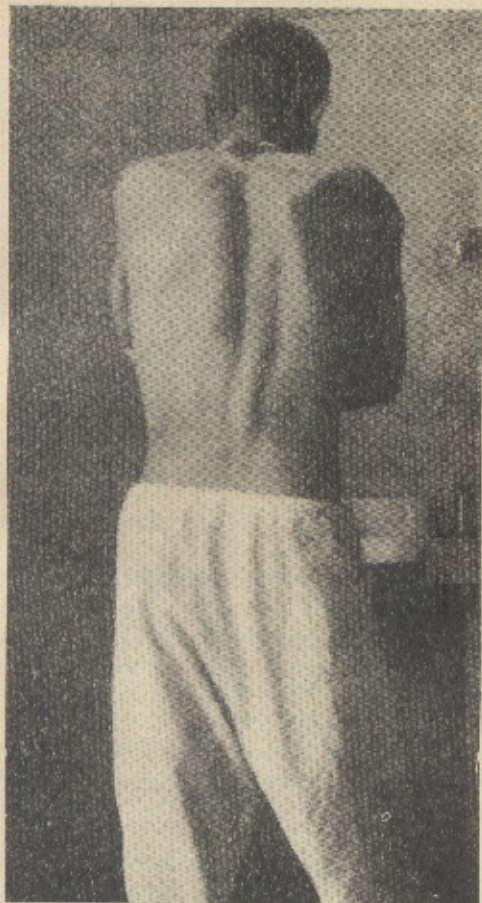


Fig. n.º 2

15 cms. de comprimento por 7 de largura. Acha-se dirigido obliquamente para a esquerda e para baixo. A pele que o recobre é vermelha e luzidia. Pela palpação percebem-se nitidamente sua pulsatilidade e expansão. A esenta nada revela de anormal.

Aparelho circulatorio. Coração e aorta: Ictus cordis ao nivel do 6.º espaço intercostal esquerdo, um pouco para dentro do mamelão. Area cardiaca aumentada.

Auscultação: 2.ª bulha no fóco aortico clangorosa. Pulso 80 — 85, cheio e regular. T. A. Lado direito: 17-9,5. Lado esquerdo: 17-9. Outros aparelhos normais.

Exames de laboratorio — Exame de urina: traços leves de albumina. Sedimento normal.

R. de Wassermann: francamente positiva + + +.

Exame radiologico: Coração e aorta

Diametro longitudinal: 15,3 cms.  
Diametro horizontal: 14,9 cms.

Os diametros cardiacos acham-se aumentados. Volumoso aneurisma do Joelho posterior da grossa da aorta. (v. fig. 3)

Foi instituido logo um tratamento anti-luetico por sais mercuriais e bismuticos, que lhe trouxe a principio uma sedação para as dôres. Entretanto, alguns dias após estas recommçaram, tendo o paciente pedido a sua alta um mês após. Nunca mais o vimos.

#### Observação n.º 3

(resumida)

N. P. S., com 47 anos, branco, casado, carroceiro, natural deste Estado.

Antecedentes morbidos familiares: Nada que interesse no caso.

Antecedentes morbidos pessoais. Cancro duro ha 8 anos. Nunca fez tratamento especifico correto e conveniente.

Habitos: Uso moderado de alcool. Não fuma.

Molestia atual: O inicio de seus sofrimentos data de um ano e meio. No inicio sentia dôres não muito intensas e não continuas na região antero-superior do hemitorax esquerdo. O seu medico assistente de então, julgando tratar-se de crises anginosas medicou-o neste sentido. Não obteve melhora e as dôres intensificadas já não lhe permitiam o sono. Passou a usar então a morfina. Em pouco, viciado, abandonou toda a especie de trabalho, passando de consultorio em consultorio queixando-se de seu sofrimento intoleravel. Um de nós teve occasião de vê-lo por diversas vezes no consultorio de um colega lastimando-se e pedindo o terrivel toxico. Suas forças lhe foram progressivamente abandonando e foi na mais terrivel miseria fisica e moral que o doente baixou á Enfermaria dr. Octavio



Fig. n.º 3

de Souza, aos 19 do mês de Dezembro de 1930, ocupando o leito n.º 8.

Exame do doente: Individuo extremamente emagrecido, em estado de inconsciência absoluta, em franco delírio. Respondia ás perguntas que lhe dirigiamos com frases desconexas. (As poucas informações que temos foram fornecidas de memória pelos médicos que nos precederam, pois durante sua permanência no Serviço não nos foi possível conseguir falar com pessoas de sua família). Ganglios inguino-crurais, cervicais e de Amiei engorgitados, duros e roliços. Temperatura 36º,7.

No dorso notamos um tumôr de volume consideravel (v. fig.) ocupando todo o espaço compreendido entre o bordo superior do trapezio para cima, o angulo inferior do omoplata para baixo, a columna vertebral para a direita e o bordo externo do omoplata para a esquerda. Toda esta vasta região era ocupada por este tumôr arredondado, liso e francamente pulsatil á simples inspeção. Fazia uma saliência de 10 a 15 cms. Pela palpação notava-se sua pulsatilidade e expansão nitidas. A escuta nada revelava de anormal. A pele ao seu nivel em

nada differia daquela das outras partes do dorso. (v. figs. 4 e 5)

Aparelho circulatorio: Coração e aorta. Ictus cordis ao nivel do 7.º espaço intercostal esquerdo, na linha mamilar. Escuta: 2.ª bulha no foco aortico clangorosa; 1.ª abafada. T. A. 14—15. Outros aparelhos normais.

Exames de laboratorio: Urina: Traços carregados de albumina. Cilindros hialino-granulosos e granulosos. R. de Wassermann positivo ++.

Exame radiologico: Coração e aorta. O paciente faleceu subitamente em 4—1—1931. A familia, que só então appareceu, reclamou o cadaver, não consentindo que se fizesse a autopsia.

#### Ligeiras considerações

Os casos que acabamos de descrever, pareceram-nos merecer especial interesse não sómente pelas desmedidas proporções atingidas por uma das bolsas aneurismaticas, como pela oportunidade que se nos apresentou de observarmos, simultaneamente, tres casos de aneurismas da aorta de localização e exteriorização menos frequentes.

Quem, como nós, se dedica ao serviço hospitalar diário não desconhece a estranha oportunidade que muitas vezes se lhe oferece de apreciar a baixa simultânea no mesmo serviço de varios casos de uma mesma afe-



Fig. n.º 4

ção ou doença, por vezes de reconhecida raridade.

Os aneurismas da aorta não são atualmente observados com a mesma frequência com que o eram ha alguns anos. Não sómente diminuiu o numero de casos, contrastando com o aperfeiçoamento dos metodos de evidencição, como já não constitue espectáculo habitual a presença nas enfermarias de clinica de pacientes portadores de volumosos tumores aneurismaticos. Foi num joven brasileiro que Vaquez diz ter constatado o maior dos aneurismas até então examinados por ele. Foi a sua impressão que não esquece de recordal-a em suas aulas, acentuando, então, ser a sífilis no Brasil muito disseminada... Comquanto não desconheçamos a frequência do "morbus gallicus" entre nós, não é de todo provavel que o país que lhe deu o nome se libertasse desse terrivel flagelo.

Julgamos não ser inteiramente devida a atual e progressiva escassez dos aneurismas entre nós, a uma melhor compreensão de sua etiologia e da necessidade do tratamento, pois as camadas sociais onde eles são

mais vezes verificados não beneficiam tais concepções, dada a inexistencia pratica, entre nós, de serviço de profilaxia da lues. A sífilis vascular, a que nos interessa no caso não sofreu decrecimo apreciavel. Atestam esta nossa asserção os numerosos casos de aortite especifica que encontramos na pratica diaria. A insuficiencia aortica arterial não perdeu ainda o seu predominio sobre as demais afeções cardio-vasculares (Nino Marsiaj).

A diminuição atual dos casos de aneurismas, entre nós, talvez encontrasse melhor explicação numa menor frequência de suas causas ocasionais, entre as quais avulta pela sua importancia a hiperpressão aortica.

Somos dos que consideram o aneurisma aortico como sendo praticamente sempre de origem sífilitica. Hoje em dia o aneurisma da aorta deve ser sempre encarado como um estigma da sífilis. Tal concepção não é entretanto aceita por Cardarelli, para quem sómente 45% destes aneurismas teria aquela etiologia. "Poucos aneurismas tenho visto — declara Cabot — sem Wassermann positivo". Nos pacientes que serviram de motivo a esse breve comentario havia eviden-



Fig. n.º 5

cia de sífilis. Outras infecções como causa de aneurismas da aorta não são geralmente admittidas.

A exteriorização dos aneurismas na parede posterior do torax não é muito fre-

quente. Ela é observada nos aneurismas da porção descendente da aorta, sem dúvida a menos frequente de suas localizações. Dois terços dos aneurismas se localizam na porção ascendente e crossa da aorta, sendo o angulo de inflexão direita a séde mais habitual da afecção. E' peculiar na localização descendente a exteriorização posterior, dorsal, geralmente no espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo, seguindo-se por ordem de frequencia a compressão vertebral ou sua previa ruptura na pleura, bronquio-esquerdo ou esofago.

Não vos cansaremos com a longa exposição de sintomas por que muitas vezes se evidenciam tais afecções vasculares. Não nos cumpre tambem salientar a decisiva contribuição da radiologia em semelhantes casos. Sómente pretenderemos mais uma vês salientar o valôr de um sintoma subjetivo que pela sua precocidade e frequencia merece especial relevo: a dôr.

Nos aneurismas da aorta, com uma constancia notável, o primeiro sinal que os denuncia e precede aos demais sintomas é sem duvida a dôr. Ora revestindo o carater anginoso, ora sob a forma neuralgica, pela sua séde, constancia e tenacidade, ela deve despertar sempre no espirito do clinico avisado a hipotese de um tumôr aneurismatico, quando outra causa explicativa não encontrar.

A dôr intercostal, principalmente á esquerda, permanente, rebelde aos calmantes energicos, deve fazer lembrar ao clinico a idéa de uma neuralgia de compressão e a compressão endotoracica mais frequente é certamente o aneurisma.

No serviço do prof. Otavio de Souza tivemos, ha 3 anos, ocasião de verificar o valôr desse sintoma. Tratava-se de um individuo moço, bastante robusto, que uma dôr não muito intensa até então, comquanto permanente, no espaço inter-escapulo-vertebral esquerdo, obrigava-o a baixar ao Hospital. Nada encontrando em exames successivos que procedemos, a que pudesse ser filiada a sua unica queixa; cansados de prescrever diariamente os mais variados anti-neuralgicos e, quasi convitos de que o paciente, neuropata, dramatizava uma simples neuralgia intercostal, levamos o caso ao conhecimento do diretor do Serviço, prof. Otavio de Souza. Não escondemos nossa surpresa quando aconselhados a levar o paciente ao exame radiologico, sob fundamento de um provavel aneurisma da aorta. O cara-

ter, séde e tenacidade da dôr impressionára o nosso prezado mestre. No dia imediato tivemos no éran a confirmação de sua impressão clinica. Tratava-se de um volumoso aneurisma da aorta descendente. A literatura medica está repleta de casos ao que vimos de relatar. Desconfiai, pois, das neuralgias intercostais rebeldes.

Poderies perguntar, entretanto, qual a vantagem de um diagnostico precoce, uma vês já existente o processo destruidor, ainda que em sua fase inicial? Responderiamos: Um tratamento anti-luetico bem conduzido e precoce trará na maioria dos casos uma sobrevida grande ou até a cura clinica, como em alguns casos do prof. Garfield de Almeida, em que os pacientes retomaram todas as suas atividades profissionais, por vezes bastante penosas.

Dada a sua propria etiologia o aneurisma requer nesta fase um tratamento especifico adequado e prudente. Os sais de mercúrio, de bismuto e o classico iodureto encontram aí a sua indicação, o mesmo não se dando com o Neosalvarsan que muitos acusam de determinar a fusão rapida do processo sifilitico, favorecendo assim em muitos casos a ruptura do sacco.

E' neste periodo tambem que devemos tentar duas medicações, infelizmente, ao que nos consta, entre nós até agora nunca feitas, e que nas mãos de alguns autores deram resultados satisfatorios.

Trata-se dos processos brasileiro e americano para o tratamento dos aneurismas da aorta. O metodo brasileiro consiste na voltaisação entanea positiva da região cardio-aortica, com o fim de favorecer a formação de coagulos no interior do vaso. Conforme os casos fazem-se sessões diarias ou 3 vezes por semana, durante mezes a fio.

O metodo americano baseia-se nas pesquisas experimentais de alguns autores americanos, pelas quais ficou verificado que a percussão prolongada da 7.<sup>a</sup> vertebra cervical determina uma contração reflexa dos musculos lisos da aorta, diminuindo-lhe assim o calibre.

Esta espondiliterapia daria, assim, ottimos resultados, a ponto de Abrams (citado por Augusto de Freitas) proclamal-o de processo especifico para a cura dos aneurismas da aorta.

Augusto de Freitas associa os dois processos brasileiro e americano, obtendo desta forma a regressão completa de todos os sin-

tomas e mesmo a cura clinica em alguns casos.

Não tendo observação pessoal sobre estes metodos terapeuticos, achamos entretanto que se deve tental-os.

Somos, no entanto, cepticos em relação a toda e qualquer medicação empregada até agora quando se tratam de casos já adiantados, em que nada mais resta do tecido elastico do vaso.

Isto não significa, entretanto, que se deva cruzar os braços e nada fazer. Si o tratamento anti-luetico é então prejudicial e contra-indicado, o mesmo não se dá em relação aos processos terapeuticos acima citados.

Assim, Augusto de Freitas empregando os metodos brasileiro e americano associados para o tratamento de um volumoso aneurisma com exteriorização do tamanho de uma cabeça de feto, conseguiu a sedação das dôres, a diminuição de 6 cms. nas dimensões do tumor e uma sobrevida de 2 anos.

Si nem sempre podemos conservar a vida destes infelizes temos por obrigação de torna-la ao menos suportavel. Só assim temos a certeza de ter bem cumprido o nosso dever.



**Cyargyl**

**INJEÇÕES INDOLORES**  
DE CYANETO DE MERCURIO  
TRATAMENTO EFFICAZ  
DE TODAS AS FORMAS  
E PERIODOS DA SYPHILIS

Producto do  
**Laboratorio Moura Brasil**  
Rio de Janeiro.  
Queiram os Srs. Clinicos pedir  
amostras a  
**A. S. LOUREIRO**  
Galeria Municipal, 15 - P. Alegre

## INSTITUTO DR. PEREIRA FILHO

**Secção de Chimica Biologica e Microscopia Clinica** — Exames de sangue, liquido cephalo-rachidiano, succo gastrico, leite, urina, materias fecaes, derrames pathologicos das serosas, liquidos kysticos, pús, etc.

**Secção de Parasitologia e Histologia pathologica** — Reconhecimento dos parasitos vegtaes. Identificação dos parasitos animaes. Diagnostico histologico dos tumores.

**Secção de Microbiologia** — Diagnosticos bacterioscopicos e bacteriologicos — Vaccinas autogenas — Vaccina antigonococcica polyvalente — Vaccina anti-estaphylococcica — Vaccina anti-estreptococcica — Vaccina anti-colibacillar — Vaccina anti-estaphylococcica.

**Secção de Sôrologia** — Sôro-agglutinações — Sôro-precipitações.

**Reacção de Wassermann (methodo classico).**

**Reacção de Weinberg-Parvu** — diagnostico do kysto hydatico.

**Reacção de Abderhalden.**

TELEPHONE N.º 4.813

Rua Pinto Bandeira, esquina Voluntarios da Patria

PORTO ALEGRE



# Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Sessões realizadas em 1930 e 1931.

## Sessão de 19 de Dezembro de 1930.

Por não ter sido publicada, resumimos hoje a sessão em que foi eleita a atual Diretoria da Sociedade de Medicina, que tão bem tem desempenhado a tarefa de que foi incumbida. Ei-la:

Presidente: dr. Annes Dias, secretario: Dr. Oddone Marsiaj. Ordem do dia: eleição da nova diretoria. Feita a eleição, verificou-se o seguinte resultado:

Presidente — dr. Octavio de Souza.

Vice-presidente — dr. Guerra Blessmann.

Secretario geral — dr. Thomaz Mariante.

1.º secretario — Dr. Nino Marsiaj.

2.º secretario — dr. Homero Fleck.

Tesoureiro — dr. Huberto Wallau.

Arquivista — dr. Leonidas Soares Machado.

Comissão de revista: dr. Martin Gomes, dr. Freitas e Castro e dr. Jacintho Godoy. Nota: esta comissão, devido á demissão pedida pelos seus componentes, foi substituída pela atual, composta pelos drs. Mario Totta, Decio Martins Costa e Waldemar Job, desempenhado o cargo de secretario da redação o dr. Leonidas S. Machado.

A seguir passou-se ao assunto das **Avitaminoses**, também da ordem do dia. Fizeram considerações a respeito os drs. Oddone, Job, R. di Primio, Mario Bernd, Decio M. Costa e Annes Dias, que comentou a questão das hipervitaminoses. Encerrando a sessão o presidente marcou para a próxima sessão a posse da nova diretoria.

## Sessão de 26 de Dezembro de 1930

Presidente, dr. Anes Dias e após dr. Octavio de Souza; secretario, dr. Hugo P. Ribeiro e após dr. Nino Marsiaj. Ordem do dia: posse da nova diretoria. Ao empossar a nova diretoria, o dr. Anes Dias dirigiu uma saudação á mesma, elogiando a pessoa do dr. Octavio de Souza, dizendo que a Sociedade confiava na sua ação e rejubilava-se pela sua eleição para presidente. Em seguida convidou-o a tomar assento na cadeira reservada á presidência. O dr. Octavio, em seu nome e no da nova diretoria, agradeceu as palavras do dr. Annes Dias e fez um apelo aos colegas para trabalharem em prol da Sociedade, sem o que nada poderá fazer a sua direção. Em seguida tomou posse do cargo o dr. Nino Marsiaj, 1.º secretario. O

dr. J. L. T. Flores Soares propoz que a Sociedade elegeisse socio honorario o dr. Annes Dias, sendo o diploma entregue em sessão extraordinaria solene. O dr. Annes Dias pede licença para retirar-se, tendo antes protestado contra a injustiça da homenagem. O dr. Thomaz Mariante propoz que fosse aceita por aclamação a proposta do dr. J. L. T. F. Soares, o que foi aprovado com uma salva de palmas. O dr. Plinio Gama lembrou a idéa do diploma ser entregue pelo presidente da Sociedade no banquete que a Classe Medica realizará no dia 30 do corrente, em homenagem ao 25.º aniversario da formatura do dr. Annes Dias. Essa emenda foi aprovada unanimemente. Em seguida o dr. C. Hofmeister leu a sua "prestação de contas" relativa ao ano de 1930, que foi aprovada. Convidados pelo presidente, os presentes, incorporados, foram á residencia do dr. Annes Dias, dar-lhe conhecimento da resolução da assembléa.

## Sessão de 16 de Outubro

Foram aceitos para socios correspondentes, em Pelotas o dr. Mario Meneghetti e em Viamão o dr. José Camboim, propostos na sessão anterior, respetivamente pelos drs. Leonidas Soares Machado e Bruno Marsiaj. Em seguida o dr. Nino Marsiaj leu um trabalho feito em colaboração com o dr. Waldemar Job, sobre "A exteriorização dorsal dos aneurismas da crossa da aorta. O orador leu 3 observações, com foto e radiografias. Fez considerações sobre a frequência dos aneurismas da aorta, valor do symptoma dôr para o diagnostico precoce, etiologia e tratamento.

O dr. Thomaz Mariante relatou 2 casos de aneurismas da aorta abertos na pleura, um lentamente e outro instantaneamente.

O dr. Plinio Gama comunicou alguns casos de aneurisma da aorta abdominal e fez considerações a proposito.

O dr. Annes Dias comentou a frequência, sintomatologia e etiologia dos aneurismas.

O dr. Octavio de Souza citou casos de aneurisma que observou e fez comentarios sobre o valor semeiologico da dôr para o diagnostico.

O dr. Annes Dias em seguida leu o seu trabalho sobre: "A colica duodenal", o qual

integrará o novo volume que publicará de "Clínica Médica". Fez considerações sobre esse novo síndrome descrito por ele, salientando a sua relativa frequência em clínica e discutiu o diagnóstico diferencial, a etiopatogenia e o tratamento. Ilustrou o caso com radiografias de um caso típico observado. Em nome da Sociedade de Medicina o dr. Octavio felicitou o dr. Annes Dias pelo brilhante trabalho apresentado na sessão, como também pelos anteriores sobre as afecções duodenais.

#### Sessão de 23 de Outubro de 1931

Presidente dr. Octavio de Souza. Tomando a palavra, o dr. Wallau relatou dois casos de sua clínica hospitalar, um de quisto hidático do fígado e o outro de inversão total crônica do útero. Fez, depois, considerações sobre a anestesia pelo Pernocton, que considera má. — Comentaram esta observação os drs. Annes Dias, Blessmann e Mario Bernd. O dr. Alvaro Barcellos Ferreira comunicou dois casos de difteria, sendo um mortal e fez considerações sobre a morte súbita nestes casos, pedindo a opinião dos colegas. Comentaram o assunto os drs. Octavio de Souza, Mario Bernd, Leonidas Escobar e Annes Dias. Em seguida o dr.

Guerra Blessmann pediu que ficasse consignado em ata um voto de solidariedade e apoio da Sociedade à Academia Nacional de Medicina pela resolução que esta tomou de apresentar o nome de Cardoso Fntes para o prêmio Nobel de Medicina. O dr. Annes Dias, ampliando esta proposta, pediu que se telegrafasse à Academia comunicando esta resolução. Ambas as propostas foram aceitas por unanimidade. O dr. Carlos Bento propoz para sócio efetivo o dr. Nicolino Rocco e para sócio correspondente o dr. Ari Borges Fortes, do Rio de Janeiro.

#### Errata.

Na sessão de 12 de Junho de 1931, publicada no n.º de Agosto último, faltou acrescentar que a observação citada pelo dr. Octavio de Souza, em que o açúcar chegou a 30 grs. por litro na urina, se refere a um caso de diabetes renal, sem o que não apresentaria interesse.

Na sessão de 2 de Outubro de 1931, publicada no número de Outubro último, figurou o dr. Bruno Marsiaj em vez do dr. Enio Marsiaj, como autor da conferência sobre "Metodos pelvimetricos — Radiopelvimetria". Fica desfeito o engano.

# INSTITUTO DE Radiologia Clínica

Secção Radiodiagnóstico:

DR. SAINT PASTOUS — DR. PEDRO MACIEL

Secção de Radioterapia superficial e profunda

DR. ARTHUR GRECO

PRAÇA SENADOR FLORENCIO N. 21

Edifício Wilson - Tel. 5424

PORTO ALEGRE

# Todos os obstetras

afirmam que para se dar um parto facil e uma convalescença rapida deve haver uma completa harmonia entre a parturiente e a parteira.

*Antiphlogistine*  
TRADE MARK

é um esplendido auxiliar da parteira a esse respeito, porque acalma e alivia praticamente todas as condições inflamatórias post partum.

A ANTIPHLOGISTINE á valiosa nas seguintes doenças e muitas outras:

Rachas dos seios  
Abscessos dos seios  
Retenção de urina  
Milk leg

Hemorroides  
Vulvites  
Mastites  
Rachas do brio dos seios

SEMPRE PRONTA PARA USO IMEDIATO.

De facil applicação

Amostras e literatura gratis, com

**THE DENVER CHEMICAL MFG. CO.**

New York U. S. A.

**Schilling, Hillier & Cia., Ltd.**

Rua Theophilo Ottoni N. 44 - Rio de Janeiro

# PAGINA DA REDAÇÃO

## Faculdade de Medicina de Porto Alegre Sua oficialisação

### Homenagem ao dr. Mario Totta

Realisou-se no dia 18 do corrente, no Clube do Comercio, o banquete que os professores da Faculdade de Medicina ofereceram ao dr. Mario Totta, por motivo da cooperação ativa desse professor, na officialisação daquele instituto de ensino superior. Associaram-se á homenagem 42 professores. Ofereceu o banquete, em nome da Congregação, o dr. Fabio do N. Barros, que proferiu significativa saudação ao homenageado. Como convidados de honra compareceram o dr. Sarmento Leite, diretor da Faculdade e o dr. Luiz Aranha, oficial de gabinete do ministerio do Interior. O dr. Mario Totta agradecendo a prova de carinho que lhe tributavam os colegas, proferiu uma bela oração.

Ao dr. Mario Totta, membro da comissão de revista dos "Arquivos" que tantos esforços dispendeu em prol da officialisação da nossa Faculdade de Medicina, ato que encheu de jubilo e esperanças a classe medica do Rio Grande, enviamos, tambem, a nossa saudação e as nossas homenagens.

### Dr. Rodolpho Josetti

Em sessão extraordinaria da Sociedade de Medicina, realisada em 11 do corrente, na Faculdade de Medicina, o dr. Rodolpho Josetti, conhecido cirurgião rio-grandense residente no Rio de Janeiro, óra em visita á terra natal, realisou, perante numeroso e selecto auditorio, notavel conferencia sobre tema da sua especialidade: "A colapsoterapia cirurgica da tuberculose pulmonar". O exito obtido pelo conferencista, é mais um louro a acrescentar aos inumeros que já possui, pois o dr. Rodolpho Josetti é um nome laureado nas letras medicas brasileiras e um vulto de grande prestigio nos circulos scientificos do paiz. Os seus trabalhos sobre a terapeutica cirurgica da tuberculose pulmonar, bastaram para consagra-lo. Foi o primeiro a praticar a colapsoterapia cirurgica da tuberculose pulmonar, na America do Sul, o que fez em 1922.

A conferencia, que foi feita com projeções e copiosa documentação, agradou plenamente. Todos os metodos em voga para tratamento da tuberculose foram analisados, tendo o conferencista conseguido, fartamente, demonstrar a eficacia do processo

cirurgico moderno. O trabalho do dr. Josetti é uma grande contribuição para a luta anti-tuberculosa. Ao apresentar o conferencista á Sociedade de Medicina, o dr. Octavio de Souza, presidente, classificou-o de mestre do assunto. Após a conferencia, que foi coroada por grande e entusiastica salva de palmas, o dr. Octavio manifestou ao Dr. R. Josetti a satisfação com que a Sociedade o recebera e o interesse e prazer com que fora ouvido o seu interessante e valioso trabalho. Em seguida o dr. Rodolpho Josetti foi muito festejado e felicitado.

Além de outras homenagens, o dr. Josetti foi alvo de significativa manifestação de apreço, que constou de um churrasco na Chacara das Bananeiras. Numerosas familias, grande numero de medicos e convidados, nela tomaram parte. Compareceram, tambem, a essa festa gaucha em honra do filho do nosso Estado, daqui ausente ha 23 anos, o sr. dr. Silval Saldanha, secretario do Interior no exercicio da Interventoria e o coronel Claudino N. Pereira, comandante da Brigada Militar.

As homenagens e felicitações recebidas pelo dr. Rodolpho Josetti, associamos as dos "Arquivos", desejando que a vitoriosa carreira do jovem cientista continue ininterrupta, para que se elevem cada vez mais os fóros da cultura medica brasileira e aumente a contribuição rio-grandense no terreno da ciencia medica.

### Correspondencia

Dr. Oswaldo Hampe (Antonio Prado). Recebemos a importancia de vinte mil reis, para pagamento da assinatura de um ano da nossa revista.

Dr. Francisco Orey (Uruguaiana). Idem idem.

Dr. Francisco Mariano (Santa Maria). Idem, idem.

Dr. Ribas Santos (Santa Maria). Idem, idem.

Dr. Valentin Fernandez (Santa Maria). Idem, idem.

Dr. Raymundo João Cauduro (Santa Maria). Idem, idem.

Dr. Severo do Amaral (Santa Maria). Idem, idem.

Dr. Xavier da Rocha (Santa Maria). Gratos pela gentileza. Esperamos que o presado amigo continue trabalhando pelos "Arquivos".

### Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Em Dezembro proximo serão publicados os Anais da Faculdade de Medicina (Ano I, n.º 1), que conterão todos os artigos lidos em sessões ordinarias da Sociedade de Medicina, durante o corrente ano.

Será uma obra de valor, cuja publicação está a cargo dos drs. Wallau e Nino Marsiaj. A correspondencia deverá ser dirigida para a Caixa Postal 872.

#### Doutorandos de 1931

Dia 24 de Outubro ultimo, no salão nobre da Faculdade de Medicina, realizou-se a solenidade de colação de grau dos doutorandos de 1931, com a presença de altas autoridades, consules, professores e numerosas familias. Em nome da turma, orou o doutorando Heitor Cirne Lima, que leu brilhante discurso. Em seguida pronunciou extensa e bela peça oratoria o dr. Saint Pastous, paraninfo da turma.

Por ultimo falou o dr. Sarmento Leite, diretor da Faculdade, despedindo-se dos ex-alunos.

Foram homenageados pelos novos medicos os drs. Octacilio Rosa e Ney Cabral. São os seguintes os novos medicos:

Adair E. Araujo — Acrisio J. Pereira

— A. T. Cachapuz — Cyro Miranda e Silva — Elias J. Kanam — Franklin Alves — Francisco Camboim — Francisco Moura — Gert Eichenberg — Homero Tarragó — Heitor M. Cirne Lima — Helio L. Medeiros — Ito J. Snel — João Herminio Machado — Manoel Madeira Rosa — José Carlos F. Medeiros — Francisco Timm — Octavio L. Duarte — Octavio Barcellos — Poli M. Espirito — Victor S. Rangel — René M. Flores — Oswaldo Souto — Paulo Osorio e Sergio Machado Moreira.

#### Revista de Radiologia Clinica.

Circulou, nos ultimos dias de Outubro p. p., o primeiro numero da Revista de Radiologia Clinica, tendo como diretores os drs. Saint Pastous, Pedro Maciel e Arthur Greco e como gerente o sr. J. Kelsch F.º

Conhecida a importancia da radiologia, foi com grande satisfação que o corpo medico recebeu a nova revista, cuja diretriz consiste em tornar mais intima e eficiente a valiosa e indispensavel contribuição da radiologia na solução dos grandes problemas da clinica e da cirurgia.

A' Revista de Radiologia Clinica, que vem enriquecer as letras medicas rio-grandenses, desejamos uma proficua e longa existencia.

L. S. M.

# Casa Carlos Herrmann Ltda.

## Succ. de A. Brockmann & Cia., Porto Alegre

RUA DOS ANDRADAS N.º 1320 — Edificio La Porta

Caixa Postal 153 - Telephone autom. 4725 - Endereço telegr.: CASERMAN

Deposito permanente e variado de

### Instrumentos e Aparelhos para Cirurgia Medica

Moveis asepticos para salas de Operações e consultorios

Sortimento completo de Seringas hypodermicas, nuas e completas.

Agulhas de aço, nickel e platina em todos os comprimentos e diametros.

### FILMS PARA RAIOS X

Sortimento completo e variado

### Artigos para Photographia e Odontologia

Cintos abdominaes, Meias elasticas, Esponjas, Filtros, Aparelhos e laminas Gillete, Pastas, Pós, Liquidos e Escovas para dentes.