

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XI ANO

OUTUBRO DE 1932

N. 6

Publicação mensal

Direção científica:

Florencio Ygarlua
Docente e chefe de clínica da cadeira de Pediatria

Waldemar Job
Chefe de clínica da cadeira de Terapêutica

D. Soares de Souza
Assistente da cadeira de Psiquiatria

Secretários da Redação:

E. Soares Machado
E. J. Kanan

Gerente: E. Marcos

Redatores:

Annes Dias
Pereira Filho
P. Maciel

Otávio de Souza
H. Wallau

Homero Jobim
D. Martins Costa

Marlim Gomes
Guerra Blessmann

Tomaz Marante

Jacinto Godoi

Raul di Primio

Hugo Ribeiro

Pedro Pereira

Atílio Capuano

Enio Marsiaj

Flores Soares

Helmuth Weinmann

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 6 meses: 15\$000 — Estrangeiro: 30\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara n. 264 — 3.º andar

Endereçar tudo o que for relativo á Redação aos secretários

Assuntos comerciais com o gerente E. MARCOS, das 2—4 na séde da Redação

Caixa postal, 872

Cientistas Brasileiros



Prof. Martim Gomes

Catedrático de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina de Porto Alegre

Trabalhos originaes

TRABALHO DO LABORATORIO BACTERIOLOGICO

Higiene e Saude Publica do Estado

A doença de Nicolas-Favre

Linfogranulomatose inguinal sub-aguda — Quarta doença venerea

por

Maya Faillace
Diretor

e

Helmuth Weinmann
Assistente

Já entrevista anteriormente por diversos observadores (Hunter, Chassaignac, Nelaton...), a "linfogranulomatose inguinal sub-aguda" só se tornou realmente conhecida como entidade nosologica bem caracterizada em 1913, graças aos notaveis trabalhos de Nicolas, Favre e Durand. E as recentes investigações experimentais de Helleström e Wassen, Levaditi, Ravaut e colaboradores, demonstrando a sua transmissibilidade ao *Macacus rhesus* e a outros simios, assim como a presença constante de um virus filtravel no homem e nos animais infectados, firmaram definitivamente a individualização clinica da "doença de Nicolas—Favre", trazendo-lhe a prova inecontestavel da sua especificidade etiologica.

ESBOÇO CLINICO

Na grande maioria dos casos o contagio é de origem sexual: é a "quarta doença venerea". Entretanto, o acidente inicial frequentemente passa despercebido, pois o "cancro linfogranulomatoso" é quasi sempre representado por uma lesão minima e pouco duradoura, óra uma insignificante erosão do tamanho e aspéto de uma vesicula de herpes, óra uma papula ou pequeno nodulo superficialmente ulcerado.

Geralmente unico, o acidente primario localiza-se de preferencia na folha interna do prepucio ou na glande. Na mulher é a furcula a sua séde de eleição, pelo menos aparente. Por vezes, as manifestações adenopaticas são precedidas de leve balanite e, em alguns casos, de corrimento uretral, contendo germes banais, ao qual Favre presta o valor de lesão primitiva.

Duas a tres semanas após o coito infectante, inicia-se a reação

ganglionar, habitualmente localizada na região inguinal. As adenites podem ser uni ou bilaterais. Inicialmente, os ganglios são duros, isolados, quasi indolentes; conglomeram-se aos poucos em consequencia de um processo de periadenite, constituindo então um tumor lobulado e mais ou menos volumoso. A pele ao seu nivel mantem-se de coloração normal ou levemente rosea.

A tumefação ganglionar pode regredir nessa fase, existindo verdadeiras "formas abortivas" ou "adenites criptogenicas", descritas por Chevalier e Ravaut, nas quais não ha supuração, sobrevindo a cura em algumas semanas.

Nos casos tipicos, porém, o processo evolue para a supuração e fistulização: a pele torna-se violacea, empastada e, após semanas ou meses, aparecem em varios pontos depressões amolecidas, cupuliformes, com pequenos orificios rodeados de tegumento indemne, os quais resultam da abertura para o exterior dos abcessos formados dentro de cada ganglio (aspéto em "ralo de regador"). A secreção no começo é cremosa, amarelada, tornando-se depois sóro-purulenta. A supuração não raro prolonga-se durante meses; ha por fim redução ganglionar e fibrose accentuada da região inguinal.

O estado geral é sempre mais ou menos comprometido: anorexia, prostração, artralguas, suores profusos, febre remitente que pode atingir a 40°, são sintomas comuns, que aparecem por surtos irregulares, coincidindo com os periodos da reerudescencia do processo adenopatico, o qual, realmente, nada mais é do que a expressão visivel de uma doença geral, de uma verdadeira septicemia, como bem accentua Ravaut.

A "doença de Nicolas—Favre" abrange, de fato, um raio de ação muito maior do que inicialmente se julgára. Afóra a sua localização tipica nos ganglios inguinais, á qual aliás tambem devem ser identificados os "bubões climaticos" dos autores tropicalistas, as modernas observações de Favre, Nicolas, Massia e Lebeuf, Jersild, Bensaude, Barthels e Biberstein, Gregorio, Serrano, F. Le Cat, Sénèque e outros evidenciaram nitidamente o papel da "quarta doença venerea" na etiologia de varias syndromes e afeções genito-ano-rétais, atribuidas á sífilis, á tuberculose ou de origem mal definida: ulceras ano-vulvares, estreitamento ano-retal elephantiasico, estiomene vulvar, certas infiltrações e empastamentos difusos da pequena bacia, etc.

As manifestações inguinais são mesmo muito raras na mulher. O cancro de inoculação pode ser intra-vaginal ou cervical e, nestes casos, que devem ser frequentes, os ganglios atingidos serão os iliacos externos ou os do meso-réto.

Observar-se-ia assim, no homem, sobretudo o **tipo inguinal classico** e, na mulher, o **tipo iliaco** (empastamento da pequena bacia) ou o **ano-réctal** (estreitamento). Este ultimo não raro será tambem encontrado no homem em casos de pederastia passiva.

As manifestações extra-inguinaes, as formas profundas e aberrantes da "doença de Nicolas—Favre", bem como suas multiplas complicações, constituem, sem duvida, um vasto capitulo de elevado interesse pratico, recentemente aberto ao estudo nos dominios da uro-ginecologia e da clinica geral.

DIAGNOSTICO

Intra-dermoreação de Frei — Exame histo-patologico

A "doença de Nicolas—Favre", em sua localização habitual, pôde ser confundida com as adenites tuberculosas, sifiliticas, gonococicas, do cancro móle e outras adenopatias da região inguino-crural. Em seu inicio e no periodo de amolecimento faz-se mistér ainda praticar o diagnostico diferencial com certos tumores solidos ou liquidos da mesma região: epiplocele aderente, neoplasmas, abcessos ossifluentes, tumores vasculares, etc.

Nos casos tipicos, os sinais clinicos permitem quasi sempre um diagnostico preciso, si bem que por vezes tal seja possível sómente após prolongada observação da marcha do processo morbido. Mas, nas localizações aberrantes, nas adenopatias profundas, nas multiplas e mal conhecidas fórmãs atipicas a que acima nos referimos, torna-se absolutamente indispensavel o auxilio das provas de laboraterio, que podem fornecer elementos decisivos para encaminhar o diagnostico oportuno e a terapeutica apropriada e eficaz.

Além das inoculações em símios, as quais estão ainda no terreno experimental, o contingente com que o laboratorio contribue para o diagnostico da "doença de Nicolas—Favre" é essencialmente representado pela **intra-dermoreação de Frei**, que se pôde e deve praticar em todos os casos suspeitos, e pelo **exame histo-patologico**, quando possível a biopsia do grupo ganglionar comprometido.

Em ambos esses sentidos orientaram-se principalmente os nossos ensaios e observações iniciais, que resumimos no presente trabalho.

O estudo dos índices hemo-leucocitarios, as pesquisas sorologicas, especialmente as próvas de desvio do complemento tentadas por alguns experimentadores, mostraram-se até agora sem valor pratico para o diagnostico da "linfogranulomatose".

Intra-dermoreação de Frei — É a pesquisa da allergia cutanea ao virus da "doença de Nicolas—Favre".

Descrita por Frei e Hoffmann em 1924, consiste em fazer uma injeção **intra-dermica** de 0,1 a 0,2 cc. de antígeno preparado, em determinadas condições, com o pós de bubão linfogranulomatoso. As reações positivas caracterizam-se por elevações papulosas avermelhadas, que aparecem nitidamente após 48 horas, não raro persistindo durante varios dias.

Na mesma ocasião tambem deve ser praticada uma inoculação intra-dermica de albumina animal ou vegetal (albumina de ovo, caldo de carne, vacina Dmeleos, etc.), para verificação da inexistencia de hiper-sensibilidade do paciente ás albuminas extranhas.

Todos os autores acentuam o grande valor diagnostico da próva de Frei, simples, inocua, de elevado grau de especificidade, e já positiva de uma a tres semanas após o aparecimento das adenites. Convenientemente feita, usando antígeno (simples ou multiplo) **ativo e esteril**, é ela positiva em quasi todos os casos de "linfogranulomato-

se", sendo negativa nos individuos sãos e nos acometidos de outras adenopatias ou doenças gerais.

Salomão Fiquene, por exemplo, para citar apenas um dentre os autores nacionais que melhor estudaram o assunto, refere que todos os seus doentes de "linfogranulomatose" (cerca de 60) reagiram de modo indiscutivelmente positivo á próva de Frei.

Daí o seu interesse pratico, desde logo verificado em nossos ensaios pessoais, iniciados em 5 de Abril do corrente ano, data em que nos foi enviado o paciente referido na observação abaixo, afim de praticarmos exames de laboratorio tendentes a elucidar a natureza da síndrome adenopatica de que o mesmo era portador.

Obs. 1 — A. S. F., 29 anos, português, comerciante, residente em Porto Alegre ha um ano.

Os antecedentes familiares nada apresentam de interesse para o caso. Diz ter sido sempre sadio. Ha três anos teve blenorragia. Ha oito meses teve novo corrimento uretral, que passou rapidamente com o uso do permanganato. Mês depois nova crise aguda, que durou poucos dias.

Molestia atual: Informa que dois meses após esse ultimo corrimento, isto é, em meados de Fevereiro passado, começaram a "inchar as virilhas", applicando pomada de beladona durante alguns dias, sem resultado. Foi então consultar o Dr. Galdino Nunes Vieira.

Emagrecido, pallido e febril (38°), o doente apresentava, em ambas as regiões inguinais, ganglios entumecidos, duros, quasi indolentes, com empastamento e vermelhidão da pele.

O exame geral nada de notavel revelou; ausencia de sinais de sífilis.

Durante 15 dias foi feito tratamento pela vacina anti-gonococica associada ao Protinjéto. Os ganglios continuaram a aumentar de volume, notando-se então flutuação nitida em varios pontos da massa do tumor adenopatico.

Nessas condições foi encaminhado ao Laboratorio Bacteriologico. *)

Em face dos sintomas apresentados por esse paciente, na possibilidade de estarmos em presença de um caso de "doença de Nicolas—Favre", o primeiro que se nos depararia, fizemos uma punção aséptica no bubão esquerdo, obtendo 5 cc. de pús fluido e amarelado, com o qual preparámos um antígeno tipo Frei, para futura utilização, si as pesquisas posteriores e a evolução do caso em apreço confirmassem a suspeita. Empregámos a tecnica original de Frei e Hoffmann, a qual, em resumo, consiste em tomar uma certa quantidade de pús linfogranulomatoso, retirado asépticamente de um **fóco maduro e fechado**,

*) A observação detalhada desse caso é feita adiante em artigo original do medico assistente, Dr. Galdino Nunes Vieira.

diluí-la em 5 ou 10 vezes, aquecer a 60° durante duas horas no primeiro dia e uma no dia seguinte.

Usamos 3 cc. de pús para 30 cc. de agua fisiologica, distribuimos o material em ampoulas de 1 cc., que foram aquecidas segundo o processo acima e, após as próvas de esterilidade, guardadas em baixa temperatura (Frigido). Devemos referir ainda que o exame microscopico previo do pús utilizado revelou ausencia de germes, sendo tambem negativas as culturas em aereo-anaerobióse.

Para execução da prova cuti-alergica no nosso paciente necessitávamos, porém, de um antígeno heterologo, isto é, proveniente de um outro doente comprovadamente linfogranulomatoso, pois, como é sabido, pôde-se obter intradermoreação positiva com auto-antígeno nos portadores das mais diversas adenites supuradas. Por intermedio de colega Dr. Mario Meneghetti, então no Rio de Janeiro, conseguimos a remessa de antígeno reconhecidamente linfogranulomatoso, preparado pelo ilustrado Dr. Salomão Fiquene, na Clinica Dermatologica e Sifiligrafica do Prof. Eduardo Rabello.

Com esse antígeno fizemos em 5 de Maio a prova de Frei no doente em observação, obtendo **resultado positivo**: papula eritematosa nitida em 48 horas, testemunho francamente negativo.

Dizem Frei e Hermans que se pôde afirmar o diagnostico da "doença de Nicolas—Favre" quando:

1.º — o doente reage positivamente a um antígeno heterogeneo indiscutivelmente linfogranulomatoso;

2.º — o antígeno desse doente provoca intra-dermoreação positiva em um caso certo de linfogranulomatose.

A primeira dessas duas condições foi, como vimos, preenchida nos ensaios acima descritos. E a observação seguinte, de evolução bem caracterizada e nitida contra-próva terapeutica, atende cabalmente á segunda:

Obs. 2 — R. F., 28 anos, solteiro, empregado no comercio, residente em Porto Alegre. Clinica do Dr. Henrique Heredia.

Antecedentes pessoais: Teve blenorragia já ha algum tempo. Nada mais refêre digno de registro.

Molestia atual: Começou ha cerca de dois mēses com aumento gradual e lento dos ganglios inguinais direitos. Teve então anorexia, mau estado geral e febre irregular. Tomou algumas injeções de 914 sem efeito apreciavel e algumas de Triod, sentindo-se melhor com estas.

Atualmente apresenta na região inguinal direita um tumor endurecido, de superficie anfractuosa, pouco doloroso. A pele é de côr violacea, aderente e empastada. Ha dias houve abertura espontanea por um pequeno orificio, na região infero-interna da massa ganglionar, do qual sae constantemente pequena porção de serosidade. O tumor apresenta varios pontos de

primidos, com flutuação pouco sensível. Ao nível de um deles o medico assistente praticou uma punção retirando tambem uma pequena quantidade de pús fluido.

O paciente apresenta, no dorso do penis, um nódulo endurecido, do tamanho de uma ervilha, o qual, segundo informa, appareceu dias antes do inicio da tumefação ganglionar.

Tratar-se-á de uma forma pouco comum de acidente primitivo? E' bem provavel, pois Ravaut, Scherkevitch e Herause relatam casos excepcionais de lesão inicial do tipo nodular.

Intra-dermoreação de Frei em 27 de Junho de 1932, com resultado fortemente positivo:

Braço E — Antigeno do Lab. Bacteriologico
 Ante-braço E — Antigeno da Cl. Dermat. do Rio
 Ante-braço D — Testemunho (albumina de ovo).

Leitura em 48 horas:

Braço E — Grande papula avermelhada, com halo eritematoso.

Ante-braço E — Reação identica, porém menos acentuada.
 Testemunho — Negativo.

Em vista desses resultados, o Dr. Henrique Heredia intensificou o tratamento pelas injeções de Triod e Io-pyronal.

As melhoras acentuaram-se, as fistulas cicatrizaram e, em Agosto, o doente teve alta curado, havendo aumentado 4 ks. de pêso.

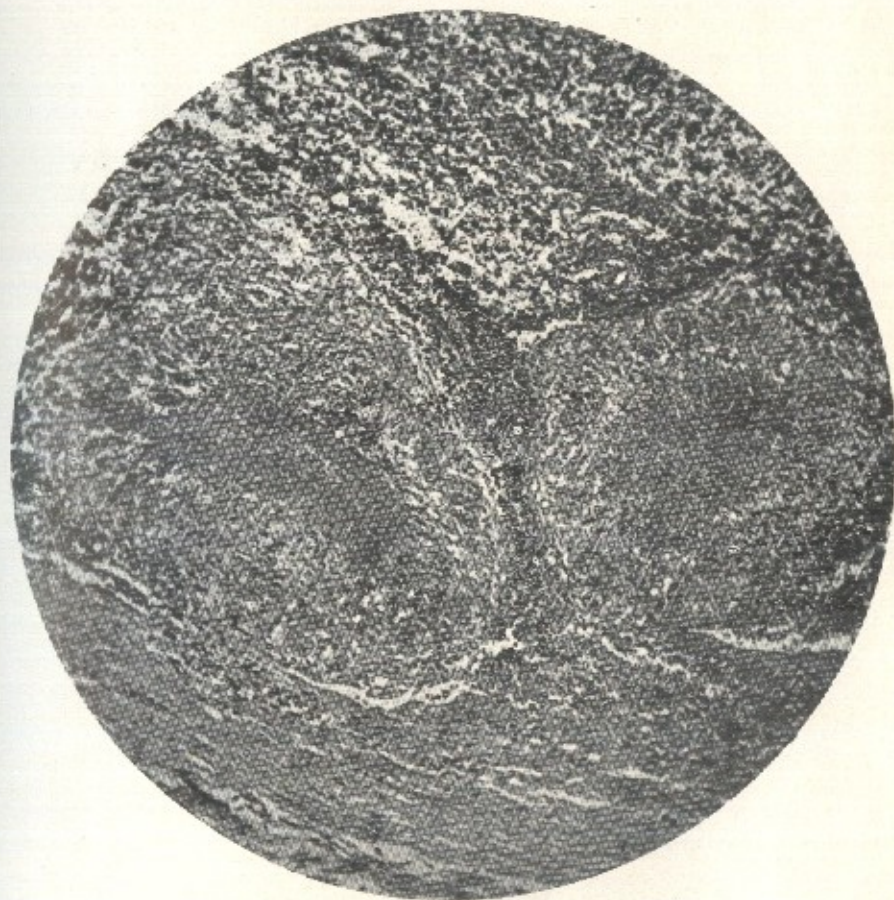
Confirmado definitivamente o diagnostico de "linfogranulomatose inguinal" para o nosso primeiro paciente e, simultaneamente, a sensibilidade do antigeno que preparáramos, praticamos com este varias outras provas em individuos sãos e em portadores de adenites cancerosas e tuberculosas, com resultados sempre negativos.

Para não nos alongarmos excessivamente, no tocante a este ponto, resumiremos apenas uma das nossas observações mais ilustrativas, que diz respeito a um caso de "**doença de Nicolas—Favre**" associada á **sifilis em evolução**. A reação de Frei, revelando a intercorrencia das duas infecções, esclareceu uma sintomatologia até então obscura e conduziu ao tratamento conveniente, de resultados rapidamente favoraveis.

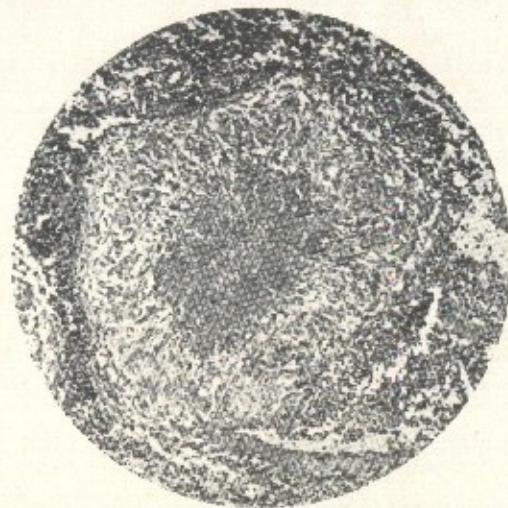
Obs. 8 — A. L., 21 anos, misto, atualmente em tratamento com o Dr. Clemente Argollo, no "Centro de Saude" da 5.^a zona sanitaria de Porto Alegre.

O paciente informa estar doente ha cerca de 6 meses, quando lhe appareceram varias ulcerações no penis, seguidas do entumecimento dos ganglios da virilha direita.

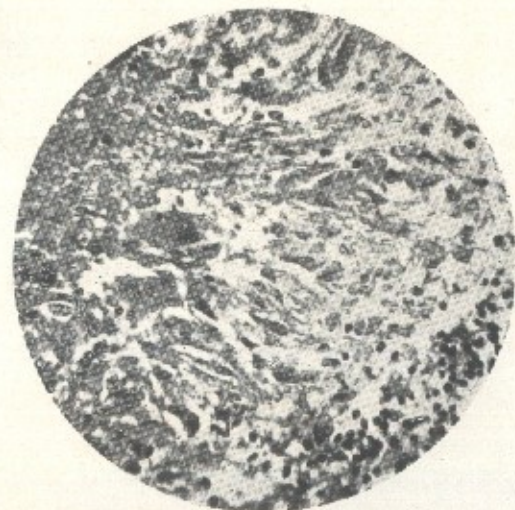
Depois de um mês, estes supuraram, formando-se fistulas pequenas, algumas das quais não cicatrizaram até a data atual.



Côrte de ganglio inguinal.
Dois micro-abscessos nitidamente individualizados.



Micro-abscesso com zona necrosada ao centro.



A parede que constitue o micro-abscesso com grande aumento. Nota-se principalmente a camada de células epitelioides e uma célula gigante do tipo plasmoidal.

Emagrecceu muito e tem tido febre moderada e irregular. Ha 4 meses fez Wassermann no sangue com resultado positivo forte + + + +. Tomou então regular numero de injeções de mercurio e de 914, sem resultado satisfatorio para a afeção local, si bem que os sintomas geraes se tenham atenuado.

Presentemente nota-se na região inguinal direita um tumor com as dimensões de um ovo de galinha, anfractuoso, quasi indolente, apresentando duas fistulas por onde continuamente escorre pequena quantidade de pús cremoso. A péle levemente espessada e violacea, deixa-se deprimir em pontos bem circunscritos.

Ostealgia, micro-adenopatii generalizadas.

Temperatura: 37,8°, anorexia, accentuada astenia.

Repetidas as reações de Wassermann e Meinicke o resultado foi identico: positivo forte + + + +.

Prova de Frei em 20—Maio—932. Resultado positivo nitido em 48 horas. Testemunho negativo.

Iniciado o tratamento com injeções intravenosas de iodureto de sodio, 3 véses por semana (10 cc. de solução a 10%), as lesões que corriam por conta da "linfogranulomatose inguinal" retrocederam com sensível rapidez. Após 17 injeções as fistulas estavam cicatrizadas, o tumor ganglionar em regressão quasi completa e o estado geral muito melhorado.

O estado alergico, determinado pela "doença de Nicolas—Favre", persiste habitualmente durante um prazo muito longo, permitindo assim o **diagnostico retrospectivo dessa infecção** com o auxilio da próva intra-dermica de Frei. Este autor, Hellerström e, no Rio de Janeiro, Salomão Fiquene reférem varios casos de permanencia cuti-alergica após 2, 5 e mesmo 24 anos.

Em nossos ensaios tambem já tivemos oportunidade de verificar dois casos, cujas observações resumidas se seguem:

Obs. 4 — J. C., branco, atualmente com 22 anos, auxiliar do Laboratorio Bacteriologico.

Em principios de 1929, após coito suspeito, apresentou uma adenite inguinal esquerda, de marcha lenta, febre moderada e supuração. Foi atendido por um de nós, tendo sido aberto o tumor ganglionar com saída de regular quantidade de pús. Formaram-se pequenas fistulas que cicatrizaram com dificuldade. Não foi notada lesão inicial. Ausencia de blenorragia e de sinais clinicos e sôrologicos de sifilis.

Apesar disso o paciente tomou algumas injeções de neosalvarsan, sem resultados praticos. Localmente, curativos comuns, e tratamento geral reconstituente, sempre indicado em tais casos, enquanto age a "vis medicatrix naturae"... E a cura sobreveiu, evoluindo a molestia durante cerca de 4 meses.

Rememorando o quadro morbido que então se nos apresentára, lembramo-nos da possibilidade de se ter tratado de um caso de "linfrogranulomatose inguinal", como tantos outros não diagnosticados, em consequencia do pouco conhecimento dessa doença entre nós, naquela epoca.

Com o assentimento do paciente, nêle praticamos a próva cuti-**alergica de Frei** em Maio ultimo, (portanto 3 anos após a síndrome adenopatica que o acometeu em 1929) com **resultado nitidamente positivo**: papula em 48 horas cercada de um halo eritematoso. A infiltração persistiu durante 5 dias. Testemunho: em 48 horas, mal se nota o ponto de entrada da agulha.

Obs 5 — J. D., branco, 23 anos, doutorando de medicina, residente em Porto Alegre.

Em dia de meados de Março do corrente ano, despertou pela manhã sentindo-se febril, com cefalalgia e abatimento geral. Esse estado perdurou durante 4 ou 5 dias, quando acidentalmente notou, na região inguinal esquerda, uma pequena adenite dura e indolor.

A febre continuou a subir atingindo a 39,5°, a inflamação ganglionar tambem progrediu durante 20 dias, mas não houve supuração, os sintomas gerais e locais entrando em rapida regressão após esse prazo. Ausencia de acidente primitivo.

Atendido pelos Drs. Octavio de Souza e José Ricaldone, foram praticados varios exames em laboratorio particular (hemocultura geral etc.).

Diante do quadro clinico e dos resultados negativos dessas pesquisas, os medicos assistentes suspeitaram da "doença de Nicolas—Favre", iniciando desde logo o tratamento pelas injeções de emetina, e, depois, pelo Lugol, 5 a 6 colheres das de sopa por dia.

Com o uso deste ultimo medicamento o paciente melhorou rapidamente, havendo cura completa com uma evolução total de 35 a 40 dias.

Em 5 de Agosto, cerca de 3 meses depois da cura, praticamos a intra-dermoreação de Frei, próva biologica que não fôra tentada durante o decurso da molestia. **Resultado**

Braço D: Positivo em 48 horas
(antigeno do Lab. Bacteriologico)
Ante-braço D: Positivo em 48 horas
(antigeno da Cl. Demat. do Rio)
Ante-braço E: Negativo
(Testemunho — vac. Dmelcos).

A pesquisa da permanencia cuti-**alergica** nesse paciente, forneceu assim mais um elemento para escudar o diagnostico de "doença de Nicolas—Favre", aliás já plenamente confirmado pelos resultados favoraveis da medicação adequada oportunamente feita.

Releva ainda notar que, apesar de nitida, a reação cutanea foi neste caso relativamente fraca, naturalmente pelo fato do processo ganglionar ter regredido com rapidez, não chegando á supuração. No tocante a este ponto, Frei e outros investigadores dizem mesmo que a próva intra-dermica póde ser negativa, enquanto a péle que recobre a adenite se conserva intáta.

Exame histo.patologico — As alterações anatomicas occupam, sem duvida, um dos primeiros planos no diagnostico da doença erigida em entidade por Nicolas, Favre e Durand. Efetivamente, quando possível a biopsia ou a extirpação cirurgica dos ganglios, os respétivos córtex fornecem resultados típicos. O aspéto histo.patologico não é específico, sendo comtudo característico em seu conjunto.

Uma lamina examinada com fraco aumento, mostra pequenas zonas concentricas, individualizando micro-abcessos com algumas variantes quanto ao tamanho e á fórma. E' o aspéto poucas vezes confluyente das lesões focais que se impõe á observação.

O microscopio, a forte aumento, revela detalhes interessantes. As alterações enquadram-se perfeitamente no aspéto tuberculoide. Com efeito, o estudo histologico mostra pequenas gomas constituídas na parte central por tecido necrosado. Esta zona, rica em leucocitos em diferentes periodos de desorganisação, é envolvida por uma camada continua de celulas epitelioides. A regularidade da disposição destas celulas contribue valiosamente para o diagnostico diferencial com outras adenopatias inguinais.

Na propria camada epitelioides ou fóra dela vêm-se celulas gigantes, quér do tipo plasmodial com os nucleos espalhados uniformemente, quér do tipo Langhans ou seja com os nucleos distribuidos em forma de corôa.

A fóra esses micro-abcessos, ainda pódem ser observados pequenos focos epitelioides perfeitamente isolados e, não raro, celulas gigantes participam deste processo. Aliás, toda massa ganglionar apresenta reação linfocitaria, sem entretanto perder por completo a estrutura histologica.

São essas, em linhas gerais, as alterações histo.patologicas observadas na "infogranulomatose inguinal sub-aguda", nitidamente perceptíveis nas micro-fotografias originais que acompanham este trabalho. Como dissemos acima, essas lesões não são específicas, porém, ao lado de uma intra-dermorreação de Frei positiva, impõem sem vacillação o diagnostico de "doença de Nicolas-Favre."

Principais referencias

C. Levaditi, Neue Untersuchung über die Lymphogranulomatosis inguinalis, ref. Deut. Med. Woch., n.º 14 p. 2128, 9 Oct. 1931

C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle. Schoen, Étude étiologique et pathogenique de la maladie de Nicolas et Favre, Annales de l'Institut Pasteur, t. XLVIII, n.º 1 p. 27, Jan. 1932.

Erwin Wolffebüttel, Lymphogranulomatose inguinal, *Revista Therapeutica*, n.º 7, p. 161, Julho 1931.

Erwin Wolffebüttel, Lymphogranulomatose inguinal, *Revista Therapeutica*, n.º 8, p. 191, Agosto 1931.

F. Le Cat, L'intra-dermoréaction dans la lymphogranulomatose inguinale et ses localisations aberrantes, *Th. de Lyon, ref. Rev. Franc. Derm. et Vén.*, n.º 12, p. 614, Déc. 1931.

Franklin Reiss, Ueber Komplikationen durch Sekundärinfektion und unspezifische Seroreaktion bei Lymphogranuloma inguinale, *Deut. Med. Woch.*, n.º 37, p. 1577, 11 Sept. 1931.

Helmuth Weinmann, Doença de Nicolas—Favre, *Arqu. Rio Grandenses de Medicina*, n.º 2, p. 113, Junho 1932.

J. M. Gomes, Bubão Climatico, *São Paulo Medico*, vol. II, n.º 2, Dez. 1929.

Jersild, Étiologie du soi-dissant syphilome rectal éclairée par les intra-dermoréactions, *Ann. de Derm.*, p. 590, 1930.

J. Sénèque, Maladie de Nicolas—Favre et rétrécissements du rectum, *La Presse Médicale*, n.º 6, p. 22, 6 Jan. 1932.

Maurice Letulle, *Anatomie Pathologique*, vol. II, p. 1040, 1931.

P. Masson, *Diagnostics de laboratoire*, Col. *Sergent*, vol. II, p. 20, 1923.

P. Ravaut et René Cachera, Acquisitions récentes sur la maladie de Nicolas—Favre, *Paris Médical*, n.º 23, p. 494, 4 Juin 1932.

Paul Chevallier et J. Bernard, La Maladie de Nicolas—Favre, *Rev. Méd. Univ.*, n.º 2 p. 2, Mai 1930.

R. Bensaude et A. Lambling, Maladie de Nicolas—Favre et lésions ano-rectales: stenose, ano-rectites simples, fistules isolées, *Paris Médical*, n.º 18 p. 361, 30 Avril 1932.

Salomão Fiquene, Doença de Nicolas—Favre, *These de doutoramento*, *Fac. Med. Univ. Rio de Janeiro*, Agosto 1931.

Fistula do canal de Stenon — Sialografia

por

Poli M. Espirito

Médico Auxiliar da Santa Casa de Misericórdia

Um novo método de pesquisa para o nosso meio acabamos de praticar com o professor Saint-Pastous numa paciente portadora duma fistula do canal de Stenon.

I. L., com 14 anos, nos é apresentada ha pouco mais de mês, para livrar-se de um mal que por onze anos a acompanhava. E' que, aos 3 anos de idade, formou-se um abcesso na região masseterina esquerda, o qual seguindo sua evolução, veio abrir-se para o lado externo da bochecha. Persistindo a supuração, foi a paciente entregue aos cuidados de um dentista, que, conforme nos é narrado, lhe extraiu um sequestro osseo pela abertura do abcesso. Comquanto se processasse a cura, em meio do tecido cicatricial resultante continuou o escoamento de um liquido bem fluido e transparente, que não só aborrecia a menina, como também causava apreensões ás pessoas que a cercavam.

A sede da fistula, assim como a transparencia e fluidez do liquido segregado, fizeram supôr tratar-se de saliva parotidiana, o que foi confirmado pelo exame procedido sob os cuidados do Dr. Homero Jobim. Esses dados nos permitiram concluir que a menina trazia uma fistula do canal de Stenon.

Tão diminuta era a fistula que, imperceptivel a olho nú, mal se avistava com o auxilio de uma lente de cerca de seis aumentos. Foi impossivel introduzir um estilete pelo orificio; nem mesmo uma agulha bem fina foi possivel fazer penetrar. Apenas a ponta do bizel conseguiu chegar á fistula, mas o tecido cicatricial se opôz a uma penetração maior.

Tentamos, então, apurar o grau de integridade que restava do canal. Com esse objetivo, procuramos seguir a via retrograda, fazendo a entrada na face interna da bochecha, onde vem desembocar o canal de Stenon. Depois de varios ensaios conseguimos injetar por aí dois centímetros cubicos de agua destilada, notando então a saída de gotas desse liquido pela fistula. Não obstante, a menina acusou a sensação d'agua na parotida, o que denotava a permanencia de certa continuidade do condúto.

Prossequindo em nossas pesquisas, recorremos á prova radiologica. O instrumental foi simples: uma agulha romba de injeção, calibre 0,72 mm, uma seringa de 3 cc e um afastador de bochecha, para o que nos utilizamos de uma tetacanela. Em duas primeiras tentativas, empregamos o iodeto de sodio a 30%, do qual fizemos penetrar cerca de dois centímetros cubicos. Não obtivemos, entretanto, imagem boa, embora tivéssemos colhido uma das provas com a agulha e seringa "in loco",

para obstar o refluxo do liquido injetado. Notamos ainda que a penetração do iodeto provocou reação dolorosa na paciente. Recorremos então ao lipiodol para uma terceira tentativa. Dessa feita os nossos esforços foram coroados de exito. O mesmo instrumental foi utilizado, mas, dada a elevada viscosidade do lipiodol, constituiu verdadeira dificuldade a sua injeção no canal de Stenon. Só depois de um trabalho paciente e continuado conseguimos introduzir cerca de $1\frac{1}{2}$ cc. Convem dizer que a angustia do meato do canal não permitia a introdução de agulha mais calibrosa. Afinal, a prova obtida, que se vê na figura junto, compensou o esforço feito.



Sialografia determinada por fistula do canal de Sténon.

Por essa figura verifica-se a persistencia do canal de Stenon, tendo o liquido subido até a parotida, onde se pode acompanhar mesmo as mais finas ramificações coletoras dessa glandula. De particular interesse, no caso, é o angulo que se nota no canal, bem proximo á sua origem, angulo agudo de vertice nitido: aí está situada a fistula que tanto tem afligido a nossa paciente.

Entretanto, esta já se regosija com as sensiveis melhoras que obteve. Naturalmente, as penetrações no canal de Stenon deram-lhe mais franco escoamento á saliva para a boca. Além disso, tentamos

intervir pela fistula, para o que destruimos o tecido cicatricial circundante. O processo de restauração não se fez esperar e como que determinou a obliteração da fistula, pois que ha dias já não extravasa saliva por esse orificio.

Não sabemos de trabalho anterior deste genero entre nós. Entretanto, constitúe um bom meio de pesquisa nos casos de patologia da parotida e seus canais. No caso acima exposto, tinhamos o interesse de apurar o estado do canal de Stenon, e a sialografia não só satisfez o nosso desejo, como ainda nos deu bela imagem da glandula. Mas a pesquisa pode ser determinada por outras condições ainda, taes como nas inflamações da glandula, para investigar a séde e extensão de processos patologicos, notadamente nos casos de localisação insegura, onde a sialografia contribuirá para resolver a duvida. O numero 5, de Novembro de 1931, da revista "Radiography and Clinical Photography" nos mostra uma sialografia praticada pelo Dr. Murphy, que por esse meio poudo apurar o bom estado da glandula e canais no paciente, que, na realidade, era portador dum abcesso formado após a extração de um dente. Interessantes tambem são as demonstrações sialograficas que se vêm na revista "Surgery, Gynecology and Obstetrics" n.º 3, de Março deste ano. Os autores, Mrs. Hobbs, Sneierson e Faust, apresentam radiografias de parotidas normais e casos patologicos.

Esses autores utilisaram-se do lipiodol para obter as sialografias, penetrando pelo orificio do canal de Stenon, e serviram-se dessa mesma via para mediear as parotidas inflamadas.

Sobre a presença do *ANOPHELES TARSIMACULATUS* Goeldi, 1906 em Porto Alegre (*)

por

R. Di Prímio

Constitúe objetivo principal deste trabalho evidenciar a presença do *Anopheles tarsimaculatus* Goeldi, 1906 na cidade de Porto Alegre, sobre o que até o momento não se conhece referencia segura.

O Dr. Plínio Gama, ha anos, assinalou á Sociedade de Medicina a presença de dois exemplares de anofelinas nesta cidade, não os tendo, porém, classificado.

Por outro lado, este fato vem contribuir, implicitamente, para o conhecimento da distribuição geográfica deste parasito, mais larga, como se vê, do que seria de supôr.

No dia 12 do corrente mês, ás 17 horas, achando-me no corredor da Santa Casa, em frente á 20.^a Enfermaria, notei, ao longe, na parede, recentemente caiada, um culicídeo que pela posição de repouso não me deixou duvida de que se tratava de uma anofelina.

Em publicações anteriores assinala a área do nosso Estado dominada por estes transmissores de parasitos, fazendo a delimitação de duas zonas bem distintas: "anofelismo com malária" em Torres e parte de Conceição do Arroio; e "anofelismo sem gametoforos" em Santo Antonio da Patrulha.

A constatação desses transmissores nos arredores da cidade não seria fáto de surpreender, dados os seus habitos sub-domesticos e em face das nossas condições mesologicas que, de todo, não são infensas ao seu desenvolvimento.

De toda forma, a presença do parasito envolve questões graves do ponto de vista higienico e vem demonstrar a possibilidade de vida de especies do mesmo genero ou proximas, quando menos na zona compreendida entre Porto Alegre e a parte do litoral do nosso Estado assolada, além de outras endemias, pelo impaludismo.

Vem ainda este fáto conjuntamente com outras razões tecnicas, impôr, de maneira inadiável, a criação, entre nós, da policia de fôcos.

Com essas considerações que, é guisa de nota previa vão aqui assinaladas, passo á descrição do exemplar do *A. tarsimaculatus*, com os caracteristicos que serviram para identificá-lo, fazendo, antes, sobre o mesmo, algumas referencias biologicas gerais.

(*) Comunicação feita á Sociedade de Medicina em 14 de Outubro de 1932.

Distribuição geographica

O *A. tarsimaculatus* estende-se do Panamá á Argentina, sendo encontrado nos seguintes paizes:

Panamá, Nicaragua, Colombia, Venezuela, Guianas. Pequenas Antilhas, Perú, Brasil, Argentina e Paraguai.

No Brasil a sua presença é observada nos seguintes Estados:

Amazonas, Pará, Distrito Federal, Estado do Rio, São Paulo, Mato Grosso.

A essa distribuição geographica (Cesar Pinto) devem acrescentar-se, segundo Shannon e Seraphim Junior, Baía e Pernambuco.

O conhecimento moderno sobre o vôo das anofelinas, muitas das quais atingem a longas distancias, que no caso particular do *Anopheles tarsimaculatus* podem chegar a 1.700 metros, de acordo com as experiencias feitas nos Estados Unidos e no Canal do Panamá por Le Prince e Griffiths, tendo sido verificado que são capazes de vôo diréto de 30 a 40 minutos (in Cesar Pinto, "Arthropodes Parasitos e Transmissores de Doenças") o conhecimento moderno sobre o vôo das anofelinas, — dizia, — indica a possibilidade do fóco de tais inséto tanto encontrar-se proximo como distante do local onde os mesmos são assinalados.

Com os meios rapidos de comunicação os culicideos facilmente se vão disseminando.

Em Julho de 1931, a Saude Publica dos Estados Unidos iniciou a inspeção dos aviões que procedendo dos pontos tropicais chegam á cidade de Miami, na Florida.

A presença do *A. gambiae* (Giles) no R. G. do Norte, é atribuida aos aeroplanos ou aos "avisos" correio que de Dakar a Natal levam quatro dias.

Algumas referencias sobre transmissão

O *A. tarsimaculatus* é sem duvida uma especie veiculadora da malaria.

Neiva obteve com o *A. argyritarsis* e *A. tarsimaculatus* infecções experimentais.

Chagas encontrou essas duas especies infectadas em condições naturais.

Para Darling o *A. tarsimaculatus* transmite no Panamá o *Plasmodium falciparum*.

Shannon e Seraphim Junior chamam a atenção sobre a frequencia na Baía, do *A. albitarsis* e *A. tarsimaculatus* nas habitações e cavalariças em zonas palustres.

O *A. tarsimaculatus* Goeldi e os *A. albitarsis* Arrb., *A. argyritarsis* Rob. Dev. são assinalados durante o dia no interior das habitações, segundo observações de A. Godoy e C. Pinto.

Estes autores destacam a particularidade, de valor epidemiológico incontestado, de não se tratar de uma espécie zoofila.

Gensérico de Souza Pinto e Boyd, accentuam o papel, como transmissor do impaludismo, do *A. tarsimaculatus*, a par de outras espécies.

Descrição

De Cesar Pinto, do importante livro citado, resumo a descrição do *A. tarsimaculatus*:

“Palpos do macho e da fêmea com um anel branco mais ou menos estreitado entre os artículos I e II, o apice deste último é branco, artículo III com anel preto na base e o restante do artículo de cor branca, o artículo IV tem um pequeno anel negro na base sendo o restante branco até o apice. Espécie relativamente grande. O I artículo dos tarsos do III par de patas é negro, tendo porém um estreito anel branco apical, o artículo II com cerca de um terço da região basal de colorido negro, o restante até o apice é branco.

Artículos III e IV do III par de patas completamente brancos. No artículo V do III par de patas existe um anel preto basal.”

Diagnose

Os diferentes característicos da cabeça, torax, abdome, asas, fêmures, tibias e tarsos dos tres pares de patas, o colorido geral, as dimensões, etc., orientaram a diagnose da espécie encontrada para o grupo *Cellia* ou *Nyssorhynchus*.

Os artículos tarsais do III par de patas e o aspecto dos palpos, eliminando as espécies proximas, conduzem á identificação do exemplar fêmea capturado como *A. tarsimaculatus* Goeldi, 1906.

A extensão da area negra do II artículo do III par de patas, não autorisa, no caso presente, pensar na variedade que Peryassú chamou *oswaldoi*.

O que se deve fazer no tumor branco do joelho na criança

pelo

Prof. Nogueira Flores

Catedrático de Clínica Cirúrgica infantil e Ortopedia

A terapêutica do tumor branco do joelho na criança está assentada como clássica das tuberculoses ósseas o tratamento geral, que é importante, como seja: a estadia ao ar livre em bom clima (feito com alternância — praia e serra ou planície), alimentação sadia, ensolação ou raios ultra-violetas (praticados com técnica).

Não nos devemos esquecer do que escreveu Rollier, de modo sugestivo: "La cure solaire à l'altitude guérit la tuberculose externe sous toutes ses formes, à tous les degrés et à tous les âges."

Ainda temos como tratamento geral e proveitoso, os métodos biológicos e os métodos quimioterápicos. Estes métodos são representados pelo método de Finikoff (1) (óleo iodado, na proporção de 5% em injeções intra-musculares na quantidade de 5 cc. feitas semanalmente, e **per os** administramos a tricalceína ou a solução de cloro-calcion ou quaisquer outros saes de calcio em dose conhecida, que é dada diariamente), pelo método de Bayle (opoterapia esplênica), pelo método de Jacobson (paninas, eter benzil cinamico), o vigantól, o óleo de fígado de bacalhau, injeções intra-musculares de Valeól, de Novosan ou de Gadusan. Aqueles métodos são conhecidos pelo antígeno de Nègri e Boequet e pela alergina de Jousset.

Quanto ao tratamento local, que é indispensavel e de grande relevância, porque depende da variedade da osteo-tuberculose articular. No caso em que está focado o nosso trabalho "o que se deve fazer no tumor branco do joelho, isto é, dos métodos de tratamentos do tumor branco", temos antes de tudo, atender a dois objetivos importantes: um tratamento pela fixação e outro pela descarga.

Colimados estes objetivos, não devemos de nos esquecer também que o tratamento cirurgico, como muito bem pensa o Professor Ombrédanne, é sempre conservador.

Gohrbandt e outros declaram veementemente que as resseções e artrectomias, devem ser repelidas na idade infantil, pois lesam as car-

(1) Finikoff emprega o óleo de amendoim purificado á qualquer outro óleo vegetal, por ser pesado e conter esterianatos que se aproximam da estrutura química do envólucro ciro-gorduroso do bacilo de Koch. Contudo, não temos empregado este óleo e sim o da oliva por não haver em condições. O iodo é sob a formula de tintura ao decimo recentemente preparada que emulsionamos perfeitamente e injetamos na nadega sem o menor acidente.

Em julho de 1931 recolheu-se á enfermaria, de novo por ter fraturado a côxa do mesmo lado do tumor branco do joelho. Foi um acidente devido a descuido da mãe, que não observou as nossas recomendações, quando retiramos o medio gesso para repouso de uns dias e não a fez recolher-se á enfermaria para aplicação de outro gesso.

A despeito disto, a consolidação da fratura, contudo, foi normal (sem encurtamento) ao cabo de 40 dias da retirada do aparelho de extensão continua ao Zenite (modelo Gassette).

Voltou a fazer o tratamento do tumor branco, após uns 15 dias de intervalo da retirada do aparelho de extensão continua para combater a dermite produzida pelo esparadrapo; consistiu no medio gesso frestado e na ensolação, transferindo para o consultorio.

A doentinha está ainda sob a medicação da recalcificação, óleo de fígado de bacalhão, para mais tarde substituir o medio gesso pela joelheira, porque constatamos uma ancilose ossea, bem como já ter completado os 4 anos de tratamento, indo a doentinha em franca melhora, já usando joelheira de gesso e encaminhando-se para o **restituto ad integrum**.

Observação II. Menino H. O., de 2 anos de idade, branco, em tratamento na Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedia, desde 28 de Maio de 1931 (atendido óra na enfermaria, óra no consultorio).

Diagnostico — Tumor branco do joelho esquerdo.

Tratamento. Não se falando no tratamento geral (metodo de Finikoff, cura climatica alternada) applicou-se um medio gesso, frestado, metodo de Kirmisson (pontas de fogo), renovação de outro gesso frestado, que se tem substituido quando se estraga. Mais tarde, um e meio ano mais ou menos, substitue-se este gesso por uma joelheira tambem frestada, para ensolação ou uviterapia.

Continúa o doentinho com a sua joelheira, tendo feito radiografias para controlar o tratamento que tem aproveitado.

Observação III. Menina D. M. E., de 2½ anos de idade, branca, em tratamento na Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedia (desde 4 de Junho de 1931 (atendida óra no consultorio, óra na enfermaria).

Diagnostico — Tumor branco do joelho, bilateral.

Tratamento — Geral e local, ainda permanecendo no serviço.

Observação IV. Menino W. C. S., de 4 anos de idade, branco, em tratamento na Clinica Cirurgica Infantil e Ortopedia, desde 6 de Novembro de 1931 (atendida óra na enfermaria, óra no consultorio).

Tratamento — Instituímos, como tratamento geral (vigantól, morruato cuprico coloidal, calcificação e ensolação geral).

Diagnostico — Tumor branco do joelho esquerdo.

O tratamento local consistiu no medio gesso frestado, pontas de fogo por diversas vezes e uviterapia.

Continuou na imobilisação e injeções fôcaes de morruato cuprico coloidal. Ainda continúa em tratamento com imobilisação e injeções

de morruato cupríco coloidal, controlando-se com radiografias. Vai melhorando sensivelmente.

No curso do tratamento, os abscessos serão tratados pela punção evacuadora e a imobilização e se deve declarar aos pais que o tratamento é longo, para o que é preciso se munir de paciência em esperar, como elemento indispensável afim de não perturbar a marcha da terapêutica instituída.

Prosseguindo, surge uma questão muito particular, a **terapêutica das cavernas do osso**, que por via de regra, nunca devemos fazer intervenções nestas cavernas, sem que pelo radio não revele sinais evidentes, isto é, uma imagem de aspecto cernado de negro e por consequência limitada, defendida pelo processo de recalcificação.

Neste momento, podemos extrair o seqüestro da articulação, não deixando, entretanto, de se limitar a operação, tanto quanto possível, para extração do fragmento necrosado.

Si a caverna óssea tiver séde na rotula, a **patelectomia completa** é uma boa intervenção, em condições de poupar o **sobretudo anterior** que assegure a continuidade do tendão com o ligamento rotuliano.

Ombredanne proclama: "ne touchez jamais à l'articulation. Vous demandez la correction de l'attitude vicieuse à une ostéotomie supra-condylienne du femur, que vous pourrez faire transversale ou chantournante".

Os tumores brancos em fins de evolução, tendo um encurtamento desde criança, reclamariam resseções de extensão muito limitada, as quais ficariam com um encurtamento mínimo.

Sorrel declara: "todos estes velhos tumores brancos da infancia, prolongados até a idade adulta dão sempre deformações do joelho (joelho angular simples, joelho luxado, joelho em baioneta, em varo ou valgo, muito pronunciado etc.) e a resseção reconduzindo o membro á linha réta, determina em realidade, alongamento funcional".

Observação (do Professor Barros Lima, do Recife). Metodo de Lexer — J. L., 16 anos, entrou para o hospital em 21 de Janeiro de 1929.

Diagnostico — Tuberculose do joelho, pé torto varo-enuino congenito a direita.

Antecedentes — Mãe e irmãos sadios. Pai falecido. Foi sempre sujeito a resfriados. A deformidade do pé data do nascimento. O mal de que se queixa no joelho, começou por uma dôr que lhe tolhia os movimentos, aumentando de volume a articulação. Fez uso de remédios caseiros sem resultado.

Exame — O joelho esquerdo é tumefeito regularmente, tendo desaparecido as saliencias normaes que o cercam. A apalpação mostra dôr pouco acentuada, porém, mais nitida no condilo interno do femur. Os movimentos provocados estão quasi desaparecidos, sentindo dôres ao tenta-los. A marcha é mui defeituosa não só pelo que sente no joelho esquerdo como pela deformidade do pé do outro lado.

Exame complementar — Raios X ao entrar denotam espaço articular "flou" pingando para dentro os extremos ósseos descalcificados.

Posteriores ao encavilhamento demonstram por duas vezes, uma das quais recentemente, em Abril de 1931, melhor calcificação óssea, mais clareza da interlinha, assim como a existencia dos transplantes, entretanto interrompidos ao nivel da fenda articular.

Tratamento — Extensão continua, no membro esquerdo, estabelecida logo ao entrar e mantida até 6 de Abril de 1929, quando intervem, encavilhando o joelho com a tecnica semelhante a Lexer. Incisão externa, perfuração de um tunel que do joelho e do tibia procuravam transfixar a articulação, alcançando o outro osso em face do condilo interno, mais doente; colocação do transplante tomado ao tibia Sutura da pele: gesso immobilizador. Cura cirurgica pronta. Em Janeiro, teve o doente alta do hospital, sem aparelho, com o joelho frio, sem processo inflamatório aparentemente em evolução, mas sem que estivesse completamente anciloso, percebendo-se claramente ligeira mobilidade.

Em Abril tivemos oportunidade de vê-lo e observar que a mobilidade se amplia, a partir da extensão completa, alcançando 40° de flexão.

*
* * *

Atendido no periodo de estado ou melhor no periodo de reorganização do tumor branco, sobreleva-se na pratica o problema novo da terapêutica cirurgica a estudar: **o tratamento pelos enxertos ósseos**, cuja vantagem é de reduzir o tempo para cura, graças ás conquistas da fisiologia patologica cirurgica.

Contudo, temos como ultimo recurso de sua impraticabilidade de nos lembrar da formula de Broca — immobilização e paciencia.

O emprego dos enxertos ósseos na tuberculose osteo-articular, se baseia no seguinte: modificações no regime circulatório, ação trofica pelo concurso dos saes calcareos, uma ativação da tróca calcarea ou uma verdadeira ação de consolidação pela neoformação óssea; é um fáto cujas vantagens são apreciaveis e reconhecidas pela maioria dos autores.

Assim, temos o metodo cirurgico do Professor Robertson—Lavallo (de Buenos Aires) que o concebeu, firmado na ideia de ser o tecido ósseo embrionario, de reação, de produzir no organismo ao redor dos focos tuberculosos, como uma barreira contra a difusão da infeção e de constituir, muitas vezes, um obstaculo á cicatrização dos mesmos focos e favorecer antes a extensão da doença. Por isso que, quebrando esta barreira e ativando a circulação local seria possível, ao contrario, atingir o foco ósseo. O Professor Uffreduzzi declara que sua ação sobre as lesões ósseas tuberculosas não está, contudo, inteiramente demonstrada e definida e não se póde a priori, afirmar assim esta grande virtude que Lavallo alude.

O Professor Uffreduzzi e Biancalana (1) fizeram recentemente **enxertos ósseos** por um metodo bastante simples e de execução rapida, graças a instrumentação electrica bem adaptada.

(1) Trabalho de Uffreduzzi e Biancalana (de Turim) La Presse Médicale de Fevereiro de 1931 — Enxertos osseos nas tuberculoses osteo-articulares.

Observação n.º 47 (metodo de Lavallo) (1) — Criança C. S. Osteo artrite do joelho, do hospital de crianças.

Quando foi vista, sua lesão estava em plena evolução. Em oito anos de operada, estado geral e desenvolvimento bom; joelho normal, não ha pontos dolorosos, nem ganglios, a flexão se faz bem, a extensão está limitada em angulo de 110°. Resultado muito bom, cura mantida em 8 anos

Observação de Barros Lima. (Resumida) — J. L. B., de 1 ano, entrou para o hospital a 20 de Junho de 1928.

Antecedentes — Os seus pais atribuem o inicio do mal a uma queda aos 4 anos de idade. Após a queda andou bem durante algum tempo, vindo depois de dois meses a ter o joelho quente e doloroso. Foi visto por um medico, que applicou um gesso durante dois meses. Melhorou por algum tempo, vindo depois a piorar.

Exame — Joelho globoso em contraste com a perna e côxa atroficadas. A extensão é possível. Mesmo passivamente não se consegue obtê-la. A apalpação mostra o joelho quente, bem mais que o homólogo e as regiões visinhas do membro. Não se percebe liquido no interior da articulação. A dôr é provocada, no entretanto, facilmente, a qualquer tentativa de ampliar os movimentos. A radiografia mostra um processo de atrofia óssea extrema, assim como completa desorganização das extremidades ósseas que entram na constituição do articulo.

Tratamento — Operação pelo metodo de Lavallo, sob anestesia geral, a 11 de Janeiro de 1928, pondo-se transplantes diafiso-epifisarios nas faces interna e externa de cada osso e unindo-se de cada lado por fragmentos sub-cutaneos.

Cicatrisação por primeira intensão. Deixa o hospital no dia 26, sendo aconselhado mante-lo ainda em repouso até que se completasse os 25 dias exigidos pelo metodo. Examinado em Setembro do mesmo ano, informa-nos ter durante estes meses, seguindo vida normal. Os musculos da perna estão mais desenvolvidos e os movimentos da articulação com mais amplitude, embora conserve ainda certo aumento de temperatura. Marcha muito melhor.

As radiografias nesta época dão melhor calcificação do esqueleto, mui nitidos os enxertos sub-cutaneos e não identificaveis, porém, os intra-ósseos.

Informa-nos ter sido vitima de um acidente, fraturando a côxa do lado doente com um esforço minimo (ao subir um degráo), mas que uma vês curada esta fratura, tem se sentido bem, sem dôres, podendo marchar e que seu joelho se move com mais facilidade. Tem ainda, entretanto, ligeira flexão, sobretudo visivel por projecção do femur para diante em sub-luxação; executa flexão ativa aproximada do angulo réto. O joelho não está mais quente, nem doloroso a apalpação. Radiografia mostra melhorada a calcificação, persistindo parcialmente os enxertos sub-cutaneos.

(1) Trabalho de Carlos Nicola (de Buenos Aires). Semana Medica Argentina—1929. Tratamento das osteo-artrites tuberculosas do quadril e do joelho.

Barros Lima declara que ha certa vantagem na intervenção de Lavallo, podendo-se autorisa-la nos casos em fins de evolução. "Lavallo diz: nas formas de começo, nas formas puramente sinovias ou de lesões ósseas discretas."

E' preciso, no entretanto, com Tavernier, não considera-la operação curativa, mas, como simples adjuvante do tratamento classico, fazendo aproveitar cada vês menos os operados das possibilidades de marcha precoce que ela póde dar.

*
*
*

Ainda ha outro metodo conhecido por "Operação de Vignard"; é de uma tecnica totalmente diferente da operação de Lavallo, porém, é baseada nas duas ações (modificação circulatória e recalcificante), que tanto proclama o Professor argentino nos seus enxertos.

Vignard declara "que o metodo de Lavallo em seu principio pareceu-lhe conformar-se tão exatamente ás tentativas que tem feito desde muito tempo para orientar (ao menos no que diz respeito a sua pratica pessoal), o tratamento da coxalgia e do tumor branco do joelho para intervenção cirurgica, que não teve nenhuma duvida em lhe dar credito e nenhuma repugnancia em experimenta-lo. Tinha já o habito de atacar as epifises para aí procurar a propria origem da infecção tuberculosa, e parecia preferivel, com efeito, substituir aí, o tecido ósseo doente por fragmentos ósseos capazes de trazer elementos de calcificação e talvez, também modificações circulatorias." Eis em que consiste o metodo operatorio de Vignard: "tenho, como fazia anteriormente, trepanado lateralmente a epifise inferior do femur e superior do tibia, retirado o mais possivel a cureta, a medula óssea suspeita, e introduzindo transversalmente nos tuneis assim cavados um longo transplante, formado de costelas, a oitava ou a nona, dividida transversalmente."

Barros Lima diz, que não é possivel estabelecer paralelo entre os dois metodos; Vignard retira a porção doente, Lavallo perfura, modifica e deixa ao organismo a função de destrui-la e absorve-la.

Observação 4 (metodo de Uffreduzzi—Biancalana) Segundo, de 17 anos. Tumor branco do joelho direito. A afecção começou ha mais de 1 ano; o joelho aumentou gradualmente de volume. Ligeira atrofia muscular. Desde seis meses o doente se queixa de uma limitação notavel da flexão. Sem hidartróse. O exame radiografico revela uma descalcificação da epifise, sobretudo em detrimento do femur, onde vemos um fóco de degaste ao nivel da fôssa intercondiliana. Operação a 30 de Abril de 1929. Encavilhamento de um enxerto transversal, dirigido de fóra para dentro, na epifise do femur. Sutura. Sem gesso. Sequelas operatorias normais. Depois de 35 dias começou a caminhar com auxilio de uma bengala. Jogo articular satisfatorio. O doente foi revisto dois meses depois; caminha agilmente, o joelho não é mais inchado, apresenta uma mobilidade quasi completa. Em Abril de 1930 verificamos que a cura foi constante.

Este metodo no ponto de vista clinico, declaram os autores que

seus resultados permitem julgar favoravelmente o emprego dos enxertos, segundo as indicações e a tecnica. Nunca tiveram insucessos e o processo pareceu abreviar muito a duração do tratamento. Assim ao lado de curas surpreendentes, viram varias vêses fistulas se formarem rapidamente e verificaram a cura de formas tuberculosas que resistiram tambem aos processos conservadores (não sanguinolentos e sanguinolentos) e pelos quais a amputação pareceria um unico recurso. Mesmo nos casos em que a artrectomia e a ressecção eram associadas ao enxerto, esta não pareceu um excesso, porém, um meio de abreviar o tratamento e de tornar nossa intervenção menos destrutiva.

Apresentam estes cirurgiões a sua estatística, mais de casos de adultos que de crianças, contudo isso não desvalorisa o seu metodo: 5 casos de coxalgia. Dentre estes 4 casos foram de resultados bons e soffiveis, com um obito. Dos 7 casos de tumor branco do joelho, tratados por meio de processos diferentes, segundo a gravidade da afecção, obtiveram este resultados: nos casos tratados pelo metodo de Lavalle, 1 cura com mobilidade completa e 1 cura com flexão até em angulo réto. Nestes doentes atendidos pela artrectomia e encavilhamento transarticular, 1 cura de 2 anos de duração e 1 cura que subio já a 1 ano. Entre os doentes operados pela ressecção e encavilhamento transarticular, 2 curas que datam de mais de dois anos e de duração de um e meio ano. Finalmente, escrevem estes autores, que os casos de tuberculose do pé tem sido favoraveis.

* * *

Como conquista dos estudos de fisiologia patologica cirurgica o Professor Leriche cogitou de empregar a **simpatectomia periarterial**, na tuberculose osteo-articular, quando a operação por si só não bastar para cura. Assim, Floresco (1) estudou sob a direção deste Professor e delineou o dominio real deste processo no campo das tuberculosas.

Formulou alguns principios:

"1.º — A simpatectomia não exclue os outros meios de tratamento de uma artrite tuberculosa. A immobilisação antes e depois da operação até que a cura permaneça, é base do tratamento.

"2.º — Este segundo principio que empolga as indicações da simpatectomia neste dominio é uma operação que não pôde ter objetivos limitados, não tendo ação alguma especifica na propria lesão."

Leriche, como relator no Congresso de Cirurgia, escreve claramente: "Si la sympathectomie est susceptible d'avoir un jour, une valeur dans les tuberculoses ostéo-articulaires, se ne pourra être qu'une action secondaire adjuvante, en se combinant à un emploi judicieux des moyens habituels et de l'immobilisation en particulier, qui devra précéder l'opération et être poursuivie très au delà de la période opératoire."

Estes dois principios geraes, acima enunciados, definem o papel

(1) Trabalho de Floresco — Simpatectomia periarterial na tuberculose osteo-articular — La Presse Médicale — 7 de Junho de 1928

e a importancia no tratamento da tuberculose cirurgica, sendo neste sentido de toda applicação do dominio da simpatectomia.

Pedir-lhe mais é lhe exigir o que ella não pôde dar e assim se expor a insuccessos seguros. Ademais, Leriche fôcou as indicações da simpatectomia nesta doença em cinco grupos:

"1.º — A simpatectomia pôde ser empregada para diminuir a cura nas formas superficiaes, infiltrantes, sem lesões ósseas destrutivas centraes."

Resulta disso um valor real, porque permite notadamente a immobilisação no gesso, ajuntar aos bons efeitos da immobilisação, os efeitos não muito menores da hiperemia activa que succede a simpatectomia.

Reduz nestes casos a duração da immobilisação e a cura pôde ser obtida na metade do tempo que era até agora.

"2.º — Para favorecer o emprego e perfazer o resultado de simples operação de esvasiamento ósseo, seguido ou não de enxertos."

É, dest'arte, uma operação adjuvante, após o esvasiamento de um foco epifisario. Por isso que a separação conjuntiva e óssea nos permite apreciar facilmente toda vantagem sob o ponto de vista da duração do tratamento e da qualidade da cura.

"3.º — A simpatectomia pôde ainda ser empregada para ajudar a reparação conjuntiva e óssea, após uma ressecção."

Teoricamente, o emprego da simpatectomia, como operação complementar nestes casos está plenamente justificada pelo fâto de conhecer-se seus efeitos na reparação conjuntiva e óssea.

"4.º — A simpatectomia pôde ainda ser empregada para alargar o campo de acção da ressecção nos casos graves de amputação."

"5.º — A simpatectomia pôde ser empregada, enfim, para auxiliar o fechamento das fistulas em algum casos de artrites não infetadas.

Observação de Fontaine (1). Kess., V., 17 anos de idade, filiado a familia de escrofulosos. Ha cerca de dois anos, vio aparecer os primeiros sinais de um tumor branco do joelho esquerdo, que evoluiu rapidamente apezar da immobilisação em gesso e terminou por uma fistula da articulação. Pouco depois do começo desta afecção, o punho direito tambem se tumefez e tornou-se doloroso. Ao mesmo tempo, um abcesso frio appareceu ao nivel do segundo espaço intercostal direito.

O estado geral era dos mais precarios. Tambem, diante do insuccesso do tratamento conservador prolongado durante dois anos, Leriche, ao primeiro exame que fez no doente, deidio intervir e fez uma ressecção do joelho que, apezar da extrema gravidade do caso, levou á cura deste lado.

Seis meses mais tarde, Maio de 1923, do lado do membro inferior tudo estava em ordem, porem ficava a artrite do punho direito, que, entre tempos, se agravava ainda, apesar da immobilisação. Os movimentos ativos eram completamente abolidos, os passivos eram muito dolo-

(1) Fontaine — Revue de Chirurgie — 1926 — Pg. 52.

rosos e limitados; os dedos eram imobilizados, em meia flexão; de varias fistulas se escoava um pús esverdeado e grumoso.

A 27 de Maio, Leriche fez uma simpatectomia peri-úmeral, seguida poucos dias após a aplicação de um gesso sem intervenção no punho. Um mês após esta operação, o punho tinha diminuído nitidamente de volume e era tornado menos doloroso. Dois meses mais tarde, a cicatrização das fistulas era completa; a tumefação tinha diminuído muito sensivelmente; os movimentos eram mais livres; é verdade que o punho ficava grosso, porém era completamente indolente. O resultado era ainda melhor tres meses mais tarde. Nesta época, o doente seguia para o campo em via de cura (junho).

Em fins de Outubro (quatro meses mais tarde), tivemos noticias suas; vai bem, continúa a melhorar e ficou curado do punho.

Temos tornado a vê-lo em Maio de 1927 (dois anos depois da operação) completamente curado do punho e do joelho.

Eserever uma palavra ainda sobre nossos estudos a respeito "dos metodos de tratamentos do tumor branco do joelho na criança", importa dizer, em linhas geraes, o que pensamos sobre a profilaxia da tuberculose pulmonar, caracterisada pela "primo infeção". Releva vos declarar que os casos de nossos doentinhos revelavam lesões pulmonares, não dissentindo da opinião do Professor Nobécourt. Fala este Professor de Pediatria, da Universidade (de Paris), em seu livro de: "Clinique médicale des enfants — La tuberculose — 1929. Chez l'enfant, les grandes causes de l'hydarthrose sont la tuberculose, la syphilis, et pour les petites filles atteintes d'une blenorragique, la gonococcie.

"La tuberculose est la cause plus fréquente des hydarthroses du genou. Déjà les anciens médecins, qui ne voyaient que l'intervention du traumatisme, avaient noté sa prédilection pour les enfants scrofuleux et lymphatiques, c'est-à-dire infectés pour la pluspart par le bacille de Koch." E assim, a nosso vêr não podemos considerar, portanto, as tuberculosas cirurgicas, como uma doença local; é sempre de localisação visível de uma infeção geral, admitindo-se, como colonias embolicas partidas de um fóco conhecido ou desconhecido.

E' esta infeção bacilar uma das complicadas encruzilhadas da medicina social, que tem como vanguardieras as Ligas anti-tuberculosas. Entre nós, a antiga Liga Brasileira e a Inspeçtoria Federal de Profilaxia anti-tuberculosa vão cumprindo com galhardia e eficiencia seus deveres, não falando das importantes Ligas da Europa e Norte America.

Cerremos fileiras, jovens medicos auxiliados pela experiencia dos velhos clinicos, no empenho patriotico, afim de que estudemos os problemas de educaçao sanitaria na defesa da saúde da criança contra a tuberculose.

Façamos um trabalho de propaganda ativa e continua e bem ordenada para melhorar as condições de higiene de nosso povo, digno de todo amparo. Empenhemo-nos ainda na instalação de um serviço

de assistência medica, privado ou publico, sob as formas de Ligas e Dispensarios.

Façamos ainda um esforço, quigá ingente, para promover a propaganda de instalação de Preventorios de crianças entre nós.

A proposito, contemos a historia sobre o termo *Preventorium*". O Professor Calmette o creou para opôr ao de "*Sanatorium*", de origem germanica. Este, tem o fim de curar os tuberculosos e aquele tem o papel de preservar da tuberculose. Creado o primeiro Preventorio "*Emile Roux*", em Lille, no ano 1901, por Calmette, que depois da guerra se enxamearam por todos os paizes sob o nome de Dispensarios.

Porém, esta palavra Preventorio, apesar de gravada na lapide do Dispensario de Lille, foi abandonada pelo proprio autor; parecia indicar, com efeito, que só se admitia nestes estabelecimentos crianças pretuberculosas; enquanto que as doutrinas recentes sobre a infeção bacilar mostram cientificamente que a pretuberculose não pôde existir.

Depois da guerra, a palavra Preventorio serviu para designar estabelecimentos muitas vezes de tipo privado e de funcionamento intermitente, destinados a receber crianças anemiadas, definhadas ou debéis, convalescentes de docças agudas ou crianças apresentando manifestações benignas de tuberculose com ou sem vigilancia medica.

Foi no "1.º Congresso Internacional das Escolas ao Ar Livre em 1922", que o Preventorio recebeu sua definição atual, admitida pelo legislador e diferencia claramente este estabelecimento das outras organizações de higiene infantil. Já o Professor Léon Bernard (de Paris) dêra em relatorio a definição de Preventorio, que foi adotada pela Comissão Permanente. Eis os seus termos: "*Les preventoriums sont établissements situés à la campagne, où des enfants non fébricitants, atteints de formes initiales ou latentes curables et non contagieuses, de tuberculose ex-pulmonaire, sont soumiés en régime d'inter-nat à une hygiene spéciale, constitué par une alimentation surveillée, une aération continue et une association de repos, d'instruction et d'intraiement physique, respectivement dosée par la collaboration d'un médecin et un pédagogue.*"

E' de relevancia portanto, saber-se que as indicações da permanencia de uma criança no Preventorio, demanda de tres fatores: um medico, outro profilatico e o terceiro de ordem puramente social.

Entre os 145 Preventorios espalhados no territorio francez, conta-se com um total de 10.800 leitos. E' considerado sob o ponto climatico, em tres categorias de estabelecimentos — os da planicie, os da montanha e os maritimos, que são assim discriminados: 102 de planicie (6.434 leitos), 34 maritimos (3.694 leitos) e 9 de altitude (629 leitos).

Quigá, possa o Brasil aumentar os seus preventorios e entre nós que seja instalado alguns mais, pois que, climas excelentes não nos faltam.

Façamos ainda propaganda na instalação de mais Sanatorios, em-

bóra o Brasil já possui alguns, localizados em otimos climas e de construção moderna, dotados de todo conforto.

Façamos ainda a propaganda das conquistas scientificas que são e serão de tão grande alcance profilatico: a vacinação B. C. G. de Calmette—Guérin, serviço instalado em Paris sob os auspícios de Léon Bernard e presentemente já bem disseminado no Brasil.

Conjuguemos dest'arte todas as nossas energias em pról da penosa e difficil cruzada anti-tuberculosa, porém bem justa, porque é humana, visando a proteção da criança, aumentando as suas resistencias fisicas e promovendo a sua eugenia.

E' a criança um capital nacional, de tal natureza inestimavel, que não se poderá avaliar o seu valor pelo futuro imprevisito; o que virá a ser no dia de amanhã? Quiçá um expoente maximo da nacionalidade brasileira?

O Professor Combes (de Laussane) declara que “graças aos escritos de J. J. Rousseau poz em relevo a criança perante a familia, dando-lhe lugar preponderante e sendo objeto de preocupações continuas do Estado moderno.

“Isto se explica. Porque, com efeito, cada familia concentra na criança a esperança e o futuro da raça, como tambem na natalidade, na educação e na instrução com que conta cada Estado para aumentar a vitalidade da patria e para acentuar sua evolução no progresso.

“Combes ainda escreve que, si ajuntamos com Fonssagrives, que é mais remunerador para o Estado, no ponto de vista social e economico, salvar a vida de uma criança e educa-la a uma mocidade vigorosa e resistente, representando dignamente o futuro do paiz que prolongar a vida de um velho que não é mais, senão o passado da criança; compreendemos toda importancia da puericultura, que procura conservar a criança na familia e em procurar no Estado, cidadãos vigorosos e resistentes.”

Assim fócado este magno problema, quiçá possamos em época não remota observar o espetaculo que a França e outros paizes do mundo, vão notando promissoramente em materia da profilaxia da tuberculose.

Acreditamos que, apesar da crise mundial que nos assoberba, já se tenha feito algo para reduzir as cifras assombrosas da mortalidade e da frequencia extraordinaria das tuberculoses, em particular das cirurgicas, graças ás conquistas das ciencias medicas: a descoberta do virus filtrante tuberculoso de Fontes, a premunição Calmette—Guérin, a radiologia, a entireação e outros elementos laboratoriais, auxiliares importantes na diagnóse deste flagelo social.

Por fim a França neste particular, teve como um dos pioneiros a perseverança do Professor Grancher, que com a sua autoridade de Professor de Pediatria na Universidade (de Paris) escrevia: “si l'on pouvait depister ces adenopathies latentes chez les enfants des écoles

et les traiter comme il convient, on aurait une chance de préserver au moins une grande partie des ces écoliers du mal qui les guette."

A obra gigantesca deste mestre foi incomparavel, auxiliada pelos sentimentos de filantropia de sua esposa, madame Grancher, e seus discipulos, que legaram á França: "L'oeuvre de préservation de l'enfance contre la tuberculose". O seu valor foi proclamado por Léon Bernard, de ter sido a iniciativa de Grancher, uma das concepções mais fecundas creadas no dominio da luta anti-tuberculosa.

Como finalidade destas considerações, citemos a publicação de Sorrel, Bufnoir e Mademoiselle Fumet feita em recentissimo trabalho estatístico (1) de um decenio sobre as tuberculosas cirurgicas: "L'amélioration des mesures d'hygiène, les diverses oeuvres sociales: préventoriums, colonies des vacances, oeuvres des enfants à la mer etc. doivent être pour une grand part la cause de ce fait encourageant. Espérons qui nous avons maintenant pourra continuer à se développer."

(1) De 1920—30, no hospital marítimo de Berck — Algumas notas sobre as tuberculosas cirurgicas — Presse Médicale de 20 de Maio de 1931.

Um caso de „Doença de Nicolas-Favre”

por

Galdino Nunes Vieira

Diretor do „Centro de Saude” da 1.ª Zona

OBSERVAÇÃO

A. S. F., 29 anos, português, comerciante, residente em Porto Alegre ha 1 ano. Pai forte, mãe sadia. E' filho unico. Parentes com que conviveu, sadios.

“Foi sempre sadio, tendo tido apenas resfriados sem importancia. Ha tres anos teve blenorragia. Esteve doente durante dois meses, findos os quais cessou o corrimento. Ha oito meses teve novo corrimento uretral, tres dias após a copula. O corrimento passou rapidamente com o uso de permanganato. Mês após, nova crise aguda, tendo o corrimento cessado em poucos dias. Dois meses depois, em meados de Fevereiro, começaram a “inchar as virilhas”; applicou pomada de beladona durante varios dias, não obtendo melhoras.

Apareceu-me então no consultorio.

Palido, ofegante, febril (38°), o doente apresentava, á D engorgimento de ganglios inguinais, duros, com empastamento da região, vermelhidão e pouca dôr. Á E, grande novelo de ganglios pouco dolorosos, delimitando-se bem á palpação, não obstante sinais de periadenite. Ausencia de flutuação em ambos os lados.

O exame do ap. respiratorio revelou respiração rude nos apices, sem extertores.

Ausencia de sinais de sifilis.

O exame dos outros orgãos nada revelou de importante. Dada a existencia de blenorragia, embora o exame não revelasse corrimento uretral, existindo apenas filamentos longos, pesados, purulentos, pensei em invasão do sistema linfatico pelo gonococo e receitei injeção de vacina anti-gonococica associada ao profinjéto.

Embóra o estado geral melhorasse, os ganglios foram aumentando de volume e em pouco notava-se flutuação nitida. A punção revelou a existencia de um pús fluido, não tendo sido encontrados germens. O material foi então utilizado pelo Dr. Maya Faillace na preparação de antigeno tipo Frei.

Apesár pois, de 4 ou 5 injeções, durante 15 dias, o processo inflamatorio proseguiu, em vista do que resolvi incisar os tumores.

Á D. havia apenas dois ganglios supurados, com pouco pús.

Durante 22 dias esteve no hospital. A temperatura oscilou sempre entre 37,2 e 37,8, tendo tido um dia 38,8. Verifiquei então que se haviam formado novos abscessos ganglionares profundos á E.

A' pressão da região via-se correr pús de todos os lados, enchendo a cavidade, á E.

Em torno desta e principalmente para cima, formaram-se fócios, dois dos quais merecem especial menção. Localizados em dois ganglios, a flutuação era bem central, em depressão bem delimitada. A pele era arroxeadada e o paciente permitia a palpação com facilidade, pois a dôr não era intensa.

Estes dois abscessos se abriram espontaneamente, por dois orificios circulares. Por eles se escoava um pús seroso, côr de vinho, transparente. O exame microscopico nada revelou de interessante. A ferida resultante da incisão á esquerda ia-se fechando lentamente; a palpação fazia aflorar á superficie regular quantidade de pús, proveniente dos ganglios profundos.

Tendo nessa epoca o Laboratorio Bacteriologico da Diretoria de Higiene recebido o antigeno para o diagnostico da linfogranulomatose benigna, fez-se a **prova de Frei que foi positiva.**

A D a cicatrização se fez com maior rapidez. Depois de terminada, porém, reapareceu pús, formando-se uma fistula.

Durante um mês e 10 dias frequentou o consultorio, onde por assim dizer só fez tratamento local, pois o doente se mostrava muito rebelde á medicação. O estado geral foi se tornando cada vez melhor e a temperatura tendendo para a normal. Como a quantidade de pús era pequena, permiti curativos em domicilio.

22 dias depois voltou o paciente. O estado atual era o seguinte: **Fistula unica á D.** Duas fistulas dando pús no nivel da cicatriz á E.

As duas fistulas decorrentes da abertura espontanea dos dois fócios já referidos continuavam abertas. De todas elas se escoava á pressão pequena quantidade de sero-pús limpido, avermelhado.

O estado geral era excelente. O paciente tinha engordado 4 ks. e estava bem disposto.

DIAGNOSTICO

O quadro sintomatico é bem semelhante ao escorso clinico feito por Nicolas, Favre e Durand ao individualisarem a linfogranulomatose benigna ou quarta molestia venerea.

Eliminemos, pois, os demais diagnosticos provaveis, para discutir e firmar o diagnostico de molestia de Nicolas—Favre.

Adenite por B. de Ducrey — A ausencia de canero mole, a inexistencia do germe responsavel e a duração da molestia afastam este diagnostico.

Adenite gonococica — Em geral, a adenite gonococica quando tratada desde o começo não supura e quando supura melhora e sara rapidamente após a incisão e evacuação do pús. Esta foi tratada com proteinoterapia, vacina anti-gonococica, calor humido etc. e evoluiu, apesar de tudo, para a supuração. Alem disso a marcha da molestia se distancia francamente da adenite gonococica.

Adenite sifilitica — Desde logo é possível afastar esta probabilidade. Supuração, marcha para a cronicidade, formação de fôcos multiplos etc. são bem o oposto da caracterisação clinica desta adenite.

Adenite tuberculosa — Sabido que é ser a tuberculose incriminada pela marcha cronica de certas adenites até ha pouco não individualizadas clinicamente, cabe aqui averiguar dos caractéres distintivos entre a adenite tuberculosa e a linfogranulomatose benigna.

O inicio agúdo, com temperatura elevada, a ausencia de fôcos tuberculosos, a marcha da doença e, sobretudo, o estado geral do doente que melhorou sensivelmente após a formação e abertura espontanea dos ultimos abcessos fazem duvidar deste diagnostico e pensar na **Linfogranulomatose benigna** ou molestia de Nicolas, Favre e Durand.

Pela rebeldia aos tratamentos usuais nos casos de adenites comuns, pela marcha cronica, pela formação de abcessos multiplos, pelo aspéto em crivo das aberturas desses abcessos, pelo séro-pús (E. Wolfenbüttel) que corria das aberturas dos dois ultimos abcessos á E., e da fistula á D., pela marcha lenta da molestia, pela relativa benignidade e, finalmente, pela prova da cuti-alergia de Frei que foi positiva, conclúo que se trata de linfogranulomatose benigna.

Sendo este o primeiro caso nitidamente diagnosticado com o auxilio de laboratorio no Rio Grande do Sul, pareceu-me interessante descreve-lo.

Sociedade de Medicina

Presidente: Prof. OTAVIO DE SOUZA
Secretarios: Prof. TOMAZ MARIANTE
Dr. NINO MARSIAJ

Comunicações

Atas

Ata da sessão realizada a 30 de Setembro de 1932 na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Nogueira Flôres, Poli Espirito, Tomaz Mariante, Florencio Ygartua, Alvaro Ferreira, E. J. Kanan, Luiz Fayet, Couto Barcellos, Huberto Wallau, Batista Hofmeister, Edgar Eifler e Raul Di Primio, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida a ata da reunião anterior foi a mesma aprovada sem emendas. Dada a palavra ao dr. Carlos Bento, este, em seu nome e no do dr. Nicolino Rocco, apresentou um disco de sugestão do dr. Fauvel de Paris e diversos films sobre Tuberculose pulmonar do adulto e da infancia, ulcera do duodeno, cancer do rim, colecistografia, coxalgia, tumor branco do joelho e osteo-artrites tuberculosas do pé. Em seguida mostra tambem uma radiografia do ante-braço de um soldado vindo do "front" e no qual se nota o desaparecimento do terço inferior do cubito, produzido por estilhaço de granada.

Estando adeantada a hora, o sr. presidente depois de felicitar os drs. Bento e Nicolino, encerra a sessão, marcando para a proxima reunião comunicações verbais.

Porto Alegre, 2 de Outubro de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.º secretario.

Ata da sessão da Sociedade de Medicina, realizada na sala do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, em 7 de Outubro de 1932.

Encontrando-se, em numero legal, os drs. Tomaz Mariante, Alvaro Ferreira, Leonidas Machado, Nogueira Flôres, Florencio Ygartua, Raul di Primio, Mario Bernd, Custodio Vieira, Paptista Hofmeister, Heitor Silveira, Luiz Fayet, Villeroy Schneider, Carlos Bento, E. J. Kanan e Helio Medeiros, o dr. Tomaz Mariante, secretario geral, na ausencia do presidente, dr. Otavio de Souza, assume a presidencia convidando para secretariar a sessão o socio E. J. Kanan. Declara aberta a sessão.

Não foi lida a ata anterior por não se encontrar o livro.

Não havendo expediente, passou-se em seguida ás comunicações verbais.

O dr. Nogueira Flôres faz uma comunicação sobre um caso de Linfangioma Cístico da face, em uma criança. Lê a observação e depois faz algumas considerações sobre o caso, lembrando a sua pouca frequência no nosso meio. Passa em revista os diversos tratamentos: radio e radiumterapia e, finalmente, a intervenção cirurgica, salientando a gravidade das intervenções sangrentas em crianças de menos de um ano de idade, que pôdem apresentar um síndrome caracterizado pela hipertermia e palidez. Só recorrerá á esta terapeutica quando falharem a radio e a radiumterapia.

O dr. Florencio Ygartúa tece alguns comentarios sobre a comunicação do dr. Nogueira Flôres, falando sobre o mecanismo de produção da hipertermia e palidez em crianças de menos de um ano, quando operadas.

O dr. Leonidas Machado relata o caso dum menino que apresentava um tumor no hipocondrio D, de tamanho regular e seguindo os movimentos respiratorios. Dado o estado geral do pequeno paciente foi o mesmo operado, segundo opinião de um cirurgião para tal chamado. Feita a laparotomia verificou-se uma vesicula biliar grandemente aumentada, causa do tumor que se salientava através as paredes abdominais. Tratava-se de uma colecistite aguda. Foi feita a colecistectomia. A ligadura da arteria cistica foi muito difficil. havendo uma relativa hemorragia. O paciente morreu poucas horas após.

O dr. Florencio Ygartúa péde a palavra para chamar a atenção dos colegas sobre a benignidade da epidemia de escarlatina, que está grassando aqui, fazendo sentir o psentimento de uma possível epidemia ulterior, porém de caráter grave, e por isso os medicos devem ficar prevenidos. Discorre sobre o quadro clinico e sobre uma das suas complicações frequentes: a nefrite.

O dr. Raul di Primio corrobora as palavras do dr. Ygartúa.

O dr. Tomaz Mariante comenta o mesmo assunto. Cita um caso em que fez um diagnostico retrospectivo de escarlatina. Foi chamado para ver uma criança, internada num collegio, que se achava com anasarca e apresentava uma intensa descamação nos dedos. Anteriormente ela apresentava temperatura alta, a garganta encontrava-se vermelha e inchada; assim como houve crupção; esta criança estava sendo tratada com purgativos. Diz que a raça anglo-saxonica é muito predisposta á gravidade da escarlatina. E, como nas regiões do Prata as colonias inglezas são numerosas, talvez daí decorra o seu caráter maligno.

O dr. Alvaro Ferreira fala sobre a influencia do repouso nas nefrites post-escarlatinicas.

O dr. Helio Medeiros diz, baseado em autores, que o repouso pouca influencia tem no aparecimento destas nefrites. Péde a opinião dos colegas sobre esta questão, porque mesmo com grandes cuidados surge a nefrite.

O dr. Ygartúa acha que o repouso tem alguma influencia sobre a cura do processo nefritico.

O dr. Raul di Primio lembra as palavras do prof. Rocha Faria de que na escarlatina se devem lembrar os 3 r: repouso, regime e remedio.

Em seguida os drs. Tomaz Mariante, Mario Bernd e Ygartúa discutem sobre a miopragia dos rins que, segundo o dr. Ygartúa, existe antes do escarlatinoso. O dr. Tomaz Mariante diz que em certos nefriticos ha um passado escarlatinoso, confirmando as palavras do dr. Mario Bernd sobre a existencia de um locus minoris resistentiae nos rins, facilitando outros surtos.

Ao encerrar a sessão o dr. Tomaz Mariante dirige a palavra aos presentes pedindo que se deva trabalhar mais intensamente, concorrendo assiduamente ás sessões e colaborando com trabalhos de interesse geral e de grande utilidade. Marcou para a proxima sessão uma conferencia do dr. Carlos Bento sobre Tuberculose nos velhos.

E. J. Kanan — Secretario ad-hoc.

Ata da sessão realizada a 14 de Outubro de 1932 na sala do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Nogueira Flôres, Florencio Ygartúa, E. J. Kanan, Lupi Duarte, Edgar Eifler, Batista Hofmeister, Nicolno Rocco, Francisco Salzano, Carlos Bento, Raul Di Primio, Alvaro Ferreira, Helmuth Weinmann e Nino Marsiaj, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida pelo 1.º secretario a ata da reunião anterior, foi a mesma aprovada sem emendas.

Do expediente constavam um officio da Casa do Estudante Brasileiro solicitando o apoio da Sociedade e outro da direção do Hospital Espirita pedindo que a Sociedade se fizesse representar na inauguração do gabinete cirurgico desta Associação.

Passando-se á Ordem do Dia, tomou a palavra o dr. Carlos Bento para lêr sua conferencia sobre "A tuberculose dos velhos".

O conferencista, depois de citar as varias formas por que se apresenta a tuberculose no velho e fazer a critica das estatisticas publicadas a respeito, solicita que o dr. Helmuth Weinmann relate uma autopsia praticada por ele num velho de 68 anos, ao que este acedeu.

Terminando, o dr. Bento passa aos presentes diversas radiografias de seu arquivo.

Comentando o trabalho do orador, o dr. Ygartúa felicita-o e á Sociedade pelos seus trabalhos apresentados este ano e faz considera-

ções a respeito do perigo que as tuberculoses frustas ou latentes dos velhos representam para as crianças.

Em seguida tomou a palavra o dr. Raul Di Primio, que comunicou ter encontrado num dos corredores da S. Casa, enfrente á enfermaria do dr. Tomaz Mariante, um exemplar de *Anofelis tarsimaculatus* Goeldi 1906 e transmissor do impaludismo. Faz esta comunicação a titulo de nota previa, descrevendo os habitos deste inséto e fazendo considerações sobre a malária no Rio Grande do Sul.

Comenta esta comunicação o dr. Tomaz Mariante.

Estando adeantada a hora o sr. presidente declarou encerrada a sessão, marcando para Ordem do Dia da proxima reunião uma conferencia do dr. Raul Di Primio sobre "Experiencias feitas no Sino Pneumatico n.º 2 na Ilha das Cobras".

Porto Alegre, 16 de Outubro de 1932.

Dr. Nino Marsiaj — 1.º secretario.



Assuntos de atualidade

O tratamento medico do abcesso do pulmão

por

W. Job

Chefe de clinica terapeutica

Noções clinicas mais precisas e dados radiologicos mais concludentes, esclarecendo, atualisaram o complexo capitulo das supurações coletadas do pulmão. Comquanto pouco frequente, o abcesso do pulmão não é tão excepcional quanto o criamos. Raro o diagnostico e não tanto a afecção. Ampliados e aperfeiçoados os meios de investigação clinica e radiologica, surgiram em maior numero as observações e descrições de casos. *Se progredimos, ultimamente, nos domínios da clinica e da radiologia do abcesso do pulmão, não estacionamos, indubitavelmente, no que se relaciona no seu tratamento. Novos metodos e não poucas medicações tem sido ultimamente preconizadas e utilizadas, o que sem duvida exprime não dispormos, ainda, de um processo de cura adaptavel e eficiente á maioria dos casos. A multiplice etiologia da afecção, as suas diversas formas anatomo-clinicas e evolutivas, explicam em parte a diversidade dos resultados terapeuticos. A linha de conduta deve ser adaptada a cada caso em particular.* "Cada caso requer, por assim dizer, um tratamento individual, acentua em recente e magnifico trabalho o nosso prezado mestre Prof. Otavio de Souza.

Do estudo minucioso do que se ha feito e aconselhado nesse sentido, parecemos útil uma mais ampla divulgação ao medico pratico. Nem sempre lhe é possível o contacto frequente e proveitoso com os atuais meios de difusão dos conhecimentos medicos. Esse o motivo deste sumario terapeutico.

O tratamento das supurações pulmonares deve ser orientado no sentido de fazer cessar a supuração e de extinguir a sua fonte de origem.

Os casos de evolução lenta, as formas cronicas, são acentuadamente rebeides, sinão indiferentes ao emprego dos meios medicos usuaes. Pertencem mais ao domínio da terapeutica cirurgica, que, poucas vezes, logrará triunfos em taes casos, dadas as precarias condições do terreno em que costumam evolver.

As formas agudas, sem tendencia á cronicidade, são de um prognostico favoravel. Nelas encontra a terapeutica clinica um regular ativo de sucessos.

Dada a eventualidade, não rara, da cura espontanea pela vomica, em alguns casos difficil se torna um julgamento valioso da eficiencia da medicação empregada. Constitue a vomica, em muitos pacientes, um processo de cura. Em 20 a 40% dos casos felizes, ella surge no fim de um mez a cinco semanas. Em face da possibilidade, nesses casos, de recaidas e despertares tardios, Bezanson recomenda repetir os exames radiologicos até obtenção dos caracteres normaes do parênquima pulmonar.

Assuntos de atualidade

O tratamento medico do abcesso do pulmão

por

W. Job

Chefe de clinica terapeutica

Noções clinicas mais precisas e dados radiologicos mais conclusivos, esclarecendo, atualisaram o complexo capitulo das supurações coletadas do pulmão. Comquanto pouco frequente, o abcesso do pulmão não é tão excepcional quanto o criamos. Raro o diagnostico e não tanto a afeção. Ampliados e aperteados os meios de investigação clinica e radiologica, surgiram em maior numero as observações e descrições de casos. Se progredimos, ultimamente, nos domínios da clinica e da radiologia do abcesso do pulmão, não estacionamos, indubitavelmente, no que se relaciona ao seu tratamento. Novos metodos e não poucas medicações tem sido ultimamente preconizadas e utilizadas, o que sem duvida exprime não dispormos, ainda, de um processo de cura adaptavel e eficiente á maioria dos casos. A multiplice etiologia da afeção, as suas diversas formas anatomo-clinicas e evolutivas, explicam em parte a diversidade dos resultados terapeuticos. A linha de conducta deve ser adaptada a cada caso em particular. "Cada caso requer, por assim dizer, um tratamento individual, accentua em recente e magnifico trabalho o nosso prezado mestre Prof. Otavio de Souza.

Do estudo minucioso do que se ha feito e aconselhado nesse sentido, parecem-nos util uma mais ampla divulgação ao medico pratico. Nem sempre lhe é possivel o contacto frequente e proveitoso com os atuais meios de difusão dos conhecimentos medicos. Esse o motivo deste sumario terapeutico.

O tratamento das supurações pulmonares deve ser orientado no sentido de fazer cessar a supuração e de extinguir a sua fonte de origem.

Os casos de evolução lenta, as formas cronicas, são accentuadamente rebeldes, sinão indifferentes ao emprego dos meios medicos usuacs. Pertencem mais ao dominio da terapeutica cirurgica, que, poucas vezes, logrará triunfos em taes casos, dadas as precarias condições do terreno em que costumam evolver.

As formas agudas, sem tendencia á cronicidade, são de um prognostico favoravel. Nelas encontra a terapeutica clinica um regular ativo de sucessos.

Dada a eventualidade, não rara, da cura espontanea pela vomica, em alguns casos difficil se torna um julgamento valioso da eficiencia da medicação empregada. Constitue a vomica, em muitos pacientes, um processo de cura. Em 20 a 40% dos casos felizes, ella surge no fim de um mez a cinco semanas. Em face da possibilidade, nesses casos, de recaidas e despertares tardios, Bezanson recomenda repetir os exames radiologicos até obtenção dos caracteres normaes do parenquima pulmonar.

O conhecimento dessa possibilidade de cura espontanea não autoriza, por absurda e prejudicial, uma atitude passiva, de expectativa, por parte do medico. Entre as variaveis medicações sintomaticas, são de reconhecida utilidade os antisepticos das vias respiratorias (gomenol, eucalyptol), em inalações, injeções oleosas, intra musculares ou mesmo intratraqueaes. O hiposulfito de sodio, na dose diaria de 3 a 4 grs., traz uma diminuição da fetidez e do volume da expectoração.

Com identica finalidade, vem sendo empregada, ha poucos anos, a tintura de alho. Loeper e Forestier consideram-na de real vantagem nessa afeção. Administramo-la sob a forma de tintura (XXX a L gttts. diarias) ou em injeções intramusculares (solução oleosa a 2%—1 cc diario) durante 6 dias e repetidas após uma semana de intervalo.

Kindberg empregou em tres casos de abcesso do pulmão, com eficiencia, injeções endovenosas de tripaflavina (10 cc de uma solução a 2%). Kopter aconselha a urotropina por via sanguinea. Outros julgam de superior vantagem o emprego dos meios coloidaes. E assim se sucedem as preferencias e indicações terapeuticas, de resultados inconstantes e contestaveis, á margem de um criterio mais científico.

A soroterapia especifica e a vaccino-terapia tem sido empregadas com resultados variaveis. Kindberg e Lemierre aconselham, nas suppurações putridas, o emprego do soro antigangrenoso, na dose diaria de 50 a 60 cc até o aparecimento dos accidentes sericos. São bastante sugestivos os resultados por elles colhidos em suas observações.

Dois medicamentos sobremodo impõem-se no tratamento dos abcessos do pulmão: a emetina e os arsenicaes. A emetina encontra sempre oportuna indicação nessa afeção. Não devemos prescindir de seu uso ante um paciente portador de um abcesso pulmonar. Sendo esse de origem amebiana, o que nem sempre é possível evidenciar, a acção da emetina é energica e decisiva. Quando outra a etiologia da afeção, não menos eficiente se tem mostrado em muitos casos a emetina.

Não são tambem em pequeno numero as curas obtidas com a emetina em abcessos chronicos do pulmão. Sua acção, quando favoravel, se traduz logo pela diminuição progressiva da expectoração e da febre, assim como por modificações regressivas da imagem radiografica. O seu modo de administração, assim como sua dose, em nada diférem da conduta a ser observada nas amebiases.

A presenca de espirilos na expectoração de pacientes com supuração pulmonar, justifica a inclusão dos arsenicaes na terapeutica dessa afeção. São com preferencia utilizados o neosalvarsan, o estovarsol e o narsenol. Grande numero de observações atestam a eficiencia dessa medicação no abcesso pulmonar. Causade e Parisot (Congrêso de Nancy, 1925) reuniram 80 casos dessa afeção, tratados pelos arsenicaes, com 42 curas e 13 melhoras accentuadas. A origem amebica do mal fortalece mais ainda a indicação dos arsenicaes.

E' de data recente o emprego de injeções endovenosas de alcool a 33% no tratamento do abcesso pulmonar. As observações se sucedem com resultados variaveis. Laignel Lavastine publicou recentemente (Julho 1932) sugestivo caso de cura de um abcesso, datando de 2 anos, por meio das injeções de alcool. Iniciou o tratamento com 3 cc da solução a 33%, repetindo-a de 3 em 3 dias até atingir 15 cc como dose maxima. Sergeant não obteve em dois pacientes nenhum resultado com essa medicação. E' um metodo ainda recente, merecendo, pois, maior numero de observações.

Na Austria, Alemanha e na Suissa é muito utilizado o metodo de Singer: a cura pela sede. Durante 3 dias o paciente receberá uma alimentação solida, hipoclorada. Os liquidos, inclusivos sopas, leite e agua, não devem ultrapassar a dose diaria de 200 a 400 grs. No quarto dia, sómente, lhe é permitido elevar a 1200 cc a quantidade de liquidos. A duração do tratamento é de 4 a 6 semanas. A finalidade do metodo é a desidrataçãõ do organismo, o que arrastaria uma accentuada diminuição da secreção purulenta. Dorendorf em 22 casos diz ter obtido 19 curas. Roth em 7 abcessos metapneumonicos conseguiu 7 curas com a applicação do metodo vienense. Não sabemos de seu emprego entre nós. Registramol-o apenas.

A postural drenagem de Quineke tem numerosos adeptos na America do Norte. Consiste esse metodo em submeter o paciente, varias vezes ao dia, á uma posição que favoreça a drenagem do abcesso.

A broneoseopia tem sido largamente utilizada no tratamento dos abcessos pulmonares. Ella não só permite, em muitos casos, agir "in loco" como favorece a drenagem do pús por aspiração. Sergent não se mostra muito partidario da drenagem broncoscopica: "elle est loin d'avoir les resultats merveilleux qu'on tend à lui reconnaitre". Aplicada no inicio da afeção ella favoreceria a vomica; nas formas cronicas, como medida pre-operatoria, melheraria as condições geraes dos pacientes. E' o que afirmam seus partidarios. Chevallier Jackson, instituidor do metodo, traz em seu apoio centenas de observações favoraveis. Soulas, em 8 casos, dos quaes 4 cronicos, obteve 8 curas.

A colapsoterapia no abcesso do pulmão conta em seu ativo exitos incontestaveis. A ausencia de adherencias pleuraes, constitue condição importante para a pratica e eficiencia do metodo. Só são passiveis da colapsoterapia os abcessos profundos justa-hilares ou centrais (Rist). Não devemos desconhecer esse recurso. Ao lado dos medicamentos e processos terapeuticos mais complexos e especializados, acima descriminados, dispomos, ainda, de meios cirurgieos de incontestavel valor e reconhecida eficiencia. Não devemos considerar a intervenção cirurgica como um espantelho. Quando soar a hora dita cirurgica, não devemos perder tempo com o ensaio de outros mais recursos medicamentosos e mecanicos (Sergent). As formas cronicas da afeção são do dominio da cirurgia. Os casos agudos, no tratamento dos quaes fracassaram os meios medicos, são de indicação operatoria. E' de maxima importancia a determinação do momento cirurgico em taes casos. Para Saucerbruch todo abcesso pulmonar que dentro de dois mezes de evolução e tratamento não curar, passa ao dominio da cirurgia. Não é outro o criterio seguido por Sergent. A não constatação, após esse prazo, de signaes clinicos e radiologicos evidentes de uma cura radical, impõe-nos o recurso da ação cirurgica dirêta (pneumotomia, lobectomia, etc.)



Revistas e jornais

Pesquisas sobre a calcemia, a potassemia e a relação K:Ca nas molestias mentais
 Comunações á soc. med. psy. de Paris por M. C. Parhon e
 Mlle. Ghesta Werner. — an. med. psy. — Juin 1932.

Em um trabalho recente sobre o sinal de Chvostek em que verificámos que as formas atenuadas desse fenomeno seguem em geral paralelas com uma calcemia normal, nós nos perguntamos si não existia em tais casos uma perturbação da relação K:Ca. Nossas pesquisas que foram realizadas em grande parte sobre alienados, mostraram-nos com effeito que essa relação se encontra geralmente aumentada nos doentes que apresentam o sinal de Chvostek. Isto se dá igualmente na tetania.

Como, alem disso, disturbios diversos da excitabilidade nervosa são de regra nos alienados e que essa excitabilidade é dirigida pelo equilibrio calcium-kalium, pareceu-nos interessante estudar a calcemia, a potassemia e a relação: K:Ca nas molestias mentais.

Já anteriormente, um de nós com Mmc. Marie Stefanescu Dragomireanu, havia estudado a calcemia nos alienados em que foi encontrada, ás mais das vezes, normal.

Nesta data estudamos em nossos doentes, ao mesmo tempo a calcemia, a potassemia, e a relação K:Ca.

Eis o resumo dessas pesquisas que foram feitas sobre 65 casos pertencendo aos dois sexos.

Diagnostic	N° des cas	Oscillations			Moyennes		
		Ca	K	K: Ca	Ca	K	Ka-Ca
Schizophrénie ..	19	0,97 -0,117	0,160-0,226	1,48-8,16	0,105	0,100	1,85
Manie	7	0,104-0,120	0,177-0,266	1,61-2,03	0,111	0,211	1,88
Mélancolie	6	0,037-0,112	0,164-0,194	1,70-2,06	0,102	0,187	1,66
Epilepsie	13	0,095-0,115	0,180-0,207	1,41-1,96	0,107	0,178	1,66
Paralysie géne- lre	6	0,083-0,105	0,170-0,238	1,71-2,32	0,978	0,200	2
Idiotie	9	0,105-0,118	0,150-0,224	1,36-1,93	0,111	0,184	1,66
Alcoolisme	2	0,104-0,110	0,177-0,184	1,62-1,70	0,108	0,180	1,66
Démence sénile	1	0,112	0,196	0,174			
Confusion men- tale	1	0,110	0,197	0,179			
Psychose de lac- tation	1	0,106	0,207	1,95			
Nous ajouterons aux cas précé- dents 5 cas de tabès	5	0,105-0,116	0,186-0,251	1,75-2,16	0,108	0,212	1,96

Tomados em consideração os resultados que precedem, observaremos que as medias para a calcemia vão aumentando na seguinte ordem: Paralisia geral: 0,978; Melancolia: 0,102; Esquizofrenia: 0,105; Epilepsia: 0,107; Alcoolismo: 0,108; Mania e Idiotia: 0,111.

Para a potassemia encontramos na mesma ordem as medias seguintes: Epilepsia: 0,178; Alcoolismo: 0,180; Idiotia: 0,184; Melancolia: 0,187; Esquizofrenia: 0,190; Paralisia geral: 0,200; Mania: 0, 211.

Emfim, a relação K:Ca foi aumentando na seguinte ordem: Epilepsia, Alcoolismo, Idiotia (1,66); Esquizofrenia: 1,85; Melancolia: 1,87; Mania: 1,88; Paralisia geral: 2.

A significação das nossas verificações permanecem como materia de estudo. Assinalaremos, entre os fatos observados por nós, o fraco valor da calcemia na Paralisia geral paralelo com uma cifra antes grande da potassemia. Esta ultima é principalmente elevada na mania.

Na literatura medica que nos foi acessivel, encontramos para citar o trabalho recente de Tutes e Weiland que se occuparam da mesma questão.

Mas entre as psicoses, elles não praticaram dosagens do Ca. e K. do sangue sinão na esquizofrenia e epilepsia e seus resultados não concordam integralmente com os nossos.

A questão deverá ser estudada sobre um grande numero de casos em cada molestia.

D. S. S.

O fator duodenal no esvaziamento da vesicula

por F. Ramond Dimitresco—Popovici (Société de Biologie 1932 — Paris)

Os A. substituíram a vesicula biliar de cães por dispositivo de iguaes dimensões. A excitação duodenal por uma solução magnésiana determina a evacuação quasi completa da vesicula, o que torna evidente a acção aspiradora que exerce o duodeno sobre a vesicula biliar, fóra de toda contração propria. Essa acção se inicia de 3 a 30 minutos após a introdução do sulfato de magnesia no duodeno.

Job.

A transfusão sanguinea no lactente

V. de la Maza (Archivos del Hospital de Niños Roberto del Rio 1932. Chile)

O A apresenta uma estatística de 330 transfusões de sangue, praticadas em lactentes. Enaltece o valor desse recurso terapeutico nas hemorragias graves, choques traumatico e operatorio, invaginação intestinal, syndromes hemorragiparos, estados anemicos, transtornos nutritivos chronicos, septicemias. Considera como via de introdução mais apropriada o seio longitudinal superior. As doses, variaveis com o estado do lactente, de 5 a 30 cc por quilo de peso.

Job.

Sedação instantanea de dores intensas pela injeção endovenosa de 100 cc de fenileinoninato de hexametilentetramina

por Aquino, S. Jouan (Prensa Medica Argentina n.º 35 — 1932)

Os A fazem referencia elogiosa ao poder analgesico da Leukotropina. A dose a ser empregada é de 10 cc e a via endovenosa a preferida. A Leukotropina calma a dor durante 24 a 48 horas nas sinusites frontaes, etmoidaes, esfenoidaes, maxilares e nas pansinusites, produzindo um sono de 10 a 14 horas. Terminado o efeito analgesico de uma injeção não ha inconveniente em ser renovada. Tres horas antes e depois da injeção não se deve alimentar o paciente, pois do contrario aparecem vomitos.

Job.

Livros e teses

EURIPIDES JOBIM DE OLIVEIRA — **A dilatação artificial do colo do utero, no trabalho de parto, pelos alcaloides totais da beladona.**

Tese de doutoramento — Aprovada com **distinção.**
Livraria do Globo, editora. P. Alegre, 1932.

O trabalho acha-se dividido em quatro capitulos, bem cuidados. No primeiro capitulo, o A. aborda o assunto da estrutura e função do utero, fazendo algumas considerações sobre a anatomia e fisiologia do utero, com relação ao parto.

O segundo capitulo trata do estudo da dilatação artificial do colo uterino. Esboça uma classificação, de acôrdo com os elementos fornecidos pelas autoridades consultadas, dos diversos processos empregados na dilatação artificial da cervix. Deserve duma maneira sucinta, porém clara, estes variados processos.

O terceiro capitulo é consagrado ao estudo farmacodinâmico dos alcaloides totais da beladona, e a sua aplicação na dilatação artificial do colo do utero, no trabalho de parto. Apresenta o produto **Bella-foline** Sandoz, empregado nas suas pesquisas, como preparado sob o estado de sais malicos dos alcaloides totais da beladona.

O quarto capitulo apresenta uma documentação de 22 observações, tomadas no Serviço de Maternidade. Foi empregada a **Bella-foline**, em trabalhos de parto com necessidade de dilatação artificial do colo uterino, em injeções de 1 cc, na dose de $\frac{1}{2}$ mmgr. de alcaloides totais por cc.

O A. termina apresentando as seguintes conclusões:

I

A dilatação artificial do colo do utero, no trabalho de parto, exclusivamente pelos processos mecanicos, só deverá ser indicada em casos muito especiais.

II

A dilatação pelos processos fisicos é muito traumatizante, além de frequentes dilacerações cervicais, com as suas funestas consequências.

III

Os agentes quimicos apresentam o melhor meio para a dilatação artificial do colo.

IV

Sempre que se lance mão da dilatação mecânica, deverá ser ela coadjuvada pelos meios químicos.

V

Os alcaloides totais da beladona são duas vezes menos tóxicos que a atropina.

VI

Os alcaloides totais tem ação mais duradoura que a atropina.

VII

Os resultados obtidos com o emprego dos alcaloides totais são superiores aos da atropina, por serem os mesmos na metade da dose desta e. aqueles, duas vezes menos tóxicos.

VIII

No complexo alcaloídico representado pela **Bellafoline** repousam todas as propriedades fisiológicas da beladona.

IX

A dilatação artificial do colo do útero, no trabalho de parto, por intermédio da **Bellafoline**, satisfaz plenamente.

X

A ação dos alcaloides totais da beladona, existentes na **Bellafoline** se deverá recorrer para a dilatação artificial do colo do útero, no trabalho de parto.

EJK



Notas

“ARQUIVOS RIOGRANDENSES DE MEDICINA”

N.º 5 — Setembro de 1932, á pagina 314, após

“Exame bacteriologico: pesquisa do bacilo de Koch: positiva”
escrever

Medicação: Além da medicação classica geral praticamos: Dia 26 retirada de 10 cc. de liquido que saiu em jato, e injeção de 1 cc. de gadusan na raque e 1 cc. na veia. Dia 27: retirada de 10 cc. de liquor, que saiu gota a gota, e injeção de 2 cc. de gadusan intra-raqueano e 2 cc. na veia.

Enviaram a importancia de sua assinatura: Dr. Alvaro B. Osorio, de Pelotas (6 meses 15\$), Doutorando Elias Buaes (20\$), Doutorando José Ignacio A. da Silva (20\$), Dr. José Lisboa Netto, de S. Gabriel (25\$), Dr. Carlos C. Poester, de Bagé (25\$), Dr. Olintho Flores, de Itaquí (25\$), Dr. Amaury Lenz, de Santa Maria (25\$), Dr. Salucio Brenner de Moraes, de Santa Maria (25\$), Dr. Eduardo Pinto de Moraes, de Santa Maria (25\$), Dr. Lamartine Souza, de Santa Maria (25\$), Dr. Valentim Fernandes, de Santa Maria (25\$), Dr. Xavier da Rocha, de Santa Maria (25\$), Casa de Saude da Cooperativa, de Santa Maria (25) e Dr. Carlos Cini, de Bento Gonçalves (25\$).

A direção dos “Arquivos” espera que o illustre corpo medico gaúcho corresponda ao esforço que desenvolve, afim de que a nossa revista se mantenha na altura em que está, para o que, mais uma vês, pede o apoio material e intelectual da classe.



O Sangue é a vida liquida

Os globulos vermelhos do sangue, ou hematias,
são a moeda corrente da vida!

As preparações de oxi-hemoglobina

do Laboratorio Clinico Silva Araujo

(ELIXIR E XAROPÉ) — de sabor agradabilissimo, preparados com hemoglobina nascente, extraída diretamente do sangue fresco logo após o sacrificio dos animais no Matadouro, por processo especial do Laboratorio são o medicamento hematogenico ideal!

Fôrma ideal de medicação marcial, de tolerancia absoluta, fornecendo o ferro na propria condição em que é encontrado no organismo.

Reconstituente e regenerador do globulo vermelho.

É pelo menos igual aos similares estrangeiros em tudo
EXCETO NO PREÇO.

Custa menos da metade dos similares estrangeiros!

NATROL

(Tartaro-Bismutato de sodio)

é um espirilicida extremamente energico que

TEM DADO OS MELHORES RESULTADOS NO TRATAMENTO DA SIFILIS em todos os seus periodos.

Não determina crises nitritoides nem choques hemoelasicos.

SOLUVEL — ATOXICO — INDOLOR

Placas mucosas — Reumatismo sifilitico — Sifilis ossea.

Injeções intramusculares:

3 vezes por semana, em séries de 12 ampôlas, com intervalo de 10 a 15 dias entre cada série. Para creanças empregar, para cada ano de idade 1/20 de cc.

Pomada de NATROL:

Poderoso cicatrizante espirilicida. Indicada no tratamento de ulceras, feridas rebeldes, espinhas, dermatoses, escaras, ulceras dos países tropicais, piodermites, etc.

PRODUTOS L. C. S. A. (Laboratorio Clinico Silva Araujo)

Carlos da Silva Araujo & Cia. — Caixa Postal 163
Rio de Janeiro

Agente em Porto Alegre: **FAUSTO SANT'ANNA**
Rua Siqueira Campos, 1257

Agentes em Pelotas: **BOHNS & CARNEIRO**
Rua Marechal Floriano, 115