

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XI ANO

NOVEMBRO DE 1932

N. 7

## Publicação mensal

### Direção científica:

Florencio Ygartua  
Do H. São Francisco  
Docente e chefe de clínica da cadeira de Pediatria

Waldemar Job  
Do H. São Pedro  
Chefe de clínica da cadeira de Terapeutica

D. Soares de Souza  
Do H. São Pedro  
Docente liere de clínica Psiquiatrica

### Secretarios da Redação:

L. Soares Machado

E. J. Kanan

Gerente: L. Marcos

### Redatores:

Annes Dias  
Pereira Filho  
P. Maciel  
Otavio de Souza  
H. Wallau

Homero Jobim  
D. Martins Costa  
Marlim Gomes  
Guerra Blessmann

Tomaz Mariano  
Jacinto Godoi  
Raul di Primio  
Hugo Ribeiro  
Pedro Pereira  
Alilio Capuano  
Enio Marsiaj  
Flores Soares  
Helmuth Weinmann

### Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 6 mezes: 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 secretarios

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

Caixa postal, 872

Cientistas Brasileiros



Dr. Alfeu Bica de Medeiros  
Diretor da 10.ª secção do H. S. C. de Misericórdia



# Trabalhos originaes

---

## Saudação aos doutorandos de 1932

pelo paraninfo

Prof. Pereira Filho

Catedrático de microbiologia

“Exmo. sr. interventor general Flores da Cunha — Exmo. sr. diretor — Colenda congregação — Revdo. Monsenhor Nicolau Marx, representante de s. ex. revma. d. João Becker, arcebispo metropolitano de Porto Alegre. — Dignissimas autoridades consulares, civis e militares. — Exmas. senhoras. — Meus senhores. — Meus jovens colegas.

Aqui me conduziram as mãos amigas dos que triunfaram na vida academica. Nobres e grandiosos são os ideaes dos que vão começar a luta em defesa da saúde, da vida e do futuro do homem.

Sonho de inumeras esperanças bem venturosas é o da mocidade ao partir dos bancos academicos. E' a imagem da mais generosa fidalguia, é a delicadeza mais requintada, é a bondade mais devotissima.

Meus nobres amigos! Designado para vosso paraninfo, não posso traduzir em palavras os transportes de gratidão que me reboam dentro d'alma. Vale mais o silencio do que a riqueza da linguagem para patentear as profundas emoções que dominam o meu espirito. Tal é o meu sentir neste momento tão cheio de grandeza, ao ouvir as expressões ou antes as magnificas vibrações harmoniosas de afetividade do vosso eloquente orador. Vejo os resplendores da amizade confortante, a bondade infinda e a ciencia sem vaidade.

Que me diz o coração agradecido? Ouço segredar que a resposta á amizade não requer sabios interpretes; para corresponder á bondade basta lembrar a meiguice dos olhos das vossas mães ao chegardes aos lares; para a ciencia, o saber profundo e a profunda dedicação dos nossos mestres.

Mas muito vae ao meu coração, muito me enche de prazer, muito me comove estar em vossa companhia neste instante em que se comemora, com a vossa formatura, a organização fundamental do nosso ensino medico.



## O ENSINO MEDICO

Aí vae um seculo. A lei de 3 de outubro de 1832, projeto do dr. José Martins da Cruz Jobim, creou, em substituição das antigas academias medico-cirurgicas do Rio de Janeiro e da Baía, as atuais Faculdades de Medicina.

Foi a obra benemcrita de um decreto promulgado pela regencia trina, composta de Francisco de Lima e Silva, José da Costa Carvalho e João Bráulio Muniz, em nome do magnanimo e inesquecivel Imperador Pedro II.

Os simples operadores praticos foram substituidos pelos verdadeiros medicos, que recebiam o gráo de doutor em medicina ao terminar o curso de seis anos e depois de defender tése.

Ta longe, portanto, a mescla informe dos conhecimentos do curandeiro indigena em relação á nossa flóra com as praticas simples do escravo negro.

Nos meiadados do seculo XVI, eram as mãos bemfazejas dos padres jesuitas, os grandes civilisadores do Brasil, que procuravam buscar lenitivo ás dôres e males dos habitantes dos nucleos coloniais nascentes.

Parece-me, senhores meus, que o mesmo fizeram alguns medicos portuguezes que para cá vieram, ao lado de alguns filhos do Brasil colonial que estudaram em Coimbra. Sómente em 1800 um edito real de 1.º de maio permitiu que cada anno quatro estudantes, indicados pela municipalidade do Rio de Janeiro, fossem estudar em Coimbra: um destinado á medicina, um á cirurgia e os outros dois ás mathematicas.

Tal foi a medida pugnada pelo vice-rei Luiz de Vasconcelos, em 1879, porque na terra havia apenas quatro medicos.

A turbamulta dos curandeiros exultava com a mais ampla liberdade. Os maleficios e danos de todas as especies motivaram em 17 de junho de 1782 a creação, em Lisboa, da Junta Proto-Medicato, com o fim de superintender os mistéres da saude publica. Foi a primeira tentativa de inibição desses abusos. Em 1799, ela foi denominada Real Junta Proto-Medicato, surgindo, então, as inspeções das farmacias e não tardando o regimento para exame dos candidatos ao exercicio da arte de curar. O aviso de 23 de maio de 1800, sancionou es sas medidas da mais alta valia.

No dobrar dos anos, grandes foram, sem duvida, os beneficios decorrentes da exigencia de provisões e lieença para a pratica medica. Mas insufficiente ou incompleto devia ser por certo o saber dos diplomados pelo Proto-Medicato. Eram simples enfermeiros com algumas noções rudimentares de technica cirurgica.

Antes do começo do seculo XIX, para a formatura em medicina era indispensavel a ida á Europa, com destino ás Universidades de Coimbra, Montpellier ou Paris. Deante das baionetas das tropas napolconicas, sob o comando do Marechal Junot, em 1808, para aqui veiu a assistencia medica da côrte portugueza acompanhando o principe



regente, que depois foi d. João VI, governante então em nome da infausta rainha d. Maria I, interdita por alienação mental.

Com a família real, que chegou á Baía no dia 22 de janeiro de 1808 e ao Rio de Janeiro em 8 de março, veio o fundador do ensino medico no Brasil, o dr. José Corrêa Picanço, nascido em 1745 na vila Goiana, no Estado de Pernambuco. Era lente jubilado de anatomia e cirurgia da Universidade de Coimbra e primeiro cirurgião da casa real.

Adquiriu o Brasil vida propria. Dilataram-se as suas energias até então dormentes. Os primeiros clarões do porvir venturoso da nação surgem nas cumeadas das nossas montanhas.

Com a abertura dos portos e os poderes soberanos na metropole americana, cresceram de pronto as industrias, o commercio, as letras, as artes e as ciencias.

A medicina não podia ficar esquecida. O dr. Picanço propoz e conseguiu a creação de uma escola de cirurgia no Hospital Militar da Baía, pelo decreto de 18 de fevereiro de 1808, que é o marco inicial do ensino medico brasileiro.

Ao chegar ao Rio de Janeiro, o regente creou, em 5 de novembro do mesmo ano, outra aula anatomica cirurgica e medica no Real Hospital Militar do Morro do Castelo, antigo colegio dos Jesuitas.

E' inconcusso que frei Custodio de Campos Oliveira, leigo professo da ordem de Cristo e cirurgião-mór dos Exercitos e da Armada, representou papel primordial na instalação da Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro.

Era a religião, mais uma vez, ao serviço dos nossos grandes empreendimentos. "Desde a formação da nacionalidade, como dissera notavel lustro da tribuna de Cristo, era a religião catolica a força sagrada que enobrecia a familia, era o ideal comum que animava todas as classes sociais, sem excepções de origem e raças". (d. João Becker).

Em 26 de fevereiro de 1812, o medico da Real Camara Manoel Luiz Alvares de Carvalho, foi nomeado diretor dos estudos medico-cirurgicos da Côrte e Estado do Brasil, apresentando a celebre reforma conhecida pelo apelido de "Bom será".

Abriam-se largos ambitos á arte medica, porém, a nossa independencia profissional foi conseguida unicamente em 9 de setembro de 1826, pela promulgação da lei proposta pelo deputado José Ricardo da Costa Aguiar, passando-se então a conferir os titulos e diplomas autorizados pelos estatutos.

Um quadro historico do salão nobre da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, de autoria do nosso genial Barão de Santo Angelo, representa d. Pedro I no áto de entregar ao diretor, Barão de Inhomérin, o decreto que reforma o ensino medico e funda a Escola Medico-Cirurgica. Esta lei e a de 3 de outubro de 1932, que hoje festejamos, são as duas grandes reformas fundamentais do ensino medico nacional.

Melhoraram pouco a pouco as instalações exigidas pelas multiplas disciplinas professadas.

Do morro de S. Sebastião ou do Castelo, a Escola Medica da ca-



pital foi transferida para a rua dos Barbonos ou Evaristo da Veiga, funcionando varias aulas em um predio da praia de Santa Luzia. Em 1856 foi transportada para o recolhimento das orfãs da Santa Casa, no Largo da Misericordia, fim da praia de Santa Luzia. Sómente em 12 de outubro de 1918 mudou-se para as novas instalações da Praia Vermelha, graças á atuação benemerita de Aloysio de Castro.

Os esforços do proeminente Visconde de Saboia, do Visconde de Ouro Preto, no Senado, do ministro Conselheiro Leão Veloso, elevaram o ensino medico ao periodo aureo, pela execução integral do plano de 30 de outubro de 1882.

Segue-se a historia contemporanea: no governo federativo, os decretos de 3 de dezembro de 1892 e o de 24 de julho de 1893, a reforma Francisco de Castro (1-3-1910); a lei Rivadavia ou lei organica (5-4-1911), a lei Maximiliano (18-3-1915), a lei Rocha Vaz (13-1-1925) e a átual reforma do benemerito governo provisório (11-4-1931)

### VULTOS DO PASSADO

Do passado glorioso vêm imagens envoltas na gaze da admiração e do respeito ao saber imenso e á moral mais elevada. No livro de ouro da Faculdade de Medicina ha paginas brilhantes que vejo a esmo: Pedro Afonso, professor metódico e claro, e operador rapido, seguro e elegante; Saboia, cirurgião esperiente, esmerado no diagnostico e atento no observar os doentes; Oscar Bulhões, era claro, metódico na exposição e excelente esquematisador; Chapot Prevost, cirurgião de habilidade tecnica e sabedor insigne de Anatomia e Histologia; Paes Leme, brilhante professor de Anatomia Cirurgica e mais festejado professor de clinica cirurgica; Almeida Magalhães, aprimorado na forma, vivo no colorido, preciso e original; Benício de Abreu, talento fulgurante, cuja palavra eloquente fascinava os seus discipulos; Francisco de Castro, emerito professor de Propedeutica, admiravel classico, imortal burilador da palavra, clinico insigne; Miguel Pereira, possuia a palavra de ouro em amalgama com a pureza vernacula da frase castiça.

Finalmente, para não alongar demasiado a citação, botanicos como Caminhoá, Freire Alemão, Pizarro e Nascimento Bittencourt; quimicos como Domingos Freire, Moraes Vale e Martins Teixeira; medicos legistas como Souza Lima e Nascimento Silva e clinicos como os geniais Torres Homem, Nuno de Andrade e Azevedo Sodré.

Isso no passado.

### NA ATUALIDADE,

Miguel Couto, Aloisio do Canto, Carlos Chagas, Del Vecchio, Pinheiro Guimarães, Clementino Fraga, Leitão da Cunha, Abreu Fialho e Fernando Magalhães, Afranio Peixoto, entre tantos outros, são gigantes do saber cujo prestigio e valimento são grandes colunas da ciencia medica nacional.

Da Faculdade da Baía, tem saído inumeros clinicos notaveis e



cientistas do mais alto estofa. Os Julião Moreira e os Nina Rodrigues, os Pirajú da Silva e os Gareez Fróes, os Adeodato e os Otavio Torres, modelos do brilho e magnitude desse ninho de sabios, prefumarão sempre nos dominios da ciencia medica.

Os trabalhos notaveis da escola baiana representam o despertar dos estudos experimentais brasileiros, seguidos logo por Pedro Severiano Magalhães, parasitologico e professor eminente.

### DOMINIOS DA MEDICINA

Essa ciencia não regride, não estaciona, não morre. E' fogo sagrado que vae de cerebro em cerebro, de geração em geração, para se tornar cada vez mais intenso. Cerebros e mãos erguem sem cessar o magestoso e interminavel edificio da ciencia que é refletido nos tesouros dos livros.

Tudo é transitorio na existencia. Sómente as gerações, como cadeias ininterruptas, vão transmitindo, engrandecidos, os multiplos conhecimentos humanos.

Assim a medicina hodierna dividiu os seus dominios entre a clinica, laboratorio, radiologia e medicina publica. E' essa especialisação que faz forte a ciencia e permite a obtenção de aquisições solidas e duraveis. Mas da clinica geral, deve ter a orientação superior e a erudição basica.

### NO HOSPITAL

A' margem dos leitos, aprendestes a ser clinico; nas salas de operações, vistes os primores da cirurgia moderna, alicerçados na cirurgia experimental e nos pormenores anatomicos.

Sentir as subtilizas da vida clinica é experimentar a doçura do desprendimento, dos sacrificios, da dedicacão em bem dos outros.

Rebrilham os fulgores da vossa inteligencia pelo anseio de saber cada vez mais; aguçam-se os vossos sentidos para ler no organismo dos doentes; esmiuçam os vossos olhos, no retiro dos laboratorios, as reações quimicas subtis, as tecnicas mais delicadas para identificar os germes patogenicos ou perquerir as lesões anatomo-patologicas.

Tudo isso para fazer: a medicina do doente pelo doente".

### NO LABORATORIO

encontrareis os milagres da perseverança.

"Todo homem, senteneia o incomparavel Cajal, pôde ser, se o quiser, escultor do seu proprio cerebro, suscetivel de alcançar justo renome no campo da ciencia e do trabalho original. Toda obra de arte ou de ciencia é o resultado de uma grande paixão ao serviço de uma grande idéa".

Para esses labores experimentais são qualidades imprescindiveis a vontade constante, a independencia nos julgamentos e o amor á ciencia.

Dedicando-vos por inteiro, ao serviço do vosso ideal, conseguireis



o enriquecimento da vossa sensibilidade analítica e achareis a realidade e a utilidade das vossas idéas.

“Ninguém ignora que vale quem sabe e atua e não quem sabe e dorme”.

O laboratório é a fonte inexgotável das forças da vontade sem eclipses; nele receberéis o prêmio da atuação constante e o incentivo do entusiasmo para novas investigações; nele aprenderéis a levantar o véu do desconhecido; nele sentireis a limpidez empolgante da pesquisa original e o desdém pelos ídolos da retórica vã; nele disciplinareis o vosso espírito para ver as hipóteses passarem, uma após outras, restando unicamente os fatos bem observados; nele, finalmente, cultivareis a ação mais que a palavra.

### NA HIGIENE

em suas múltiplas especialidades, defendereis a saúde, a vida e a perfeitibilidade humanas; visareis a harmonia máxima da intensidade fisiológica no orgânico, no psíquico e no moral. Ela exige a perfeição humana: quer a visão ampla e a coragem de um aviador, a nobreza e a resignação de um santo, a grandeza e perfeição do cérebro de um cientista sapientíssimo e o exercício e a força de um lutador romano.

Vae-se cumprindo a profecia de Pasteur, o gênio imortal da microbiologia; vão desaparecendo da terra as mortíferas epidemias pela realização proveitosa da medicina preventiva.

E' esta a obra do higienista que paga com a vigília constante dos seus conselhos e cuidados as vidas que poupa em proveito da nação. Graças á missão eugenesica o homem do futuro será superior ao da atualidade no físico e no moral.

### RADIOLOGIA E MEDICINA LEGAL

Não é tudo. Desde a radiologia que expõe aos nossos olhos os múltiplos segredos das lesões internas até a nobilitante e grave atuação da “Medicina Legal”, encontrareis sempre a medicina como farol da verdade e do direito.

### ORIENTAÇÃO DO ENSINO

Do ensino, direi com o eruditíssimo Clementino Fraga: “Bem haja a essa grata mereê da missão de ensinar que aproxima almas nas trocas do estímulo e na confissão do objetivo, estimando ao preço do ouro da verdade o conceito feliz de Michelet — o ensino é a amizade”.

A amizade e o respeito são os élos da intimidade cerebral que deve reinar entre o mestre e os discípulos. Da amizade nasce a confiança e o amor aos mesmos ideais, formando-se assim a grande família intelectual. Sem o respeito, o ensino seria o maior dos martírios.

Amizade e autoridade não representam duas fórmulas antinômicas; são sentimentos que se completam na harmonia da arte de ensinar. A voz da experiência é simples, clara, metódica, na diretriz imutável da probidade mental.



Só é bom mestre o que sabe executar o que ensina. Já a voz genial de Vieira afirmára: "Palavras entram pelos ouvidos, as obras entram pelos olhos e a nossa alma rende-se mais pelos olhos que pelos ouvidos".

Ao professor emerito cabe facilitar o trabalho mental dos discipulos, ensinar com sintese e clareza, para que haja o maximo de proveito com o minimo de esforço. E' preciso não confundir "saber" com "dizer".

Deveis controlar a erudição científica com investigações criticas feitas na contemplação da natureza, aquilatando assim o valor das opiniões ou fatos discutidos. Atualmente a parte fundamental da instrução e educação dos alunos é realisada no convivio das enfermarias, nas salas anatomicas ou de operações e nos laboratorios. A lição puramente teorica desceu para o segundo plano, ficando reservada unicamente para as generalidades das questões doutrinarias.

Não quero, no entanto, afirmar que haja praticos exclusivos. Longe disso. E' mistér ler os ensinamentos profundos da ciencia para enxergar os vastos horizontes da medicina contemporanea.

Como estatuiu o insigne Miguel Couto "A nossa arte está toda na observação, aliando a ciencia á caridade, se já é uma forma de caridade aprender em um para acudir os outros".

Laboradores consciétes haveis de continuar em proveito da ciencia.

Na clinica ou no laboratorio, na higiene publica ou na medicina legal, na radiologia ou na terapeutica fisica, nas forças armadas ou no magisterio, seja qual fôr o ponto que visastes na aurora da vossa profissão, é mistér a convicção inabalavel que alenta, a fé que desce do céu, o amor ao estudo que mantém a vossa emancipação espiritual completa ou antes a posse integral da vossa personalidade experiente.

## VIRTUDES DO MEDICO

As grandes virtudes do medico — Caridade, coragem, paciencia, dedicação, de pareceria com a dignidade, generosidade, discreção, justiça e amor á ciencia — são os sustentaculos da vossa nobilitante missão social, o lenitivo para as vossas dores, a paz para as vossas consciencias, a diretriz para a culminancia do prestigio e para as bênçãos das sociedades.

A medicina é a profissão das dores. A sua mão caridosa é o balmão suave dos sofrimentos, o consolo dos desesperos, a alegria que seca as lagrimas e sobretudo a esperança que conforta. E' preciso ter visto tudo com emoção viva, de tudo ter sentido todas as duvidas, tormentos e alegrias, para aquilatar a beleza quasi divina da profissão do medico.

Surja a vossa personalidade espiritual ante o mundo da ciencia.

Com o gosto das observações originais, não passareis sem ver pelos fatos interessantes e novos. Foi assim que os nossos maiores libertaram a medicina brasileira dos centros de cultura europeus e americanos.



## NACIONALIZAÇÃO DA MEDICINA EXPERIMENTAL

A' vossa generosa lembrança, devo a honra de falar, ante este luído e seletto auditorio, desses obreiros da nova luz permanente na ciencia; do higienista que poupou milhares de vidas de nacionais e estrangeiros que chegavam a colaborar no trabalho das industrias e do comercio, com o debelar o flagelo mortifero da febre amarela no Rio de Janeiro e noutras localidades do Brasil; do medico que ensinou a identificar as nossas doenças infecciosas, meio caminho de as curar; do pioneiro e grande mestre da experimentação que desvendou os inumeros misterios da patologia regional, mostrando como a ciencia nacional irradia os seus conselhos em proveito dos habitantes do Brasil inteiro, desde as longinquas e magestosas florestas da Amazonia até os descampados verdejantes do nosso Estado; do sementeiro dos segredos da sorologia, precisando as bases da tecnica aprimorada de obtenção dos sôros e vacinas antipestosas; do docente insigne, cujo ensino vale o de uma universidade; do artista genial que nos legou no palacio de laboratorios para a ciencia experimental, modelo primoroso de instalações tecnicas, revestidas da mais pura arquitetura mourisca; do anatomo-patologista, cuja escola cresceu para chegar ao seu fastigio sob a direção de Chagas; do parasitologo eminente que chamou para junto de si todos os sobedores mais insignes da especialidade; do academico que escreveu os nossos mandamentos da saude; do homem de vasta erudição que guiou as memorias dos seus sabios discipulos; do enviado de Deus, que saneou o vale de Madeira-Mamoré; de Osvaldo Gonçalves Cruz, o "Pasteur brasileiro", o fundador imortal do Instituto de Manguinhos, que é a ciencia engastada na arte.

No eminente Osvaldo Cruz, a vida foi caminho de lutas e de triumphos estridentes.

O tripé do metodo experimental — sentimento, razão e experiencia — domina o espirito harmonioso da escola osvaldina. Atiram-se os discipulos com aferro á obra do mestre — a nacionalização da nossa medicina ou o governo da observação propria, demonstrando que "no Brasil se deve fazer a medicina e hygiene para o Brasil" (Oscar Freire).

## ESCOLA OSVALDINA E ESCOLA VITAL BRASIL

Carlos Chagas completou a obra de Osvaldo Cruz.

A geração de cientistas creada no Instituto de Manguinhos mantém e aumenta sem cessar a opulentissima obra do grande mestre, que viveu apenas 44 anos. Em tão pouco tempo tornou-se um hipotecario da gratidão humana. Tão sublimes foram as paginas gloriosas eseritas por ele nos anacs da ciencia que o seu nome imortal figura ao lado dos maiores bemfeitores da humanidade.

Vencêra o grande apostolo predestinado da medicina experimental do Brasil.

Carlos Chagas, que nesta hora feliz sauda os seus paranimfandos da Faculdade de Medicina da Capital Federal, indicando-lhes as diretrizes seguras dos triumphos e vitorias medicas, é uma das cerebra-



ções mais completas e perfeitas de mestre e cientista. Protozoologo insigne, clinico completo e professor fluentissimo, é um encanto ouvir os seus ensinamentos de patologia clinica regionais.

É um emulo de Oswaldo Cruz na disciplina, no coração e na ciencia.

Os discipulos dos dois mestres constituem a constelação de microbiologistas espalhada pelo Brasil inteiro.

Novos nucleos de pesquisadores surgiram aqui e ali, quasi todos eles orientados pelas diretrizes da escola modelar, berço da nossa medicina experimental.

Antonio Pontes, o genial descobridor das fórmas filtraveis do parasito da tuberculose, Figueiredo Vasconcelos, o sucessor de Oswaldo Cruz na tecnica aprimorada, Artur Neiva, o higienista modelar e o zoologo eminente, Henrique Aragão e Marques da Cunha, grandes expoentes da protozoologia contemporanea, Rocha Lima, o anatomo-patologista que levou a experiencia da Escola Osvaldina para a Faculdade de Hamburgo — ao lado de Olimpio da Fonseca Filho, Arêa Leão, Margarino Torres, Osvino Pena, Cezar Pinto, Burl de Figueiredo e muitos outros, mantem-se ao serviço da verificação exata, da pesquisa original e da interpretação segura.

Vital Brasil, no Instituto Soroterapico Butantan, creou em 1899 outro centro de experimentação, verdadeiramente notavel pela amplitude que deu ao preparado dos sôros contra as mordeduras das serpentes

## ENSINO MEDICO NO RIO GRANDE DO SUL

Em 25 de julho de 1898, surge a nossa Faculdade de Medicina, onde ensinam os verdadeiros saneadores da profissão medica do nosso Estado.

Equiparada ás officiais em 1.º de setembro de 1900 e em 1.º de março de 1916, foi elevada á categoria de Escola official pelo atual Governo Provisorio.

É o fruto da intensidade maravilhosa de ação de todos os nossos mestres, que de despreendimento em despreendimento, de sacrificio em sacrificio, de luta em luta, conquistaram o justo e honrado renome deste modelar estabelecimento de ensino.

Recordae-vos sempre de um Vitor de Brito, de um Carlos Wallau, de um Luiz Masson, de um Castilho, de um Artur Franco, de um Rodolfo Masson, de um Deoclecio Pereira, de um Velho Py, de um José Carlos Ferreira, de um Sebastião Leão, de um Dias de Castro, de um Tristão Torres, que eram exemplos vivos da sapiencia e da bondade geradora; recordae-vos ainda que aqui ensinaram Olinto de Oliveira, Serapião Mariante, Jacinto Gomes, Freire de Figueiredo, Carvalho de Freitas, Dias Campos, Fróes da Fonseca, Gonçalves Carneiro e Protasio Alves, mestres modelares e corações bonissimos.



**MEDICINA E CIRURGIA RIO-GRANDENSE**

A medicina e a cirurgia sul-rio-grandenses transpuzeram as nossas fronteiras.

Mencionar citações, seria repetir obras classicas; trascrever justas apreciações elogiosas, seria lembrar consagrações vindas das fontes mais autorizadas; referir nomes, seria citar todos os obreiros do inestimavel patrimonio científico da nossa Faculdade.

As obras dos nossos mestres estão na vossa memoria; vieram dos cerebros de lidadores infatigaveis que gravaram neles o cunho da intelligencia fulgurante e da erudição mais aprimorada.

Trabalhae com afan, meus jovens colegas, pelo perstigio sempre crescente desta gloriosa Escola, orgulho da nossa gente.

Ide terçar armas nas asperissimas batalhas da vida real. O despreendimento e as virtudes excelsas do apostolo do nosso ensino medico — o venerando professor Sarmiento Leite — serão os vossos labores sagrados na trajetoria do bem e no acesso ás grandes culminancias da mentalidade nacional.

**O ADEUS**

Chegou a hora da partida. Não tarda o momento derradeiro do adeus.

O culto da vitoria da intelligencia da ciencia, o idealismo puro, a caridade cristã e a gloria da Patria, sejam as estrelas-guias da vossa vida terrena.

Lembrae-vos das palavras de Pasteur: "A ciencia não tem Patria ou antes a Patria da ciencia é a de toda a humanidade. Mas se a ciencia não tem Patria, o homem de ciencia deve-se preocupar com os fatos que fazem a gloria da Patria. Em todo o sabio ha sempre um grande patriota. A ciencia e a paz triunfarão da ignorancia e da guerra".

Lembrae-vos que sois soldados da ciencia e da caridade; lembrae-vos que a Patria quer o vosso saber para defender a vida de seus filhos.

Trabalhae sempre para um Brasil maior, mas sempre na paz serena da vossa liberdade consciente, sempre atuando como militantes da profissão do sofrimento, sempre agindo como juizes da vossa consciencia, sem consentir que ofusquem o vosso ideal do belo com imposições ou mandatos.

Semeae o bem, que o digam os corações agradecidos dos pobres; que o digam as vozes de todos os vossos irmãos nascidos sobre este sólo bemdito; que o digam os que vieram colaborar comvosco no engrandecimento da Patria unida e forte.

Abra-se o sacrario das vossas almas para receber as oblações do amor patrio sem antagonismos nem rivalidades.

Ide lutar pela solução dos grandes problemas nacionais; ide con-



correr com o vosso esforço ingente para a obra meritoria dos trabalhadores da Higiene Publica.

Inumeros são os dominios da ciencia sanitaria hodierna; na seára ha muito que ceifar. Dar saude a alguém e combater as endemias e parasitoses, é tambem preparar organismos para absorver o alimento espirital, a instrução.

As grandes questões sanitarias da comunhão social exigem ainda muito labor.

O alcoolismo, a sífilis, a tuberculose, o impaludismo, a lepra e o cancer são fortalezas do mal, que destroem a vitalidade da Nação.

Eia, meus cáros amigos. Levae a todos os recantos do amado Brasil nosso as flamulas da saude e da instrução. Uma refulgente claridade apparecerá: a aurea Higia dos vossos belos sonhos da mocidade."





## Um caso de mão torta bi-lateral congênita com aplasia completa do radio

por

Amaury A. Genz

(Da Sociedade de Medicina de Santa Maria)

Num dos ultimos dias da semana que terminára a 29 de outubro, estando no hospital em palestra com alguns colegas, fui procurado pelo sr. C. R., que trazia para consultar uma filha menor, de côlo, de 9 meses de idade. Procedendo ao interrogatorio e ao exame, fui de logo surpreendido por uma afecção congênita, que se traduzia pela brevidade dos antebraços, assim como pela incurvação quasi em angulo reto que fazia a mão sobre esse segmento do membro superior, nos dois lados.

Achando interessante o caso para uma comunicação a esta douta assembléa, propuz aos progenitores transportarem a doentinha á tarde ao meu consultorio, para colher dados mais seguros e para um exame mais detido.

Chama-se Maria, filha de C. R., é branca, de 9 meses de idade, móra á rua Silva Jardim. Antecedentes hereditarios: pai de 24 anos, moreno, operario, nega qualquer passado luetico; não é alcoolista. Mãe de 23 anos, de labores domesticos; teve varicela aos 14 anos; menstruada aos 15 anos; casou com 17 anos, tendo três filhos; nunca teve abortos. O filho mais velho tem atualmente cinco anos: foi um parto normal, apresentação cefalica; o segundo conta três anos: parto normal, apresentação cefalica, porem gravidês acidentada; a terceira prenhes refere-se á nossa doentinha: gravidês acidentada, vomitos durante os primeiros dois meses; a conselho de uma parteira usou cinta de contensão abdominal, quando tinha seis meses de gravidês, durante mais de quinze dias; parto a termo, apresentação cefalica. Antecedentes pessoais: sem importancia para o caso. Historico: criança de aspéto sadio, tês branca, olhar vivo e inteligente; alimentação materna. Peso: 7,800 grs.; altura: 66 cent. O que pronto chama a atenção do clinico e mesmo de qualquer pessoa, é a brevidade dos dois antebraços e a incurvação quasi em angulo réto das duas mãos sobre os antebraços, incurvação essa que se dirige para o bordo radial.

Essa malformação é congênita, tendo preocupado seriamente os páis, que procuraram um colega que mandou proceder á radiografia dos antebraços, dizendo ser possivel curar a paciente mediante uma intervenção depois dos seis meses.

Apresentando a radiografia dos dois membros superiores da doentinha, prôva essa que devo á gentileza do colega Francisco Mariano, pôde-se concluir que o osso ausente é o radio: o cubito é réto, não tendo incurvação alguma; tambem pôde-se notar perfeitamente a ausencia de ossos do carpo; a mão torta fazendo quasi um angulo réto com o antebraço, inclina-se fortemente sobre o bordo radial.



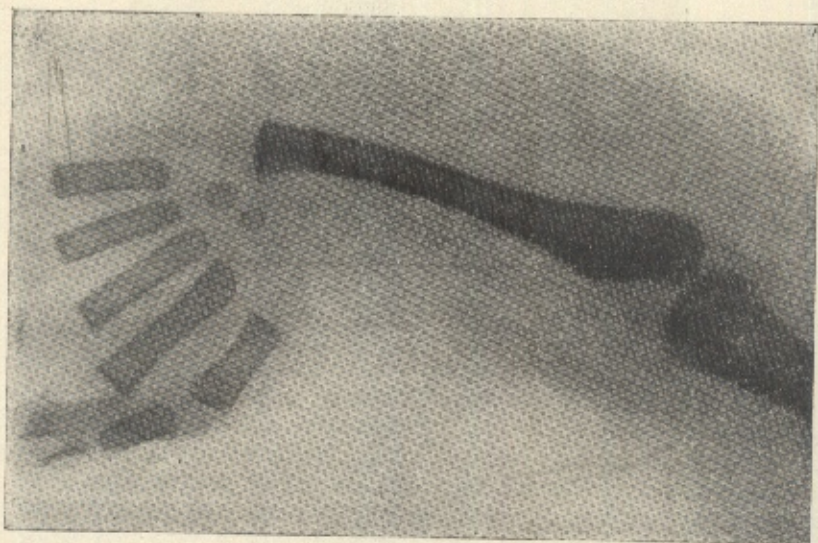
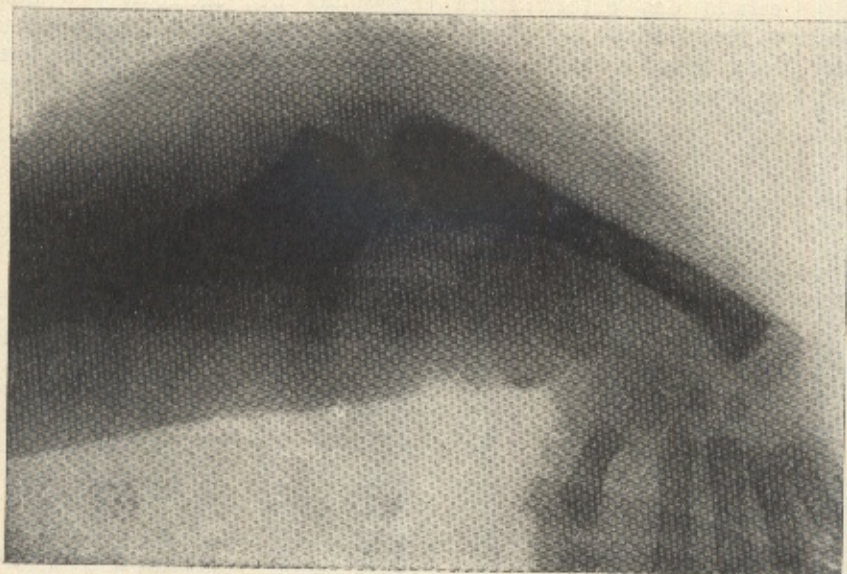
O estudo das deformidades congénitas dos membros, segundo Geoffroy Saint-Hilaire, divide-se em três grupos: o das ectromelias, o das focomelias e o das hemimelias. E' ao grupo das hemimelias que faz parte o caso em apreço. Especificando mais a questão, podemos



A pequenina Maria

recordar que Bouvier dividia as mãos tortas congénitas em três grupos, a saber: mão torta com esqueleto bem conformado, mão torta com esqueleto completo porem mal conformado, mão torta com esqueleto incompleto. Proust seguindo as idéas de Kirmisson, acha mais pratico dividir essas malformações sómente em dois grupos, que são: mão torta com integridade do esqueleto e mão torta com desenvolvimento incompleto do esqueleto. A primeira variedade é rara; ha na literatura medica seguramente pouco mais de uma duzia de casos; é diretamente comparavel ao pé torto, e segundo Hoffa, tem a mesma patogenia. A segunda variedade de mão torta, da classificação de Kirmisson, acompanha-se quasi sempre da ausencia do radio (frequente) e raras vezes da ausencia do cubito. Kummel desde 1895 poude reunir





Radiografias dos membros superiores da nossa observada.



68 casos de mão torta congênita com ausência do rádio, e esse numero foi augmentado com os casos de Joachimsthal, Mac Curdy e Tubby. A questão foi estudada exaustivamente nas teses de Savornin e Le-prince, e mais recentemente nos trabalhos de Apert e Morisetti que reuniram uma centena de observações. A ausência bi-lateral do rádio é quasi a regra em metade dos casos conhecidos; e quando a ausência é uni-lateral, torna-se mais frequente á esquerda do que á direita. Muita vês essa anomalia acompanha-se da ausência do polegar e da do metacarpiano correspondente; de outras feitas porem o polegar existe, mas em estado rudimentar, de tal fórma que é mais um apêndice do que um verdadeiro dedo. Não raras vzes tambem o corpo é reduzido a dois ou três ossinhos (como se pôde ver na excelente radiografia), com desaparecimento da corrediça bicipital, por causa da ausência da longa porção do biceps. A consequencia da ausência do rádio é o desvio em angulo réto da mão sobre o bordo radial do antebraço, conforme se aprecia nesta fotografia de nossa doentinha; entretanto não se assinala curvatura nenhuma do cubito; este osso é normalmente réto, sem desvio algum de seu eixo.

Duas palavras a respeito da patogenia e tratamento: autores ha que admitem que a ausência do rádio ou de cubito seja devido á compressões amnióticas, não sendo estranha uma fratura intra-uterina, seguida de reabsorção parcial do osso fraturado. A multiplicidade das lesões porem, e o tipo frequentemente hereditario, falam em favor duma parada do desenvolvimento, cuja causa íntima nós ainda ignoramos. A respeito do tratamento não precisamos dizer que é só cirurgico; existem varios métodos para corrigir o defeito congênito: o método de Sayre, o de Bardenheuer, o de Romano, etc. Qualquer que seja o processo empregado, no caso em questão para a cura da malformação congênita, dois obices surgem: o primeiro, vencer a incurvação da mão sobre o antebraço; o segundo, a dificuldade de fixação da mão em boa posição, em virtude da ausência da articulação radio-carpica. A' ortopedia cabe resolver o caso.

Comunicação lida em sessão da Sociedade de Medicina de Santa Maria.





## Síndrome de Van der Hoeve (Escleroticas azuis, fragilidade ossea e surdês)

por

Corrêa Meyer

Catedrático de Clínica Oftalmologica

Esta observação, abaixo discriminada, foi lida ha varios anos na Sociedade de Medicina de Alegrete.

Nestes ultimos tempos, copiosa tem sido a literatura publicada. Dela não fazemos referencia nesta pequena contribuição com o fim de resaltar o primeiro trabalho nosso, de autoria do Dr. Edilberto Campos, e de conservar o espirito e a originalidade da observação relatada á culta Sociedade de Medicina Alegretense, que teve o merito de agremiar, embora por poucos anos, valores incontestes da Medicina Riograndense.

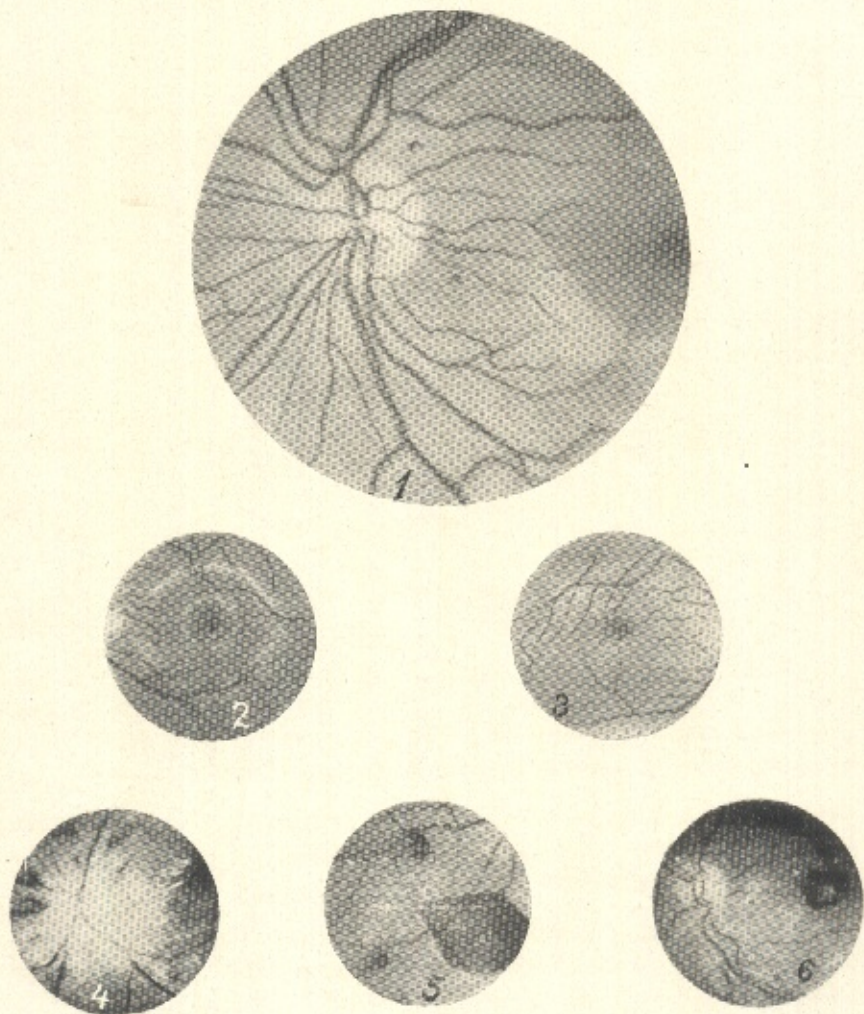
Na Revista Brasileira de Medicina e Farmacia, correspondente aos meses de Julho, Agosto e Setembro de 1926, o Dr. Edilberto Campos refere, sob a epigrafe — olhos azuis — tres casos de esclerótica azul e trata de sua relação com a fragilidade ossea e com a surdês por otoesclerose, num artigo que muito interessa não só ao especialista como ao clinico, a quem a questão aféta muito de perto. Este autor expõe, no seu trabalho, que é pequeno mas claro e preciso, os seus casos, cujos doentinhos haviam sofrido fraturas osseas, luxações e distensões diversas dos membros.

Em nenhum destes tres observados do Dr. Campos houve a otoesclerose (surdês), mas na genealogia de um deles, se encontravam varios casos de surdês. No caso que nos foi dado agora observar, ha a coexistencia da otoesclerose, das fraturas e das escleroticas azuis, encontrando-se o mesmo síndrome, no pai e na avó da enferma, segundo sua informação confirmada pelo marido.

M. L. V. F., branca, 21 anos, casada com A. F., nos procura consultando por uma surdês do ouvido direito, que ha mais de 2 anos, se vem nêle instalando e progredindo, cada vês mais.

O exame do ouvido nos revela em seu conduto um corpo estranho( algodão de envolta com cerumen endurecido), que foi retirado, mas esta desobstrução em nada modificou a sua audição que continuava deficiente, quasi nula. Persistiu pois a surdês. O tímpano se mostra ao espéculo tipico da otoesclerose, explicando a surdês. As provas de ouvido com o diapasão confirmam este diagnostico e certificam a extrema diminuição de audição da examinada. O ouvido esquerdo em menor grau, já apresenta o inicio do mesmo mal do outro. Mas o que chama atençaõ, mesmo a um observador inesperto, é o franco e accentuado matiz azul das escleroticas de M. L. Dois sintomas





#### Album retinografico

Clinica de Dr. Corrêa Meyer. Catedrático de Clínica Oftalmológica na Faculdade de Medicina de Porto Alegre.

1. — Fundus oculi normal.
2. — Região macular normal, com reflexos perifereais e perimaculares.
3. — Região macular normal.
4. — Retinite albuminurica: edema papilar, hemorragia retiniana e exsudatos peripapilares.
5. — O. D. Hemorragia préretiniana (caso de anemia perniciosa).
6. — O. E. Hemorragia préretiniana (caso de anemia perniciosa).



juntos: otoesclerose e escleroticas azuis. Agora, a anamnese da doente. Os seus comemorativos rezam o seguinte:

Com a idade de 4 mezes fraturou o humro esquerdo, com 4 anos o femur esquerdo e com 18 anos sofreu uma queda que a prostou no leito, com um aparelho no quadril esquerdo, durante oito meses, não sabendo informar si houve fratura, luxação ou distorsão.

Aos 19 anos casou-se, tendo agora um filho sadio, que nasceu a termo, apresentando, porem, no joelho direito, uma macula rubra, congenita. Está novamente grávida, de 4 mescs, notando desde o inicio desta gravidês que a sua audição está diminuindo rapidamente. Apresenta M. L. o ganglio de Ricord bem perceptivel no braço esquerdo. Ouve-se um sopro, cujo tempo não pudemos precisar, no fôco aortico.

#### Antecedentes:

Seu pai F. V. S., de 70 anos, é completamente surdo, possúe as escleroticas azuis e dos 17 aos 60 anos, fraturou por 9 vezes, diferentes ossos: a clavícula direita, por tres vezes, os dois femures e os ossos de ambas as pernas. Não diz ao certo si todas as fraturas foram em consequencia de traumatismo. Ha três anos usa o velhinho mulletas, por incapacidade fisica.

A avó de M. L., já falecida, era surda, tinha os olhos azuis e soffrera diversas fraturas.

A irmã mais velha de M. L., com 24 anos, não tem os olhos azuis, não é surda, mas já fraturou dois ossos dos membros por 2 vezes.

Alem destes tres sintomas descritos e verificados nesta nossa observação, o Dr. E. Campos, citando varios autores que estudaram o assunto, refere o relaxamento das capsulas e dos ligamentos articulares, que tambem verificou num dos seus casos.

Apert, na Societé de Pédiatrie, sessão de Junho de 1925, diz que alem das escleroticas azuis, que se encontram na osteopsatirose, que é o nome generico do sindromo que estamos tratando, se verifica frequentemente ao nascer um amolecimento do cranio.

Marfan, Lesné e Nobécourt, em diferentes casos de fragilidade ossea, verificaram este amolecimento ao nascer da calote cranica.

A otoesclerose, já sabemos de ha muito, é uma afecção que se traduz anatomicamente por uma osteoporose da capsula do labirinto, muitas vezes acompanhada tambem de rarefação do osso temporal, dos ossos restantes do cranio, assim como dos outros do corpo.

Qual a etiologia desta afecção, por muitos descrita com o nome de osteopsatirose?

Será uma afecção por carencia de vitaminas ou será, como fala Terrien, uma insuficiencia das paratireoides?

Será sífilis?

Nobécourt diz que existe um sindromo de fragilidade ossea, mas a sífilis não póde ser incriminada senão em alguns casos, pois as lesões osseas que a sífilis prodús diferem das que se encontram nestes outros doentes.



## Algumas considerações sobre a *Dermatobia hominis* (Linneu Junior, 1781), no Rio Grande do Sul

por

R. di Primio

O estudo das zooses assume grande importancia, dado que inumeras destas incidem sobre o homem com extrema variabilidade de aspecto clinico e gravidade.

Encontram-se entre nós, com muita frequencia e em determinadas zonas, animais, principalmente bovinos, acometidos, além de outras parasitoses, pelas larvas de *Dermatobia hominis* familia dos *Oestridae*, sub-familia *Cuterebrinae* e genero *Dermatobia*, parasito proprio do continente americano, onde se estende do Mexico até a Argentina, e que em todo o nosso Estado é denominado "berne" ou "bicho berne".

A importancia do assunto justifica esta pequena contribuição para o estudo da biologia e distribuição geografica deste diptero, cujo parasitismo, não só interessa a patologia humana como a animal, pelos prejuizos que causa á pecuaria, com grande repercussão economica no estrangeiro, como já em 1911, Neiva acentuara, citando Roesse ao referir-se á designação depreciativa de "peles do Rio" para os couros brasileiros que na Alemanha alcançavam preços baixos.

Incluimos neste esboço dois casos humanos que tivemos oportunidade de observar em Torres, sendo que conseguimos cultivar artificialmente uma larva até o estado adulto.

Verificamos o extraordinario numero de bovinos infestados pelas larvas de berne naquelas paragens, onde, segundo informações dos nativos, não são raros os casos humanos, com localizações diversas.

Anteriormente capturamos em uma das ruas de Conceição do Arroio, um exemplar de *Stomox calcitrans* (Linneu, 1761) conduzindo no abdome ovos de dermatobia.

De outra feita (Maio de 1931), no mesmo municipio, nas encostas da Serra do Mar, observamos uma mosca silvestre, portadora, tambem, de ovos daquele parasito.

Afóra a contribuição scientifica estrangeira, resumidamente assinalaremos os principais trabalhos nacionais sobre o assunto.

Neiva, com a extraordinaria atividade scientifica e grande proficiencia tecnica que o caracterizam, fez as mais elucidativas pesquisas sobre tão curioso diptero.

E, em colaboração com Florencio Gomes, observou em todas as suas fases a *D. hominis* obtida pela primeira vês em laboratorio, de adulto a adulto, conseguindo até novas posturas da segunda geração.



Lutz, em 1917, em seu trabalho "Contribuição ao conhecimento dos Oestrideos brasileiros" além da descrição dos generos e especies, fez observações valiosas a respeito da morfologia e biologia dessas especies.

O ciclo evolutivo completo do parasito foi tambem obtido posteriormente por Alfredo da Matta (1920).

Lopes Oliveira Filho, (1922), publicou um trabalho de divulgação sobre "Combate ao Berne".

Navarro de Andrade, (1927) nos extensos eucaliptais do Serviço Florestal da Companhia Paulista com estudos e observações contribuiu largamente para melhor conhecimento deste parasito, sobretudo, sob o ponto de vista profilatico.

Com o afastamento do gado vacum, segundo a sugestão de Neiva, e permanencia dos equideos nos pastos dos eucaliptais, Navarro de Andrade conseguiu notavel baixa de infestação tanto entre animais, como entre as populações humanas nos arredores. Levantou tambem, na mesma ocasião interessante estatística de casos humanos, com sédes parasitarias diversas.

Lauro Travassos, em Outubro de 1931, além de diversas observações sobre a biologia da **D. hominis**, em Angra dos Reis, cultivando larvas completamente desenvolvidas, estudou as espermatecas das femeas, e, pela primeira vês, descreveu a genitalia dos machos.

A particularidade interessante das Dermatobias depositarem os seus ovos diretamente em inséto hematofagos — como Raphael Morales, em 1911, descobriu a postura diréta da **D. hominis** em mosquitos — ou lambedores de suor, teve confirmação no nosso paiz, nas observações e experiencias em mosquitos por Neiva, Florencio Gomes e Peryassú; e, em muscideos, por Lutz, Aragão, Neiva, Florencio Gomes e Cesar Pinto.

Ocuparam-se ainda sobre o assunto os Profs. P. S. de Magalhães, Miguel Pereira, e, entre nós, o Dr. Bassewitz.

### Distribuição geografica

Infelizmente não temos dados completos sobre a distribuição da dermatobia em todo o Rio Grande do Sul.

O inquerito neste sentido, realizado na medida do possivel, demonstra que em muitos municipios essa parasitose nos animais assume, em determinadas epochas, proporções variaveis de intensidade e extensão, como já se tem verificado em Santo Amaro, Pedras Brancas, Torres, Conceição do Arroio, Viamão, Canoas, Gravataí e arredores de Porto Alegre.

A dermatobia tem invadido municipios até ha pouco tempo indenes, graças á permanencia de animais infestados em campos onde as condições locais favorecem a evolução do Oestrideo.

De irregular modo o berne tem se manifestado em: Alegrete (costa da Serra do Caverá), Bagé, Marcelino Ramos, alguns pontos da região Serrana e costa do Uruguai; com relativa raridade tem sido as-



senalado nos seguintes municípios: Livramento, D. Pedrito, Quaraí e Uruguaiana.

Seria interessante, dada a grande variabilidade, em nosso Estado, das condições topográficas, hidrográficas, higroscópicas, térmicas, pluviométricas, de vegetação e outras, verificar a incidência e particularidades evolutivas do berne nos diferentes municípios ou regiões, contribuindo assim para o conhecimento da biologia deste díptero entre nós, e consequentemente para a sua mais fácil profilaxia.

Da multiplicidade dos fatores acima referidos destaca-se o relevo geográfico tão característico no Rio Grande do Sul, onde nas extensas planícies e coxilhas a *D. hominis* não consta tenha sido assinalada principalmente nas zonas que oferecem condições vegetativas desfavoráveis ao seu ciclo evolutivo.

Para os não muito habituados às lidas da campanha reina alguma confusão entre o parasitismo da *D. hominis* e o da *Cochliomya macellaria* (Fabricius, 1794), esta produtora da nossa bicheira. Ambas são espécies próprias do continente americano.

#### Observações

Obs. n.º 1. O primeiro caso humano que observamos em Torres foi em uma menina, E. T., de 14 meses de idade, residente na Glória, 3.º districto daquele município.

Constatamos no septo da fossa nasal esquerda, a presença de uma larva de dermatobia com o orifício de penetração e respiração da larva, aumento de volume do nariz, reacção inflamatória, ocasionando-lhe grande sofrimento ha muitos dias.



di Primio, fot.

Dermatobiose. — Menino P. T.



Obs n.º 2 Trata-se no segundo caso, de P. T., irmão da menina E T., com 10 anos de idade, residindo na mesma casa.

Apresentava na região parietal direita dois tumores, com secreção sero-purulenta, produzidos pelo parasitismo das larvas de dermatobia.

Com a dilatação praticada retiramos duas larvas, em estado completo de amadurecimento, uma das quais conseguimos cultivá-la até o estado adulto.

Do início do cultivo, em 28 de Março de 1932, em serragem de madeira humedecida, até a obtenção da imagem, decorreram 48 dias.

Durante este lapso de tempo a temperatura média ambiente foi de 18°.





## Granuloma tuberculoso e Granuloma sifilitico

### Considerações histo-patologicas

por

Waldemar Castro

Chefe dos laboratorios de Anatomia e Fisiologia Patologicas da F. M. G. R.,  
do J. O. Cruz e da Santa Casa.

Questão de real interesse, principalmente sob o ponto de vista histo-patológico é, sem duvida, a que se prende ao debatido diagnostico diferencial, entre as lesões "**nodulares**" de natureza tuberculosa e as lesões "**nodulares**" de natureza sifilitica.

Assunto tão relevante, na pratica histologica-patologica, e onde as controversias se verificam a cada passo, não pôde evidentemente ser tratado como devéra, nestas ligeiras considerações, que me occorrem fazer, aproveitando alguns dados que a pratica histo-patologica diaria deu-me ensejo de observar.

Entre as lesões nodulares sifiliticas, **primarias** e **secundarias**, de um lado, e as lesões nodulares tuberculosas do outro, a diferenciação microscopica torna-se relativamente facil, tal a dissemelhança dos quadros histo-patologicos, nesses processos.

Sabemos que a infiltração ou aglomerado perivascular, que forma o chamado Plasmoma perivascular, e que constitui a lesão elementar da sifilis primaria e secundaria, não pode, de forma alguma, ser confundido com o nódulo inflamatório tuberculoso, tão dissemelhante se apresenta á análise microscopica.

O Plasmoma perivascular caracteriza-se, pela presença, no centro ou na parte lateral do nódulo inflamatório, de um vaso capilar, em redor do qual se aglomeram os elementos de infiltração.

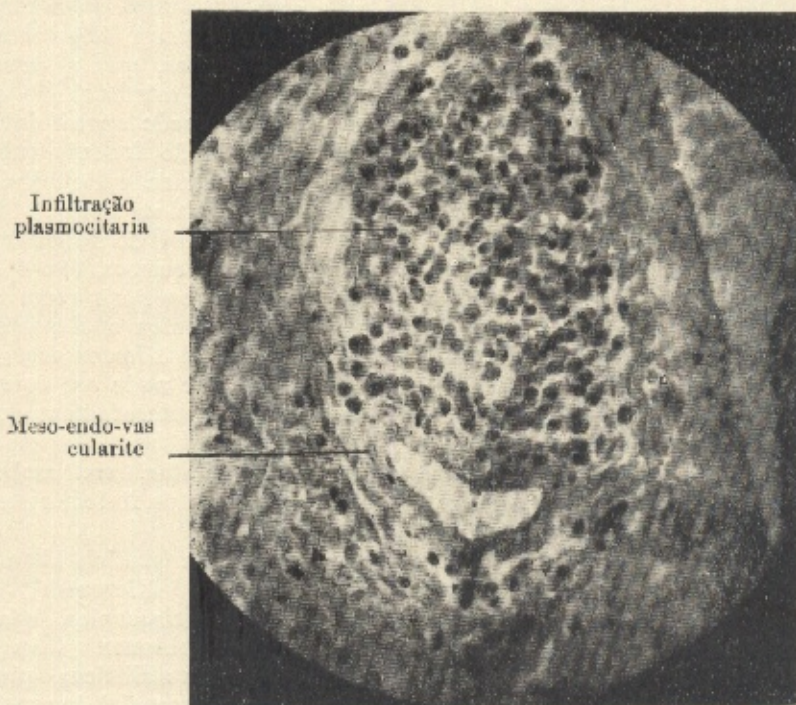
O vaso central do Plasmoma apresenta sempre, grandes alterações das suas diversas tunicas: a endotelial, em vez de apresentar aquele aspéto liso, uniforme e achatado, quasi imperceptível, de todo o endotelio vascular, apresenta-se tumefáta, fazendo as células, saliência na luz do vaso e, por vezes, contribuindo essa tumefação para a obstrução parcial ou total do mesmo, constituindo a chamada endarterite obliterante, tão comum na sifilis, e que pela sua intensidade, é considerada, quando ao lado de outros dados histologicos, como elemento de grande valor para o diagnostico das lesões sifiliticas; as outras tunicas vasculares apresentam-se, tambem, fortemente espessadas, pelo desenvolvimento que aí se verifica, de tecido conjuntivo, isto é, de fibroblastos que aumentam consideravelmente as dimensões da parede vascular.

Essa grande disproporção, entre a espessura da parede e a luz do vaso, esse caráter verdadeiramente obliterante, atesta bem a intensi-



dade do processo de peri-meso-endo-vascularite, de que é sede geralmente o vaso do Plasmoma sifilitico; microfotografia A.

Em redor do vaso do Plasmoma, a infiltração é intensa, e constituída de elementos mononucleares médios, linfocitos e de raros polinucleares; mas, os elementos qu chamam atenção, nessa infiltração peri-vascular, não só pela sua predominancia, como tambem pelos seus caracteres citologicos caracteristicos, são, sem duvida, os plasmocitos ou plasmazelen que conferem um cunho todo especial á esse nódulo inflamatório, dando origem a denominação por que é conhecida essa formação sifilitica.



Microf. A. — Plasmoma sifilitico

Ora, as lesões nodulares de natureza tuberculosa podem, tambem, apresentar em seus vasos, quando afastados das zonas de necrose, lesões de peri-meso-endo-vascularite, semelhantes áquelas que vimos de descrever nas lesões sifiliticas; da mesma forma que podem tambem, apresentar entre seus elementos de infiltração, as celulas plasmocitarias, que predominam nas lesões sifiliticas. Mas, o que caracteriza a lesão sifilitica, não é sómente a predominancia do elemento plasmocitario, mas principalmente a sua disposição, o seu acumulo ou aglomeração, em redor dos vasos ja atingidos de alterações, profundas e generalizadas.

E', pois, esse conjunto de alterações, com sua disposição sistematicamente a mesma, que confere ao quadro sifilitico, uma caracteris-



tica toda especial, toda particular, conjunto este, que não se verifica nas lesões tuberculosas.

Alem de se apresentarem as lesões nodulares da sífilis primaria e secundaria, com formações de conjunto tão bem definidas histologicamente, bastaria lembrar, para reforçar o diagnostico diferencial microscopico, que jamais se verificam nessas lesões nodulares sifiliticas, primarias e secundarias, outros elementos, tais como celulas gigantes, celulas epitelioides, zonas de necrose, que se encontram sempre nos quadros histo-patologicos tipicos das lesões nodulares tuberculosas.

Mas, entre as lesões sifiliticas nodulares terciarias, gomosas, e o granuloma de natureza tuberculosa existem, ás vezes, caracteres histologicos e citologicos tão comuns, tão semelhantes, que a estrutura de um, pode ser perfeitamente confundida com a estrutura do outro, e, segundo Masson, o folículo gomoso primórdial pode apresentar uma estrutura tal, que não se conseguirá distingui-lo do folículo tuberculoso; as mesmas celulas gigantes, as mesmas celulas epitelioides, zonas de necrose, etc., se podem verificar em ambas as lesões.

A celula gigante que constitue a parte central do folículo infeccioso elementar pode ser a mesma em ambos os processos, isto é, apresentar a mesma substancia central de aspéto caseoso; a mesma abundancia de nucleos alongados, muitas vezes polimorfos e dispostos em corôa, e até a mesma orla citoplasma recortada e filamentosa.

A zona media do folículo infeccioso elementar pode ser constituída, em ambos os processos, pelas mesmas celulas macrofagicas do tipo epitelióide.

A zona externa do folículo infeccioso elementar, em ambos os processos, pode ser constituída dos mesmos elementos linfocitarios diapedeticos, formando identicas corôas linfoides.

Nesses casos, que ás vezes se nos depáram na pratica histo-patologica, o unico recurso para o diagnostico diferencial, entre ambas lesões, será recorrer á pesquisa histo-bacterioscopica, isto é, a pesquisa nos cortes, dos respetivos agentes microbianos. Mas estes, por sua vez, podem também faltar, quer nas lesões sifiliticas, quer nas tuberculosas, tornando-se assim, o diagnostico diferencial impraticavel ao microscopico.

Esses casos, no entanto, em que se verifica a impraticabilidade do diagnostico diferencial, não constituem maioria, porque apesar do pessimismo de alguns autores, caracteres differencias existem, na opinião de outros, no puro campo da histologia patologica, que permitem, muitas vezes, quando bem analisados e apreciados, estabelecer o diagnostico diferencial, entre o granuloma sifilitico terciario e o granuloma tuberculoso, sem haver necessidade de se lançar mão dos recursos bacterioscopicos ou outros quaesquer.

E, casos se verificam, em que a diferenciação é tarefa relativamente facil, para o histo-patologo experimentado.

Nesses casos, em que a diferenciação é viavel, no dominio da pura histologia-patologica, devemos começar o estudo dos cortes histologicos, por uma observação de ordem topografica, verificando as lesões



em conjunto, que nos orientará sobre o maior ou menor numero de folículos, a disposição destes, o maior ou menor numero de células gigantes, sobre o conjunto das lesões hiperplásicas conjuntivas para-inflamatórias e ainda sobre a maior ou menor abundância dos vasos alterados e das zonas de necrose, bem como as respectivas dimensões dessas diversas formações.

Após, feito o estudo topografico, e já de posse de alguns dados de valor, para o diagnostico final, desçemos então ao estudo histologico, particularizado, apreciando as relações entre si, dos diversos elementos componentes dos folículos, estudando a estrutura das zonas de necrose, pesquisando as lesões para-inflamatórias, verificando o estado das paredes vasculares e observando a natureza e disposição da infiltração inflamatória.

Finalmente, passamos depois, ao estudo final, que consiste na análise citologica das células existentes nas lesões, isto é, das células de Langhans, das células plasmocitárias, das epitelioides, etc., não deixando de lado a verificação dos restos ou detritos celulares das zonas de necrose, bem como o aspecto especial do proprio tecido necrosado, de incontestavel valor para o diagnostico.

#### Caracteres diferenciais, entre o granuloma sífilítico terciário, em início, e o granuloma tuberculoso

a) As formações foliculares ou nodulares inflamatórias sífilíticas são mais frequentes, em maior numero, e de dimensões menores que nas lesões nodulares tuberculosas.

b) As formações foliculares ou nodulos inflamatórios sífilíticos, não se apresentam com aquela disposição típica, **esquemática**, como succede nas lesões nodulares tuberculosas; microfotografia B.

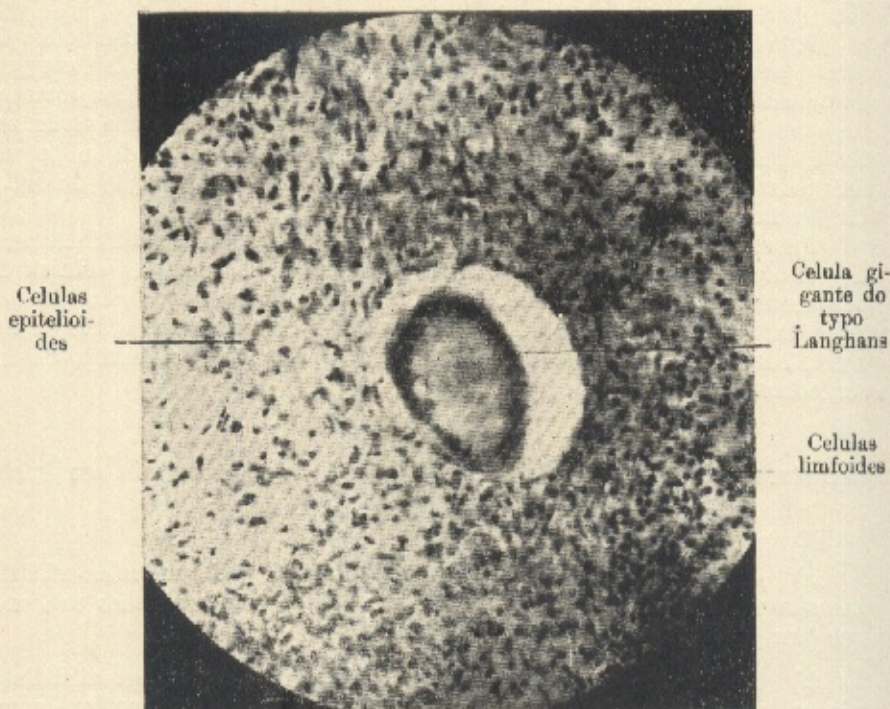
c) As células gigantes, que se podem apresentar com os mesmos caracteres citologicos das células do tipo Langhans das lesões tuberculosas, são sempre, na sífilis, em pequeno numero, podendo-se considerar como raras, faltando mesmo, com frequencia, quer em pleno folículo elementar, quer na periferia dos nodulos gomosos, ou porque não tenham tido tempo de se constituírem, ou porque tenham sido totalmente destruidas pelo processo de necrose e contrastando, dessa forma, com a relativa abundância das células gigantes nas lesões nodulares tuberculosas.

d) A infiltração inflamatória plasmocitária perivascular, ou mesmo difusa, na sífilis é muito mais acentuada que nas lesões tuberculosas, que com frequencia não apresentam sinais, sequer, desse tipo de infiltração.

e) As alterações de peri-meso-endo-vascularite das lesões sífilíticas são mais acentuadas e generalizadas que nas lesões tuberculosas, podendo os vasos apresentar lesões tão intensas, que chegam ao estado de trombose.



f) A goma sífilítica, em começo, apresenta zonas de necrose de aspéto fibrinoide, em virtude dos restos nucleares aí existentes, provindos da destruição parcial dos elementos celulares, ao passo, que a necrose das lesões tuberculosas é total.



Microf. B. — Folículo tuberculoso

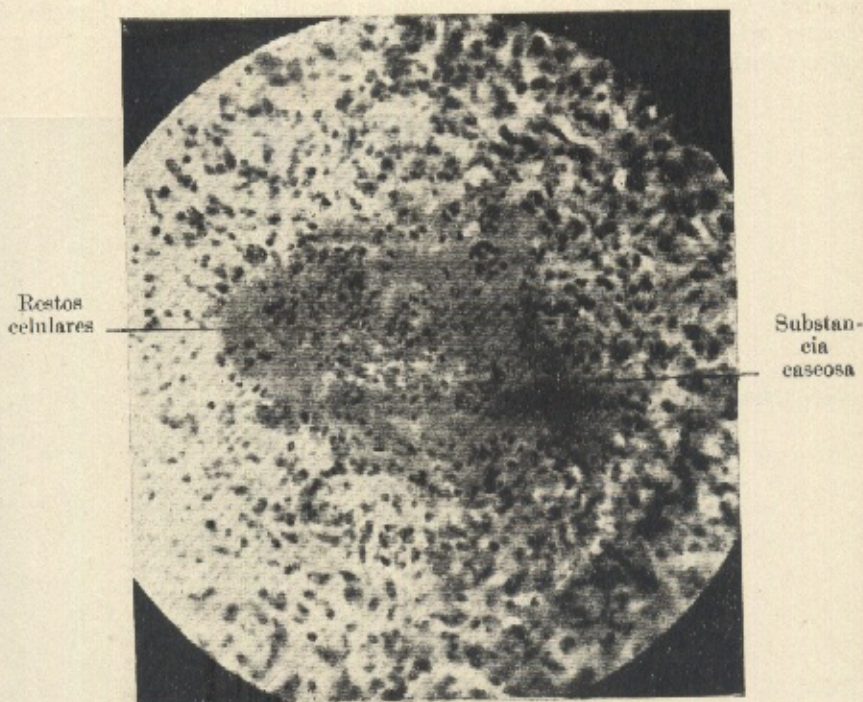
**Caracteres diferenciais, entre a goma ou granuloma sífilítico terciário, em fase avançada da sua evolução, principalmente na fase esclero-gomosa, e o granuloma tuberculoso**

a) As zonas de necrose da sífilis, nesta fase, não apresentam o aspéto granuloso, homogêneo, fortemente acidófilo das lesões tuberculosas, mas o aspéto translúcido e fracamente acidófilo.

b) O processo de necrose dessas lesões sífilíticas não é total, completo, mutilante como se verifica na necrose tuberculosa, em que desaparecem totalmente os elementos tissulares, até mesmo o resistente tecido elástico, sem deixar vestígios, mas, ao contrário, nos focos de necrose permanecem restos nucleares, celulares, vasculares, de fibras elásticas, etc., e até mesmo vasos vivos, intáctos ou com "lesões específicas", mas ainda perfeitamente permeáveis ao sangue, que escaparam ao processo de mortificação, constituindo este caráter diferen-



cial, um elemento de grande valor para o diagnóstico diferencial; microfotografias C e D.



Microf. C - Foco de necrose n'uma goma sífilítica

e) As lesões hiperplásicas inflamatórias, do tecido fibroso, que constituem a esclerose peri-gomosa, são mais acentuadas, mais abundantes que nas lesões tuberculosas, isto é, a capsula conjuntiva, fibroide ou de esclerose, que circunda a zona de necrose sífilítica, que contribue para formar a chamada esclero-goma, é mais acentuada do que aquela que se constitui em redor das zonas de mortificação das lesões tuberculosas e que por sua vez constituem a formação esclero-caseosa; o tecido é mais abundante, e toma, por vezes, devido ao seu modo especial de extensão, o aspéto estelar, dando lugar ás chamadas "cicatrices estreladas".

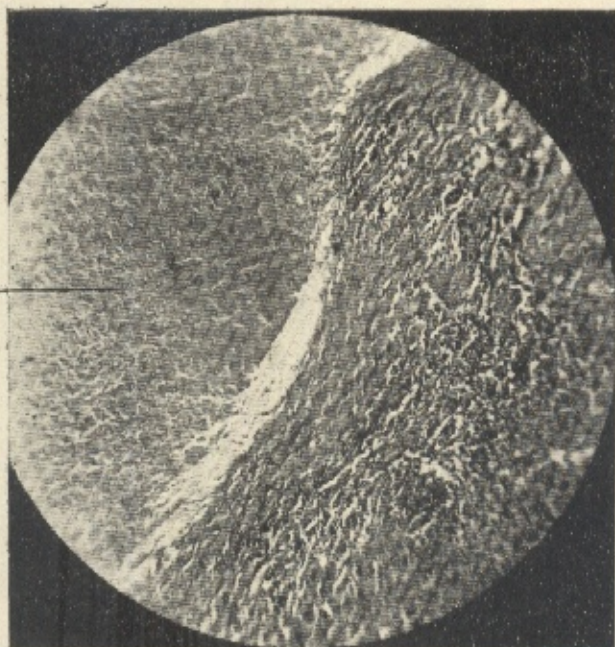
Convem lembrar aqui, que devemos compreender, como nos granulomas em geral, por lesão inflamatória, o proprio tecido de granulação e por lesão para-inflamatória, o tecido fibroso ou conjuntivo, a esclerose emfim, lesão não inflamatória propriamente dita, que prolifera em redor do tecido de granulação, constituindo antes uma lesão hiperplásica; a lesão inflamatória constitue a causa e a lesão hiperplásica o efeito, apesar da estreita conexão de ambas.

d) O modo de separação das lesões sífilíticas e tuberculosas fornece, tambem, dados seguros de diferenciação; enquanto que na go-



ma sifilitica se verifica a cicatrização completa das lesões e um processo de reparação, consubstanciado num processo inflamatorio vegetante, que repara completamente as partes destruidas, nos nodulos tuberculosos esclero-caseosos tal não se verifica, e a calcificação é o termo ultimo, por vezes, da reparação dos tecidos destruidos pelas lesões tuberculosas.

Substancia caseosa  
sem restos celulares



Microf. D. — Fôco de necrose n'uma lesão tuberculosa

e) A goma sifilitica, na fase mais avançada da sua evolução, reúne-se ás gomas circunvizinhas e, unidas, constituem vastissimas zonas ou territorios necrosados, onde se percebem sempre restos celulares, tissulares, de fibras elasticas, de nucleos, etc., que lhe dão um aspêto bem oposto ás zonas de necrose do granuloma tuberculoso, onde os restos celulares não se verificam.

Torna-se pois indispensavel, para chegarmos a um diagnostico histo-patologico diferencial exáto tanto quanto possivel, entre o granuloma sifilitico terciario e o granuloma tuberculoso, colhermos o maior numero de dados, quer de ordem topografica, quer histologica e citologica, aprecia-los em conjunto, e não nos atermos á certos e determinados caracteres microscopicos, que nos poderão conduzir á lamentaveis erros de diagnostico; e, assim procedendo, devemos fazê-lo, ainda mesmo nos casos em que as lesões se apresentem com aquele aspêto esquematico já referido.



## Estadística demográfico-sanitaria da Cidade de Porto Alegre — Ano de 1931

por

Geonidas Soares Machado

Chefe da Secção da Estatística demográfico-sanitaria  
da Saúde Publica

Dirigida pelo professor F. Freitas e Castro, catedrático da nossa Faculdade e espirito eminentemente pratico e realisador, a Diretoria de Higiene e Saúde Publica do Estado muito produziu em 1931, como se verifica do longo relatorio apresentado ao Snr. Dr. Secretario do Interior e Exterior

Os multiplos e importantes problemas do País e do Estado, dificultam a obtenção do material e verba para a Diretoria de Higiene, que, se não fôra isso, teria desenvolvido muito mais a sua ação

Resumidamente, daremos alguns dados demograficos coligidos e elaborados pela Secção a nosso cargo.

### POPULAÇÃO

A população da capital, segundo calculo da Repartição de Estatística, atingiu, em 31 de Dezembro de 1931, a 290.570 habitantes, contra 280.890 em 1930 e 270.000 em 1929.

O crescimento vegetativo foi de 9.680 habitantes, o que dá 3,4 por mil.

No quadro abaixo, encontra-se a população de Porto Alegre, a partir de 1899.

Anos	Habitantes		Obitos		Coeficiente de mortalidade por mil habitantes.	
	Estado	Capital	Estado	Capital	Estado	Capital
1899	1.109.270	72.250	11.657	2.206	10,5	30,4
1900	1.169.901	73.274	11.890	2.136	10,1	29,1
1901	1.282.312	74.400	12.992	2.041	10,1	27,4
1902	1.306.649	75.700	14.753	2.248	10,5	29,6
1903	1.331.016	77.150	13.607	2.118	10,2	27,4
1904	1.335.717	78.750	12.300	2.276	9,2	28,9
1905	1.380.954	80.750	13.439	2.850	9,7	35,2
1906	1.406.774	82.800	14.315	2.699	10,1	32,7
1907	1.431.109	84.800	14.878	2.459	10,3	28,9
1908	1.459.569	92.500	17.081	2.461	11,7	26,6



1909	1.490.759	101.700	19.435	2.685	13,4	26,4
1910	1.554.430	113.584	19.504	2.702	12,5	23,7
1911	1.587.040	125.000	21.466	3.488	13,5	27,9
1912	1.626.509	135.300	21.499	3.821	13,2	28,1
1913	1.670.270	143.500	21.185	3.689	12,6	25,7
1914	1.707.581	150.300	21.064	3.310	12,3	22,0
1915	1.782.461	154.700	21.839	3.311	12,3	21,4
1916	1.850.146	159.500	22.878	3.305	12,3	20,7
1917	1.924.050	162.000	23.580	3.845	12,2	23,7
1918	1.985.500	163.500	30.219	5.087	15,2	31,1
1919	2.005.870	165.000	23.068	3.091	11,5	18,1
1920	2.046.480	168.500	23.459	3.864	11,4	22,9
1921	2.097.500	172.000	23.477	3.515	11,1	20,4
1922	2.149.060	176.500	22.499	3.580	10,4	20,2
1923	2.182.410	180.750	25.551	4.124	11,6	22,8
1924	2.226.688	190.450	25.429	4.269	11,3	22,4
1925	2.287.940	200.100	26.648	4.080	11,6	20,3
1926	2.358.000	210.000	23.344	4.250	9,8	20,4
1927	2.612.500	247.960	25.970	4.501	9,9	18,1
1928	2.667.200	258.500	26.298	4.252	9,8	16,4
1929	2.723.240	270.000	27.530	4.843	10,1	17,9
1930	2.948.130	280.890	25.931	4.259	8,7	15,1
1931	2.981.500	290.570	27.390	4.586	9,1	15,7

## MORTALIDADE

### Mortalidade geral — Mortalidade infantil

#### a) MORTALIDADE GERAL:

O numero de obitos em Porto Alegre, em 1931 foi de 4.586, o que dá o coefficiente de 15,7, que, excéto o coefficiente de 1930, é o mais baixo dos ultimos 33 anos.

Vide, para confirmação, o quadro acima.

## CIDADE DE PORTO ALEGRE

### Obitos segundo o estado civil, em 1931

Solteiros	Masculinos .....	1.614	Total	2.941
	Femininos .....	1.327		
Casados	Masculinos .....	619	Total	1.080



	Femininos .....	461		
	Masculinos .....	171		
Viuvos			Total	535
	Femininos .....	364		
	Masculinos .....	15		
Ignorados			Total	30
	Femininos .....	15		
	TOTAL DO ANO .....			4.586

**CIDADE DE PORTO ALEGRE**

**Obitos segundo a nacionalidade em 1931**

	Masculinos .....	2.181		
Brasileiros			Total	4.220
	Femininos .....	2.039		
	Masculinos .....	230		
Estrangeiros			Total	356
	Femininos .....	126		
	Masculinos .....	8		
Ignorados			Total	10
	Femininos .....	2		
	TOTAL DO ANO .....			4.586

**CIDADE DE PORTO ALEGRE**

**Obitos de 1931, distribuidos pelos locais em que se verificaram**

		Masculinos .....	1.642		
	a) Individual			3.215	
		Femininos .....	1.573		
Na habitação				Total	3.259
		Masculinos .....	26		
	b) Coletivo			44	
		Femininos .....	18		
		Masculinos .....	693		
	a) Cívís			1.266	
		Femininos .....	573		
Em Hospitais				Total	1.310



		Masculinos .....	44	
	b) Militares	Femininos .....	0	44
		Masculinos .....	11	
	a) Na rua	Femininos .....	3	14
Fóra da casa			_____	Total 17
		Masculinos .....	3	
	b) Na agua	Femininos .....	0	3
			_____	
		TOTAL DO ANO .....		4.586

### CIDADE DE PORTO ALEGRE

Obitos de 1931, distribuidos pelas horas em que se verificafam

Horas	Obitos		Totais
	Masculinos	Femininos	
0 a 2	157	103	260
2 a 4	208	178	386
4 a 6	212	177	389
6 a 8	216	183	399
8 a 10	207	177	384
10 a 12	246	188	434
12 a 14	157	186	343
14 a 16	205	205	410
16 a 18	216	205	421
18 a 20	172	170	342
20 a 22	172	171	343
22 a 24	209	190	399
Ignorada	42	34	76
TOTAIS	2.419	2.167	4.586

### CIDADE DE PORTO ALEGRE

Obitos de 1931, distribuidos por idades

Idades		Totais
0 a	6 meses	778
6 a	12 "	373
1 a	2 anos	327
2 a	3 "	114
3 a	4 "	48



4 a 5	"	29
5 a 10	"	79
10 a 15	"	78
15 a 20	"	205
20 a 30	"	619
30 a 40	"	499
40 a 50	"	396
50 a 60	"	312
60 a 70	"	304
70 a 80	"	245
80 a 90	"	124
90 a 100	"	34
Mais de 100	"	4
Ignorado		18
<b>TOTAL</b>		<b>4.586</b>

## CIDADE DE PORTO ALEGRE

## OBITOS DE 1931 SEGUNDO OS SEXOS

Idades	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
0 a 0 Meses	402	376	778
6 a 12 "	200	173	373
1 a 2 Anos	158	169	327
2 a 3 "	64	50	114
3 a 4 "	24	24	48
4 a 5 "	15	14	29
5 a 10 "	49	30	79
10 a 15 "	36	42	78
15 a 20 "	104	101	205
20 a 30 "	311	308	619
30 a 40 "	289	210	499
40 a 50 "	246	150	396
50 a 60 "	175	137	312
60 a 70 "	173	131	304
70 a 80 "	112	133	245
80 a 90 "	43	81	124
90 a 100 "	5	29	34
Mais de 100 "	0	4	4
Ignorada	15	5	18
<b>TOTAIS</b>	<b>2.419</b>	<b>2.167</b>	<b>4.586</b>



## b) MORTALIDADE INFANTIL:

O importantíssimo problema de mortalidade infantil, em Porto Alegre aguarda, infelizmente, a sua solução.

O nosso coeficiente para mil nascimentos vivos é altíssimo, como nos mostram os quadros seguintes:

**Mortalidade infantil de diversas cidades estrangeiras, em 1928:**

Cidades	Nascimentos	de 1 ano	Coeficiente por 1.000 nascimentos vivos
Genève	1.548	57	36,82
Haia	7.488	288	38,48
Zurich	2.958	126	42,59
Amsterdam	13.530	586	43,51
Oslo	2.245	98	43,65
Sidnei	21.151	1.042	49,26
Stockholmo	5.020	263	52,39
St. Luís	15.727	946	60,15
Washington	8.994	582	64,70
New York	126.332	8.280	65,54
Londres	72.352	4.879	67,43
Toronto	12.770	913	71,49
Bufalo	12.079	894	74,01
Edimburgo	7.420	553	74,52
Hamburgo	15.873	1.198	75,47
Detroit	32.421	2.509	77,38
Roma	20.496	1.646	80,30
Barcelona	17.667	1.425	80,65
Baltimore	15.831	1.295	81,80
Munich	9.793	811	82,81
Buenos Aires	47.412	3.962	83,56
Viena	19.870	1.750	88,07
Riga	5.190	484	93,25
Genova	9.218	864	93,72
Paris	43.210	4.177	96,66
Montevidéo	13.823	1.392	100,70
Milano	13.773	1.425	103,46
Bruxelas	2.424	270	111,38
Madri	20.910	2.460	117,64
Havana	7.820	952	121,73
Budapest	16.900	2.065	122,18
Assunção	3.571	447	125,17
Moscovo	50.419	6.404	127,01
Varsovia	20.307	2.612	128,62



Sofia	4.461	630	141,22
Caracas	3.950	577	146,07
Yokohama	16.923	2.485	146,84
Santiago	17.688	2.705	152,92
São Paulo	29.038	4.653	160,23
Ceilão	9.486	1.714	180,68
Alexandria	23.938	4.668	195,00
Constantinopla	10.833	2.424	223,76

### MORTALIDADE INFANTIL DE PORTO ALEGRE, COMPARADA COM A DE OUTRAS CIDADES BRASILEIRAS

Cidades	Nascimentos vivos registrados	Obitos de menores de 1 ano	Coefficiente em 1.000 nasci- mentos vivos
Campinas	4.236	618	145,89
São Paulo	27.793	4.242	152,02
Curitiba	2.965	477	160,88
Rio de Janeiro	35.066	5.697	162,47
Belém	4.392	824	187,61
Santos	4.067	832	204,57
Juís de Fóra	1.272	266	209,12
Belo Horizonte	3.386	709	209,39
São Luís	1.336	286	216,32
<b>PORTO ALEGRE</b>	<b>4.844</b>	<b>1.086</b>	<b>224,17</b>
Rio Grande	1.623	397	244,61
Aracajú	1.333	332	249,06
Vitória	822	213	259,12
São Salvador	5.329	1.604	300,99
Manáus	769	261	339,40
Paranaguá	708	259	265,82
Fortaleza	1.051	984	936,25

Anos	Porto Alegre	Rio de Janeiro	São Paulo
1915	217	190,85	151,41
1916	215	151,80	155,42
1917	246	167,85	148,82
1918	292	209,47	222,72
1919	210	183,88	180,36
1920	279	154,31	176,25
1921	221	165,34	176,36
1922	286	170,83	179,26
1923	229	186,12	163,71
1924	209	157,16	167,99
1925	215	184,62	176,43



---

1926	193	176,87	174,33
1927	237	154,50	166,80
1928	205	164,12	160,23
1929	249	162,79	
1930	224,17	162,47	
1931	236,53	162,47	

Esse alto coeficiente de mortalidade infantil não é observado somente na capital e sim em muitas outras cidades e vilas do Estado onde ele é igual e até pior.

Ha cidades e vilas onde o coeficiente é mais baixo, entretanto dada a pequena população e a ausencia do movimento dos centros populosos, devia ser ainda menor.

(Continúa).





## A constituição individual do tuberculoso pulmonar

por

Goulo Barcellos

e

Carlos Bento

Chefe de Laboratorio de Patologia  
geral

Chefe de Clinica da Clinica Medica  
Propedeutica

Generalidades sobre constituição — Bouchard diz que a constituição é tudo quanto concerne ás variações individuais na estrutura e na arquitetura do corpo, na proporção dos órgãos, dos aparelhos, do organismo inteiro, na adaptação fisica de cada parte á sua função, na repartição da materia, quer na totalidade do organismo, quer em cada elemento.

Para Ontaneda e Arthur Leon Lopez, a ciencia das constituições, que por si está tomando dia a dia maior incremento e está interessando cada vez mais não só ao biologo, ao clínico como tambem ao higienista, tem na antropometria um elemento que representa um papel muito importante para o estudo das constituições; sobretudo, a moderna orientação da mesma que a faz, não uma ciencia mais ou menos empirica e com fundamentos abstratos, mas uma verdadeira antropometria constitucionalistica individual, fundada em principios fisiologicos, que têm entusiasmado de uma maneira notavel a Escola Italiana de De Giovanni e Viola.

Rossi, referindo-se á constituição, diz — que é um conjunto de variações normais e individuais, com relação á sua estrutura geral, á disposição de seus órgãos e sua relação reciproca ou estado geral que resulta para um individuo do conjunto das condições de organização que lhe são proprias.

Araoz Alfaro, tratando da constituição, diz que ela se forma por hereditariedade (patrimonio hereditario de Le Dantec), desde logo, e pelos diversos fatores que, desde a vida intrauterina até a idade adulta, vão exercendo ação sobre o organismo em desenvolvimento. No conceito indicado, a constituição não é só uma designação morfológica sinão tambem funcional, e de disposição á ação das causas morbidas.

O problema do estudo da constituição, segundo Castelano, deve ter como finalidade o melhor conhecimento do individuo são ou enfermo, analisando em seu conjunto os multiplos fatores que atuam na formação e desenvolvimento do organismo, compreendendo a totalidade individual que o caracterizam, isto é, o estado corporal de Bauer, o genotipo de Johannsen, que se póde decompor em duas partes: as qualidades hereditarias, que constituem a constituição ou o genotipo de Johannsen, idiotipo de Lenz e Siemens e as qualidades adquiridas durante a vida intra ou extrauterina, sob a ação dos fatores externos



ou de acomodações do organismo, isto é, a condição de Tandler, o paratipo de Lanz e Siemens e asomovariações de Toenniesen.

Para Rossi, a constituição de um individuo depende de tres fatores: a) do estado do esqueleto; b) da musculatura; c) do panículo adiposo.

Conforme o maior ou menor grau de desenvolvimento destes tecidos, se dirá que a constituição é robusta, mediana ou débil.

Duas classes de fatores contribuem a dar ao individuo o seu tipo constitucional: a) os endogenos (herança, secreções internas); b) os exogenos (ambiente, profissão, alimentação etc.)

“O habito externo” do individuo pode sofrer variações, quando as manifestações morfológicas se afastam do normal.

Os diversos tipos morfológicos recebem denominações diferentes, segundo seus autores.

Assim, o professor Rocha Vaz aconselha a classificação estabelecida por Walter Mills, por ser simples a sua base, uteis os seus ensinamentos e pratica a sua aplicação.

Para Walter Mills, dois tipos morfológicos se apresentam nitidamente diferentes, e entre eles ha outros que formam a transição dos extremos.

Hiperstenico e Astenico, eis a denominação dos dois primeiros: Mesostenico e Hipostenico, são designados os ultimos.

Rossi classifica os tipos em apopleticos, astenico constitucional de Stiller e tisico.

De Giovanni classificou os individuos de acordo com a sua constituição, em: normotipo, longilineos, brevilineos.

De outro lado, Bennek e Viola, estudando a constituição individual, admitem tres tipos distintos: Normosplaenico ou Normosomico de Alfaro, Microsplaenico ou iperevolutu, Macroesplaenico ou Involutu.

Quando só uma das partes do organismo é anormal, fazemos referencia ao “estado”, que se pode dividir em: estado toracico de Freuder, estado timo linfatico de Paltauf, estado hipoplastico de Bartel.

Sigaud e seus discipulos, baseando-se na acentuação mecanica do desenvolvimento dos órgãos respiratorios ou digestivos, o desenvolvimento da musculatura, do cerebro e do sistema nervoso, construíram um tipo respiratorio, digestivo, muscular e cerebral, segundo principios de divisão, e que dominavam ideias muito sãs teoricamente, porém, sem utilidade pratica, fracassando francamente no sexo feminino.

Coerper, estudando os tipos constitucionais nas crianças tuberculosas, adotou a classificação de Sigaud: tipo digestivo, muscular (atletico de Kretschmer), respiratorio, cerebral (que com o tipo respiratorio encerram o chamado por Coerper tipo astenico).

Aos 8 anos, aparecem nas meninas uma forma que Coerper define como tipo feminino **fofo**, derivando do tipo muscular e não do digestivo.

Simon e Redeker, depois de acentuar a importancia dos diferentes tipos constitucionais para a compreensão dos sintomas gerais da tuberculose na criança advertem que não se pode estabelecer nenhu-



na relação entre uma ou outra forma do habito e a existencia ou não da tuberculose.

Nenhuma das constituições infantis tem em si uma disposição para contrair a enfermidade; não ha tipos constitucionais que façam suspeitar a enfermidade, como também não ha os que a excluam.

### Herança de predisposição anatomica

Mais frequente é a herança da predisposição, acompanhada de uma arquitetura anatomica típica (Bosco). Os predispostos por serem produto de pais enfermos, apresentam uma organização mesquinha e uma diminuta resistencia humoral, isto é, um terreno dos mais favoraveis para o desenvolvimento e evolução da tuberculose.

Argumentos clinicos variados afirmam esses conceito. Os filhos de pais tuberculosos e mãis sadias, ainda que separados do lar, adquirem a tuberculose. Os filhos de mãis tuberculosas e pais sãos têm maiores probabilidades de adoecer porque, á herança da predisposição especifica, se junta a probabilidade de se haver transmitido o bacilo durante a vida intrauterina.

A predisposição especifica foi demonstrada na obra de preservação social estabelecida em França, Alemanha e em outros paises.

Müller, em interessante artigo sobre "considerações gerais sobre a constituição", diz o seguinte: Não conhecemos nenhum habito exterior que indique uma predisposição especifica á tuberculose, porém, sabemos que o habito astenico ou degenerativo e uma deficiente conformação do torax e até, o retardamento infantil, são a consequencia de uma tuberculose anterior. — Ao linfatismo devemos atribuir alguma importancia como um principio até certo grau de prevenção só que é muito difficil precisar-se o conceito "Linfatismo". — Na frequente coincidência entre hipertireose e tuberculose, não cabe duvida que a primeira exerce um influxo desfavoravel sobre a segunda. Ha uma disposição organica á tuberculose, mas de carater inteiramente desconhecido. Não nos é possivel ver si um orgão ou um individuo é sensível ou não á ação da tuberculose, nem muito menos nos basta o habito ou o exame microscopico para saber de que classe são as forças defensivas gerais e não especificas do organismo que determinam manifestamente a sorte do individuo infectado de tuberculose.

Estas forças são indubitavelmente muito mais importantes que os fenomenos de inuunização especifica que seguem a raiz da infecção na infancia.

E' principalmente a Landouzy e Loederich que devemos o conhecimento de certo numero de fatos, pelos quais estes sabios pretendem demonstrar a influencia dos venenos tuberculosos sobre a genese das malformações cardio-arteriais ou a da infecção bacilar sobre certas lesões congenitas osseas (incurvação, pied bot, etc.) e sobre o que convençionamos chamar "heredo-predisposição tuberculosa".

Muito se tem discutido, durante os ultimos anos, especialmente consagrados ao estudo da tuberculose, a questão de saber si as crianças nascidas de pais tuberculosos, porém não infectadas, não bacilíferas ao nascer, trazem frequentemente taras organicas que as tornam



mais sensíveis á infecção, mais receptivas do que as filhas de pais indenes. E' um problema dos mais importantes para a orientação metódica da ação social antituberculosa (Calmette) (300).

Batz, no Congresso Internacional de Tuberculose, em 1925, estudando os caracteres físicos do estado são e do estado pretuberculoso, na população escolar de Areachow, chegou á seguinte conclusão: 1.º) Qualquer que seja o sexo, a estatura das crianças de 6 a 13 anos, predispostas á tuberculose, é em geral mais elevada do que nas crianças sãs; 2.º) qualquer que seja o sexo, o perimetro toracico e o peso são menores nas crianças predispostas á tuberculose do que nas crianças sãs. Esse autor diz mais ainda que tem constatado que os caracteres antropométricos de varias crianças não permitem que elas tenham uma predisposição á tuberculose. Concluiremos, diz Batz, que o crescimento, na maioria dos casos, não tem influencia sobre a aparição da tuberculose pulmonar, durante o periodo da puberdade.

Variot diz que si o heredo-contagio diréto é excepcional, não acontece o mesmo com a heredo-predisposição ou hereditariedade de terreno. — Nstas circunstancias, os pais transmitem a seus descendentes, ao mesmo tempo que sua semelhança morfológica, sua constituição organica, seu tipo de nutrição, suas aptidões a contrair igualmente tal ou qual infecção.

O Dr. Fontes, no Segundo Congresso Pan Americano de Tuberculose, descrevendo a heredo infecção desta enfermidade, chega ás seguintes conclusões: O legado morbido da mãe ao feto se realiza na infecção tuberculosa por via placentaria, permitindo nos casos mais raros, a evolução do agente etiologico até á forma classica conhecida, representada pelo bastonete acido-alcool-resistente; transmitindo a potencialidade de evolução deste agente, reconhecível através de passagens subsequentes em organismos sensíveis, em casos mais frequentes, e conferindo em casos muito mais numerosos, uma doença tuberculosa atípica, que se manifesta por alterações do sistema linfatico, tais como micro-poliadenia, hiperplasia dos ganglios, por infarctos e hemorragias capilares, por alterações necroticas dos tecidos e das víceras, e por profunda perturbação do metabolismo nutritivo, que pôde atingir ao extremo gráo de determinar a morte.

As lesões e perturbações funcionaes que caracterizam a molestia tuberculosa atípica foram encontradas por todos os investigadores que se têm preocupado com o assunto, mesmo por aqueles que concluem pela não existencia da fórma filtravel do virus, interpretando-as como produzidas por ação toxica.

Esta interpretação não pôde ser mantida em virtude do fato que estas lesões são transmissíveis por inoculação em série, e que elles se repetem mesmo quando o elemento patogenico provém de um organismo que o recebera por legado materno transplacentario.

Na infecção tuberculosa se dá, pois, o heredo-contagio e a herança morbida que d'ele deriva.

Finkelstein, tratando da heredo-infecção, acha que se deve levar em conta tambem uma possível influencia toxica sobre a descendencia.

Segundo alguns investigadores, a tuberculose, de um modo comparavel ás lesões para-sifilíticas, exerceria tambem uma ação toxica



sobre o germen embrionario, não no sentido de uma predisposição específica hereditária para contrair mais tarde a tuberculose, mas por uma alteração embrionário-distrofiante que provoca debilidade vital, inferioridade orgânica e inibição do desenvolvimento.

No convívio diário com os tuberculosos, desde logo despertou a nossa atenção o fato de não encontrarmos somente o tipo clássico constitucional dos tuberculosos, mas também um tipo que se aproxima do normal, portador de diversas formas clínicas de tuberculose pulmonar.

No primeiro momento, ocorreu-nos a falta de concordância entre a forma da doença e a conformação externa e interna do organismo.

Observando atentamente, desde então, todos os indivíduos tuberculosos que passam pelo nosso consultório ou que visitamos a domicílio, tivemos a confirmação de que não é tuberculoso somente o indivíduo astenico... porém, muitas vezes, também o indivíduo de tipo normal, mesmo o tipo atleta (assim como nem todos os tipos astenicos são tuberculosos).

O tipo clássico do organismo do tuberculoso pulmonar, como muito bem mostram as fotografias nos. 1, 2, 3 e os dados antropométricos correspondentes a elas, apresenta-se do seguinte modo: O esqueleto delgado, torax estreito, musculatura flácida, certa debilidade dos componentes do tecido conjuntivo que conduzem á ptose dos órgãos internos (estômago, intestino, fígado e rins), dos testículos, desvio do útero, eventualmente o abdômen em pendula (esplanenoptose). Um torax chato, paratítico, com suas consequências para o coração e o diafragma e o desenvolvimento do crescimento dos órgãos do torax e do abdômen (coração gnotiforme), fígado vertical, apoio deficiente dos rins, especialmente do direito pela debilidade do **quadrado dos lombos** e do **psaos** e o tronco largo e delgado que encontram sua expressão matemática no índice de Becher-Lenhoff

$$= \frac{\text{Distancia jugulopúbica}}{\text{circunferencia abdominal}} \cdot 100 > 75$$

10.<sup>a</sup> costela flutuante, estreitamento da abertura superior do torax, completam o quadro do tipo astenico.

Neste tipo constitucional, as fossas supra-espinhosas estão deprimidas e, como frequentemente o processo inicial é unilateral, uma fossa é mais profunda que a oposta, aparentando uma excavação pela amiotrofia dos músculos limitantes, pela absorção do tecido adiposo e, principalmente, pela retração pleuro-pulmonar consecutiva ao achatamento da parte superior.

As clavículas são salientes; a fossa de Morenheim, mais pronunciada que de costume, com uma ligeira depressão subclavicular interna e pelo achatamento estendido desde a mesma até o mamelão, por atrofia do grande peitoral; esta atrofia, unida á saliência do hombro, exagera o sulco deltopeitoral e., por si só, diminui o sulco de **Sibson**; uma maior evidencia dos espaços intercostais, uma obliquidade mais exagerada das costelas.

De ordinario o angulo de Louis está especialmente pronunciado;



o diametro esterno-vertebral, assim como o transversal, está sumamente reduzido, o angulo epigastrico é agudo e os espaços intercostais são anormalmente estreitos.

Observada a região posterior do torax, comprova-se tambem a assimetria das regiões homologas; a linha trapezoideana perdeu sua nitidez e appareceu como caída; curvatura vertebral, do mesmo modo que ligeira escoliose, normal nesta altura, torna-se exagerada em certos casos; a atrofia dos musculos supra e infra-espinhosos e a correlativa aparição do achatamento; a escapula separada da caixa toracica, desviando-se da linha media e dispondo geralmente sua borda espinhal paralela á linha vertical.

Os hombros caídos, sua conformação anterior quasi em plano tangente ao externo e sua armação apresentando um relevo maior que o normal. Esta disposição dá aspecto de peito comprimido e, como os hombros se projetam para diante e as escapulas são salientes, o enfermo toma um habito exterior inconfundivel que possui uma expressão tão propria que orienta o diagnostico.

Essas fórmas anormais do torax são frequentes e de muito valor clinico, porque, reduzindo a capacidade toracica, comprometem a estabilidade anatomica pulmonar e facilitam o desenvolvimento de enfermidades, sendo as mais frequentes a tuberculose pulmonar, o enfisema e a asma.

As alterações da columna vertebral que dão lugar ás formas mórbidas, reconhecem como causa frequente a tuberculose dos corpos vertebraes, o raquitismo, o mal de Pott sifilitico.

Sulco de Harrison — Este sulco é constituido por zonas de retração, que se observam frequentemente nas crianças astenicãs delicadas, em quem uma astenia congenita, combinada com os obstaculos da respiração criados pelas vegetações adenoides ou a hipertrofia das amigdalas, impediu de modo persistente a expansão dos pulmões, produzindo uma atelectasia parcial dos bordos pulmonares e a retração cronica do torax ao largo das linhas das inserções diafragmaticas.

O torax paralitico pôde apresentar-se em duas formas, congenito (hereditario frequentemente) com prejuizo de desenvolvimento (anomalia toracica primitiva) ou adquirido (anomalia toracica secundaria).

Esta ultima fórma é sempre consequencia de processos de retração no tecido pulmonar, como os pertencentes ao quadro da tuberculose cronica. O torax paralitico pôde determinar a disposição anatomica para a afecção tuberculosa. O primeiro anel costal rigido é um obstaculo para o movimento respiratorio do vertice do pulmão, em cujo tecido se imprime muitas vezes em fórma de sulco de pressão.

Segundo investigações experimentais de Bacmeister, esta especie de compressão do pulmão pelo primeiro anel costal, trazendo obstaculos á corrente de ar e de linfa no vertice do pulmão, deve ser considerada como causa da colonização, no mesmo, das bacilos tuberculosos que circulam no sangue.

Esta investigação não pode ser confirmada por Iwasaki; tão pouco Wenckebach pôde encontrar um paralelismo entre a estreiteza da primeira costela e a tuberculose apical. Por outro lado, como com bastante frequencia encontramos a tuberculose pulmonar em torax



normal e até amplo, fundamenta-se cada vez mais o dogma existente desde Hipocrates do habito fisico, quer dizer a disposição para a tuberculose pulmonar fundada anatomicamente na configuração da caixa toracica. A estreiteza do torax na tuberculose pulmonar, devemos considera-la mais como consequencia de uma infeção tuberculosa apresentada na juventude, do que como um fator predisponente para a infeção tuberculosa (F. Müller).

Barlaro afirma que em diversas ocasiões, em certos casos de tuberculose não encontrou esta forma de torax, mas o inverso, o torax emfisematoso, o torax globoso, ou tambem chamado em forma de tonel.

Baumeister diz que devemos admitir que esta forma toracica, torax fisico, é a consequencia de um transtorno da constituição geral, e não crer que se desenvolva secundariamente a uma tuberculose pulmonar preexistente, como dizem muitos autores.

A anomalia que determina o transtorno do desenvolvimento toracico não está só representada pelos fatores que já enumeramos, mas por uma série de manifestações que constitue o chamado "habito astenico".

O progresso da tuberculose no pulmão, modificando a entrada e a saída de ar, e a atrofia muscular devida ás toxinas tuberculosas em circulação, altera lentamente a arquitetura toracica, que diminue os seus diametros e adota progressivamente a forma classica descrita como de torax paralitico ou em expiração permanente.

Como já tivemos oportunidade de mencionar mais acima, além do tipo classico da tuberculose pulmonar, existem portadores desta enfermidade com os tipos Mesostenico e mesmo Hiperstenico, como podemos demonstrar pelas fotografias que juntamos a este trabalho.

Aparentemente, os nossos casos não possuíam aspecto denunciador de enfermidade pulmonar; entretanto, o exame clinico, radiologico e bacteriologico confirmou tratar-se de tuberculose pulmonar.

Assim, estes individuos mais ou menos robustos vieram ao nosso consultorio queixando-se de um certo numero de sintomas que despertaram a nossa atenção imediatamente para um exame minucioso do aparelho respiratorio.

O torax destes pacientes tinham quasi todos uma configuração simetrica, boa elasticidade, funcionamento perfeito dos musculos inspiratorios e expiratorios. Bom desenvolvimento dos tecidos muscular e adiposo, que impediam até certo ponto a verificação das fossas supra e infra espinhosas, supra e infra claviculares e da fosseta de Morenheim.

Os dados antropometricos que obtivemos no estudo dos tipos constitucionais desses individuos vêm confirmar que se afastam do tipo astenico e se aproximam perfeitamente dos tipos Mesostenicos e Hiperstenicos.

De todos os casos que tivemos ocasião de examinar, resalta desde logo uma circustancia especial: é que, além do tipo Astenico classico da tuberculose pulmonar, existem todas as variantes no que diz respeito á configuração torácica nesta enfermidade.



### CONCLUSÕES

- 1.º) Nenhuma das constituições infantis tem em si uma disposição para contrahir a enfermidade; não ha tipos constitucionais que façam suspeitar a enfermidade, como também não ha os que a excluam (Simon Müller e Redeker).
- 2.º) Existem tuberculosos que apresentam um tipo constitucional normal.
- 3.º) E' muito comum observarmos o tipo astenico em tuberculosos no ultimo periodo da doença, quando antes tinham um tipo constitucional diferente.
- 4.º) Nas nossas observações, temos o tipo constitucional classico de tuberculoso, assim como tuberculosos que nunca tiveram esse tipo organico.
- 5.º) A hereditariedade de predisposição anatomica, na tuberculose, é um assunto ainda em estudo e de grande interesse medico-social.
- 6.º) Os tuberculosos com o tipo astenico, na sua generalidade, apresentam grandes dificuldades ao tratamento e á cura.
- 7.º) Além do tipo astenico, classico de tuberculose, ha ainda o tuberculoso portador dos tipos hiperstenico e mesostenico.

### OBSERVAÇÕES

- Obs 1) J. F. — 18 anos — 48 Kg 600 — altura 1,72.  
 Seis tios paternos faleceram de tuberculose pulmonar  
 I. Mx. — 78  
 Ex. Mx. — 74  
 P. Tor. — 76  
 Spirom. — 1,500  
 Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1,250 — 1,250  
 Altura do esterno: — 19 cm.  
 Indice de Pignet — 38  
 “ “ Strohl — 0,25  
 “ respiratorio de Hirtz 4  
 Diagnostico — Tuberculose Pulmonar (forma broncho-pneumonica)  
 Pneumotorax artificial — unilateral  
 Bacilo de Kock — positivo  
 Fotografias nos. 10 — 11 — 12.
- Obs. 2) R. R. — 21 anos — 59 Kg. — altura 1,69  
 I. Mx. — 90  
 Ex. Mx. — 84  
 P. Tor. — 88  
 Spirom. — 2,400  
 Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1 litro — 0,750  
 Altura do esterno: 20 cm.  
 Indice de Pignet — 22  
 “ “ Strohl — 0,22  
 “ respiratorio de Hirtz 6



Diagnostico — Tuberculose Pulmonar (Pneumotorax artificial unilateral) (Lobite super. direita)

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 3) J. F. — 22 anos — 55 Kg. — altura 1,71

Não houve caso de tuberculose na familia

I. Mx. — 88

Ex. Mx. — 83

P. Tor. — 86

Spirom. — 2,700

Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 2 litros — 2 litros

Altura do esterno — 20 cm.

Indice de Pignet — 20

“ “ Strohl — 0,12

“ respiratorio de Hirtz 5

Diagnostico — Tuberculose Pulmonar unilateral (Infiltração parenquimatosa infra clavicular “E”)

Pneumotorax artificial — unilateral

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 4) L. C. — 24 anos — 65 Kg. 900 — altura 1,84

2 irmãos faleceram de tuberculose

I. Mx. — 92

Ex. Mx. — 82

Spirom. — 5 litros

Capacidade de Hutchenson: 0,500 — 2 litros — 1,250

Altura do esterno —

Indice de Pignet — 33

“ “ Strohl — 0,13

“ respiratorio de Hirtz 10

Diagnostico — Tuberculose pulmonar (Forma fibrosa intersticial)

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 5) A. O. S. — 58 anos — 55 Kg. 2 — altura 1,62

2 cunhados faleceram de tuberculose pulmonar

I. Mx. — 89

Ex. Mx. — 83

P. Tro. — 86

Spirom. — 1,500

Capacidade de Hutchinson: 0,600 — 2 litros — 0,500

Altura do esterno — 20 cm.

Indice de Pignet — 27

“ “ Strohl — 0,19

“ respiratorio de Hirtz 6

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 6) H. W. — 25 anos — 55 Kg. 800 — altura 1,78

Nunca houve caso de tuberculose na familia.

I. Mx. — 90

Ex. Mx. — 84

P. Tor. — 88



Spirom. — 2,700  
 Capacidade de Hutchinson: 0,600 — 1 litro — 0,750  
 Altura do esterno — 19  
 Indice de Pignet — 35  
 “ “ Strohl — 0,25  
 “ respiratorio de Hirtz 6  
 Diagnostico — Tuberculose Pulmonar bilateral (forma caseosa)  
 Bacilo de Kock — positivo.  
 Fotografias nos. 1 — 2 — 3.

Obs. 7) J. B. — 21 anos — 62 Kg. 900 — altura 1,82  
 Nunca houve caso de tuberculose na familia.  
 I. Mx. — 85  
 Ex. Mx. — 80  
 P. Tor. — 83  
 Spirom. — 1,900  
 Capacidade de Hutchinson: 0,625 — 2 litros — 1,500  
 Altura do esterno — 22  
 Indice de Pignet — 22  
 “ “ Strohl — 0,15  
 “ respiratorio de Hirtz 5  
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar (Forma ulcero-caseosa bilateral)  
 Bacilo de Kock — positivo.  
 Fotografia n.º 13.

Obs. 8) O. D. — 29 anos — 71 Kg. — altura 1,76  
 Unico caso na familia  
 I. Mx. — 96  
 Ex. Mx. — 86  
 P. Tor. — 91  
 Spirom. — 3,300  
 Capacidade de Hutchinson: 0,250 — 1,500 — 0,750  
 Altura do esterno — 25  
 Indice de Pignet — 14  
 “ “ Strohl — 0,10  
 “ respiratorio de Hirtz 10  
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar (forma ulcerosa)  
 Pneumotorax artificial  
 Bacilo de Kock — positivo  
 Fotografias nos. 4 — 5 — 6.

Obs. 9) P. F. — 26 anos — 73 Kg. 600 — altura 1,73  
 Nunca houve caso de tuberculose na familia.  
 I. Mx. — 99  
 Ex. Mx. — 92  
 P. Tor. — 96  
 Spirom. — 2 litros  
 Capacidade de Hutchinson: 0,250 — 0,750 — 0,750



Altura do esterno — 23  
 Índice de Pignet — 6  
 “ “ Strohl — 0,14  
 “ respiratorio de Hirtz 7  
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar (forma ulcerosa)  
 Pneumotorax artificial  
 Bacilo de Kock — positivo

Fotografias nos. 7 — 8 — 9.

- Obs. 10) I. A. — 26 anos — 57 Kg. 400 — altura 1,54  
 Um tio tuberculoso  
 I. Mx. — 89  
 Ex. Mx. — 84  
 P. Tor. — 87  
 Spirom. — 1,100  
 Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1 litro — 0,750  
 Altura do esterno — 22 cm.  
 Índice de Pignet — 10  
 “ “ Strohl — 0,22  
 “ respiratorio de Hirtz 5  
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar (ulcero-fibrosa fibro-  
 torax)  
 Bacilo de Kock — positivo
- Obs. 11) A. M. — 28 anos — 44 Kg. 200 — altura 1,5  
 Ignora caso de tuberculose na familia  
 I. Mx. — 81  
 Ex. Mx. — 76  
 P. Tor. — 79  
 Spirom. — 2,200  
 Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1,500 — 1,250  
 Altura do esterno — 19 cm.  
 Índice de Pignet — 28  
 “ “ Strohl — 0,22  
 “ respiratorio de Hirtz 4  
 Diagnostico — Tuberculose pulmonar bilateral (forma no-  
 dular discreta)  
 Bacilo de Kock — positivo.
- Obs. 12) F. S. — 25 anos — 61 Kg. — altura 1,64  
 Não existem casos de tuberculose na familia.  
 I. Mx. — 88  
 Ex. Mx. — 80  
 P. Tor. — 86  
 Spirom. — 2 litros  
 Capacidade de Hutchinson: 0,600 — 1,750 — 1,250  
 Altura do esterno — 21 cm.  
 Índice de Pignet — 17  
 “ “ Strohl — 0,16  
 “ respiratorio de Hirtz 8



Diagnostico— Tuberculose pulmonar unilateral (forma fibro caseosa)

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 13) F. W. — 26 anos — 87 Kg. — altura 1,67

Um cunhado faleceu de tuberculose

I. Mx. — 107

Ex. Mx. — 100

P. Tor. — 104

Spirom. — 2,200

Capacidade de Hutchinson: 0,500 — 1,500 — 2 litros

Altura do esterno — 18 cm.

Indice de Pignet — 37

“ “ Strohl — 0,12

“ respiratorio de Hirtz 7

Diagnostico — Tuberculose pulmonar (forma fibrosa)

Bacilo de Kock — positivo.

Obs. 14) A. G. — 20 anos — 51 Kg. 600 — 1,69

Um tio tuberculoso

I. Mx. — 84

Ex. Mx. — 79

P. Tor. — 81

Spirom. — 1,800

Capacidade de Hutchinson: 0,750 — 2 litros — 2 litros

Altura do esterno — 24 cm.

Indice de Pignet — 37

“ “ Strohl — 0,15

“ respiratorio de Hirtz 5

Diagnostico — Tuberculose pulmonar bilateral (forma miliar e peritonite tuberculosa)

Bacilo de Kock — positivo.



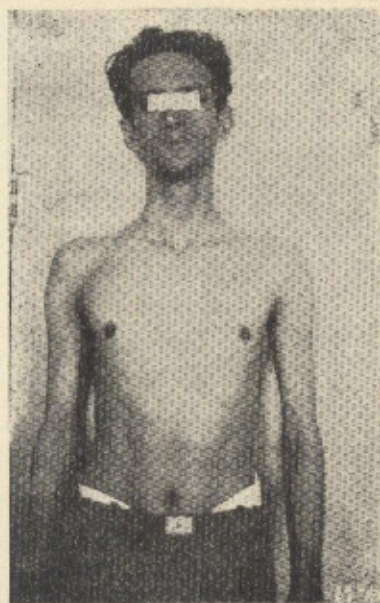


Fig. n.º 1



Fig. n.º 2

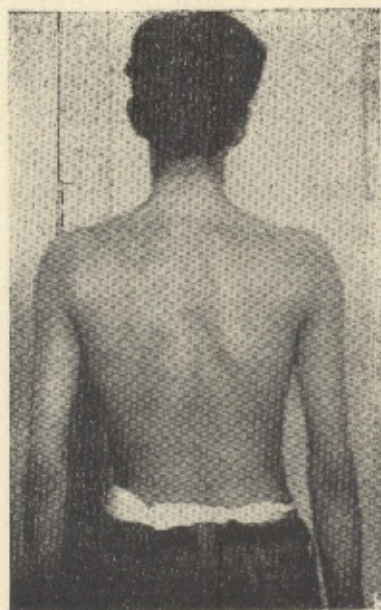


Fig. n.º 3





Fig. n.º 4

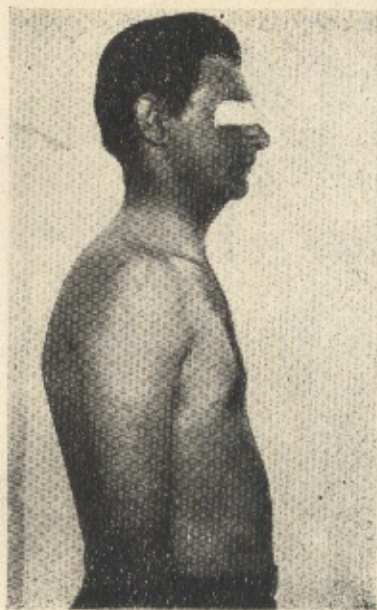


Fig. n.º 5

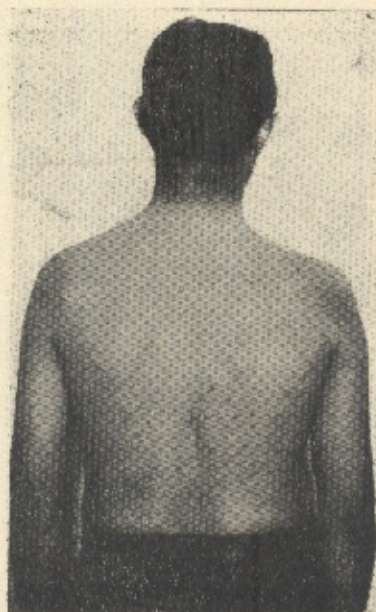


Fig. n.º 6



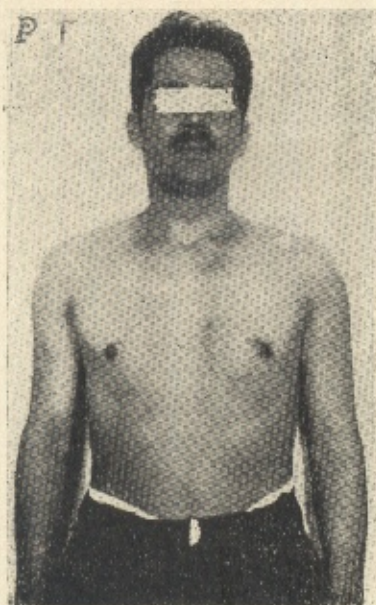


Fig. n.º 7



Fig. n.º 8

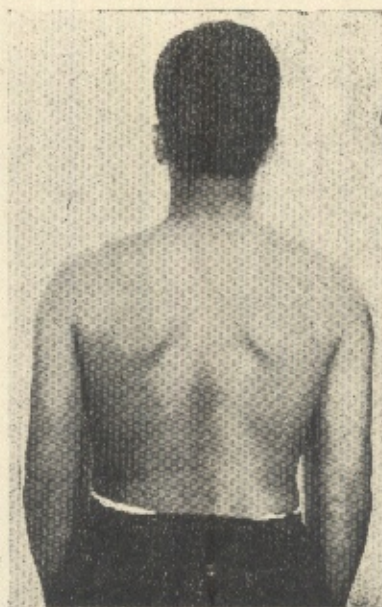


Fig. n.º 9



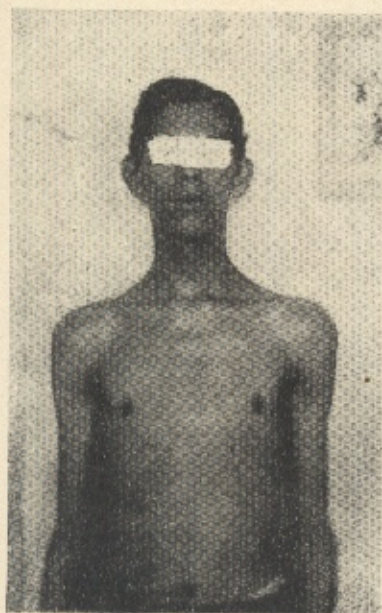


Fig. n.º 11

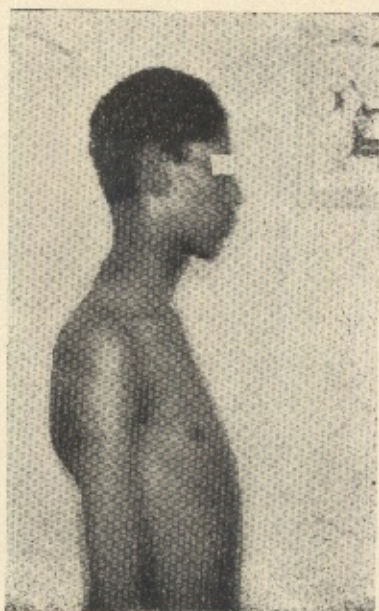


Fig. n.º 10

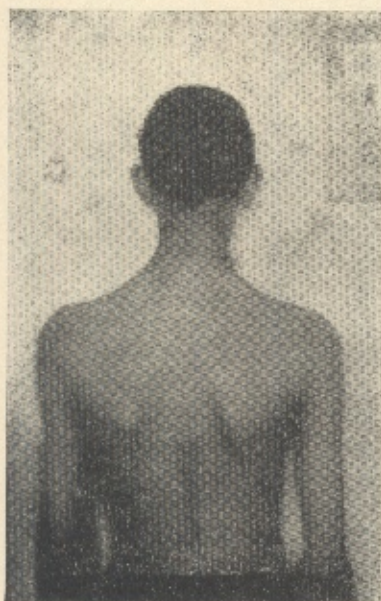


Fig. n.º 12



Fig. n.º 13



# Sociedade de Medicina

Presidente: Prof. OTAVIO DE SOUZA

Secretarios: Prof. TOMAZ MARIANTE  
Dr. NINO MARSIAJ

---

## Comunicações

---

### Ginecomastia unilateral primitiva

por

Jacinto Godoi e D. Soares de Souza

A. D. P. com 19 annos de idade, branco, solteiro, lavrador, natural deste Estado, baixou ao nosso serviço no Hóspital São Pedro sob a pap. 3148. Motivou a internação um estado de confusão mental onírica.

E' um rapaz alto, magro com membros longos e frageis. O rosto conformado em losango com predominancia lateral das arcadas zigomaticas traz, em linhas suaves, uma expressão androginoide. A cabeça levemente oval apresenta cabelos lisos, abundantes de um louro mate. A testa curta desce verticalmente e se termina em arcadas orbitarias salientes. Supercilios regulares. As orelhas são um tanto despegadas do craneo e com lobulos adherentes. Um nariz fino, longo, com narinas adelgaçadas em cima e boca pequena, polpuda e contraída. Queixo forte, bi-partido. No labio superior e mento, penugem. Pelos mais grossos á barba. Os olhos pequenos têm uma expressão de timidez. Iris azul. O tronco desce em linhas paralelas e se continua sem demarcação da cintura com uma bacia alargada. Tipo longilinio. Orgãos sexuais normalmente desenvolvidos. Pelos abundantes ao pubis; mais raros nas axilas. Pele lisa, macia e de um rosa palido.

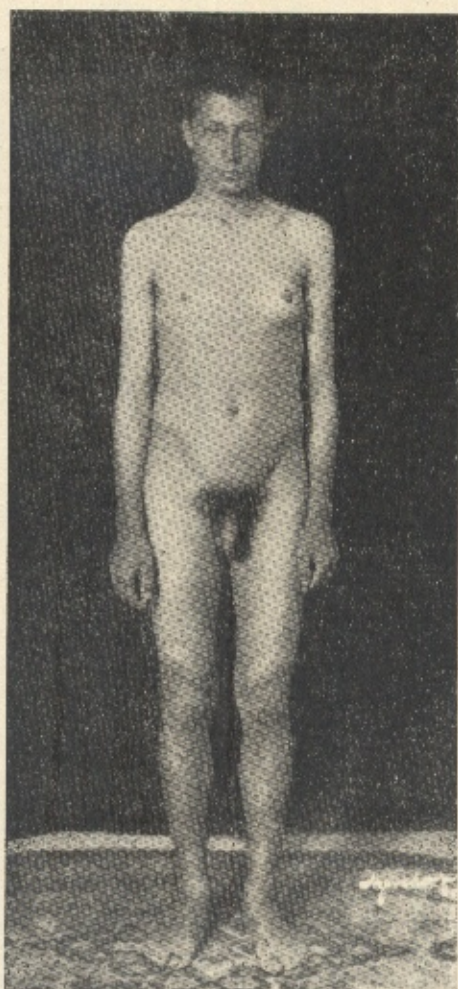
No hemitorax esquerdo, o paciente apresenta um seio grande como um punho que se eleva em contraste acentuado com o outro hemitorax inteiramente chato. E' discoidal, curvo e gracioso como o de uma rapariga recém pubere. Sobre o seio a areola parda é mais pigmentada que a do lado oposto. Tuberculos de Morgagni e pelos disseminados na areola. Um mamilo chato maior que o do lado oposto, completa o seio.

O desenvolvimento se iniciou quando o paciente contava apenas 12 anos de idade. Paulatinamente creceu e, ao atingir o paciente 15 anos, ganhára já o volume que apresenta atualmente. Dos 15 aos 19 permaneceu inalterado. A' apalpação sente-se a consistencia firme e a constituição lobular da glandula mamaria. A' pressão, gotas de serosidade brotam do mamilo. Dor espontanea e á pressão.

O lado esquerdo apresenta-se mais gracil que o direito. O osso



iliaco é um pouco mais baixo neste lado; á direita a nádega termina bem chanfrada e suavemente á esquerda.



Medidas: altura: 1m74. Peso 64 k. Índice cefálico 76,3 cm.-sub-dolicocefalo. Diâmetros: biacromial 32 cm., bitrocantariano 31,5 cm. bi-ilíaco 28 cm. Bi-espinal 24 cm., comprimento do membro inferior 95 cm. comprimento do membro superior 75 cm. Mama: diâmetro transversal 13,5 cm. Diâmetro vertical 11 cm. Antero posterior 5,5 cm. Areola 25 mm. No hemitorax direito 18 mm. de diâmetro. Mamillo: 8 mm. no hemitorax direito 4 mm. de diâmetro. Pulso: 84. Tensão arterial 11/8. Reflexos normais R. O. C. positivo. Força muscular boa. Função sexual: o paciente não teve contato sexual; não se masturba.

Em nosso caso o diagnóstico é bem fácil: ginecomastia unilateral. O diagnóstico diferencial com um processo de mamite se justificaria



nos primeiros tempos da hipertrofia da glandula. Presentemente entretanto não cremos que venha a ser util. Os elementos que nos oferecem o tempo decorrido (8 anos) dos primeiros sinais da hipertrofia até o estado actual, o desenvolvimento regular e paulatino, a permanencia do mesmo volume ha 5 anos, a extensão maior e pigmentação mais escura da areola, maior volume do mamilo e a constituição glandular que nos revela a apalpação são dados suficientes para confirmar o nosso diagnostico.

As ginecomastias quando apparecem durante o período puberal são acompanhadas geralmente de outros caracteres secundarios que denotam o sexo feminino. Em nosso paciente, a hipertrofia mamaria foi notada aos 12 anos. Era bem o período pré-pubere si não aceitarmos a precocidade puberal do paciente. Entretanto, exceptuado um leve aspecto androginoide mais nitido do lado esquerdo e para o qual muito coopera a expressão fisionomica do paciente, nada encontramos que denote o sexo oposto. Morfologicamente o nosso paciente, entra no tipo longilineo da classificação de Pende. A quasi igualdade dos diametros bi-acromial e bi-trocantariano, as extremidades longas e frageis sem relevos musculares acusados, o paralelismo das linhas laterais de tronco, a deficiencia do paniculo adiposo completam a morfologia dando ao nosso paciente o aspecto de inconfundivel esbeltez caracteristica do tipo longilineo. A sua virilidade se afirma através órgãos sexuais regularmente desenvolvidos, sistema piloso bem distribuido e abundante, a voz grave. Assim, essa ginecomastia que se iniciou em um período de puberdade precoce não trouxe consigo, como habitualmente acontece, caracteres sexuais secundarios femininos acusados.

Como appareceu essa ginecomastia? De que provem?

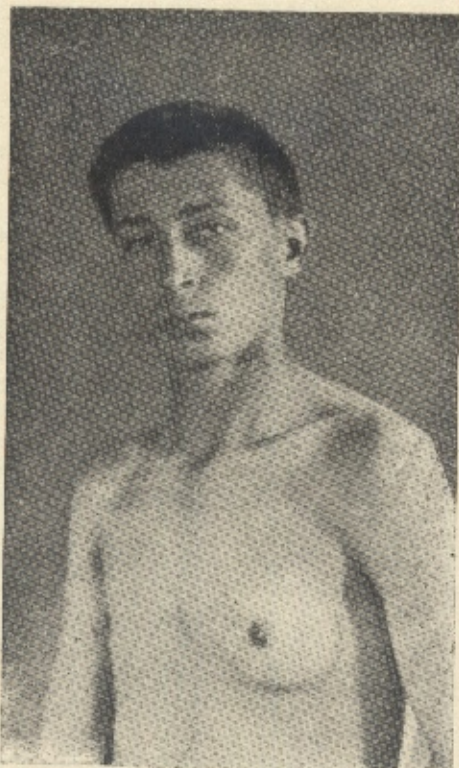
As ginecomastias bi-laterais, como sabemos são raras. Muito mais o são entretanto as unilaterais. Alguns autores observaram casos de ginecomastia unilateral sobrevindo em condições diversas que permitiram uma classificação como a que nos apresenta Decléty:

- 1) Formas primitivas ou essenciaes
- 2) Formas secundarias (a) secundarias a lesões congenitas dos órgãos genitais  
(b) secundarias a lesões adquiridas dos mesmos órgãos.

As ginecomastias classificaveis no segundo grupo propoem a questão das relações entre o desenvolvimento da glandula mamaria e a secreção interna do testiculo. O traumatismo testicular é uma causa relativamente frequente de ginecomastia. Os casos de Bouchereau, Baumgartner, Cockaine, Goullioud e Decléty ilustram essa asserção. Mas não só os traumatismos; tambem outras causas que lesam o testiculo tais os tumores do epididimo, varicoceles, orquites dão origem á ginecomastia. Essas causas não exgotam a patogenia da hipertrofia da glandula mamaria. E aqui deparam-se-nos interrogações: como age uma lesão testicular que dá origem a uma hipertrofia mamaria? Será anulando um reflexo inhibitor de um hormonio como pensa Decléty? Será suspendendo temporariamente a ação de um harmozonio testicular? E poderemos falar na ação isolada do testiculo? Ou devemos am-



parar-nos á idéa de uma sinergia glandular? E que função desempenha o sistema nervoso vegetativo nessas manifestações? e qual a fecundidade do conceito de neurocrinia? São estas algumas perguntas que se propõem em face a um caso de ginecomastia.



Na historia do nosso caso não ha indicação alguma de traumatismo testicular anterior á ginecomastia. Nós o incluímos no primeiro grupo nas formas primitivas. Não nos iludimos entretanto dessa "essencialidade". Não cremos que os processos normais da puberdade possam trazer em si o germe de uma anomalia. Casos como o nosso de ginecomastia unilateral primitiva foram observados por Schmidt, Carrara, Hutchinson, Skillern, Decléty e alguns outros. Em todos eles as investigações biologicas foram infrutíferas. Tal entretanto não impede que suponhamos á base destas alterações morfológicas profundos distúrbios humorais e nervosos.

Metabolismo basico: normal  $\frac{+}{\ominus}$  10% (praticado pelo Dr. José Sarmiento Barata).

R. de Wassermann e Meinicke no soro sanguineo: negativas.

Líquido cefalo-raqueano: Alb. Tot.: 0,18 p. litro.

R. de Nonne—Appelt, Weichbrodt, Pandi, Takata—Ara, Wassermann e Meinicke: negativas.

Benjoim: 000002220000000. Citologia: 1,2 p. mm<sub>2</sub> (exames de sangue e L. C. R. praticados pelo Dr. Telemaco Pires).



## Atas

Ata da sessão realizada a 28 de Outubro de 1932, na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Raul di Primio, Heitor Annes Dias, Nogueira Flôres, Mario Bernd, Bruno Marsiaj, Cassio Annes Dias, Lupi Duarte Leonidas Machado, E. J. Kanan, Poli Espirito, Leonidas Escobar, Edgar Eifler, Villeroy Schneider, Carlos Bento, Batista Hofmeister, Silvio Baldino, Couto Barcelos e Nino Marsiaj, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

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

Passando-se á Ordem do Dia, tomou a palavra o dr. Raul di Primio para lêr sua conferencia "Experiencias e observações feitas no Sino Pneumatico n.º 2 da Ilha das Cobras".

O orador descreve com minucias todo o aparelhamento do Sino Pneumatico n.º 2, expõe as condições higienicas do mesmo e termina fazendo sugestões para melhorar as condições do operario em seu trabalho penoso e exaustivo.

Estando adeantada a hora, o sr. presidente marca para a proxima reunião só communicações verbais e encerra em seguida a sessão.

P. Alegre, 8 de Novembro de 1932.

**Dr. Nino Marsiaj** — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada a 4 de Novembro de 1932, na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Nogueira Flôres, Antero Sarmiento, Martin Gomes, Hugo Pinto Ribeiro, Lupi Duarte, Annes Dias, Mario Bernd, Poli Espirito, Raul di Primio, Huberto Wallau, W. Job, Fayet, Villeroy Schneider, Carlos Bento, Bruno Marsiaj, Alvaro Ferreira, Nino Marsiaj, Edgar Eifler, Ennio Marsiaj e Luiz Barata, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Tomou a palavra o dr. Nogueira Flôres, para comunicar um caso de macroguelia, observado no seu serviço da S. Casa.

Em seguida o dr. Heitor Annes Dias fez considerações sobre um caso de diarréa da Cochinchina por ele observado nesta capital, o qual acredita ser o primeiro descrito no Brasil.

Faz notar a existencia de carotina no sangue dos doentes, de anemia perniciosa e a sua ausencia no caso anterior, lembrando tambem poder ser a côr dos pacientes atacados de anemia perniciosa explicada pela carotinenia. Termina fazendo comentarios sobre a patogenia desta molestia.

Após o dr. Hugo Ribeiro cita um caso de eritrodermia post-arsenobenzolica e outro que atribue á ação toxica do salicilato de sodio empregado no paciente como esclerosante por via endo-venosa. Ambos curaram.

O dr. Tomaz Mariante comunica ter observado em meados do mês de outubro pp. 3 casos de encefalite epidemica, um tipico com exame do liquor revelando taxa elevada de glicose e os dois outros



## Atas

Ata da sessão realizada a 28 de Outubro de 1932, na sala das sessões do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Raul di Primio, Heitor Annes Dias, Nogueira Flôres, Mario Bernd, Bruno Marsiaj, Cassio Annes Dias, Lupi Duarte Leonidas Machado, E. J. Kanan, Poli Espirito, Leonidas Escobar, Edgar Eifler, Villeroy Schneider, Carlos Bento, Batista Hofmeister, Silvio Baldino, Couto Barcelos e Nino Marsiaj, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

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

Passando-se á Ordem do Dia, tomou a palavra o dr. Raul di Primio para lêr sua conferencia "Experiencias e observações feitas no Sino Pneumatico n.º 2 da Ilha das Cobras".

O orador descreve com minucias todo o aparelhamento do Sino Pneumatico n.º 2, expõe as condições higienicas do mesmo e termina fazendo sugestões para melhorar as condições do operario em seu trabalho penoso e exaustivo.

Estando adeantada a hora, o sr. presidente marca para a proxima reunião só communicações verbais e encerra em seguida a sessão.

P. Alegre, 8 de Novembro de 1932.

**Dr. Nino Marsiaj** — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada a 4 de Novembro de 1932, na sala das sessões do Sindicato Médico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Nogueira Flôres, Antero Sarmiento, Martim Gomes, Hugo Pinto Ribeiro, Lupi Duarte, Annes Dias, Mario Bernd, Poli Espirito, Raul di Primio, Huberto Wallau, W. Job, Fayet, Villeroy Schneider, Carlos Bento, Bruno Marsiaj, Alvaro Ferreira, Nino Marsiaj, Edgar Eifler, Ennio Marsiaj e Luiz Barata, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Tomou a palavra o dr. Nogueira Flôres, para comunicar um caso de macroguelia, observado no seu serviço da S. Casa.

Em seguida o dr. Heitor Annes Dias fez considerações sobre um caso de diarréa da Cochinchina por ele observado nesta capital, o qual acredita ser o primeiro descrito no Brasil.

Faz notar a existencia de carotina no sangue dos doentes, de anemia perniciososa e a sua ausencia no caso anterior, lembrando tambem poder ser a côr dos pacientes atacados de anemia perniciososa explicada pela carotinenencia. Termina fazendo comentarios sobre a patogenia desta molestia.

Após o dr. Hugo Ribeiro cita um caso de eritrodermia post-arsenobenzolica e outro que atribue á ação toxica do salicilato de sodio empregado no paciente como esclerosante por via endo-venosa. Ambos curaram.

O dr. Tomaz Mariante comunica ter observado em meados do mês de outubro pp. 3 casos de encefalite epidemica, um tipico com exame do liquor revelando taxa elevada de glicose e os dois outros



frustos. Chama a atenção sobre a possibilidade do desenvolvimento de uma epidemia em Porto Alegre.

Nada mais havendo a tratar, o sr. presidente mandou proceder á passagem de um film sobre a "Ceramica Ciba", gentilmente oferecido pelo sr. Jaury Leal, agente da mesma nesta capital.

Estando adiantada a hora o dr. Otavio de Souza, após isto, encerrou a sessão, marcando para Ordem do Dia da proxima reunião uma conferencia sobre "Tuberculose e constituição", sendo relatores os drs. Couto Barcelos e Carlos Bento.

Porto Alegre, 7 de Novembro de 1932.

**Dr. Nino Marsiaj** — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada a 11 de Novembro de 1932, na sala das sessões do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Presentes os socios srs. drs. Otavio de Souza, Tomaz Mariante, Antero Sarmento, Hugo Ribeiro, Florencio Ygartua, Leonidas Escobar, Lupi Duarte, Heitor Annes Dias, Ricaldone, Nicolino Rocco, Jaime Vignoli, Luiz Fayet, E. J. Kanan, Couto Barcelos, Carlos Bento, Bruno Marsiaj, Helmuth Weinmann, Nino Marsiaj, Nogueira Flôres Cassio Annes Dias e dr. Pedro Marini, de Uruguaiiana, o sr. presidente declarou aberta a sessão.

Lida pelo 1.º secretario a ata da sessão de 28 de outubro pp., foi a mesma aprovada sem emendas.

Lida a ata da reunião de 4 do corrente, pediram a palavra o dr. Nogueira Flôres para dizer que o doente cuja observação apresentou tinha um Linfangioma cavernoso do labio superior apresentando o aspecto da maeroguelia e o dr. Hugo Ribeiro para dizer: 1) que a eritrodermia que observou não foi post-arsenobenzolica e sim após injeção de sulfarsenol e 2) que os doentes não curaram e sim estão melhorando. Aqui ficam as respectivas retificações da ata anterior, que foi em seguida aprovada.

Passando-se á Ordem do Dia, tomou a palavra o dr. Couto Barcelos, que leu um trabalho feito em colaboração com o dr. Carlos Bento, sobre "Tuberculose e constituição".

Após este ultimo leu algumas observações sobre o mesmo assunto. Ambos foram muito aplaudidos. Discutiram o assunto os drs. Tomaz Mariante e Carlos Bento.

Em seguida o dr. Ricaldone comunicou ter retirado com o auxilio do aparelho de Jacobaens uma agulha da cavidade pleural de um doente, no curso de uma descompressão de um pneumotorax terapeutico.

Estando adiantada a hora o sr. presidente marcou para Ordem do Dia da proxima reunião uma conferencia dos drs. Tomaz Mariante e Loforte Gonçalves sobre "Tumor supra-celar por volumosa bolsa de Ratke" e encerrou em seguida a sessão.

Porto Alegre, 12 de Novembro de 1932.

**Dr. Nino Marsiaj** — 1.º secretario.



# Assuntos de atualidade

## A tendência moderna da Cirurgia

por

E. J. Konan

Assistente da 1.ª Clínica Cirúrgica da F. M. P. A.

Vem de se realizar o 41.º Congresso da Associação Francesa de Cirurgia, durante os dias 3 a 8 de outubro do corrente ano, em Paris. Foram apresentadas e discutidas tres questões, que são as seguintes:

- 1) A cirurgia do coração (exceto os traumatismos).
  - a) Cirurgia das pericardites crônicas.
  - b) Cirurgia dos nervos do coração.
- 2) Tratamento cirúrgico das molestias do sangue.
  - a) Hemogenia.
  - b) Ictericia hemolítica.
- 3) Tratamento cirúrgico das artrites crônicas não tuberculosas do quadril.
  - a) Etiologia, anatomia patologica, estudo clinico, noções radiologicas, indicações terapeuticas e operatorias.
  - b) Tratamento cirúrgico: generalidades, tratamentos não cirúrgicos, tratamento cirúrgico, conclusões.

(Para mais detalhes vêde a Presse Médicale, numeros 81, 82, 83, 84 e 86 deste ano.)

Os trabalhos foram abertos com um discurso do prof. Pierre Duval, presidente do Congresso, que é uma peça admiravel de oportunas considerações sobre a orientação moderna da cirurgia. Os conceitos emitidos nessa oração são dum valor incontestavel, que devem ser conhecidos por todos aqueles que se dedicam á cirurgia no verdadeiro sentido científico da palavra.

Analisar ponto por ponto as diversas partes bem concatenadas do discurso do prof. Pierre Duval, é mesmo que traçar toda a evolução rapida da cirurgia. Esta tem tomado um rapido incremento graças aos conhecimentos da anatomia, da dissecação cadaverica, e da clinica, que tem servido de base para a educação cirúrgica atual. E' graças ás noções adquiridas de anatomia — base admiravel de que se tem recorrido a escola de cirurgia francesa — que a técnica operatoria assumiu a perfeição atual. E' considerando sempre a anatomia que se procurava fazer as necessarias inovações no terreno da arte de operar.

Muitos vaticinam a decadencia da cirurgia, porque já se conseguiu tudo que se poderia obter dela. Teve a sua época de esplendor. Tende, agora, a desaparecer.



Considerando um pouco os fatos e examinando certas particularidades, há de se chegar á conclusão de que tal afirmativa não passa dum puro engano. Grandes e dilatados horizontes abrem-se no futuro da cirurgia. Os que pensam na sua decadencia confundem a cirurgia verdadeiramente científica com a técnica operatoria, que não é sinão uma parte dela. Esta, sim, assumiu um grande e deslumbrante progresso que pouco tem a acrescentar, mas aquela tem ainda um vastíssimo campo a explorar.

Si a anatomia, a dissecação no cadaver, e a clinica tem servido de esteio aos conhecimentos atuais da cirurgia, a physio-biologia applicada á mesma servirá de um vastíssimo campo de atividade, abrindo perspectivas até então não exploradas. Os conhecimentos assim adquiridos nortearão toda e qualquer pratica operatoria, solida e cientificamente assentada. O empirismo cederá o lugar á ciencia. Dessa maneira, a anatomia, a clinica e a physiologia serão a tripeça de orientação para todo e qualquer trabalho científico de cirurgia.

Os exemplos não faltam para mostrar a grande influencia da physiologia nos atos operatorios. Quantos fracassos se cometeram, com grande prejuizo para o paciente, pela falta destas noções de physio-biologia? Não é mais justo se conhecer — antes de se realizar qualquer cometimento operatorio, in vivo, por menor que seja o risco de vida — o resultado a que chegou o esforço conjugado da anatomia, da clinica e, por fim, da physiologia? Quantos prejuizos e irreparaveis danos não se evitariam? Haja vista no que concerne a enxada estremepriva na tireoidectomia total e a tetania paratireoidepriva na ablação das paratireoides.

Diz o prof. Pierre Duval: "A historia inteira da cirurgia está aí para mostrar que nas empresas operatorias, nas ablações de órgãos, a possibilidade anatomica tem sido só considerada pela audacia dos primeiros operadores, sem nenhum temor das consequencias physiologicas. Estas, ás vezes infelizes, não tem sido demonstradas sinão pelos resultados nefastos destas operações sobre os nossos doentes, primeiros individuos desta experimentação cirurgica".

A rapidez dos atos operatorios, embasbacando a assistencia, e medida pelos ponteiros do relógio, cederá á supremacia de uma técnica, si bem que mais demorada e, por vezes menos traumatizante, porém, executada por quem possui noções de physiologia applicada ao caso cirurgico. Não ha duvida que a pericia do operador deverá entrar em linha de conta na formação cirurgica. Mas, de que vale um habil cirurgião que manoeja com maestria um bisturi, si cometer erros que redundam em prejuizo á vida do doente, e que poderiam ser evitados, si ao menos conhecesse a parte relativa á physio-biologia do órgão ou tecido a considerar?

A cirurgia experimental está fadada a concorrer poderosamente na aquisição de noções importantes e uteis de physiologia concernente á cirurgia. R. Leriche referindo-se, em artigo recente na Presse Médicale, quanto á influencia da experimentação cirurgica na formação dos que vão dedicar-se á cirurgia, diz textualmente: "A experimentação cirurgica é o melhor dos métodos de preparação á cirurgia. Ela educa as mãos. Ela educa o espirito. Ela impõe a disciplina dum método severo. Ela desenvolve ao maximo o senso critico em relação aos gestos e ás decisões. Ela ensina a observar."

Mais adiante, o mesmo autor continúa: "Doutra parte é certo que, cada vez mais, no futuro, os nossos progressos virão, quasi que exclusivamente da experimentação... E quando a cirurgia acreditou poder prescindir-se da pesquisa experimental, ela tem habitualmente cometido pesadas faltas nos doentes: o mi



xoedema, a tetania, a ulcera peptica post-operatorias são notaveis exemplos, e ha ainda muitos outros."

R. Leriche dirige ha oito anos uma modesta instalação para trabalhos de experimentação cirurgica, creada desde 1919, e anexa á Clinica Cirurgica A, em Strasbourg. Durante este tempo empregaram a sua atividade neste laboratorio de pesquisas patologicas superiores, 39 medicos estrangeiros vindos de diversas partes. Realizaram-se 800 experiencias. Foram feitos muitos trabalhos sobre:

Patologia e cirurgia arterial.

Fisiologia e cirurgia do simpatico

Fisiologia das coronarias e cirurgia dos nervos do coração.

Patologia das veias: flebites e edemas.

Patologia ossea.

Fisiologia gastrica e patologia da ulcera do estomago.

Fisiologia e patologia da vesicula biliar.

Fisiologia e patologia das paratireoides.

A cirurgia experimental exige do cirurgião uma observação acurada, uma grande e tenaz abnegação na consecução das experiencias, e só poderá basear os seus resultados após uma longa e minuciosa série de experimentações. Impõe-se o rigor do método para perfeitas e seguras conclusões.

A cirurgia experimental tende necessariamente a ser um dos fatores preponderantes na educação cirurgica. Esta torna-se, dia a dia, cada vez mais complexa a ponto do prof. Pierre Duval pleitear, separadamente do curso normal de medicina, o doutoramento em cirurgia.

Imprimem-se novos ramos á esta especialidade. O que nos reservará o futuro? A sua decadencia ou o seu fulgor?





## Notas terapeuticas

### Sobre o valor diagnostico da reactivação da lues latente

por

Mercio Xavier

Difícil se torna, em clinica sifiligrafica, nos casos onde faltam estigmas especificos ou dados anamnesticos sem eloquencia, concluir com acerto.

Tais casos, sobretudo em heredo-sifilis, não são tão raros como communmente se supõe. Mesmo na sifilis adquirida e mal tratada, a latencia da infeção, não se manifesta clinicamente por nenhum sinal irrecusavel, se não levamos em conta as syndromes sem valor univoco.

N'estes casos nem sempre a reactivação classica traz uma resposta decisiva, justamente porque a imunologia creada pela lués é difícil de ser impressionada se não for estudado e tratado cada caso em particular, obedecendo portanto á um criterio de investigação metódico.

Tendo tido occasião de suspeitar a lués em casos sem sintomatologia e sem historia comprobatoria e até com provas serologicas negativas e que me vieram consultar, um por eczema generalizado, outro por psoriasis gutata discreto, outro por uma placa de alopecia occipital crostosa, outro por luesfobia prenupcial, fui levado a reativar tais casos empregando o CRINOBI e consegui os resultados brilhantes que passo a relatar, resultados que não me deixaram incidir em erro de tão graves consequencias para os consultantes, erro em que podem ter incidido meus colegas que anteriormente haviam seguido esses mesmos casos.

#### 1.º Caso

Srta. J. M., 19 anos, br., solt. — Nenhum particular de infancia. — Operada por apendicite aguda alguns anos atraz. — Saudavel. — Tratava-se desde algum tempo por uma placa alopeciante em crostas, occipital, polimorfa. Nenhuma alopecia adventicia concomitante em outra região do couro cabeludo. O aspéto clinico da placa estava completamente transformado no momento da consulta pelo tratamento instituido por um colega (R. U. V.).

Diagnostico: epidermite alopeciante. Fui levado a suspeitar a lués, pelo determinismo da alopecia localizada á uma unica região (distrofna neuro-vegetativa) apesar dos dados anamnesticos familiares



serem excelentes e ausencia de quaisquer outros. Note-se que éra cliente de um profissional dos mais competentes a quem por certo não escaparia a noção de heredo-lués si existissem sinais, por insignificantes que fossem, nesse sentido.

Resolvi reativar pelo CRINOBI usando a seguinte tecnica: 6 injeções com intervalos de 3 a 4 dias, dando uma margem de 3 dias após a ultima injeção antes da tomada do material para a R. de B. W.

Resultado: B. W. ....: + + +  
 Hecht .....: + + +  
 Jacobstal .....: + + +

Tratamento especifico instituido: Mais 12 injeções de Crinobi concurrentemente com 18 injeções de Arsaminol. Resultado após tratamento:

B. W., Hecht e Jacobstal: **negativas.**

### 2.º Caso

Sr. G. T. — 33 a., Cas. Br. Pai fal. por limfogramulomatose maligna. Mãe saudavel.

Casado ha tres anos. Antes de se casar, sem outras razões que por conselho de um medico seu amigo faz uma reativação com resultado negativo. Ainda assim segue um tratamento "para se garantir", e as reações serologicas se conservam negativas.

Ha 6 mezes me consultou por eczema agudo generalizado, do qual padeceu por espaço de tres mezes, apresentando albuminuria (traços nitidos) enquanto que a urea e cloretos do sôro se conservam normais.

Passada a "poussée" de eczema, resolvo fazer uma reativação em face da persistencia de traços de albumina irredutivel apezar do serio regime imposto. O cliente se surpreende lembrando-me que seu antigo medico e amigo nunca lhe tinha encontrado sifilis e que nunca a havia adquirido.

Reativação exatamente como no caso n.º 1, com o Crinobi: **B. W. — Hecht — Jacobstal: fortemente positivas.**

Institui um tratamento especifico pelo Crinobi que tive que interromper devido á uma gripe intestinal que acamou por algum tempo o paciente, tratamento que será reiniciado logo que for possivel.

### 3.º Caso

Sr. R. X., 30 a., Br. Solt. — Nenhum particular de infancia. Saudavel. Desde alguns anos trata-se por psoriasis em gotas, discreto; forte seborreia capitis, alopecia concomitante. Prurido vespereal. Consulta-me pela seborreia e alopecia.

Dados de lués adquirida pouco claros.

Tem feito tratamento especifico "intenso" por seu medico assistente. Todas as reações serologicas negativas (?).

O paciente não se quer prestar á reativação, pretendendo que não pode haver sifilis **ativa** no seu caso, pois tem seguido um tratamento quasi que continuo.

Consigo convence-lo, desejoso de apurar a "seriedade" do tratamento invocado pelo consultante.



Mesma tecnica e processo de reativação pelo Crinobi como nos casos anteriores.

Resultado: fortemente positivo.

Tratamento instituido por mim: 18 injeções de Crinobi intercalando o Arsaminol. O paciente melhora consideravelmente da dermatose pruriginosa, enquanto que as placas de psoriasis se conservam mais ou menos inalteradas, um pouco menos aparentes, talvez.

As reações serologicas de saida não foram feitas, o que será pesquisado ao ser recomeçada a segunda serie de injeções de Crinobi.

#### 4.º Caso

D. A., 26 a. Br. solt. Pai saudavel. Mãe + (causa ignorada). Nenhum particular de infancia. Saudavel. Nenhum dado anamnestico venereo. Decejando casar-se dentro de alguns mezes vem consultar-me a conselho de um amigo. Recceia sifilis hereditaria por ter ouvido falar muito nisso e querer se prémunir de algum acidente luetico após suas nupcias.

Faço um exame clinico demorado, não encontrando absolutamente nenhum sinal que me leve á hipotese ou desconfiança de lués, escorado nos dados familiares.

Ainda assim, por desencargo de consciencia, aconselho uma reativação como o unico meio a meu dispôr para lhe dar uma certeza si não absoluta, pelo menos a mais cercada de garantias.

Reativação como nos casos acima, pelo Crinobi.

Resultado serologico: **levemente positivo.**

E' instituido o tratamento especifico pelo Crinobi e Arsaminol, que presentemente está ainda em curso.

#### Conclusão:

Da relação desses quatro casos é eloquente a ação **reativante** do Crinobi em casos onde não se suspeitava a sifilis, ou de interpretação difficil, ao lado de outros (nos. 2 e 3) onde haviam falhado reativação e tratamentos especificos.

Terapeuticamente (caso n.º 1) sua ação combinada com o Arsaminol foi surpreendente. Fica para mim a convicção de que o Crinobi é **realmente**, um preparado de valor curativo indiscutivel, valor que é posto manifestamente em evidencia pelo seu poder reativante em casos de latencia absoluta.

#### ERRATA

No artigo — O que se deve fazer no tumor branco do joelho na criança — do Prof. Nogueira Flôres, publicado no numero anterior, inclua-se em seguida a palavra **diminuir** da pg. 351 e lipha 6, o seguinte: a duração da imobilisação e para acelerar.