

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ORÇÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XII ANO

JUNHO DE 1933

N. 4

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1933

PRESIDENTE

TOMÁS MARIANTE

Catedrático de Cl. Prop. Médica

SECRETARIO GERAL

LEONIDAS ESCOBAR

Assist. de Cl. Médica

VICE-PRESIDENTE

F. YGARTUA

Doc. e chefe de Cl. Pediat. Médica

1.º SECRETARIO

ABI VIANA

1.º Assist. de Cl. Prop. Médica

2.º SECRETARIO

HOMERO JOBIM

Do Lab. Geyer

TESOUREIRO

LUPI DUARTE

ARQUIVISTA

JOSÉ EBOLI

DIREÇÃO CIENTÍFICA

R. DI PRIMIO

Docente de Parasitologia.

E. J. KANAN

Assist. de Cl. Cirurg. da
P. M.

R. MOREIRA

Catedrático da Cl. Ped. Med. e
Hig. Infantil.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

J. FLORES SOARES

REDADORES

**ANNES DIAS
PEREIRA FILHO
P. MACIEL
OTAVIO DE SOUZA
H. WALLAU
NOGUEIRA FLORES
D. MARTINS COSTA
CARLOS BENTO**

**MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
D. SOARES DE SOUZA
WALDEMAR CASTRO
JACINTO GODOI
HELMUTH WEINMANN
WALDEMAR JOB
JACI MONTEIRO**

Assinaluras :

Ano: 25\$000 — 6 meses: 15\$000 — Estranjero: 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 **B. MARCOS**, das 2—4 na séde da Redação

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originais

Prof. GUERRA BLESSMANN — O emprego do Gaz Carbonico nas Anestésias	Pg. 157
JOSE DE FARIA GÓES SOBRINHO — Fundamentos de uma nova Especialização Medica—Medicina de Aviação—Sua pratica no Brasil ..	161
WALDEMAR CASTRO — Lesões hiperplasicas e estados prenoplasicos dos revestimentos malpighianos das mucosas	172
OSWALDO HAMPE — Sobre um processo de apendicectomia (abertura e fechamento do ventre)	175
MARIO BERND — Lepra bolhosa (Considerações a proposito de um caso) ..	181
MARIO ASSIS BRASIL — A Profilaxia da Difteria	188
E. DI PRIMIO — A especie dominante do Plasmodio, na zona endemico-epidémica de malária no Rio Grande do Sul	197
HOMERO JOBIM — O diagnostico biologico da gravidez	199

Sociedade de Medicina

2.º Congresso Medico Sindicalista Brasileiro	203
Atas	205

Assuntos de atualidade

Prof. RAUL MOREIRA — Resumo de alguns trabalhos apresentados ao 2.º Congresso Internacional de Pediatria (Stockolmo 1930)	209
E. J. KANAN — A casa do Medico	213

Necrologia

Professor Hutinel	215
-------------------------	-----

O Sangue é a vida líquida

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

As preparações de cxi-hemoglobina do Laboratorio Clinico Silva Araujo

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

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

Reconstituente e regenerador do globulo vermelho.

E' pelo menos igual aos similares estrangeiros em tudo

EXCETO no PREÇO.

Custa menos da metade dos similares estrangeiros!

NATROL

(Tartaro-Bismutato de sodio)

é um espirilicida extremamente energico que
TEM DADO OS MELHORES RESULTADOS NO TRATAMENTO DA SIFILIS em todos os seus periodos.

Não determina crises nitritoides nem choques hemoclasicos.

SOLUVEL — ATOXICO — INDOLOR

Placas mucosas — Reumatismo sifilitico — Sifilis ossea.

Injeções intramusculares:

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

Pomada de NATROL:

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

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

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

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

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

Trabalhos originaes

O emprego do Gaz Carbonico nas Anesthasias

por

Guerra Blessmann

Catedratico da 2.^a Cadeira de Clinica Cirurgica da Faculdade de Porto Alegre,
da Sociedade Internacional de Cirurgia de Bruxellas.

A inalação de gazes anesthasicos póde chegar a determinar phenomenos de anoxemia ou de acapnia, qualquer que seja o anesthasico, qualquer que seja sua tecnica de administração.

Por anoxemia entendemos uma deficiente oxigenação (aeração) do sangue, e por acapnia, uma diminuição do CO^2 do sangue.

A presença deste ultimo é indispensavel para a atividade do centro respiratorio e desde os trabalhos de Haldane e Priestley sabemos que os movimentos respiratorios são estimulados por uma certa quantidade dele.

No individuo normal o gaz carbonico eliminado a cada expiração é substituido por uma nova porção emanada dos musculos, glandulas, etc. E assim vac continua e sucessivamente se renovando a quantidade necessaria para manter a excitação do centro respiratorio.

A retenção de uma maior quantidade de CO^2 como acontece quando o individuo retém a respiração por algum tempo, é seguida de mais amplos e mais frequentes movimentos respiratorios. O mesmo succede quando o aumento se dá, não por uma retenção, mas sim por uma super-produção, como após exercicios violentos.

Ao contrario, em um individuo normal a eliminação pulmonar de quantidade excessiva de gaz carbonico acarreta dentro de algum tempo uma parada respiratoria, uma apnéa, graças a redução da percentagem de CO^2 necessaria para pôr em atividade o centro respiratorio.

As analyses de sangue arterial e de sangue venoso, bem como, mais especialmente, a dosagem de CO^2 contido no ar alveolar demonstram que ha uma concentração ótima capaz de produzir a excitação. Acima de 10 por cento ha dispnéa, perigo de hemorragia ou de syncope cardiaca. A 4 por cento o efeito estimulante é já bem notado.

O gaz carbonico é um verdadeiro hormonio respiratorio, regula o ritmo dos movimentos respiratorios. A acapnia tornando a respiração superficial e lenta determina uma diminuição do oxigenio a ser fornecido aos tecidos, por isto, como veremos dentro em pouco, para corrigir a anoxemia torna-se tambem necessaria nestes casos a administração de oxigenio.

Gaz carbonico e oxigenio são elementos essenciaes á vida, indispensaveis em certas proporções aos doentes anesthasiados. Sempre que uma alteração fôr notada na quantidade ótima de cada um destes elementos, uma providencia se impõe para bôa marcha da narcose.

Convem esclarecer que o O e o CO^2 si bem que sejam produtos de

origem diversa, pois o primeiro é consumido e o segundo é produzido pelo organismo, ambos podem existir em quantidade baixa ou alta concomitantemente. O sangue fornece o oxigênio aos tecidos, recebe em troca gás carbônico, mas a quantidade de um não depende de proporção em que o outro existe. O oxigênio liga-se á parte ferrica ou pigmentar da hemoglobina enquanto o CO_2 prende-se á parte proteica. A riqueza da hemoglobina em O não influencia de qualquer modo a absorção de CO_2 da mesma forma que o excesso deste ultimo não impede a absorção de O, ao contrario, favorece sua passagem para os tecidos, pois torna-se mais labil a combinação hemoglobina mais oxigênio.

Em toda a narcose normalmente conduzida o carater dos movimentos respiratorios não deve mudar grandemente. Alem da absorção brusca e irregular de muito variaveis quantidades de anestésico, nos casos de respiração irregular, não deve esquecer o anestésista, que o doente pôde em breve apresentar perturbações graves, dependentes dos fenomenos de acapnia e de anoxemia que podem se instalar. Em anestesia incompleta a percepção dolorosa conduz a taquipnéa; esta produzida em ambiente pobre de gás carbônico conduz a acapnia e posteriormente a apnéa. Neste caso a ventilação pulmonar inicialmente excessiva determinou uma redução da percentagem de CO_2 no sangue.

Não devemos contar com a cianose para esclarecer as possiveis dificuldades que venhamos a ter no caso. Ela não está em relação direta com a maior ou menor quantidade de gás carbônico, depende apenas de uma mais ou menos perfeita oxigenação do sangue.

E' facil compreender que em certos casos de forte depressão respiratoria acompanhada de cianose esta pôde ser dominada administrando-se CO_2 , que estimula o centro bulbar da respiração, determinando a possibilidade de uma melhor oxigenação pulmonar do sangue, ao mesmo tempo que facilita a cessão do O pela hemoglobina aos tecidos.

Dooley e Wills não aceitam sómente esta excitação do centro mas acreditam tambem em uma estimulação reflexa das primeiras vias respiratorias á semelhança do amoniaco e do eter.

Estas considerações explicam perfeitamente a base das tecnicas fechadas ou semifechadas hoje correntemente empregadas em narcoses, do mesmo modo que o emprego do gás carbônico em inalação durante, logo após e no primeiro e segundo dia depois da anestesia.

O emprego destas inalações durante a anestesia é bem indicado quando observamos movimentos respiratorios lentos e superficiaes (acapnia), os quaes em geral apparecem depois de uma fase de hiperpnéa verificada frequentemente no periodo de indução da anestesia. A aceleração dos movimentos respiratorios determina uma diminuição do CO_2 do sangue. Daí é facil concluir que quando se trabalha com o metodo fechado ou semifechado, na fase de hiperpnéa assinalada, convém diminuir a quantidade de CO_2 , com o fim de corrigir a hiperpnéa.

Na depressão respiratoria aguda e quando se deseja provocar rapida eliminação do anestésico tambem se deve usar o CO_2 , porem então associado ao O para mais rapidamente modificar a anoxemia.

Nos casos de cianose é preciso estar atento, pois quando uma asfíxia existe é muito mais indicado o O₂; o CO₂ administrado em excesso (10%—20%) sendo capaz de determinar os fenomenos já assinalados. Sword declara que em concentração até 10% do ar inspirado, o gaz carbonico exerce uma ação excitante sobre o centro respiratorio e sobre a elevação da pressão sanguinea. Julga que este efeito é sobretudo notavel nos doentes préviamente preparados pela morfina, nos quaes a pressão sanguinea pôde baixar do normal e o centro respiratorio tambem é pouco excitado.

Atualmente o gaz carbonico é mais do que nunca empregado depois das anesthasias. Em 1927 vi emprega-lo correntemente no serviço de A. W. Meyer (Westendkrankenhaus Charlottenburg) e de 1928 venho utilizando-o no meu serviço.

Depois da intervenção os jovens operados fazem uma inalação; os doentes de 50 anos ou mais inalam-no, durante alguns momentos, cada duas horas: assim, pensa Dzialoszynski (chefe de clinica de A. W. Meyer Dtsch. Z. Chir. 1927 pag. 22) luta-se contra a hipostase e a pneumonia hipostatica. Encontra este autor especial indicação para o emprego do gaz carbonica nas operações do abdomen, particularmente da parte superior, quando depois de operado o doente não respira para evitar a dôr.

Para Reinberg e Zuckermann (Sovrem. Chir. 3—809) é evidente o papel profilatico do gaz carbonico nas complicações post-operatorias. Utilizaram-no na clinica em 105 casos (72 de anest. geral e 33 de anest. local) sendo apenas observadas duas pneumonias leves, emquanto em uma série de controle foram verificadas 16 complicações pulmonares. Ligam ao balão de gaz carbonico uma sonda de borracha que é introduzida em uma narina emquanto a outra permanece livre; no dia da intervenção o paciente aspira CO₂ cada duas ou tres horas durante dois ou tres minutos no dia subsequente faz duas ou tres inalações.

R. Mackensie (Lancet 1931 — 11 — 741) acompanhou 5000 casos de inalação de gaz carbonico durante 5 minutos em intervalos de 4—6 horas e considera ter obtido proteção contra as perturbações respiratorias.

Sob o ponto de vista terapeutico acha que os resultados são menos bons, ainda entretanto podendo se observar algum efeito, quando o gaz carbonico é empregado muito no começo das complicações pulmonares.

K. Erb (Münch. Med. Wochr. N. 32—1928) e Karl Dopler (Dtsch. Z. für Chir. B. 219 pag. 308) falam em sua ação soberana na sincope respiratoria de origem toxica e julgam-no ahí muitas vezes mais favoravel que a lobelina.

Henderson considera a inalação de gaz carbonico após cada intervenção como o melhor meio de defeza contra o aparecimento da pneumonia post-operatoria. Fala tambem de seu emprego nos casos de envenenamento pelo oxido de carbono, dizendo que na America os socorros policiaes das companhias de gaz de iluminação e dos bombeiros são dotados de gaz carbonico. Nos recém-nacidos asfiziados tem sido empregado com algum resultado.

Bender, Matonsek, Gitnik, Baise, Raffo, Brandes e Killian julgam benéfico o emprego do CO_2 durante a anestesia porque diminue o período de excitação, facilita o despertar e evita muitas complicações post-operatorias.

Em resumo e para concluir, diremos que torna-se necessária a vulgarização do uso do gaz carbonico, quer durante, quer depois das anestésias.

Durante a anestesia serve para regularizar a respiração, diminuindo a acapnia e facilitando a oxigenação do sangue; é algumas vezes heroico nas síncope respiratorias por falta de excitação do centro.

Após a suspensão do anestésico sua administração procura facilitar o despertar abreviando-o; torna mais rapida a eliminação do anestésico; previne as complicações pulmonares, evitando, pela ventilação exagerada que provoca, a atelectasia, o colapso pulmonar, a bronco-pneumonia, o accumulo de secreção bronquica, etc.

Seu uso, portanto, precisa ser vulgarizado.

Fundamentos de uma nova Especialização Médica Medicina de Aviação — Sua pratica no Brasil

por

José de Faria Goés Sobrinho
do Serviço de Saúde da Aviação Naval

(Conclusão)

Mas não param ainda ali os varios efeitos da altitude.

A estes que, em ligeira resenha, buscamos apontar, no que concerne á respiração e ao aparelho circulatorio, somam-se os que dela decorrem para o lado do psiquismo e cuja transcendente importancia não é mister que eu resalte.

Foram Dunlap e seus associados os primeiros a assinalarem os efeitos resultantes da baixá tensão do oxigenio sobre o sistema nervoso. E, após eles, as observações com que, dia por dia, outros estudiosos enriquecem o já consideravel acervo desta nova especialidade, vieram completar o quadro descritivo dessas perturbações que, em altitudes extremas, chegam mesmo á completa anulação das faculdades.

Ha um limite maximo de altitude, até onde se calcula possa, ainda, o homem manter-se consciente, sem auxilio de uma provisão de oxigenio. Bauer estabelece-o entre 23 a 25.000 pés: aproximadamente 9.000 metros.

Mas até ao limiar da inconsciencia, antes que, no avião, se manifestem estes efeitos extremos, que eliminam, de vez, todo o controle, fenomenos serios se constataam, bastantes para a falencia dos recursos de pilotagem.

O que, sobretudo, impressiona, nestes efeitos psicologicos das grandes altitudes, é a maneira brusca com que surgem.

Passada uma primeira fase de surpreendente euforia, uma outra se lhe segue, imediata, caracterizada, sobretudo, por uma redução evidente no campo da atenção e por sensível perda de coordenação dos movimentos voluntarios. São estes os dois efeitos dominantes. Sofrem as demais faculdades na dependencia quasi exclusiva da distração incoercível, que neutralisa os estímulos. E em consequencia disto, a inexatidão das manobras e a incapacidade, agravada pela inco-ordenação motora, de realizarem-se os movimentos delicados a executarem-se no manejo da direção.

Mantêm-se, até aqui, quasi intatos os processos mentais mais elevados.

Tão pouco se embota a memoria, que só mais tarde desfalece.

Não se aféta a percepção. Só o poder de atender ao estímulo diminue.

A discriminação e o julgamento são poupados. Mas as reacções ante os fatos se deturpam, em face da incoordenação motora.

Por conta, ainda, do descontrolo dos movimentos voluntarios, a escrita é irreconhecivel. Mal se leem os caracteres dos que os rabiscam em tal emergencia.

Episodio muito frequente é, nestes casos, o sono: uma sonolencia invencivel, que domina o aviador, mau grado seu, e o subjugua.

Em uma terceira fase, quasi extrema, podem-se mesmo verificar, ao lado do embotamento das faculdades até então poupadas, reacções anormais impressionantes: — Aquela sensação euforica que acusamos, prolonga-se em alguns, e chega a extremos de hilaridade tola, sem causa. Ha os que se agitam em acessos furiosos de colera, como os a quem acometem terriveis impulsos destrutivos.

Mas é mister considerar-se que a successão dessas perturbações não está, obrigatoriamente, relacionada com determinadas alturas, e que, a todos os pilotos, seja dado atingir aquele maximo de 9.000 metros, sem cair na inconsciencia, caracterizada por uma abolição radical das faculdades. Ha nisto toda uma gama de variações, de individuo a individuo, como as ha, por igual, no dominio, propriamente, da tolerancia fisica.

Por outro lado, a maneira insidiosa e repentina com que se manifestam tais fenomenos, ademais da incapacidade do piloto de apreciar os seus primeiros efeitos e de, assim, julgar, pessoalmente, das suas reais limitações, impõe a necessidade de uma previa classificação do pessoal, no particular da altitude, de modo a prejudicar-se, com acerto, das tolerancias de cada um, e a evitar-se, portanto, que se lhe cometam, arbitrariamente, incumbencias a desempenharem-se em altitudes acima das que comportam as suas possibilidades fisicas e mentais.

Reconhecemos, para uniformidade de julgamento e de informação aos responsaveis na distribuição de incumbencias e tarefas de aviação, as quatro seguintes classes de prepostos, por ellas discriminados segundo as suas reacções ao "Rebreather" de Henderson-Pierce:

- Classe A — dos que não tem restrições quanto á altitude;
- Classe B — dos que não deverão voar acima de 15.000 pés;
- Classe C — dos que não deverão voar acima de 8.000 pés.

* *

Decorre do que fica exposto, que na consideração dos problemas da seleção dos prepostos á Quinta Arma de Guerra, ha de, naturalmente, fixar-se o espirito do profissional no apuro destas quatro condições preliminares:

- Capacidade respiratoria.
- Capacidade neuro-circulatoria.
- Capacidade visual.
- Capacidade mental.

E é realmente, sobre elas, e mais sobre o equilíbrio, que, embora nem sempre pelo só esforço do vôo em altitudes elevadas, mas por outras razões capitais, que logo examinaremos, em traços rápidos; em uma visão panorâmica, nem já me é dado abusar da captivante solididade com que me ouvis, é sobre elas que incide a especial atenção do medico, como é, de fáto, em tais campos que, mais particularmente, se define o traço da especialização.

Deprecende-se logicamente, que qualquer que apresente uma causa de embaraço respiratorio, quer se instale esta no pulmão, quer nas vias aereas superiores, tem que ser excluido da atividade aviatoria, definitiva ou temporariamente, se, acaso, fôr o obstaculo passivel de afastamento ou correção. Assim ter-se-á que proceder com os portadores de asma, de tuberculose, de emfisemas ou pleuris, ou de simples bronquites cronicas. Bem como com os que apresentam um obstaculo nasal á livre penetração do ar, como sejam: desvios do septo, polipos, rinites hipertroficadas. Demonstrou Mendel, citado por Bauer, que, com a respiração bucal, inala-se, em cada inspiração, um quinto a menos de ar que com a respiração normal pelo nariz. Alem do quá, verifica-se, correntemente, na pratica, que os sintomas, banais na apparencia, que decorrem dessas anomalias, se agravam, sensivelmente, no ar. Ademais, os consecutivos ataques de rinite, consequentes á obstrução nasal, podem vir a ser causa de perturbações do ouvido medio, com possivel repercussão para o labirinto, que urge ter-se bem poudado, no aviador, para a função, sobremodo importante, da orientação e do equilibrio.

Igualmente se deprecende, daquelas considerações já feitas, o papel capitalissimo que, no particular, assume a função cárdio-vascular. Ha, pois, que eliminar-se, e para logo, quem quer que, neste campo, apresente qualquer condição possivel de interferir com o exáto funcionamento de tão capital sistema.

E são, como tal, consideradas não só as lesões organicas, como as simples perturbações funcionais e sinais de instabilidade vaso-motora.

Efetivamente, a sujeição do aviador ao frio, á fadiga e a baixa tensão de oxigenio, condições, todas elas, que forçam o mecanismo vaso-motor, fal-o incorrer em grave risco, se possui uma instabilidade do sistema.

Assim, terão que ser, sumariamente, afastados os que apresentem sinais desta instabilidade. Pulso elevado, de mais de 100 por minuto, sem lesão cardiaca; extremidades frias; falta de ar; pobre tolerancia ao exercicio; baixa da tensão arterial, após ser o corpo trazido á posição créta, em relação a que apresentava em decubito dorsal, constituem sinais comuns dessa síndrome.

Naturalmente que uma tensão arterial excessivamente elevada inhabilita tambem. Por pouco que ainda se saiba da sua exata significação fisiologica, pôde-se, em todo o caso, dizer, no que concerne a Aviação, que aquele que apresenta uma tensão arterial acima da que é normal em sua idade, suporta as altitudes sob as expensas de um consideravel esforço.

Na apreciação daquela instabilidade vaso-motora, organizou

Schneider um magnífico test, que correntemente empregamos, e que consiste em medir os diversos sinais apontados como indice da sua existencia.

* *

No que tange a capacidade visual, os extremos de indagação, a que tem o medico de empregar-se, correrão menos por conta daquelas alterações que a altitude lhe infringe, que pelos constantes apelos, que a cada momento, lhe fazem no exercicio do vôo.

Todas as varias faculdades e poderes, que concorrem na constituição do chamado sentido da vista, são, na pratica da Aviação, postos em cheque. Assim a capacidade visual e o campo em que se exerce, tanto no reconhecimento das formas como na apreciação das suas côres; assim o poder de acomodação; o senso de relevo; e a percepção da profundidade e o seguro julgamento das distancias.

Ainda mal decola o piloto; remete o motor do seu aparelho; solicita-lhe, para logo, o maximo de rotações; corre na vertigem do "taxi" e já se empenha a sua visão na apreciação de possiveis obstaculos. São arvores ou construções proximas, ou os sempre traiçoeiros fios das rêdes de transmissão, e de cuja distancia precisa faz-se mister ajuizar. São, em campos desconhecidos a que o trouxe uma emergencia, os monticulos dos cupins, ou as pedras mal disfarçadas na escurura das relvas que, se não descobertas a tempo, sustam-lhe a carreira infrene com a surpresa brutal da cápotagem.

Se alça o vôo e paira sobre o campo, no treinamento diario, são companheiros seus que voluteiam, nas cabriolas doidas dos "loopings" e "rolls", ou que desferem os aparelhos, com a velocidade do raio, na vertigem alucinante de um "piqué". E os olhos do piloto se deslocam, em todas as latitudes, rebuscam em todos os quadrantes, no esforço de analisal-os e de, a tempo, surpreender a localização exata dos demais, afim de que não o trague a surpresa fatal da colisão.

Exercitam-se as formaturas. Os aviões decolam a um só tempo, separados de poucos metros, e ganham, assim o espaço. Atentos á minima manobra do seu "leader", a mais e mais, se empenham os pilotos em conservar as distancias. Um erro de apreciação; algumas rotações a mais ou a menos, e é o choque irreparavel que os despenha no abismo.

Segue o aviador "comissão". Afasta-se de sua Base, na realização de uma incumbencia que lhe ditou o comando. Reabastecerá em caminho. Pousará em campos diversos que terá de reconhecer. E por todos os rincões que atravessa, o aviador analisa, prescruta, sonda a terra. Na ancia de confirmar a sua navegação em algum tipico detalhe de topografia local, perlustram os seus olhos os aspetos dos vales e a extensão dos banhados; fixam-se nos acidentes orograficos; acompanham a direção dos rios serpentinicos; retêm-se nos detalhes das construções vilarengas.

Emquanto isto, entrementes, buscam eles os instrumentos para o calculo; e aos mapas, para reafirmar a segurança da rota; e logo acer-

tam, pela bussola, a direção a tomar; e renovam, ao velocímetro, a certeza da quilometragem.

E assim força-se, a cada passo, a acomodação visual, na brusca mutação das perspectivas.

A leitura dos mapas e instrumentos requer, nestas condições, de duas a quatro dioptrias de acomodação visual.

Mas eis que, em face do piloto, subitamente se desenham, ainda em meio a jornada, os prenúncios de próxima tormenta. Nuvens pardas, bruscamente, se avolumam, toldando-lhe a perspectiva. Adensa-se a cerração e, em pouco lhe veda aos olhos os recortes abruptos das montanhas. Urge ao aviador aterrar, antes que lhe arroje a cegueira sobre os flancos das serras encobertas.

E ahí é, de novo, posta em cheque a sua visão.

Na tarefa de procurar, em derredor, algum trecho mais propício de terreno, onde pratique, a contento, o seu pouso de emergência, porá ele a prova a sua percepção de relevo e profundidade, na constatação dos declives e ondulações, de depressões e montículos; julgará das distancias dos obstaculos que lhe dificultam a aproximação para o pouso; pela tonalidade de côr que o terreno apresenta, ajuizará ele da sua solidez. Dependerá, portanto, o seu intento, do gráu em que possuir todas estas facultades e poderes dos órgãos visuais e, em suma, tel-o-á logrado se não possue, outrosim, algum vicio de refração ou um defeito sensível das musculatura do olho, e, por conta do desequilibrio desta musculatura, alguma heteroforia, essa tendencia traiçoeira dos globos oculares a desviarem-se em um sentido, fazendo com que as imagens se fixem em pontos diferentes da retina, assim iludindo o julgamento do piloto.

São frequentes as más aterrissagens, mesmo em condições normais, que dependem das heteroforias: quer se trate de esoforia — desvio do olho para dentro; quer de uma exoforia — desvio do olho para fóra; quer, e sobretudo, de uma hiperfória — desvio do olho para cima.

Assinala Wilmer que Clements, da Inglaterra, achou que 84% dos aviadores que capotavam nas aterrissagens, o faziam por esta causa.

E' mesmo o equilibrio das musculos dos olhos um dos pontos mais importantes a serem considerados em inspeções para a Aviação.

E que não dizer, então, do preponderante papel que cabe a este sentido nas atividades da guerra?

Vencerá no combate acro quem ver o outro primeiro: "who sees the other fellow first". Neste empenho, o aviador, ao tempo em que realisa o seu reconhecimento sobre o campo adverso, exercendo, no mais alto gráu, a sua acuidade de visão, esquadrinha em todos os sentidos, afim de que o não surpreendam, tardiamente, os aviões inimigos. Reconhece-os-á pela côr e pelas suas insignias. Prontamente aquilatará, pelos tipos dos aviões que o perseguem, as possibilidades que lhe restam. E os musculos do pescoço, e mais ainda os dos olhos, têm um trabalho inaudito, nesses extremos deslocamentos que permitem ao aviador abranger, pela visão periferica, um maximo de raio de ação. Para ilustrar o fáto, bastá que vos diga que, na

grande guerra, se notou uma hipertrofia notavel da musculatura do pescoço dos aviadores, devida ao seu intenso uso.

Dahi a necessidade de apurar-se ao maximo as deficiencias, no particular da visão. E assim, podemos dizer que um viso, central e periferico, normais; perfeita visão das côres; boa percepção de profundidade; indices normais de refração; ausencia de vicios accentuados da musculatura extrinseca do olho; bom poder de acomodação; ausencia de defeitos anatomicos ou patologicos, de anomalias do globo ocular e seus anexos, são, em síntese, essenciaes á pratica da aviação.

Menos relevante que a vista, é para o aviador, a sua audição. Bem pouco, relativamente, se tem ela a empenhar, nas atividades do vôo. Quasi que só na apreciação do ruido do motor e, em vôos planados, do sibilo que caracteriza a velocidade minima de sustentação do aparelho, em relação com a qual o aviador vem dosando a sua direção, na delicada tarefa de aproximação para o pouso. Mas, compreende-se facilmente que, mesmo com uma audição diminuida, esteja ele em condições de apreciar as modificações imprevistas daqueles ruidos, dentro de relatividade a que já se acomodou a sua percepção auditiva.

No que importa mais a integridade perfeita do aparelho auditivo é no que concerne ás funções que cabem ao ouvido interno, e mais particularmente ao vestibulo e aos canais semi-circulares, no particular do equilibrio e da orientação. De tal modo elas preponderam na pratica da aviação que, em tempos que não vão longe, dominava, ainda, o exagero dos que proclamavam o vôo um problema estritamente de ouvido.

Com efeito, a cada momento encontra-se o aviador, dada a grande mobilidade que tem de imprimir ao aparelho, nos treinos de acrobacia e nos combates aereos, em todas as posições concebiveis em relação ao horizonte. Ora tem a cabeça para baixo; e logo mais para diante; e em seguida para traz; ora a submete a espirais successivas, ora a circulos fechados.

Os órgãos que lhe governam a orientação e o equilibrio são submetidos, assim, a uma permanente e consideravel estimulação.

Entre os elementos que têm sido considerados, em todos os tempos, como receptores perifericos desses estímulos, — o aparelho vestibular; o sentido visceral; o tato; a visão; e o sentido muscular profundo, coordenados pelo cerebro e, mais particularmente no caso, pelo cerebello, nenhum se avanta, talvez, neste papel, ao aparelho vestibular.

Baseiam-se os defensores da preponderancia do labirinto, no senso da orientação e na manutenção do equilibrio, na chamada escola de Viena que tem, na America, os seus defensores mais acerrimos em Jones e seus associados.

Jones considera três funções no ouvido interno:

Função auditiva. — localisada na cochlea e exercida pelos órgãos de Corti.

Função estática — localizada nas maculas acusticas do saculo e do utriculo.

Função quinética — localizada nas cristas acusticas das ampoulas dos canais semicirculares.

Seriam os movimentos imprimidos á endolinfa, encerrada no interior desses canais, pelos deslocamentos da cabeça em uma ou outra direção, que iriam sensibilizar as seus órgãos neuro-epiteliaes, altamente especializados, e por intermedio das finas ramificações do nervo vestibular, que a eles vão ter, seriam as sensações transmitidas ao cerebro, que as analisaria.

Esta teoria do movimento da endolinfa, dessa corrente que vae sensibilizar a crista das ampoulas, tem tido muitos contraditores. E multiplas experiencias se fizeram, algumas bem concludentes, no sentido de comprovar a sua inexistencia. Acreditam os seus autores que os efeitos que se obtêm nas provas realizadas com a cadeira giratoria e pelas duchas no ouvido, serão antes devidos a uma mudança de tensão do liquido, ou por conta da inercia, consequente á rotação, ou, no caso das duchas, por uma mutação brusca da sua gravidade-especifica.

Tão pouco acreditam eles, como Jones, haja no labirinto, uma localisação especial para a percepção de cada especie de rotação ou deslocamento do corpo. Com estes seriam sensibilizados igualmente, todos os órgãos neuro-epiteliaes do labirinto. Só ao cerebro competiria discriminar, pela intensidade maior ou menor dessa sensibilisação, a direção e a natureza do movimento.

Como quer que seja — e não ha, provavelmente, assunto, neste ramo da Medicina, sobre o qual tanto se tenha escrito e que tanta controvérsia suscite — o que é certo é que o labirinto, além das demais funções que lhe são imputadas; além do seu papel na audição e na manutenção do tonus muscular, tem, ao lado da sensação visceral; do indefinido sentido muscular; conjuntamente com a visão e o tato, e a sensação do assento, participação iniludivel na manutenção do equilibrio e no senso da orientação. E que, na impossibilidade de medir-se a extensão dest'outras sensibilidades e as suas variações individuais, restar-nos-á recorrer ás provas funcionais do labirinto, com as quais nos capacitamos da sua sensibilidade e nos é dado depreender a capacidade de equilibrio do piloto.

Tem, ao menos o merito de surpreender os hypersensíveis, aqueles que, por conta disto, confundir-se-iam, facilmente, com as mudanças bruscas de horizonte a que se submetterão, nas provas aerobaticas, e a quem perturbariam, em extremo, os giros de uma espiral fechada, ou as bruscas rotações de um "parafuso". Tornar-se-iam, em tais circunstancias, incapazes de endireitar o avião e de prevenir o accidente.

Nos aviadores bem experimentados, como nos bailarinos e acrobatas, gradativamente se anulam os efeitos desta extrema sensibilisação, expressos pelo nistagmos e pelas vertigens em sentidas varios. Tornam-se eles capazes de, em qualquer posição e nos maximos deslocamentos, acompanharem e localisarem todas as ocorrencias do meio que os cerca e de agirem, com segurança, em face das circunstancias.

Sinto, meus senhores, que já me vou excedendo na exploração da vossa benevolencia e que começo a ultrapassar os limites da vossa ca-

tivante tolerancia. Entretanto, não queria dar termo ás considerações que tivestes a bondade pedir ao representante eventual, neste Estado, dos serviços medicos da Aviação Naval, numa fidalguia de acolhimento que é mais um traço da proclamada generosidade gaucha, sem frizar, num esboço ligeiro, o relevo que se ha de dar, em inspeções de aviação, ao exame de personalidade.

A estabilidade do sistema nervoso é de extrema importancia para o piloto. Está o aviador, no exercicio do vôo, sob o pezo de um esforço mental permanente e violento. Deste modo, quatro ou cinco horas de vôo diario já são tidas como excessivas. Seis horas de vôo diario são consideradas, já, como trabalho simplesmente extenuante. E mister se faz, em face disto, que todos os inqueritos e pesquisas se processem, no sentido de despistar qualquer desvio do normal ou qualquer tendencia latente, que, sob o esforço do vôo, possam vir a evidenciar-se. O vôo desperta tendencias e acentua debilidades. E os que a ele se candidatam hão de ser, conseqüentemente, isentos de anormalidades e desvios, no campo neurologico e mental.

Na America, após uma serie de trabalhos em que, entre outros, se distinguiram Hamilton, Mae Lake, Paton, Longaere, desenvolveu-se o metodo que hoje seguem, nas escolas medicas de aviação americanas, e do qual diz Bauer "there is nothing written that covers the subject so fully".

E' o que igualmente adotamos no Serviço da nossa Aviação Naval Orienta-se no sentido de estudar:

1.º — A condição do sistema nervoso do candidato: — se é normal ou se mostra desvios, quer tão ligeiros apenas, que possam permitir o vôo, com ou sem limitações, quer haja anormalidades que o incapacitem temporaria ou definitivamente para uma tal atividade.

2.º — A organização mental do candidato, determinando-se, ainda aqui, se possui ele uma organização normal, ou se mostra deficiencias, com respeito á intelligencia, ao temperamento e á volição, dentro, ainda, dos limites de tolerancia, ou já de molde a incapacita-lo para o vôo.

3.º — De determinar o modo e a rapidez das suas reacções em face aos elementos que o cercam, e delas deprender-se a sua capacidade ou inaptidão para o vôo.

4.º — De determinar, quanto possivel, a existencia, no candidato, de tendencias latentes que, sob a ação e o esforço do vôo atual, possam de tal modo acentuar-se que o façam tender para a ergastenia nervosa e mental.

5.º — De um modo geral, no sentido de determinar as resistencias e potencialidades da personalidade, e as suas provaveis reacções em face dos multiplos eventos que, a cada momento, sacodem e doem á prova a fibra do piloto.

Neste empenho, perlustramos, detalhadamente, a historia familiar do candidato e a sua historia medica progressiva; o meio em que decorreu a sua infancia e o sexo e idade das companhias preferidas; os jogos infantis; comportamento e disciplina; a educação recebida e o carater, amistoso ou irreconciliavel das suas relações com os educadores; o juizo que estes, atualmente, lhe merecem. Perscrutamos-lhe

a vida amorosa e sexual. Inquirimos das suas crises e de como reagiram em face delas. Os vinculos que imprimiram na sua personalidade. A sua adaptação ao meio e as circunstancias.

Pelo exame psíquico, aprofundamo-nos no seu tramite de ideação. Julgamos das suas diversões e dos seus desportos preferidos; e do exito com que o praticam; do sucesso profissional; das suas dificuldades e preocupações. Analisamos-lhe os sonhos. Perqueremos passíveis fobias; tormentos ou conflitos; complexos não sublimados; passíveis intermitências de interesse e apatia; de depressão e orgulho. Sondamos-lhe tudo, enfim, de que possa resultar futuro desequilibrio da sua estabilidade mental.

O exame neurologico acurado revela-nos defeitos organicos ou mera instabilidade, do tipo da astenia neuro-circulatoria com reflexos exagerados; a presença de ties ou acentuados tremores; tensão psicomotora aumentada e circulação periferica retardada.

Concluimos, por fim, das características de sua volição que ha de ser rapida e energica; deliberada e tenaz; do seu temperamento que ha de ser satisfeito e jovial, estavel, confiante, aggressivo, modesto, communicativo, tenso e resistente, serio e minucioso, adaptavel e cooperante; da sua intelligencia que é mister precisa, penetrante, aguda, treinada, pronta; — características, todas estas, que definem, no particular, o tipo otimo do piloto.

No se conclua daí, como Bauer tão bem acentua, que para a Aviação, se exijam aqueles em quem a Natureza realizou o seu maximo objetivo, e que se requeira, afinal, no piloto um super-homem.

Entre um otimo, exepcional, de personalidade e uma outra apenas toleravel, vac toda uma serie de tipos e gradações, nos quais se arrola, de fato, o comum dos que são aceitos.

O que, em ultima analise, se requer é que o aviador "mantenha, em todas as situações, o dominio das suas faculdades; e que, em face de um evento mais grave, seja capaz da resposta instantanea e correta demandada pela emergencia". *

* *

Senhores, não vos falei, nem é tempo mais de o fazer, sobre um ponto capitalissimo, na tarefa da seleção de candidatos á Quinta Arma, que, em todas as nações vanguardistas, se tem procurado dar o maximo desenvolvimento. E' o ponto que se refere aos tempos de reação.

Em vôo, se é chamado a tomar decisões mentais rapidas, que deverão ser seguidas de movimentos complexos de braço, mãos e pés, pois que não ha, praticamente, um só movimento do avião que não requeira, tanto a intervenção do "stick" como a dos pedais.

Spurrel estabelece que, na formação do aviador, o primeiro estagio é cerebral, no qual todos os atos são feitos por um esforço mental e muscular consciente. O 2.º estagio é um estagio de transição, em que os centros conscientes e subconscientes se disputam o controle dos atos musculares. Em um terceiro estagio final, os atos do vôo são instinctivos. Os movimentos necessarios á direção do aparelho, se tornam então automatados.

Bastará, assim, que as decisões, que levam o aviador a uma dada manobra de vôo, sejam tomadas com a rapidez necessaria. Para isto,

faz-se mister que a sua sensibilização ás circumstancias ambientes seja, quanto possível, imediata.

Concluíram, então, os técnicos da especialidade pela extraordinaria relevancia que assumia, nesses exames, a mensuração rigorosa dos tempos de reacção.

Neste sentido, imaginaram-se series de tests engenhosos, dos quais lamento não vos poder já agora, dar uma idéia ligeira.

* *

Será possível de alguma outra palestra, se me for dado prolongar a estadia nesta amavel terra gaucha, em quem, talvez, outros terão visto uma fisionomia diversa, vincadamente regional; onde acham alguns de surpreender um grão de diferenciação manifesto e indicações evidentes de desmembramento futuro, mas em quem só tenho enxergado brasilidade; e um grande apego ás questões e interesses coletivos; e essa mesma unidade de anseios e aspirações que, na desigualdade flagrante das condições geograficas em que se desenvolve a nacionalidade, e mal grado a elaboração diversa dos tipos raciaes, realiza o esplendido milagre da nossa coesão e mantém, tão estreitos e afins, a filhos de latitudes quasi opostas.

Tenho de brasilidade, talvez, conceito bem singular.

Começo por deslocar-lhe o eixo do Norte a que, primitivamente, se ateve, para S. Paulo que o reivindicou, tão depressa a colonização portugueza penetrou, via S. Vicente, o planalto central do país.

Com o seu tipo fisico bem depressa definido, modelado pela terra, quasi autoctone, foi o bandeirante paulista o primeiro rebento humano genuino, a brotar, após a conquista, de plagas de Santa Cruz. Reçumou, desde começo, perfeita, completa, absoluta brasilidade. Com ela é que se operou a epopéa das entradas, com que se dilataram por todos os quadrantes, e até este Sul longinquo, os cenarios da Pátria futura.

Mas esse sentimento renovou-se. Evoluiu. Penetrou-se da influencia dos elementos supervenientes, que lhe passaram a atuar, com a eclosão do nosso brusco desenvolvimento economico, e o amoldaram ás correntes novas do pensamento humano e da vida universal.

E' o Sul o cadinho em que se vai operando esta transformação.

E a ele cabe conquistar para o sentimento nacional; penetrar de brasilidade nova, o vasto estadal, em que se dilue, trabalhado por todos os flagelos, o fruto do consorcio das 3 primitivas raças, que ali jaz estagnado em um passadismo indolente, que se diz tradição e onde se teima em reconhecer o eserinio dos sentimentos puros da Nacionalidade.

E porque lá se estancaram as fontes de formação da nossa individualidade; e porque lá não concorreram a emulação e o sangue das correntes imigratorias que, no cadinho do Sul, modelam o novo homem brasileiro; e porque lá perdurou, de preferencia, imperfeito, inacabado, o fruto primeiro dos primeiros germes de que se caldeou o nosso homem, temos que lá se encontram as nossas reservas de brasilidade, e que é de lá a expressão mais legitima do nosso eu racial.

Porque?! — Porque ha de ser aquilo, de preferencia o Brasil? Porque ha de, ahí, procurar-se o prototipo a apontar-se como representativo de uma raça, que ainda sequer se definiu?!

Neste ponto, meus amigos, sou mais patriota. Localiso o Brasil na sua melhor parte. Naquela que, pelo progresso, se vem avantejando ás demais e de cuja plethora estas ultimas, provavelmente, dependem. Apressar, pois, essa plethora é o que, em beneficio delas, ainda ha a fazer de melhor.

Trazem, ademais, os que de lá vêm, desses outros rincões menos favorecidos da Patria, a sua parcela individual, na consubstanciação daquelle novo tipo em elaboração, integrando-o, homogeneizando-o, em suma, para que não se aparte e diferencie em excesso dos que não recebem, alhures, os novos componentes que, hoje, atuam nessa elaboração.

E' o que fazem, aliás, os sertanejos do Nordeste que, na contingencia fatal dos exodos e migrações dos que ainda reagem á tragedia brutal da terra, procuram os rincões generosos do Sul e aqui buscam estabelecer-se. E' como se os despertasse a voz atavica do sangue e os impelisse um senso instintivo de preservação brasileira.

Trazem para o amalgama, de que se forja e apura, neste cadinho em ebulição, o nosso tipo definitivo, o seu coeficiente de homogeneização e de equilibrio.

Vae nisto, de fáto, uma benemerencia.

Evitará ella que, de futuro, quando o paulista e o sulino em geral, numa revivescencia de espirito bandeirante, começarem a transbordar para aquellas imensas reservas territoriais, as sobras inaproveitadas da sua opulencia e os excessos, longinquoos ainda, da sua população, evitar-se-á assim que, nesse trabalho de repovoamento e de exploração de riquezas, ao emvés de acolhida fraterna e alviçareira, sobrevenha o paradoxo de um entrechoque de raças; e que aquilo em que só caberia ver-se a natural expansão de uma mesma brasilidade, no empenho de conquistar ao influxo da sua civilização, as lindes mais remotas e aridas do territorio patrio, suscite antes a impressão incomparavel de um jugo prepotente e usurpador.

Perdoai-me, colegas, em uma palestra medica, a digressão destas considerações inoportunas.

São a minha profissão de fé sulista. De fé, sobretudo, neste povo generoso, desde o berço, ao estridulo clangor das clarinadas marciais e ao tropel alvoroçado dos esquadrões militares, com que se lhe acorda na alma, desde a infancia, o indomavel espirito guerreiro que traçou, para a nossa historia, a epopea farrroupilha e sulcou, com o seu sangue, as esteiras dos nossos exercitos, em todas as suas arremetidas gloriosas; força indomita que o destino acantonou na vigilancia constante da nossa integridade e que traz acesa no peito a chama, crepitante e sempre viva de um imenso amor ao Brasil.

Lesões hiperplásicas e estados prenéoplasicos dos revestimentos malpighianos das mucosas

por

Waldemar Castro

Chefe de laboratório de Anatomia e Fisiologia Patológica

Constitue na realidade, um dos problemas difíceis, que se apresenta com relativa frequência na prática histopatológica, o da distinção entre os processos hiperplásicos simples de fundo inflamatório crônico e os processos neoplásicos subsequentes, nos primórdios do seu desenvolvimento; ou melhor explicando, a dúvida assalta o espírito do histopatologista, toda vez que se lhe é dado discernir com presteza, os limites terminais de um processo hiperplásico simples e os primeiros vestígios de um processo néoplasico, que às vezes constitue a sequência natural dessas hiperplasias simples inflamatórias.

Si o problema se apresenta cheio de grandes dificuldades, por vezes, na prática histopatológica, intransponíveis, quando se trata de evidenciar ou descobrir características morfológicas ou outras quaisquer que marquem com segurança os limites entre os processos hiperplásicos simples e os processos néoplasicos imediatos, em começo, mais difícil, se torna ainda, ao histologista, surpreender ou identificar um estado néoplasico "d'emblée", no seu nasedouro, isto é, quando uma, duas ou mais células férteis que até então se encontravam em completo estado de repouso, adquirem de um momento para outro a propriedade de proliferarem ativamente, de modo autónomo, sem causa de irritação aparente, isto é, espontaneamente.

Lançando mão de todos os recursos, ainda mesmo os mais valiosos que se nos oferecem a citologia e a microquímica combinadas, jamais poderemos surpreender as primeiras células, as células primordiais ou iniciais, as células de origem ou células mães, que constituem o ponto de partida das outras células néoplasicas. Os primórdios da histogênese dos processos néoplasicos não foi até a presente data surpreendida na prática histo-patológica; e os histólogos são unânimes em confessar jamais ter alguém conseguido surpreender um néoplasma nas suas primeiras células de origem.

A hiperplasia é um processo histopatológico que se caracteriza pela superprodução celular localizada, condicionada por fatores extracelulares, isto é, determinada por irritações extracelulares de natureza varia. Mas, enquanto que nas hiperplasias simplesmente regeneradoras a destruição é paralela ou superior á produção celular, nas chamadas lesões hiperplásicas observa-se o processo contrario, isto é, a produção ou formação celular dominando totalmente a cena e resultando daí o aumento localizado das células em multiplicação. Si essa formação celular progride, aumenta de volume, poderá constituir então o que se denomina em histologia patológica um tumor hiperplásico. A diferença existente, pois, entre esses processos é exclusivamente relativa ás dimensões, sendo o processo hiperplásico o mesmo em sua essência.

No presente estudo, o que nos interessa mais de perto não são as hiperplasias regeneradoras, nem os tumores hiperplásicos, mas especialmente as lesões hiperplásicas parainflamatórias particularmente aquelas que surgem com relativa frequência ao nível dos revestimentos epiteliais pavimentosos estratificados das mucosas. Entre os numerosos diagnósticos histopatológicos, decorrentes de biopsias das mucosas de epitélio pavimentoso estratificado avultam sobretudo as granulomatoses crônicas específicas e não específicas da mucosa laríngea.

Esses granulomas crônicos são em geral acompanhados de forte hiperplasia parainflamatória das células do revestimento epitelial estratificado e não raro de hiperplasia parainflamatória concomitante do tecido conjuntivo da derme, a qual pôde afetar o tipo escleroso ou fibroso constituindo neste último caso as chamadas lesões hiperplásicas fibroepiteliais e no primeiro caso o que se denomina exclusivamente de lesões esclerohiperplásicas.

Torna-se absolutamente indispensável não cometer aqui, um grave erro de interpretação, para o qual chamamos a atenção dos interessados no assunto. É indispensável não confundir aqui os dois processos que são causa e efeito, que coexistem concomitantemente no mesmo quadro histológico, isto é, de um lado o processo simplesmente inflamatório, formado exclusivamente pela infiltração inflamatória, pelo granuloma propriamente dito e de outro lado as lesões parainflamatórias conjuntiva ou epitelial morfológicamente independentes, quer entre si quer da própria infiltração granulomatosa.

Como vimos, o que condiciona a hiperplasia é a irritação inflamatória ou de outra natureza, que uma vez cessada dá lugar frequentemente a regressão do processo, podendo as vezes, no entanto, prosseguir no seu desenvolvimento e transformar-se num neoplasma benigno ou maligno, ainda mesmo que a ação irritativa tenha sido de causa específica tal como a sífilis ou a tuberculose.

Vejamos agora a parte deste estudo, que mais interessa a prática histopatológica e o manusear diário dos preparados histopatológicos, isto é, aquela que se refere aos pontos de contato entre as lesões hiperplásicas parainflamatórias e os processos neoplásicos que por vezes lhe são a sequência natural.

A ausência de caracteres morfológicos especiais, de características estruturais típicas, de reações histoquímicas eletivas nos elementos celulares, que adquirem nos primórdios do processo neoplásico a propriedade de multiplicação autônoma, explicam sobejamente a impossibilidade de diferenciá-los, nessa fase, das demais células normais que lhe são adjacentes. O início pois dos processos neoplásicos primitivos escapa a mais arguta análise microscópica. E, numa fase mais adiantada dessa multiplicação celular neoplásica, quando já algumas células se reuniram para constituir um agrupamento que fás saliência nos tecidos vizinhos, não são menores as dificuldades da análise e da interpretação histológica; porque, na realidade, diante de um quadro histológico representado por algumas células hiperplásicas, no seio do tecido adulto de origem, sem caracteres nitidos de diferenciação, não podemos de forma alguma saber si essa multiplicação celular que

aí se esboça, já se fazendo sentir pelo numero de seus elementos, será na realidade uma simples hiperplasia regeneradora, uma lesão hiperplásica, ou ainda um tumor hiperplásico ou será finalmente o início, os alicerces, as bases de um néoplasma benigno ou um néoplasma maligno, de um futuro cancer, em ultima instancia.

Ainda não ha, nessa fase da multiplicação celular, características morfológicas ou outras quaisquer, que permitam afirmar com segurança estarmos diante de tal ou qual processo patológico. Mas, si tal succede nos dominios da pratica histopatológica, o mesmo não succede sob o ponto de vista teórico, onde ha quem apresente idéas categoricas a esse respeito. Semelhantes quadros histológicos, segundo a concepção de alguns histologistas, devem ser admitidos, teóricamente, como neoplásicas, porque, na realidade, se comportam como tais na fase inicial do seu desenvolvimento, ainda mesmo que sob o ponto de vista clinico, em virtude de não ter prosseguido sua evolução, não possam tais processos ser tomados como verdadeiros néoplasmas. Si a ninguém é dado negar a possibilidade, desse processo de multiplicação inicial poder permanecer como tal, isto é, dentro dos limites de uma simples hiperplasia, podendo, pois, regredir facilmente, a ninguém, outrossim, é dado negar a possibilidade, desse agrupamento celular, evoluir para um processo neoplásico, até mesmo para um cancer; essa concepção teórica, que tem tido por vezes a sua plena confirmação na pratica, não só em relação ás hiperplasias mas tambem em relação aos cancers, permite pois concluir que se deva, como medida de precaução, considerar teóricamente, sistematicamente tais processos, como estados preneoplásicos.

Aprofundando mais as pesquisas e estudando p. x. as lesões hiperplásicas fibro-parcial das mucosas, encontramos quadros histológicos que levam a duvida ao perito de histo-patología, porque são quadros que mais se aproximam ainda, do que os anteriores, aos estados cancerosos.

Nas lesões esclerohiperplásicas das mucosas com revestimento, as celulas malpighianas proliferam abundantemente, entram em franca hiperplasia, emitem verdadeiros massiços epiteliaes, simples ou ramificados, que invadem o tecido conjuntivo da derme; e por vezes succede que uma lamina de tecido de esclerose ou de tecido conjuntivo hiperplasiado secciona uma ramificação do tecido epidérmico que invadiu a derme, e esse bloco de tecido epitelial assim insulado, em pleno tecido conjuntivo da derme, confere á lesão um aspéto duvidoso, podendo o mesmo fenomeno se observar quando uma ramificação hiperplásica epidérmica é seccionada em determinado ponto, transversalmente, escapando assim ao observador a faixa de ligação desse bloco isolado com o resto da epiderme. Nesses casos a observação cuidadosa da membrana basal de isolamento, circundando os blocos de celulas aparentemente isoladas, indicando-nos a continuidade tessular epidérmica, a raridade de mitoses, a ausencia de monstruosidades celulares citoplasmicas nucleares, a ausencia de hiper ou hiperromaticidade, o aspéto especial dos tecidos vizinhos, constituem dados que nos permitirão uma segura orientação em muitos casos.

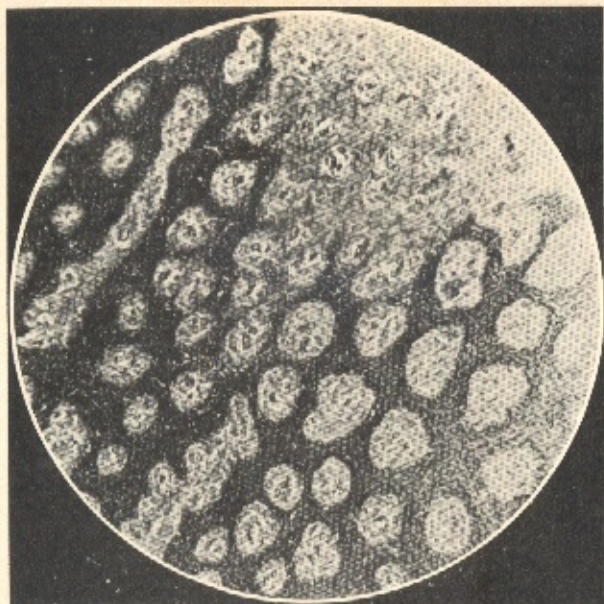


Fig. 1

Leucoplasia da mucosa bucal.
Corpo mucoso de Malpighi hiperplasiado sob a forma de rede.

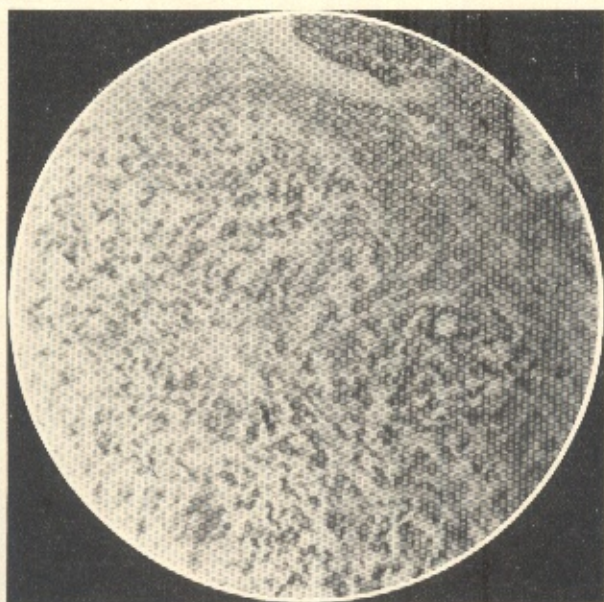


Fig. 2

Lesões esclerohiperplásicas da mucosa laringéa.
Epitélio da mucosa malpighiana, hiperplasiado em virtude
de um processo inflamatório crónico.

Sobre um processo de apendiceclomia (abertura e fechamento do ventre)

por

Osmaldo Hampe (Antonio Prado)

Talvez seja meu, talvez também de outrem, o que tantas vezes acontece em assuntos de ciência, o processo de apendicectomia que, nas linhas seguintes, proponho-me descrever.

O que em todo o caso é certo é que este processo se elaborou em meu espírito no curso de algumas centenas de apendicectomias praticadas segundo diferentes métodos, apresentando todos êles seus senões.

Não é de minha intenção, e nem próprio me parece, fazer um estudo crítico dos diferentes e numerosos processos existentes para uma operação, que se fás em tão grande escala no atual mundo culto, em um artigo que visa sómente apresentar um método (com pretensões de ser novo) e a descrição de sua técnica.

Foi devido á convicção de que este método constitui algum progresso de técnica, pela simplificação, rapidês e solidês inerentes, que resolvi, publicando-o, chamar a atenção dos interessados sobre êle.

Não fôra meu julgar de ser realmente util e por certo a variante técnica ficaria reservada á afeição do criador.

Dos numerosos processos existentes para faser-se a extirpação do apendice ileo-cécal, dois ficaram na preferéncia de quasi todos os cirurgiões do mundo: o processo chamado de Kamerer, Jalaguier, Lenander — a abertura para-réctal externa — a Kulissenschnitt dos alemães — e o processo de Mac Burney — a gridiron incision — a Wechselschnitt — a dissociação dos planos.

Das vantagens e das desvantagens de um e de outro destes processos nasceu a ideia do método em questão.

No processo da abertura para-réctal externa, chamado comumente, nos países de lingua néolatina, de processo de Jalaguier, existe o inconveniente de serem seccionados, muito frequentemente, os nervos destinados ao musculo grande réto abdominal, quando se incisa a lamina posterior da bainha do dito musculo, o que trás, consecutivamente, paralisia e atrofia, condições formadoras de eventrações e de hernias. A frequéncia da hernia inguinal direita após as apendicectomias por este método é uma noção segura de seus inconvenientes. Mas a possibilidade de prolongamento da abertura abdominal, para baixo e para cima, ao longo da corrédica do gr. réto, e as suturas feitas, não em tecido muscular, mas em tecido aponevrotico exclusivamente, são vantagens de tal monta que faserem este método ser preferido por muitos ao de Mac Burney, o mais fisiologico de todos, no dizer de Sprengel.

Neste processo de Mac Burney — physiologischer Korrekter appendicitischnitt — é o ventre aberto por dissociação das fibras dos planos musculares e aponevroticos de modo que, a direção das fibras sendo cruzada para o plano do grande obliquo e o plano do pequeno obliquo e transverso, resultam duas fendas que se entrecruzam, a do gr. obliquo, obliqua para baixo e para dentro e a do pequeno obliquo e transverso, quasi horizontal.

A integridade da continuidade de fibras musculares e aponevroticas aliada á manutenção da integridade de inervação, a qual conserva o tonus muscular, são os attributos principais deste método e constituem condições ótimas, fisiologicas para o fechamento, o melhor, da abertura operatoria do ventre.

A disposição das fibras musculares não coincidentes em direção trás ainda mais um reforço á solidês incontestada deste fechamento.

Mas no momento em que se torna necessario o prolongamento da incisão operatoria para baixo ou para cima, as fibras carnudas do pequeno obliquo e do transverso terão que ser seccionadas em sua continuidade.

Com esta eventualidade, embora consiga-se solidas uniões dos musculos seccionados, perde este processo pela maior frequencia das hernias, das eventrações, as suas vantagens, e a incisão pararál de Jalaguier tem então superioridade incontestavel.

Ora, se nos afigura facilmente que si dissociarmos os planos á maneira Mac Burney, mais para dentro, fendendo as fibras do pequeno obliquo e do transverso e a bainha do grande réto (formação aponevrotica do transverso e obliquos), abre-se a parte externa desta bainha do gr. réto abdominal e desde então, é evidente, somam-se as vantagens dos métodos de Jalaguier e de Mac Burney, i. é, as conveniencias da abertura por dissociação dos planos com a possibilidade, na eventualidade de se ter de aumentar a laparotomia, de se utilizar a bainha do réto para faser-se este aumento de abertura, trocando-se assim as inconveniencias da secção do plano muscular pelas vantagens da secção de planos aponevroticos.

Neste caso, embora em menor escala, ha tambem o perigo da secção nervosa, mas sendo a sutura de planos aponevroticos incontestavelmente muito mais solida do que a de planos musculares, segue-se que ha real vantagem com es procedimento que permite, sempre que fôr necessario, transformar Mac Burney em Jalaguier.

A' esta dissociação deslocada para dentro de modo a abrir a bainha do gr. réto, systematicamente, eu associo o fechamento da parede abdominal ou antes, dos planos da parede abdominal por um ponto unico — obturador — o qual, fazendo correr como cortinas de encontro una á outra as porções superior e inferior do plano pequeno obliquo-transverso-bainha rétal e as porções interna e externa do grande obliquo, porções estas separadas pela dissociação, irá vedar, obturar, rapida e solidamente o ferimento penetrante cirurgico do ventre.

E' um ponto de obturação e de contenção agindo de acôrdo com a tendencia fisiologica de obturação espontanea pelo tonus muscular e pelas contrações que, estirando as fibras, dificultam seu afastamento reciproco.

Este ponto ou laçada obturadora, apesar de unico, age, como mostrará o esquema adiante, como se fossem quatro pontos: dois profundos, verticais, e dois superficiais e horizontais.

A abertura do ventre, por dissociação dos planos, deslocada para dentro até sobre a borda externa do gr. réto, e o fechamento dos planos musculares da parede pela laçada ou ponto unico obturador são os dois caracteres essenciaes do método.

Descrevo tambem aqui algumas particularidades de técnica no que concerne ao fechamento do peritoneo e á sutura da péle.

No que concerne ao fechamento da abertura do peritoneo, costume, em geral, executar este áto operatorio não com uma sutura continua, mas com um fio, o qual, passado em alinhavo largo ou simplesmente fixado em um ou dois pontos dos labios do peritoneo, será amarrado como nas hernias, de modo a evitar-se o contáto do fio em questão com visceras intraabdominaes, visando-se prevenir, principalmente quando se emprega o catgut, fio irritante, a formação de adherencias que podem ser dolorosas e causa de estáse intestinal, causa de oclusões, comprometendo uma vez ou outra o resultado de intervenção, em geral, tão simples.

No que toca á sutura da péle, relato o habito de a executar com agrafes de Michel depis de ter passado dois ou tres fios de seda, os quais, profundamente, tomando a aponevrose do gr. obliquo ao nivel da linha de dissociação, conservam-na ao contáto da péle quando amarradas sobre um rolo de gaze que serve de curativo. Este excelente método de sutura cutanea com pontos de apoio na aponevrose, de modo a evitar-se a formação dos hematomas e, por conseguinte de algumas supurações, é já antigo, e parece-me ter sido imaginado por Terrier.

E' evidente que, todas as vezes que se tiver de aumentar a abertura do ventre, o ponto obturador terá de dar lugar aos métodos habituais de sutura.

Creio ter exposto, e compreensivelmente, a ideia geral do método, e, passando a uma descrição concisa de sua técnica, eu acentúo que o processo é de execução facil e rapida sendo sómente difficil a sua descrição.

TÉCNICA. 1.^o — Incisão cutanea e do tecido celular subcutaneo — póde ser transversa. Emprego uma incisão, em geral de 6 á 8 cms. de extensão, ligeiramente obliqua para baixo e para dentro, tendo seu ponto mediano situado á dois cms. para fóra do ponto mediano da linha réta indo da cicatriz umbilical á espinha iliaca antero-superior (direita). A incisão pode ser feita bem menor, o que apresenta sómente a vantaem estética e a desvantagem, o que é coisa facil de remediar-se, de se ter de aumentá-la toda a vez que estivermos diante de um caso difficil por sua posição, por suas adherencias ou em que bridas estásiantes do fim do ileo, ou ganglios do meso-appendice crónicamente inflamados e os cécicos dilatados e muito moveis requerem do cirurgião algo mais do que a simples supressão do appendice ileo-cécal.

2.^o — Passagem através dos planos musculares — afastados os labios da incisão cutanea, fende-se a aponevrose do gr. obliquo paralelamente a direção de suas fibras, com um ligeiro golpe de bisturi, e, rapidamente, alarga-se a fenda assim obtida com a sonda de bocio de

Kocher, uma tesoura ou uma pinça qualquer. Uma pinça de Kocher prende cada labio da aponevrose e, servindo de afastadores, expõem o plano imediato constituído pelo peq. obliquo e transverso e pelo grande réto envolvido em sua bainha que é formação da aponevrose dos obliquos e do transverso.

Sobre a saliência formada pelo gr. réto do abdomen ao nível de sua borda externa, golpeia-se com a ponta do bisturi a bainha do gr. réto, transversalmente, i. é, paralelamente ás fibras do peq. obliquo, e com dois movimentos da sonda de Kocher (para direita e para a esquerda) acha-se o operador sobre o ultimo plano que é constituído pelo fascia-transversalis e pelo peritoneo.

Duas pinças de Kocher ou de Lane fixadas aos labios do plano fendido e, puxadas em sentido oposto, afastam suficientemente, uma da outra, estas formações musculares transversais. O musculo grande réto fica colocado para dentro e algo afasta-se pela ação exercida sobre as pinças de modo que fica bem exposto o ultimo plano peritoneo-fascia transversalis.

3.º — Preso o peritoneo, e depois de feita nele uma pequena dobra com a pinça de Kocher, fende-se o com o bisturi e alarga-se a incisão. Esta incisão deve ser tão pequena quanto possível, i. é., a minima compativel com a facilidade do áto operatorio. Quatro pinças reparam os labios da serosa e servem de meio de pressão no momento de obturação do peritoneo.

Dada a menor resistencia do tecido celular á infecção do que a serosa peritoneal, costumo, systematicamente, por meio de duas compressas, separar o peritoneo e os órgãos intra-peritoneais, que se eventram nesta operação, do contáto da ferida operatoria e da péle. Assim evitam-se algumas supurações da parede consecutivas á infecções peri-ependiculares ou peritoneais ligeiras e tambem certas irritações do peritoneo visceral devido ao contáto com a péle iodada, i. é., certas peritonites viscerais circunscritas, quimicas, capáses de produzir sinequias.

4.º — Execução da operação visceral — extração de apendicee. supressão de adherencias estenosantes do fim do ileo(Lane), céco-plicatura, supressão de ganglios crónicamente inflamados do meso-ependicee.

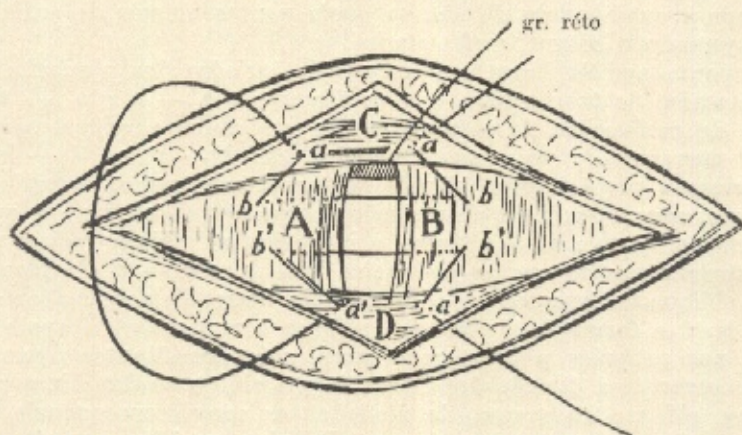
Não é finalidade deste artigo a fase operatoria da extração do apendice vermicular.

Sobre esta ha numerosas variantes, estando atualizada a questão da peritonialização ou não peritonialização do côto apendicular. Sem ter a pretensão de ir de encontro a opiniões eminentes, baseadas no decisivo argumento das estatisticas numerosas, eu julgo mais racional a sutura invertente, a qual parece-me ser de lei nas suturas do tractus digestivo, pois ela realiza de um modo perfeito a obturação do céco e a supressão do abcesso, em quanto na não peritonialização fica sempre, aquem do fio que amarra, um fragmento de apendicee destituido de vitalidade e em pleno peritoneo. E o processo de Moysés de Menezes, que inverte e obtura com o meso-ependicee, é, incontestavelmente, o mais racional deles.

5.º — Fechamento do ventre — a) fechamento de peritoneo.

Passa-se, começando em uma das commissuras da incisão, uma agulha de Reverdin que, avançando para a direita e para a esquerda, perfura, ao mesmo tempo, os dois labios da serosa em um ou mais pontos, e, indo sair na outra commissura da incisão, vai trazer um fio de catgut, o qual será amarrado como no fechamento dos sáculos herniarios, i. é, dando-se um nó de um lado e, em seguida, rebatendo-se as duas pontas do fio, são amarradas do outro lado. Neste tempo, as pinças reparadoras do peritoneo sendo puxadas pediculam a serosa e a última laçada do fio, passando mais baixo do que a primeira, fecha a cavidade sem que no seu interior apareça catgut.

a — a	<	b — b
a' — a'	<	b' — b'
a — a'	>	b — b'
a — a'	>	b — b'



O esquema mostra que, apertado o fio A e B (aponevroses transversas + pq. obliquo) irão ao encontro uma da outra. C e D (aponevrose gr. obliquo) irão encontrar-se igualmente.

b) fechamento da parede — Faço sistematicamente este ato por meio do ponto obturador. Um fio de catgut, preferivelmente catgut crômado N.º 2 ou 3, é o material empregado. Um fio estirado entre dois pontos é tanto mais difícil de ser afastado de sua posição de linha réta quanto maior for a sua tensão. E' uma lei aplicada ás fibras musculares e aos seus prolongamentos aponevroticos e tendinosos e da qual resulta que o tonus normal do musculo e a sua contração tendem a conservar fechadas as fendas cirurgicas feitas dissociando-se suas fibras constituintes e que este vedamento é tanto mais eficaz quanto mais potente fôr a concentração.

Infere-se disto a vantagem deste tipo de laparotomia e que as suturas serão bem pouco solicitadas em suas finalidades. Embora o laço obturador em si seja bastante suficiente para o que se destina, encontra tambem as condições favoraveis que relato. Este ponto apesar de unico, age como dois pontos profundos aproximando

verticalmente as fibras do pequeno obliquo e do transverso, (e as fibras da bainha do gr. réto) e, como dois pontos superficiaes, aproximando, quasi horizontalmente, as fibras do gr. obliquo.

Estas linhas de força, produzindo estas resultantes, são consequencia da disposição dos orificios de passagem do fio nas cortinas musculares e aponevroticas superficiaes e profundas, de modo a servirem de pontos de apoio reciprocos ao catgut que fecha. Practico este áto operatorio com uma agulha Reverdin curva, a qual, passando de baixo para cima, perfura primeiro de um lado a aponevrose do gr. obliquo, da superficie para a profundidade, em seguida as fibras do pequeno obliquo e do transverso, tambem da superficie para o fundo: depois, em sentido contrario, da profundidade para a superficie, perfurando as fibras transversas e do peq. obliquo, em seguida as do gr. obliquo, e, trazendo uma ponta do fio de catgut, entrega-a á uma pinça reparo, para, incontinentemente, faser o mesmo trajéto do outro lado e ir buscar a outra ponta do fio, as quais pontas, depois de sufficientemente puxado o catgut, serão atadas.

O ponto age de longe em relação ás incisões dos planos. O fio será passado, de tal maneira que as distancias $a - a$ e $a' - a'$ dos pontos de perfuração da aponevrose do gr. obliquo sejam sensivelmente menores do que as distancias de $b - b$ e $b' - b'$ dos transversos e peq. obliquo (depois de terem suas partes superiores e inferiores, separadas pela dissociação, chegado ao contáto) e que as distancias $a - a'$ e $a - a'$ (sup. e inf.) dos gr. obliquo sejam sensivelmente maiores do que as distancias $b - b'$ e $b - b'$ do plano pequeno obliquo-transverso. A consequencia desta disposição, como dissemos já, é a formação de linhas de força com pontos de apoio reciprocos nos proprios planos musculares, cujas resultantes agem perpendicularmente á direção das fibras do gr. obliquo e das fibras reunidas peq. obliquo-transverso, de modo a ter como consequencia o fechamento das aberturas dos planos. De visu, verifica-se muito clara e compreensivelmente a ação do fio obturador. A obturação é solida e perfeita. A execução deste áto é de muita rapidez. Costumo cruzar as pinças-reparo da aponevrose do gr. obliquo no momento de apertar o fio, visando levar as partes desta aponevrose uma sobre a outra.

e) — Sutura da péle — com agrafes, em geral. Passo tambem dois ou tres pontos de seda que prendem a aponevrose do gr. obliquo ao nivel dos labios da fenda e que, sendo amarrados sobre um rofo de gaze, o qual serve de curativo e contem a péle sobre a aponevrose, desempenhando o papel de sacco de areia.

Lepra bolhosa (Considerações a proposito de um caso)

por

Mário Bernd

da Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul
Cirurgião docente de Química Fisiológica da Faculdade de Porto Alegre

A 26 de Janeiro de 1932 apresentou-se-me no consultorio de ginecologia, sob minha direcção, no Centro de Saúde da Azenha, nesta Capital, uma doente que foi registada sob ficha n. 889.

Tratava-se de uma mulher, I. K., de côr mixta, de 24 anos de idade, casada havia quatro ditos, domestica, com residencia á rua da Concordia n. 514. O pai já tinha falecido, ia para muito, sem que ela soubesse da causa e em que idade. A mãe havia succumbido em 1918, em consequencia de complicação pulmonar da gripe pandemica. Nenhum filho sobrevivente deixára, a não ser a minha observada.

Esta acusa ter tido um unico filho, morto, aliás, de gripe. Nega abortos espontaneos ou provocados, quer proprios, quer maternos. Marido forte.

Como molestias transátas conta coqueluche, variola, gripe pandemica, febre tifoide.

Queixa-se atualmente de dôr de cabeça e tonturas. Mas o que chama a atenção, logo de inicio na paciente, são fileiras de empolas, situadas simetricamente de um lado e outro, desde a parte inferior da região temporal até o meio da geniana. São bolhas aquosas, isocromicas com a pele em derredôr. Nascem "ex abrupto" da superficie cutanea, exibindo todas quasi que o mesmo tamanho de meia ervilha. E' tal o estado aparentemente normal da epiderme, que se colhe a impressão de serem apostas por artificio sutil. Não se percebe lesão de especie alguma, nem sequer o mais leve rubor.

A doente tambem diz que, subjetivamente, é como si não existam, pois lhe não aflora á consciencia qualquer comunicado.

Cumpra acrescentar que as empolas se haviam mantido iguais a si mesmas desde tres mêses antes, data em que começam a aparecer conforme confissão da portadora. Nesse lapso nenhuma delas evolvera para a crosta ou purulencia. Perfurando uma com estilete, verifiquei que escorria liquido aquoso, abatendo-se a membrana rompida, completamente, por sobre o assoalho da bolha. Daí conclui não se tratar de vesicula, pois esta é em geral multiloculada e um unico furo do continente não permite o abatimento total deste, como acontece aliás na zona, no herpes, no eczema, no estrofulo, nas febres eruptivas (variola, varicela, vacina), sarna, sudamina etc....

Que havia eu de pensar do caso? Eu, méro curioso em dermatologia?

Não podendo, de momento, arranjar uma relação de causa para efeito, mandei fazer reações sorológicas para pesquisa da sífilis.

O resultado foi o seguinte: Laboratorio da Diretoria de Higiene. Papeleta n. 116. Registo n. 12.642:

Wassermann original: + + +.

Meinicke: + + +.

A paciente recebeu no espaço de tres semanas tres injeções venosas de Ogr.45 de **Subcusan**, arsenical empregado como substituto do 914 e originario de Toronto, no Canadá. Digo entre parenteses que ha mais de ano venho usando em centenas de mulheres esse medicamento assim como o **Neodiarsenol** da mesma origem, com absoluta tolerancia e sucesso terapeutico analogo ao similar alemão.

Foram, além disso, administradas á doente doze injeções musculares de iodeto de bismuto com o conteúdo de dois cc. e de dois em dois dias.

Com isso ou apesar disso, o estado bolhoso permanecia inalterado.

Nesse interim, tendo de dar minha opinião, junto com outro colega, relativa á anestesia braquial verificada em rapaz de Estrela, li o artigo de Leão Perrin sobre lepra no Tratado de Medicina de Vidal.

Ao falar acerca da forma nervosa, dis esse autor que ela póde começar por erupções penfigoides, localizadas no dorso das mãos e pés, no cotovelo e joelho.

Imediatamente me veio á imaginação a effigie de I. K., onde eu já mentalmente ia notando a hipertrofia das orelhas e a do nariz, disfarçada pelo "quid" racial africano.

Chegando no outro dia ao Centro de Saúde, disse de mim para mim: Vou verificar sómente a procedencia natal da doente e afirmarei pontifical, com esse unico dado, si se trata ou não de morfêa.

Procurando rapido na ficha essa anotação, vi: **S. Sebastião do Cai**.

Vitoriosamente, com um formidavel heurêca, já ia dispensando o subsidio laboratorial correlato para confirmação do mal, ao corrente como estava de ser essa localidade um de seus principaes fôcos no Estado.

Examinando, então a doente, com outra orientação, averigui a insensibilidade ao calor e á compressão no territorio eruptivo e parestesia nas adjacencias, como a região masseterina tambem. Entrando em analyse anamnesticca mais detida, houve eu o asserto de que I. K. fôra serviçal muitos anos em casa de leprósos na citada vila.

Enviei a doente ao Laboratorio da Diretoria de Higiene. O Dr. Custodio Vieira da Cunha, ao retirar material para o esfregaço, depa-rou a cartilagem do septo destruida, a lamina perpendicular do etmoide e o vomer erodados.

A preparação foi, sinão a mais, uma das mais ricas em bacilo de Hansen.

E' excusado dizer que as reações de Rubino e Deike-Gomes, realizadas pelo eminente tecnico, Dr. Jandir Failace, foram francamente positivas.

O interessante é que os compendios de dermatologia, ao enumera-

rem as dermatoses bolhosas, não se referem ao fator lepra. Pelo menos os que tenho em casa, silenciam nesse particular:

- Max Joseph:** Manual de Dermatologia.
Dubreilh : Précis de Dermatologie.
Sabouraud : Entretiens Dermatologiques.
Brock : Cliniques Dermatologiques.

No entanto, Leão Perrin, professor de clinica dermatologica da Faculdade de Medicina de Marselha, dogmatiza:

La lèpre nerveuse, anesthésique ou trophoneurotique DÉBUTE par des éruptions pemphigoides pouvant durer pendant des mois.

Boeck vai mais longe. Julga a bolha sinal premonitorio, sinão patognomônico da lepra nervosa (apud *Traité Élémentaire de Dermatologie* de Brock, Jacquet).

É de admirar, pois, que, sendo o pemfigoide, conforme Perrin, um fenomeno habitual e precoce na lepra nervosa, esses autores nada digam ao especificarem as dermatoses de bolhas.

Posteriormente ainda dei-me conta dessa falha nas seguintes obras:

- Jeansclme:** Dermatologie Exotique.
Hallopeau, Leredde: *Traité Pratique de Dermatologie.*
Mibelli: Dermatologia Generale.
Unna, Kaposi e Neisser: Tratado de Doenças da Pele.
Kraus und Brugsch: *Spezielle Pathologie — Doenças infecciosas.*
Paldrock: Lepra. *Archiv für Dermatologie und Syphilis.* 1925.
Fernando Terra: Lepra no Rio de Janeiro. Aparecimento, freq.^a e formas. 500 casos. *Congr. Dermat. Syphil.* Rio. 1918.
Dr. Manoel Alexandrino Rocha: A lepra em Pernambuco. *Congr. idem* Rio.
Dr. José Rodrigues da C. Doria: A lepra em Sergipe. *Congr. idem.* Rio.
Dr. Alberto Cruz: Lepra em Campos. *Congr. idem* Rio.
Dr. Jayme Ben Atar: Freq.^a da lepra no Estado do Pará. *Congr. idem* Rio.
Dr. Marcellino Rod. Machado: Freq.^a da lepra no Estado do Maranhão. *Congr. idem* Rio.
Dr. Carlos da Costa Ribeiro: Freq.^a da lepra no Ceará. *Cong. idem* Rio.
Dr. Souza Araujo: Freq.^a e distribuição geografica da lepra no Estado do Paraná. *Mesmo Congr.*
Dr. Emilio Ribas: Freq.^a da lepra em S. Paulo. Profilaxia. Contagem dos atacados. *Mesmo Congr.*
Dr. Eduardo Rabello: Lepra. *Congresso dermatologico.* Copenhague. 1930.
Dr. Ernesto von Bassewitz: A questão da lepra no Rio Grande do Sul. *Arquivos Rio Grandenses de Medicina.* 1927.

Em compensação tive o prazer de achar invocação á lepra na patogenia flietenal ou bolhosa nos seguintes trabalhos:

- Tenneson:** *Traité de Clinique Dermatologique.*
Brock, Jacquet etc.: *Traité Élémentaire de Dermatologie.*

Darier: Précis de Dermatologie.

Marchoux: Doenças da pele. Lepra. in Tratado de Patologia Exotica. 1919.

Rogers and Muir: Leprosy. 1925.

Brito Foresti: Lepra no Uruguay. Congr. Dermat. e Sifilís. 1918.

Prof. Antonio Aleixo: Freq.^a da lepra em Minas Geraes. Entre 30 casos do Ambulatorio, dentro de um ano, 6 eram de lepra bolhosa. Congr. Derm. Suph. Rio. 1918.

Prof. Basil Sefton: Lepra nervosa. Tese de Concurso. Porto Alegre. 1924

Dr. Ataíde Silva: Tese de doutoramento. Porto Alegre. 1915. A proposito de alguns casos de lepra. Obs. n.º 4.

Dr. José Soares Sarmiento Barata: Diagn. laboratorial da lepra. Distribuição no Estado do Rio G. do Sul. 1923. Tese de doutoramento. Porto Alegre.

Zambaco Pachá: La Lèpre. 1914.

Joaquim Motta: Aspetos e sintomas da lepra dissipulada. Separata da Rev. das Clin. 1929. Rio de Janeiro.

Urge asseverar, no entanto, que nenhum dos escritores citados, fala em flietenas iniciais no rosto. Referem-se principalmente a membros e, no maximo, no tronco.

Não mandei pesquisar a existencia de bacilos hanseninicos no liquido das bolhas, porque os autores que conhecia na ocasião eram unanimes em a negar. Mas alguns aconselham provocar-se na região suspeita o aparecimento de bolhas por intermedio do frio ou calor extremo, para então executar a bacterioscopia, que é, nestas condições, sempre positiva, dizem. Não lancei mão deste expediente, porque me foi dado conhecê-lo sómente agora. Outros adiantam que o bacilo ausente no liquido bolhoso, pôde ser surpreendido no tecido estratual da flietena. Pelo motivo citado, tambem não reclamei essa prova.

Em face só das reações sórologicas praticadas (Gomes Deicke positivo, Wassermann e Meinicke + + +) podia-se afirmar que a paciente podia, além de leprosa ser luetica?

De acordo com o brilhante trabalho "**Sorologia na Lepra**", de nosso distinto confrade, Dr. Jandir Faillace, posso dizer o seguinte:

- 1) A reação de Gomes Deicke nunca é positiva na sífilis, mas
- 2) É rarissimo no mal lazario exclusivo. deparar-se reacção luessorologica igual a duas cruces e impossivel, superior a este indice.
- 3) Esta positividade decorre por conta das reações por desvio do complemento (Wassermann original e outros), sendo a exceção que isso se realize com as de flocculação, como a de Meinicke e Kahn, por exemplo.

Logo, pôde-se dizer sem receio de errar que a doente é portadora de associação leproso-sifilitica.

Mas, apesar de tudo isso, não seria possivel que se tivesse enxertado dermatose, por conta da qual ocorresse a efflorescencia penfigoide?

A forma, o modo eruptivo, a duração, a não concomitancia sensi-

vel de outros sintomas presentes em outras molestias bolhosas, conforme a relação abaixo, afirmam a exclusão de outro factor genético.

Ainda que pairasse alguma duvida sobre a possível interferencia da sífilis, como coeausa, aliás tão frequente na simbiose em aprego, o nenhum resultado do tratamento especifico parece que fala contra essa hipotese.

E' verdade que Jeanselme julga a sífilide penfigoide apanagio dos primeiros tempos da vida infantil. Mas Gougerot, por outro lado, dizendo-a excepcional no adulto, não exclue a sua possibilidade, mesmo nesse carater.

O indice de Velez sempre positivo na lepra, conforme experimentações de nosso colega Helmuth Weinmann, uma das mais promisscras afirmações de nosso meio intelectual, infelizmente devido a razões de ordem superior, não ponde ser executado, nem a titulo illustrativo.

Leão Perrin diz mui acertadamente lesão penfigoide em vez de penfigo, porquanto hoje se reserva este nome para afeções **essencialmente bolhosas**, de natureza indeterminada, mas, com certeza, diversa da daquelas em que entra apenas como um episodio.

Exemplo de **penfigo essencial** temos no:

- 1) Penfigo agudo febril grave.
- 2) " polimorfico recidivante.
- 3) " cronico verdadeiro.
- 4) " foliaceo.
- 5) " vegetante.
- 6) " congenito.

Exemplo de **penfigo episodico** vêmos:

- 1) Nas bolhas traumaticas (queimaduras, etc.).
- 2) " " epifenomeno (lepra, siringomielia, infecção purulenta).
- 3) " dermatoses acidentalmente bolhosas (erisipela, eozema, disidrôse, hiperkeratose ictiosiforme, urticaria bolhosa, eritema polimorfico bolhoso, hidroa, sífilides e toxidermias flietenares...).
- 4) Nas erupções bolhosas microbianas extensas (impetigem, etc.).

Como no principio me referi á impressão de artificio das bolhas, daria margem isso a que se admitisse a possibilidade de dissimulação no caso vertente?

Justamente a nenhuma lesão da epiderme sequente ou simultanea á bolha, excluía de modo absoluto qualquer proposito latente de provocação, pois seria impossivel que não deixasse vestigio denunciador.

De acordo com as melhores estatisticas, a lepra duplica o numero de suas vitimas no lapso de 10 anos. Presentemente, haverá no Estado 1.500 lazarus. Si se não tomarem medidas energicas, d'aqui a 10 anos, será inexequível a reclusão como solução do problema. E', pois, um fáto sabido que cada dia o mal de Hansen vae se disseminando no seio de nossa população.

Podemos já assertar sem arrepios que vivemos num meio leproso.

Nestas condições, a doença não deve interessar só ao dermatologista ou ao higienista, mas principalmente ao medico clinico, que é o

primeiro a topar com casos latentes, frustos, incipientes ou suspeitos. E eis ali como se reveste de importancia e gravidade até social a attitude do medico pratico. Si não souber desconfiar permitirá, por exemplo, matrimonio de per si nulo, infelicitando familias inteiras. Urge ao clinico saber desvendar mórmente as fórmãs latentes com seus ataques ganglionares, parestesias, corizas, as fórmãs incipientes com suas maculas, eritemas, cubital noduloso e nevralgico, queda superciliar, bolhas, etc., recorrer ao laboratorio ou então ao especialista. Mas principalmente e sempre ter no subconsciente a desconfiança do morbus terrificus!

Passando á doente, posso afiançar que, apesar de avisá-la sobre seu terrivel mal, dando-lhe, outrosim, instruções acerca do que deveria faser, a encontrei nos bondes e atualmente soube que ela trabalha á noite no "Café João Pessoa", libadoiro sito na esquina da rua 3 de Novembro, com Lima e Silva.

Embora varejasse pessoalmente essa espelunca, altas horas da noite, não me foi dado desvendar vestigio da denunciada. Desconfiando despistagem do proprietario, aueacei-o com as penalidades do Código Sanitario no caso de homizio.

Afóra a lembrança da significação bolhosa no diagnostico precoce da lepra e principalmente a raridade da localização facial não constante em nenhuma das obras supracitadas, serve esta modesta comunicação de pretexto a que eu faça um apelo veemente á Sociedade de Medicina, no sentido de constituir um "clama, ne cesses!" permanente, junto a quem de direito, para effectuação pronta do encantado leproario.

Sinão, o mal diabolico infiltrar-se-á entre nós cada vez mais, realizando não só indice de desgraça fisica, mas e, principalmente, opprobrio sempiterno pelo nosso desleixo e indiferença.

Sinão, teremos por toda a vida a nos amaldiçoar o espectro horrido de um desgraçado como Sferra que, repellido até pelos seus, resolveu num protesto de fogo, incendiar-se e carbonizar-se em plena via publica.

Sinão, ouviremos sempre a voz soturna, dantesca e espantosa do sepulcro lazarento: "Exoriare ex nostris ossibus ultor!" Exsurja da cinza de nossos ossos um vingador que estigmatize com ferro em brasa os responsaveis por nossa tão triste sorte!

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un cas de lèpre pemphigoïde à localisation faciale symétrique. Les bulles s'étendaient depuis la partie inférieure de la région pariétale jusqu'à la partie moyenne de la génienne. La peau ne présentait aucune lésion, la teinte étant absolument normale. Les phlietènes dataient depuis trois mois. Aucune ne s'était rompue. La malade ne se plaignait d'aucun malaise qui permit d'orienter le diagnostic d'un façon certain. Réellement l'auteur seulement par hasard a pu supposer l'origine lépreuse du symptôme. Il envoya la malade au laboratoire du Gouvernement de l'État. Le technicien rencontra le cartilage du cloison, le vomer et la lame perpendiculaire de l'éthmoïde complètement érosés.

Le frottis décéla des globules très chargées de bacilles. Les réactions de Rubino et de Gomes-Deicke ont été franchement positives. Le Bordet-Wassermann et le Meinicke ont révélé une positivité de trois croix.

L'auteur rappelle que d'après Jeanselme, Gougerot, les syphilides bulleuses sont absolument exceptionnelles, chez l'adulte. D'ailleurs, le traitement spécifique par le novarsénobenzol (Subeusan et Néodiarsénol du Canada) et le bismuth n'apportèrent aucune modification aux phlietènes.

Finalement l'auteur relève que dans un milieu qui devient progressivement lépreux (1.500 morphétiques pour 3:000.000 d'habitants), il importe au clinicien de bien connaître les symptômes isolés, les signes précoces et latents comme l'atteinte ganglionnaire, les paresthésies, le coryza, les névralgies, etc., et incipients comme les macules, la chute sourcilière, les phlietènes, l'acroït de volume et la nodulation monilaire du cubital, etc., pour éviter des erreurs affreusement irréparables.

Il termine par un appel pathétique en faveur de la population abandonnée.

Il dirige une exhortation véhémement à la Société de Médecine pour qu'elle fasse quelque chose de pratique en ce sens.

A Profilaxia de Difteria

por

Mario Assis Brasil (Alegrete)

O trabalho que tenho a honra de submeter ao alto juízo desta douta Sociedade, não apresenta nenhuma originalidade (embóra ha tempos o venha eu estudando e praticando na clinica, dentro da medida dos meus escassos recursos), pois que não é mais do que um esforço para sintetisar as notaveis aquisições modernas sobre o assunto.

Não é meu proposito entrar no campo da teoria sinão mencionar fatos concretos e suscitar entre os illustres colegas desta Sociedade manifestação de opinião respeito a uma tése medica de indiscutível importancia. Assim sendo, me limitarei a traçar, em linhas gerais, a evolução que se tem operado na profilaxia da difteria, desde o advento da ciencia de Pasteur, assinalando quais os resultados obtidos e quais as lacunas apontadas, para que se possa comparar o estado atual desse problema com o que até bem pouco tempo constituia a sua difficil solução.

São as seguintes as publicações pelas quais orientei a feitura desta dissertação:

- Robert Debré — La vaccination contre la diphterie, 1932.
- Dr. Rougier — La vaccination anti-diphterique par l'anatoxine de Ramon dans l'enfance — These de Lyon, 1931.
- Boletin del Instituto internacional americano de proteccion a la infancia — Montevideo — Janeiro 1932.
- Archives de Medicine des enfants — Dezembro de 1932.
- Informe sobre la cacinacion antidifterica en el Patronato de la infancia — El Hospital Argentino, tomo II, pg. 1121.
- Paris Medical — 6 de Junho de 1931.
- Anales de l'Institut Pasteur — Setembro 1930.
- Revue Medico-Sociale de l'enfance — n.º 1—Fevereiro 1933.

Vós sabeis quão grandes progressos se tem realizado na profilaxia da difteria, desde as memoraveis descobertas do bacilo de Loeffler em 1884 da toxina difterica por Roux e Yersin 1887—89 e a do serum Behring-Roux em 1894. A mortalidade baixou em proporções consideraveis e tanto mais depressa quanto maior foi o emprego do serum curativo. A mortalidade geral pela difteria, universalmente, é hoje de cerca de 10%. Sem duvida nenhuma representa este successo consideravel dum metodo que se pode chamar terapeutico e profilatico. Mas observa-se que não obstante a eficiencia do serum, de

tempos em tempos a difteria se apresenta mais severa e mais ameaçadora. Esta molestia passa por periodos de varios anos, durante os quais ella é relativamente benigna, porém depois, num dado momento, por motivos ou razões ainda misteriosas (que alguns creem ligadas a variações no carater patogenico do virus) ella se agrava e os casos tornam-se mais numerosos e as formas toxicas mais frequentes.

Exemplo disto é a ultima epidemia que a partir do anno de 1926 generalizou-se na Europa e atingiu a America, com tal carater de malignidade que se chegou a pôr em duvida a eficiencia do serum. Ora, o serum não mudou, pois que se tem verificado insistentemente que elle conserva o seu valor; o que mudou foi a difteria. Isto equivale a dizer que esta molestia é capaz de produzir offensivas inesperadas e perigosas. Si é verdade que a mortalidade pela difteria baixou consideravelmente depois do emprego do serum, não é menos verdade que a morbidade em quasi nada se modificou, pois que as estatisticas nos ensinam que o numero de crianças atacadas pela difteria é hoje mais ou menos igual ao da epoca anterior á descoberta do serum. A descoberta da reacção de Schick e a sua larga applicação na pratica pelo medico americano Park, veio demonstrar a importancia capital que teria um metodo preventivo, na luta contra a difteria, por isso que com o auxilio dessa reacção se poudo comprovar, com exáta precisão, a cifra verdadeiramente alarmante das crianças que em qualquer fase de sua vida apresentam receptividade para esta molestia. A simplicidade, a inocuidade, e o inestimavel valor pratico desta prova proporcionaram oportunidades de se estudar a receptividade para a difteria, em varios milhares de crianças em França, varias dezenas de milhares na Alemanha, na Belgica, na Suissa, na Inglaterra e alguns milhões nos Estados Unidos. Vejamos o que tem mostrado a experiencia mundial: Segundo um quadro reproduzido no relatorio apresentado ao Comité de Higiene da Sociedade das Nações, por Van Boeckel, a percentagem das reacções positivas é a seguinte:

Nas crianças de menos de 3 meses.....	15%
Nas crianças de 3 a 6 meses.....	30%
Nas crianças de 6meses a 1 anno.....	91%
Na entrada da escola, isto é, de 3 a 6 anos..	60%
No fim do periodo escolar, de 12 a 14 anos..	20%
Nos adultos	8%

Esta curva é eloquente. Desde logo ella significa que os recém-nacidos, herdando imunisinas naturais, apresentam uma percentagem elevada de resistentes á infecção; mas logo no primeiro anno de vida vemos baixar bruscamente essa resistencia, baixa que atinge seu maximo (91% receptivos) entre 1 e 3 annos. Na segunda infancia a frequencia do Schick positivo diminue para chegar a 8% apenas no adulto. A diminuição do Schick positivo se explica pelo contáto que creá a vida social. Com effeito, quasi todo individuo na infancia, tem contáto mais ou menos directos com o bacilo de Loeffler e sob a influencia destes contáto produz-se a imunidade adquirida. E' a imu-

nidade dos individuos que não estiveram doentes, mas que a adquiriram graças a processos de infecção que se acham á "la lisière de la maladie", segundo expressão de Robert Debré. Deste modo vemos que preciosos ensinamentos, sob o ponto de vista epidemiologico e immunologico, trouxe a descoberta de Schick. Doutra parte, a obscuridade que apresentava a epidemiologia se esclarece com a constatação feita por Escherich em 1890 da existencia dos portadores de germes. Os portadores de germes são, como sabeis, numerosos e se tem calculado em 2% a sua presença nas populações onde existe a difteria. "La profilaxis de la difteria no es facil. El contagio se efectua sobre todo por los portadores de bacilos. Estos portadores de bacilos son convalescientes de difteria o sujetos resistentes a la enfermedad, temporaria o definitivamente. Rara ves el contagio es directo, es muy raro asitir en una casa a dos enfermos de difteria a la ves, aun quando no se hayan tomado las precauciones necesarias. Esto demuestra la necesidad de una condicion preparatoria de la mucosa, lo que explica lo desarrollo de la enfermedad en epocas de frios y de humedad." Temos assim um grande numero de individuos que vão semear a doença em torno de si. Como identifica-los? Examinar a garganta de todos individuos de uma escola, dos soldados de uma caserna ou de um grupo de habitantes, comporta grandes dificuldades praticas e materiais, além da possibilidade de erros resultantes da presença do bacilo pseudo-difterico. E uma vês reconhecidos os portadores de germes, que fazer para desembaraça-los dos seus bacilos? Muitos metodos e processos têm sido tentados, desde as desinfecções até o isolamento, mas infelizmente, todos os esforços têm sido vão. A razão, pois, porque a morbidade difterica não baixa reside no facto de que não é possível retirar da vida social os portadores de germes e nem tão pouco desembaraça-los dos bacilos. Estas noções conduziram a novas descobertas, graças ás quais possuímos hoje processo capaz de imunizar todo individuo impunemente e sem duvida definitivamente. Este processo é o constituido pela vacina.

A historia da imunização ativa anti-difterica, começa no dominio experimental, com os primeiros estudos de laboratorio sobre a toxina e a anti-toxina. Depois de algumas tentativas de diferentes autores, são os ensaios de Behring de um lado, e os de Park de outro lado, que marcam o ponto de partida da vacinação anti-difterica no homem. Por fim, a descoberta pelo Dr. Ramon da anatoxina, realizou o progresso mais importante. Behring foi o primeiro experimntador que de um modo sistematico produziu a imunização no homem, servindo-se de uma mistura de toxina e anti-toxina. Em 1913 declarou este sabio que havia creado um novo meio de proteção contra a difteria; no ano seguinte publicou seus primeiros resultados, annunciando que tinha praticado 7.000 vacinações com a mistura T. A. Mas ao mesmo tempo constataram-se varios inconvenientes neste metodo, reacções locais e gerais violentas a ponto de ameaçar a vida dos pacientes, tecnica tão complicada que nenhum pratico podia empregala sem uma autorização especial de Behring. Porém foi um trabalho de alto valor científico que abriu novas possibilidades para o proseguimento dos estudos. Nos Estados Unidos, por essa mesma epoca,

Park e seus colaboradores retomavam o estudo da mistura T. A. sem conhecer entretanto a composição da vacina de Behring, que permanecia em segredo. Logo depois publicaram indicações muito precisas sobre a técnica e sobre os resultados; divulgaram seu método e empreenderam uma verdadeira cruzada higienica em favor da profilaxia da difteria pela vacina. A preparação da vacina de Park e seu controle são extremamente delicados, pois trata-se de uma preparação aonde entra a toxina difterica pura. Acidentes mortais foram registrados por varios autores, mas em todos eles ficou sempre demonstrado que se tratava de vacina, preparada de modo defeituoso. Estabeleceu-se, com effeito, que os antisépticos ajuntados á mistura T. A. agem mais sobre a anti-toxina do que sobre a toxina, o que representa um grave risco. Tambem se admitiu a possibilidade de uma dissociação da mistura T. A., o que foi experimentalmente realizado por Madsen e Schmitt. Outros autores mostraram que nos casos em que não se pode incriminar nem a dissociação secundaria nem a destruição accidental da anti-toxina, o erro consistiu em acrescentar um grande excesso de toxina. Em todo o caso a esses desastres, produzidos por imperfeição da tecnica, deve-se opor a inocuidade perfeita dos milhares de injeções praticadas com misturas bem feitas e bem controladas. Por fim, devemos salientar que as misturas T. A. contêm uma serie de proteínas ou derivados proteinicos, que provêm ou dos corpos microbianos ou dos caldos de cultura ou do serum de cavallo, visto que estas misturas contêm anti-toxina. A presença das proteínas sericas de origem equina pôde ter um inconveniente particular e tem sido observado que nos paizes em que as misturas T. A. são utilizadas, os accidentes sericos tornam-se mais frequentes. Para terminar esta enumeração das vacinas, atualmente empregadas, devemos assinalar a de Schmitt (de Marburgo), conhecida pela designação de T. A. F., que é obtida á custa da reação da flocculação.

Do exposto se vê que o estudo das misturas toxina-antitoxina proporcionou a fabricação de 3 vacinas: Uma subneutralizada, representada pela vacina de Park e as duas outras muito menos estudadas e muito menos empregadas, uma e outra uzadas, quasi exclusivamente, na Alemanha. Examinemos ligeiramente os resultados obtidos na pratica, sob controle da epidemiologia e da estatística, das vacinas tipo toxina-antitoxina. Neste ponto de vista, a larga experiencia dos Estados Unidos é a de maior interesse. Eis aqui o que nos ensinam os documentos sanitarios officiaes, comunicados pela organização de higiene da Sociedade das Nações: A mortalidade della difteria baixa regularmente nos Estados Unidos desde o começo do seculo, salvo uma interrupção de 1917 a 1920. Quanto á morbidade, variou irregularmente até 1920 e dahi para diante baixou acentuadamente. A vacinação começou em 1921. O exemplo de algumas cidades americanas (Auburn, Newburgh, Utica, Niagar-Falls, Albany, etc.), parece bem demonstrativa. Nestas cidades a difteria diminuiu desde que se chegou a vacinar a metade dos escolares e desaparecer quasi completamente quando a vacinação das crianças atingiu a totalidade. A estatística de Brooklyn (citada por François Deny) é mais interes-

sante. De 1915 a 1923 a mortalidade e a morbidade variam pouco: Um pouco mais de 50 casos em media por ano e um pouco mais de 2 mortes em media, isto é, de 1916 a 1922 um total de 288 casos de difteria com 11 obitos. A partir de 1923 a vacinação sistematica é adotada nas crianças e, de 1920 a 1929, 6.647 foram vacinadas; a difteria baixa imediatamente e não aparecem mais que 16 casos em 1924, 10 em 1925, 8 em 1926, 9 em 1927, 3 em 1928 e 5 em 1929, sem nenhum obito. Resumo: Antes da luta contra a difteria, em 4 anos, cerca de 300 casos e 11 mortes, a partir da luta sistematica em 4 anos, 51 casos e nenhum obito. Citemos uma estatistica holandesa de Doyer: Em um primeiro grupo de 1899 erianças completamente vacinadas não se registaram sinão 2 casos de difteria; entre 10.836 crianças testemunhas da mesma idade, não vacinadas, foram constatados 87 casos, o que corresponde a uma morbidade de 7,7 mais elevada nos não vacinados. Em um segundo grupo, sobre um total de 5.448, houve 3 casos de difteria; sobre os 18.750 testemunhas da mesma idade, 78 casos, seja, 7,5 menos casos nos vacinados. O efeito sobre a mortalidade é igualmente favoravel: Em Detroit, em 1929, houve 18 mortes por difteria nos vacinados (em 343 doentes), seja, 5,5 por cento e 249 mortes em não vacinados (em 2.096 doentes), seja, 11,9 por cento. A difteria foi, portanto, duas vezes mais grave nos não vacinados. Van Boekel, que elaborou dois relatorios sobre a profilaxia da difteria, para a organização de higiene da Sociedade das Nações, e que praticou em seguida ensaios comparativos (1919, 1927) indica pela prova de Schick, se encontram 65% de individuos imunizados depois da segunda injeção, e 85% após a terceira injeção. Na Alemanha se fizeram igualmente verificações. Na epoca em que se empreendeu em Berlim a campanha anti-difterica empregaram-se as duas misturas, T. A. e T. A. F. — A prova de Schick praticada em mais de 30.000 escolares, antes da vacinação mostrou uma proporção de reações negativas de cerca de 20%; depois da vacina mais de 11.000 crianças foram estudadas de novo e se verificou que a percentagem de reações negativas tinha passado para 71% (Seligmann). Em New York 180.000 são divididos em duas categorias: Noventa mil não foram submetidos a nenhum controle e a nenhuma vacina; observaram-se entre estes 56 casos de difteria. Na mesma ocasião entre 57 mil escolares que apresentaram reação de Schick negativa (por imunidade natural) observaram-se 5 casos de difteria, e finalmente entre 33 mil escolares com Schick positivo e que foram vacinados, observaram-se 9 casos de difteria. Em conclusão: Entre 90 mil crianças testemunhas — 56 casos de difteria; entre 90 mil crianças consideradas imunizadas (natural ou artificialmente) 14 casos de difteria, isto é, 4 vezes menos. Vê-se por estas citações que a vacinação pela mistura T. A. deu resultados interessantes mas não ainda completamente satisfatorios, pois que em 25 a 30% dos vacinados pode sobrevir uma difteria e mesmo mais raramente uma difteria mortal. Atualmente emprega-se em grande escala, uma vacina melhor sob todos os pontos de vista do que as anteriores. É a antoxina de Ramon. Esta anatoxina, conforme a descreve o seu descobridor, não é somente uma toxina atenuada, uma toxina tornada inofensiva, porém

uma substancia dotada dum valor antigeno, intrinseco, mensuravel pela reacção da flocculação e possuindo propriedades particulares (resistencia ao calor, estabilidade, irreversibilidade) que a distingue de todas as substancias preparadas até o presente, a partir de uma toxina. A anatoxina de Ramon não é uma toxina atenuada, mas um produto tornado inofensivo, possuindo assim a mais preciosa das qualidades para uma vacina destinada ao homem. A innocuidade da anatoxina é a primeira das suas qualidades e essa innocuidade se mostra absoluta injetada nos animais mais sensiveis (R. Debré). Para comprovação da eficiencia da vacina de Ramon, investigou-se em primeiro lugar a sua acção sobre a reacção de Schick. O estudo comparativo de Harrisson (Serviço de Saude dos Estados Unidos) é interessante porque foi procedido em anatoxinas de varias procedencias, enviadas ao Serviço de Saude Americano para serem controladas; esses ensaios deram 95% de resultados favoraveis. Da mesma forma o relatorio dos peritos da organização de higiene da Sociedade das Nações, mostrou que na vacinação completa com anatoxina de qualquer procedencia, desde que ela contenha, pelo menos, 10 unidades anatoxicas por cc. dá 94 a 96% de reacções negativas nos individuos nos quais a reacção de Schick previa se tinha manifestado positiva. Os resultados favoraveis que essas comprovações exprimem são muito superiores aos que se obtêm com as outras vacinas. Martin Loiseau e Lafaille mostraram que após a primeira injeção, 35% dos individuos Schick positivo, apresentavam uma reacção negativa; após a segunda injeção (e aqui só inoculando 65% do grupo precedente, que continuavam com o Schick positivo) observaram 78% de novas inversões do Schick e a terceira injeção praticada nas mesmas condições precedentes conferia imunidade á quasi totalidade dos que permaneciam receptivos. Considerando que uma reacção de Schick negativa traduz um estado de imunidade, pode-se dizer que após duas injeções 88% a 90% são imunizados e que após a terceira injeção a imunidade é conferida de 96 a 99% dos vacinados. O estudo successivo das 2 especies de vacinas empregadas, — as misturas T. A. de um lado, e a anatoxina de outro lado — nos fornece facilmente os elementos de uma comparação entre ellas. A maior eficacia da anatoxina é hoje reconhecida por todos. As experiencias comparativas empreendidas nos Estados Unidos podem servir como exemplo:

Experiencia de G. F. e G. H. Dick

Numero de crianças que receberam 5 doses T. A. (Typo Park)	100
Provas de Schick (de controle) negativas.....	82
Provas de Schick (de controle) positivas.....	18
Numero de crianças que receberam 3 doses de anatoxina.....	100
Prova de Schick (de controle) negativas.....	94
Prova de Schick (de controle) positivas.....	6

Experiencia de Schwarz e Jouney

Crianças de escola vacinadas com 3 doses de mistura T. A.:	
Prova de Schick (de controle) negativas.....	75%
Crianças de escola vacinadas com 3 doses de anatoxina:	
Prova de Schick (de controle) negativas.....	98%

Quanto ao grau de imunidade, á persistencia da imunidade, á eficiencia real e pratica dessa imunidade contra as epidemias, a vantagem cabe á anatoxina, que protege mais, protege melhor e protege mais rapidamente os individuos do que as misturas T. A. Martin e seus colaboradores, Lereboullet e Boulanger-Pillet, Joanon pesquisando por meio da reacção de Schick a persistencia da imunidade dos individuos vacinados pela anatoxina, puderam estabelecer que a solida imunidade conferida pela anatoxina persistia ao fim de 2 anos, 3 anos e mesmo 4 anos, donde pensam tirar conclusões muito favoraveis para o resto da vida. Do exposto vê-se que a anatoxina empregada segundo o metodo classico das 3 injeções inverte a reacção de Schick 94 a 96 vezes sobre 100; restam, portanto, 4 a 6 individuos que apesar de vacinados não são imunizados. Estes resultados de Schick concordam com as observações da clinica. Aubrun (Soc. de Med., Chi. et Pharmacie de Toulouse, Abril de 1930) mostrou a existencia de casos indiscutíveis de difteria em alguns vacinados. Porez e Prestaux (Soc. de Med., Du Nord, Março de 1930) numa investigação que procederam em 7 mil crianças vacinadas constataram 14 casos, sendo 2 graves. Estes fatos observados por varios autores, ameaçavam trazer um certo descredito para o metodo. A Sociedade de Pediatria de Paris, encarregou uma comissão de estudar os casos publicados, de determinar a frequencia e a causa dos insucessos e propor os meios destinados a evita-los. A comissão se occupou, de começo, em estabelecer a percentagem dos casos reais sobrevividos em vacinados, afastando sistematicamente, como era logico, as vacinações praticadas incorretamente, assim como as incompletas. Em 82 mil vacinações corrétas não foram observados sinão 80 casos de difteria confirmados pela clinica e o laboratorio, seja 1 para 1.600 vacinados; ao passo que em Berlim em 88 mil vacinações (toxina-antitoxina), 363 casos se declararam, seja 1 para 240. A importancia da vacinação corréta, resalta nitidamente da estatistica de Lereboullet e Gouney: Em 17 mil vacinados, esses autores apenas constataram 5 casos. A circunstancia de que 4% permanecem Schick positivo após a vacina explica perfectamente os insucessos registados.

Para fazer obra util importava pois procurar reduzir, senão suprimir essa pequena percentagem de individuos insufficientemente imunizados, o que já se conseguiu aumentando em cada vacinado a quantidade de antitoxina circulante. O meio que parece mais indicado para chegar a esse resultado é o que consiste em praticar uma quarta injeção. Este processo foi empregado durante as experiencias de vacinação realizadas nos ultimos anos, no hospital marítimo de Berek (Debré, Ramon e Mozer). Em 1928 fez-se nesse hospital

a prova de Schick em 500 crianças, vacinadas no ano anterior. Em 25 dentre elas, seja 5%, a prova foi positiva. Fez-se então nesses pacientes uma quarta injeção de anatoxina de 1 cc. 5. A prova de Schick dois meess depois se revelou negativa em 23 e positiva em 2 apenas. Em consequencia dessas constatações as crianças que áttualmente ingressam no hospital de Berck, são sistematicamente submetidas á prova de Schick, depois das 3 injeções de anatoxina, e os que ainda apresentam reação positiva recebem uma quarta injeção. Varios autores têm procedido da mesma forma em diversas coléttividades e se declaram muito satisfeitos com os resultados obtidos. Mas compreende-se que o emprego desse processo da quarta injeção com prova de Schick previa, é impossivel de se generalizar na pratica. Entretanto, ha alguns anos Goster e Ten Boekel, Rohmer e depois Zoeller, demonstraram a utilidade de uma injeção tardia, feita longo tempo após uma serie de injeções vacinais. Ramon e seus colaboradores recomendam praticar, quando é possivel, uma ano mais ou menos depois da vacinação, uma injeção suplementar. Esta injeção suplementar permite não sómente aniquilar quasi por completo o pequeno numero dos vacinados que não ficaram imunizados pela serie de 3 injeções, mas tambem reforça de um modo consideravel o grau de imunidade que possuam os já imunizados. Este modo de proceder não tem nenhum inconveniente. Com o fim de comprovar a eficiencia da anatoxina, Ramon Debré, e Thiroloix (Soc. Biologic — 13 Dezembro 1930) injétaram em cobaias vacinadas mais de 40 amostras de bacilos diftericos, de origens variadas. Todos esse animais resistiram, provando assim que a imunidade conferida é uma e vale contra todas as amostras de bacilos de Loeffler de origem as mais diversas. Em outro nota os mesmos autores insistem sobre a necessidade de utilizar para a vacinação uma anatoxina de alto valor antigeno intrinseco, que possa permitir obter o maximo de imunidade num maximo de individuos vacinados.

Antes de terminar quero fazer referencia á pequena contribuição de observação pessoal que aqui posso acrescentar. Ha 7 meses venho empregando em minha clinica privada a anatoxina de Ramon. Conto já entre os completamente vacinados e os que se acham em vias de terminar a serie de inoculações, com 216 observações assim repartidas:

Cor a serie de 3 injeções.....	76 crianças
Com uma injeção	81 “
Com duas injeções	59 “

A distribuição das vacinas, de minha estatistica, segundo as idades, é a seguinte:

2 anos.....	23 crianças
3 anos	31 “
4 anos.....	56 “
5 anos.....	29 “
6 anos.....	17 “

7 anos.....	26	“
8 anos.....	11	“
9 anos.....	13	“
10 anos.....	9	“
11 anos.....	1	“

Neste numero de 216 vacinados empreguei anatoxina de diversas procedencias: Inst. Bat. de B. Aires (do Dep. N. da Hyg.) Inst. Biol. de B. Aires, Inst. Pasteur de Paris e do Inst. V. Brasil. Não observei nenhum acidente de importancia devido á vacina: apenas ligeiras reações no ponto de inoculação (fossas supra e infra espinhosa) dôr, eritema local, elevação termica acompanhada raramente de vomitos e cefaléa, tudo em muito poucos casos e muito benigno, não se prolongando por mais de 24 horas. Como se vê, não tenho praticado a reação de Schick previa nos meus vacinados, afim de verificar o seu estado de receptividade, mas assim procedo seguindo opinião unanime dos experimentadores, que julgam tal prova inteiramente dispensavel nas erianças de menos de 10 anos. Nos adolecentes e nos adultos, pelo contrario, só excepcionalmente se deve praticar a vacinação sem que uma prova de Schick tenha determinado sua indicação. Quanto á reação de controle que se pratica 15 dias após a ultima injeção de anatoxina, diz Robert Debré, não é recomendavel sinão em casos definidos: estudos scientificos, controle de uma vacina ou desejo particular de obter informação segura sobre os resultados obtidos.

Sr. Presidente, agradecendo a benevola acolhida que me dispensa neste momento a Sociedade de Medicina, quero expressar o meu ardente desejo para que desta casa saia uma palavra de entusiasmo em pról da grande cruzada contra a difteria, cruzada esta que empolga todas as nações civilisadas e que cada vez se torna mais coordenada e mais generalizada.

Graças á vacina de Jenner a nossa geração não teme mais a varíola; pratiquemos, pois, a vacinação anti-difterica, para que as gerações futuras não temam a difteria.

A especie dominante do Plasmodio, na zona endemo-epidemicamente de malaria no Rio Grande do Sul

por

R. di Grimio

Quando em Dezembro de 1928 e Janeiro de 1929, percorri todo o municipio de Torres e parte de Conceição do Arroio, para investigações e estudos sobre o nosso impaludismo, em algumas dezenas de casos surpreendidos em plena crise febril, verifiquei em todos, a presença do "Plasmodium vivax".

Realizei, igualmente, excursões no ano passado (1932) pelas margens do rio Mampituba, e no inicio deste ano, pela zona malarica e adjacencias, com o fim de verificar si além da forma já observada alguma mais era responsavel pelo nosso impaludismo ou para desvendar possiveis associações parasitarias.

Fatores epidemiologicos, clinicos e outros reclamavam novas investigações não só pela grande extensão que o mal vem assumindo como, principalmente, pelo aparecimento de casos graves, polimorfos, diferentes dos observados até então, alguns dos quais culminados por desenlaces fatais.

Condições climatericas ao lado de outras circunstancias cooperaram para o novo aspéto e intensidade do mal nestes dois ultimos anos.

O interregno epidemico que resulta da baixa temperatura, no lapso de tempo compreendido de Maio a Outubro e que antes dava aos naturais, por um espaço maior, a impressão do desaparecimento da doença, tem se apresentado mais restrito.

E' indiscutivel a influencia da temperatura sobre o plasmodio em suas diferentes fases no organismo das anofelinas e em todos os estadios evolutivos destes transmissores.

Querem alguns autores que essa influencia se exerça tambem sobre os parasitos, quando infestam o organismo humano, pretendendo assim justificar as modificações que se operam nos doentes por occasião de mudança para localidades de condições mesologicas diferentes.

A repetição dos casos de terçã benigna em todo o municipio de Torres e parte de Conceição do Arroio em epochas diversas, verificados nas excursões assinaladas, vem confirmar a incidencia do "Plasmodium vivax" na nossa zona endemo-epidemicamente de malaria.

Segundo o Dr. H. de Souza Araujo, na grande epidemia de impa-

ludismo no Norte do Paraná (1917) em 1.000 e poucos exames que praticou obteve 60% de positivos, assim distribuídos: 81,6% de terçã benigna, 9,4% de terçã maligna e 9% de quartã.

Em 10 meses de trabalho, com um total de exames hematológicos para Plasmodios, em numero de 6.909, subtraídos os prejudicados, teve os seguintes resultados: Foram positivos para o *Plasmodium vivax*, 1645; para o *Plasmodium falciparum* 1700; somadas as 23 associações e para o *Plasmodium malariae* 17. Total dos exames positivos 3140 ou sejam 45,4%.

A frequencia do plasmodio da terçã maligna sóbe a 54%, emquanto que o da benigna atinge apenas a 46%.

E' bem eloquente e significativa a estatística de Souza Araujo com referencia á presença das tres formas de impaludismo no Paraná, cujas condições climatericas não se distanciam tanto das nossas, principalmente, na orla do nosso continente, de modo a constituirem barreiras naturais para impedir as outras formas do plasmodio no nosso Estado.

Não menos significativo é o trabalho de Genseric de Souza Pinto na parte que se refere á "Incidencia temporaria das especies do hematozoario", onde fica bem evidenciada a variabilidade periodica dos tipos de plasmodio.

Os casos por mim observados em Torres, procedentes da zona limítrofe de Santa Catarina, foram positivos para o "*Plasmodium vivax*".

A estatística parasitaria de Souza Araujo no Paraná, não comporta evidentemente um paralelo com a nossa, cujo reduzido numero é justificado plenamente pela natureza das excursões.

Afóra os casos referidos em publicações anteriores, as ultimas investigações constam de exames hematológicos em 11 casas situadas ao longo da estrada que liga a séde do distrito da Gloria ás proximidades da Vila de Torres.

Resalta deste rapido escoreço uma previsão epidemiologica.

A respeito da gravidade da malária em nosso Estado; da sua marcha progressiva e insidiosa com a avançada irradiante ás portas da vila de Conceição do Arroio, e, principalmente, da infestação no Porto dos Cornelios, ponto de facil dispersão do parasito, como já tive oportunidade de chamar atenção, não é demais insistir sob o ponto de vista epidemiologico.

A diversidade e intensidade das formas clinicas, o aparecimento de casos fatais, a restrição que se observa cada vês mais no periodo de acalmia nos meses frios, demonstrando assim uma maior adaptação parasitaria ás nossas condições climatericas, a grande area de distribuição de anofelinas, agravada com a presença em Porto Alegre, do "*Anopheles tarsimaeculatus*" Goeldi, 1906, demonstram á saciedade a extrema importancia desta parasitose, que em progressão assustadora cada vez mais compromete a salubridade presente e futura do Rio Grande do Sul.

O diagnostico biologico da gravidez

por

Homero Jobim

Assistente do Laboratorio Geyer

Inumeros têm sido os processos propostos para o diagnostico da gravidez e inumeras têm sido as decepções encontradas.

Foi com Zondek e Aschheim que conhecemos um método mais seguro para a afirmação diagnostica da gravidez.

Estes autores, estudando a urina de mulher grávida, observaram a existencia de um hormonio com a propriedade de provocar o amadurecimento dos foliculos de Graaf.

A origem desse hormonio é ainda discutida.

Para Aschheim e Zondek, bem como para a maioria dos autores, trata-se do hormonio do lobo anterior da hipofise, glandula cujas correlações com o ovario são por demais conhecidas.

Outros, acham que ele se origina na placenta e trazem em favor de sua hipotese muitos argumentos, como sejam:

“Os foliculos hemorragicos que se observam no ovario após injeção de urina de mulher grávida se encontram de maneira identica quando se injétam produtos toxicos. Ausencia de reação quando se injétam extrátos ou outros produtos da préhipofise. O hormonio pré-hipofisario sendo um poderoso regulador e excitador do amadurecimento dos foliculos, como explicar sua presença em excesso durante a gravidez quando o ovario está em verdadeira paralisação funcional? Presença nos extrátos de placenta do mesmo principio que se encontra na urina.”

A contenda continúa, não tendo sido dada ainda a ultima palavra.

Da observação passou-se á pratica.

Ao processo original, baseado na prova biologica de Allen e Doisy ou prova do cio nas femeas castradas, dos roedores, muitas modificações foram propostas procurando simplificar o método, tornando-o mais rapido e de mais facil execução.

Entre estas destaca-se pela sua simplicidade e rapidês a proposta por Thales Martins, Friedmann e Adèle Brouha, empregando a coelha como animal reátivo.

Enquanto o processo original exige inumeras particularidades como grande numero de animais, ratas ou camundongos muito novos (3 semanas), dificultando as operações posteriores, a observação

microscópica do ovario e um periodo grande para ser feita a leitura do resultado (5 dias), o processo Martins-Friedmann emprega apenas um animal, a coelha, já adulta, tornando assim mais facil a intervenção, fás a leitura pela simples visão macroscópica e, o que é mais importante, permite um diagnostico em 24 ou no maximo em 48 horas

A técnica é simples, como veremos.

Animal reativo — Aconselham os autores que se use coelhas virgens, que se obtem separando dos machos imediatamente após o desmame. Mas pôde-se usar e nós o temos feito, coelhas separadas dos machos ha mais ou menos um mês.

Antes de cada prova, embora se tenha seguido a risca as disposições precedentes, é de bôa técnica faser uma laparotomia afim de observar o estado dos ovarios.

Urina — A urina colhida deve ser a da manhã, na qual encontraremos o hormonio em maior quantidade.

E' sempre preferivel retira-la por cateterismo da bexiga, obtendo assim um material mais aséptico.

A urina é agitada com dous a tres volumes de éter, afim de, como salientou Zondek, diminuir a sua toxicidade. Thales Martins observou que o tratamento pelo éter torna a reação mais intensa.

Após a agitação centrifuga-se e decanta-se a parte sobrenadante, separando-se assim os elementos celulares e as bacterias.

A dôse a usar é de 5 cc., duas vezes, com 12 horas de intervalo, mas temos obtido bom resultado injétando 10 cc. de uma só vez.

A via recomendada pelos autores é a intravenosa, na veia marginal da orelha, mas temos empregado sempre, por ser de mais facil execução, a intracardiaca.

Leitura — Passadas 24 horas da inoculação, submete-se o animal á uma laparotomia, após anestesia pelo éter. Não ha necessidade de grande asepsia, pois o coelho resiste bem.

Observa-se primeiramente o estado do ovario de um lado e em seguida o do outro.

No caso de reação positiva verifica-se na superficie do orgão inumeros pontos hemorragicos, salientes, que correspondem aos foliculos amadurecidos, contrastando com o aspéto anterior á injeção. O ovario toma o aspéto de uma amôra.

Quando a reação é negativa nenhuma alteração se observa na superficie do orgão.

Do processo qualitativo, isto é, da verificação de presença do hormonio em excesso na urina ou no sangue, passou-se ultimamente ao processo quantitativo.

Esta evolução teve o merito de permitir o diagnostico diferencial entre a gravidez, a mola hidatiforme, o corioepitelioma e certas afecções do utero e do ovario. Nestas diversas afecções a reação de Ascheïn e Zondek bem como a de Martins-Friedmann dá resultado po-

sitivo. Da mesma forma quando o feto morre a reação persiste positiva enquanto houver fragmentos de placenta com vida.

Pelo processo quantitativo pôde-se resolver perfeitamente estes problemas diagnosticos.

Dous métodos existem para a dosagem do hormonio na urina ou no sôro sanguineo. Um proposto por Aschheim e Zondek, fazendo a titulação na rata, o outro por Brindeau e Hinglais empregando a coelha. Ambos se baseiam em diluições do sôro ou da urina até obter a menor dôse que provoque a reação. A esta dôse se denomina unidade.

Brindeau e Hinglais em trabalho recente dividiram o resultado da titulação do hormonio em tres zonas distintas. Uma primeira zona indo de 0 a 500 U. C. (unidades coelho) mais ou menos, denominada zona do feto morto, por ser pequeno o numero de unidades quando o feto morre.

Uma segunda zona oscilando entre 1000 e 4500 U. C., que é a zona da gravidez normal.

Uma terceira zona que vai de 30.000 a 100.000 e mesmo mais, que é a zona da mola hidatiforme ou suas complicações.

Algumas afecções uterinas e ovarianas dão resultado nunca superior a 100 U. C.

O método, como vemos, é simples, qualquer clinico poderá executar-lo, desde que disponha de um animal reativo.

Quanto á sua segurança, é igual á do processo original, assim o afirmam as inumeras comunicações feitas. Em nossas mãos tem dado sempre os melhores resultados. Nestes dous ultimos anos temos feito regular numero de reações, sempre confirmadas pela evolução clinica ou intervenção cirurgica.

As estatisticas acusam quasi 100% de resultados positivos.

A reação já é nitida alguns dias após a ultima menstruação e permanece positiva até poucos dias depois do parto.

Ultimamente, Masciottra e Martinez de Hoz apresentaram mais uma técnica, simplificando a original.

Estes autores, baseados na observação de Zondek, que a injeção de hormonio préhipofisario aumenta a taxa de colessterina no sangue, propõem a verificação da existencia do hormonio pela dosagem da colessterina antes e depois da injeção de urina de mulher gravida.

A técnica é mais simples que as outras, pois empregam indiferentemente cobaias machos ou fêmeas e dosam a colessterina pelo processo de Grigaut, antes e depois da injeção de 10 cc. de urina tratada pelo éter.

E' um processo, como vemos, qualitativo, não permitindo, portanto, faser o diagnostico diferencial a que acima nos referimos.

O diagnostico biologico da gravidez é um método que, pela sua simplicidade e pelos benefícios que presta, merece ser vulgarizado. E' este o objetivo deste artigo.

Bibliografia

A. Peralta Ramos, A. Roth — L'Hormone du lobe antérieur de l'hypophyse dans le diagnostic de la grossesse. Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie, tome I, n.º 1, pag. 15, janeiro de 1930.

A. Brindeau, H. Hinglais e M. Hinglais — Contribution à l'étude quantitative des hormones pré-hypophysaires à action génitale dans les humeurs de la femme enceinte. Applications pratiques. Diagnostic de la grossesse normale, de la môle hydatiforme, de la rétention d'oeuf mort, etc. — Presse Médicale, n.º 35, 3 de Maio de 1933.

Salles Soares — A proposito da modificação da técnica da reação de Aschheim e Zondek — A Folha Médica, 25 de Maio de 1932.

A. Brindeau e H. e M. Hinglais — Contribution a l'étude quantitative de l'hormone pré-hypophysaire dans les humeurs de la femme enceinte — C. R. de la Société de Biologie, tome CXI, Janeiro de 1933, pag. 988.

P. E. Borras — La reaction de Friedmann pour le diagnostic de la grossesse — C. R. de la S. de Biologie, tome CXI, n.º 38, Dezembro de 1932, pag. 819.

Thales Martins — Sur l'utilisation de la Lapine comme test des hormones hypophysaires et gravidiques — C. R. de la S. de Biologie, tome CVII, pag. 180.

Watrin e Brabant — Interpretation de la réaction de Zondek — C. R. de la S. de Biologie, tome CVII, pag. 1418.

R. L. Masciottra e R. Martínez de Hoz — L'hypercholestérolémie hormonale. Presse Médicale, 22 de Fevereiro de 1933.

Sociedade de Medicina

2.º Congresso Medico Sindicalista Brasileiro

Sob o patrocínio do Sindicato Medico Brasileiro e do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul, deverá realizar-se nesta Capital, de 27 de Junho a 4 de Julho proximo, o 2.º Congresso Medico Sindicalista Brasileiro, cujos preparativos se ultimam num ambiente de atividade e entusiasmo promissores de completo exito para essa magna assembléa.

A diretoria do Sindicato gaúcho e a Comissão Organizadora do Congresso, que têm á sua frente as figuras dinamicas de Guerra Blessmann e Tomás Mariante, não conheceram desanimos nem obstaculos para se desincumbir de sua missão, já tendo escolhido as téses officiais e os respectivos relatores, assim como estabeleceram o programa para o Congresso, conforme se verá abaixo:

TÉSES OFFICIAIS:

- 1) O papel do medico na organização do Estado moderno. Relator — Prof. Ivo C. Meyer.
- 2) O papel do medico em face da limitação da natalidade. Relator — Prof. Mario Totta.
- 3) O medico nas escolas. Relator — Docente livre Decio Martins Costa.
- 4) O medico e o estado de funcionario publico. Relator — Prof. Fabio de Barros.
- 5) Regulamento da Assistencia Publica Hospitalar. Relator — Dr. Jacinto Godoy.
- 6) Casa do Medico. Relator — Dr. Mario Bernd.
- 7) Honorarios medicos. Relator — Dr. Plinio Gama.
- 8) Seguro — Doença. Relator — Prof. Guerra Blessmann.
- 9) A falta de colaboração das demais coletividades, fátor de má organização da medicina social. Relator — Prof. Martim Gomes.
- 10) As reivindicações da classe medica no Brasil e seus principais impecilhos. Relator — Dr. Gabino Fonseca.
- 11) Ensino Medico e exames por decreto. Relator — Prof. Aurelio Py.
- 12) Amparo e assistencia ao estudante de medicina. Relator — Dr. Carlos Bento.

PROGRAMA:

	Dia 27 de Junho
À tarde	Sessão preparatoria e visita ao Interventor
À noite	Sessão solene inaugural
	Dia 28 de Junho
Pela manhã	Visita á Santa Casa e Hospital S. Francisco
À tarde	Sessão do Congresso
À noite	Disponivel
	Dia 29 de Junho
Pela manhã	Visita ao Hospital S. Pedro
À tarde	Sessão do Congresso
À noite	Disponivel
	Dia 30 de Junho
Pela manhã	Visita á Hidraulica Municipal
À tarde	Sessão do Congresso
À noite	Recepção da Sociedade de Medicina
	Dia 1.º de Julho
Pela manhã	Churrasco nas Bananciras, oferecido pelo Governo do Estado
À tarde	Sessão do Congresso
À noite	Baile no Club do Comercio
	Dia 2 de Julho
À tarde	Corridas na Protectora do Turf
À noite	Disponivel
	Dia 3 de Julho
Pela manhã	Passeio ás Minas de Carvão
À tarde	Sessão plenaria. Aprovação de moções
À noite	Disponivel
	Dia 4 de Julho
Pela manhã	Visita aos Hospitais
À tarde	Disponivel
À noite	Jantar de encerramento.

Alem disso, devendo comparecer ao Congresso figuras de relevo não só nas rodas sindicalistas, mas tambem no meio científico nacional e estrangeiro, haverá uma serie de conferencias científicas que serão oportunamente marcadas.

Os "Arquivos", apresentando hõas vindas aos medicos estrangeiros e brasileiros que nos visitarem por ocasião do Congresso, se congratulam com o Sindicato Medico Brasileiro e seu congengere do Rio Grande do Sul pela realização desse importante certame.

Atas

Ata da sessão realizada a 2 de Junho de 1933 na séde do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Sob a presidencia do Dr. Ihomaz Mariante, servindo de secretario o abaixo assinado e com a presença dos Drs. Mario Assis Brasil, Leonidas Escobar, Martim Gomes, Pedro Maciel, Cassio Annes Dias, Nogueira Flores, Gabino da Fonseca, Florencio Ygartua, Ivo C. Meyer, Coradino Lupi Duarte, Raul Moreira, Ricardo Weber, Luiz Sarmiento Barata, Carlos Bento, Homero Fleck, Carlos Hofmeister, Raul di Primio, Helmuth Weinmann, Enio Marsiaj, Saint Pastous, Decio Martins Costa, Waldemar Job, Poli Espirito, E. J. Kanan, Adair Araujo, Amarilio Macedo, Hugo Ribeiro, Mario Bernd, Alvaro Barcelos Ferreira, Laviera e Helio Medeiros e dos doutorandos Eduardo Assis Brasil e Antonio Louzada Vianna, o sr. presidente abriu a sessão, visto haver numero legal. Foi lida e aprovada sem emenda a ata da sessão anterior, na votação que se procedeu foi acceto unanimemente para socio efetivo o Dr. Luiz Germano Rothfuchs. Em seguida o Dr. Florencio Ygartua pede a palavra para comunicar á casa o falecimento do Prof. Hutinel, fazendo seu necrologio e propõe, ao terminar, que seja lançado em ata um voto de pezar; esta proposta foi unanimemente aprovada, ficando, portanto, aqui consignado o voto de pezar desta Sociedade pelo falecimento do Prof. Hutinel. Em seguida o sr. presidente faz a apresentação á casa do Dr. Mario Assis Brasil, conferencista inscrito para apresentar um trabalho sobre profilaxia e difteria, a quem concedeu a palavra. O Dr. Mario Assis Brasil procedeu então a leitura de um documentado trabalho, baseado em estatisticas estrangeiras e numa estatistica pessoal de 216 casos de sua clinica, o qual vem demonstrar, mais uma vês, a grande utilidade e a necessidade mesmo da vacinação antidifterica. Terminada a leitura de sua conferencia e posta em discussão usou da palavra o Dr. Raul Moreira, que elogiou o trabalho apresentado, declarando ser o mesmo de atualidade entre nós, pois a difteria tem se apresentado ultimamente com um caráter mais grave que anteriormente, como prova um caso de sua clinica particular por êle relatado. A seguir falou o Dr. Florencio Ygartua, o qual, elogiando o trabalho do Dr. Mario Assis Brasil, confirmou a observação do Dr. Raul Moreira, declarando tambem ter observado ultimamente em sua clinica, formas graves de difteria, em contraste com a benignidade anterior dessa doença; continuando seu comentario lembrou que haviam estatisticas favoraveis ao emprego da anatoxina de Ramon por instilações nasais em vês da via sub-cutanea proposta pelo conferencista, visto que as instilações facilitaram o emprego da vacina de Ramon a dar com uma porcentagem de 95% de universão da reação de Schick e que ha tres anos vinha empregando esta vacina por via sub-cutanea em sua clinica com bons resultados. Após falou o Dr. Raul di Primio, que depois de elogiar a conferencia resaltou da necessidade da notificação para os efeitos estatisticos de mobilidade, a qual, como disse o conferencista, não é concluida entre nós, declararam

do que na sua pratica de dez anos como higienista nunca fôra solicitado para combater uma unica epidemia de difteria, ao contrario do que tem acontecido com outras doencas epidemicas. Continuando o assunto em discussão, tomou a palavra o Dr. Decio Martins Costa, que disse tornar suas as palvras elogiosas proferidas a respeito da conferencia, lembrando que ha tres anos atrás, em sessão especial convocada pelo então presidente desta Sociedade Dr. Annes Dias, foi o assunto da conferencia amplamente discutido, sendo então aprovadas diversas medidas entre as quais um apelo aos Poderes Publicos, ora proposto pelo conferencista, no sentido de intensificar a vacinação antidifterica; estas medidas não lhe consta terem sido executadas, parecendo-lhe terem se diluido no esquecimento; lembrou tambem que o prof. Doewenstein, de Viena, relatou ao Congresso de Pediatria de Stockolmo os animadores resultados obtidos na vacinação antidifterica com a pomada que tem o seu nome e por êle ideada. A seguir fala novamente o conferencista, que agradece as palavras elogiadas proferidas a respeito de seu trabalho; responde ao Dr. Decio Martins Costa que a pomada de Doewenstein dará uma porcentagem que a porcentagem obtida pelas instilações nasais era apenas de 60%, sendo por conseguinte mais indicado o uso da via subcutanea; ao Dr. Raul di Primio que a notificação não resolveria o problema e termina reiterando o apelo feito no final de sua conferencia no sentido de ser intensificada a vacinação antidifterica. Fala a seguir o Dr. Carlos Hofmeister, que elogia a conferencia e nela baseado lembra uma serie de medidas tais como a notificação obrigatoria dos casos occorridos, emprego pelos membros da Sociedade da vacinação antidifterica pelas vias nasal, subcutanea ou transcutanea, apelo aos Poderes Publicos, artigos na imprensa leiga, conferencias pelo radio; tomando novamente a palavra, propõe que o Dr. Mario Assis Brasil inicie a série de conferencias pelo radio; o conferencista declara não poder deixar de aceitar esta incumbencia, pois viera á Sociedade disposto a promover a campanha antidifterica. Estas propostas foram unanimemente aprovadas. Em seguida o sr. presidente declarou que efetivamente ha tres atrás, digo, ha tres anos atrás a Sociedade de Medicina se havia reunido em sessão especial para tratar do assunto e agora se felicitara pela brilhante contribuição trazida pelo Dr. Mario Assis Brasil, ao qual felicita. Continuando na ordem do dia foi dada a palavra ao Dr. Mario Bernd, que fêz uma comunicação escrita sobre lepra bolhosa — considerações em torno de um caso clinico; posta em discussão, falaram os Drs. Hugo Ribeiro e Helmuth Weimann, os quais comentaram a comunicação e felicitaram o orador. Dado o adiantado da hora, o sr. presidente encerrou a sessão, marcando para ordem do dia da proxima reunião conferencias dos Drs. Carlos Bento e Saint Pastous, respetivamente sobre o valor semiologico do pneumo peritoneo e orientação diagnostica na terapeutica das leucoses (leucemias e pseudo leucemias). Para constar lavrei a presente ata, que assino com o sr. presidente.

Dr. Thomaz Mariante — presidente

Dr. Ary Vianna — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada a 9 de Junho de 1933 na séde do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Sob a presidencia do Dr. Thomaz Mariante, servindo de secretario o abaixo assinado e com a presença dos Drs. Leonidas Escobar, Nogueira Flores, Mario Bernd, Raul di Primio, Ivo Corrêa Meyer, Saint Pastous, Fernandes Peña, Pedro Maciel, Cassio Annes Dias, Heitor Annes Dias, Antero Lisbôa, Carlos Hofmeister, Sylvio Baldino, Nino Marsiaj, Poli Espirito, Laurino M. Laviera, Florencio Ygartúa, Carlos Bento, Gabino da Fonseca, E. J. Kanan, Decio Martins Costa, Hugo Ribeiro, Waldemar Job, Homero Jobim, Helmuth Weimann, Raul Bittencourt, Martim Gomes, Norman Sefton, Helio Me-Ferreira, Innocencio Pires, Jayme Vignoli, o snr. presidente abriu a sessão, vista haver numero legal, mandando que fosse lida a ata da sessão anterior; posta em discussão, pediu a palavra o Dr. Ygartúa, para dizer que a anatoxina difterica pôde, muito bem, ser absolvida pela mucosa nasal. Ramon e seu colaborador Zoeller, em comunicação feita á Academia de Medicina falam do sucesso deste methodo. A comissão de tecnicos reunida em Londres, do Comité de Higiene da Sociedade da Liga das Nações, onde existiam valores científicos como Friedmann pela Alemanha, Ramon e Debré pela França, Dale O'Brien pela Inglaterra, Mac Coy por Norte America e muitos outros, entre as conclusões adaptadas existiam as seguintes: a via de introdução recomendada é a subcutanea. A via nasal em caso de impossibilidade da primeira, pôde ser utilizada. As instilações nasais é um metodo que dá elevada porcentagem de reações de Schick negativas, verificando-se tres semanas depois de feitas as instilações 50% de reações de Schick tornarem-se negativas; 40 dias depois 83% e 50 dias depois 95%. Esta ultima cifra muito se aproxima dos resultados obtidos pela via subcutanea que é de 98%. Apesar destes resultados que se aproximam, prefiro e tenho usado a via subcutanea. Posta a ata em aprovação foi unanimemente aprovada. Em seguida usou da palavra o Dr. Nogueira Flores, que fêz a comunicação da morte do Dr. Protasio Alves, fazendo o necrologio e ao terminar propôs que se consignasse em ata um voto de pesar pelo seu falecimento e que a Sociedade apresentasse condolências á familia; esta proposta foi unanimemente aprovada, ficando, portanto, aqui consignado o voto de pesar desta Sociedade pelo falecimento do Dr. Protasio Alves. Após o Dr. E. J. Kanan propõe para socio efetivo o Dr. Daurino M. Laviera, tendo o sr. presidente declarado que será votado na proxima sessão, de accordo com os Estatutos. Em seguida o snr. presidente comunica que o Dr. Carlos Bento havia adiado sua conferencia para a proxima sessão, pelo que concedia a palavra ao Dr. Saint Pastous. Usando-a, fez o Dr. Saint Pastous uma conferencia oral sobre a orientação diagnostica na terapeutica das leucoses (leucemia e pseudo leucemias) que ao terminar foi saudada com uma salva de palmas, tendo o snr. presidente, em nome da Sociedade elogiado-a. Dado o adiantado da hora o snr. presidente encerrou a sessão, marcando pa-

ra a proxima reunião uma conferencia do Dr. Carlos Bento sobre valor semiologico pneumoperitoneo e commuicações verbais. Para constatar lavrei a presente ata que assino com o snr. presidente.

Dr. Thomaz Mariante — presidente

Dr. Ary Vianna — 1.º secretario.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Rio de Janeiro

Exmo. Sr. Dr. Florencio Ygartua.

Cordiais saudações.

Tenho a satisfação de comunicar-vos que por proposta do Dr. José Martinho da Rocha fostes eleito, na sessão de 10 de Abril do corrente ano, socio correspondente desta Sociedade.

Aproveito o ensejo para apresentar-vos as minhas cordiaes saudações.

Rio, 25 de Maio de 1933.

Edgar Filgueiras — 1.º secretario.

Assuntos de atualidade

Resumo de alguns trabalhos apresentados ao 2.º Congresso Internacional de Pediatria, (Stockolmo 1930)

por

Raul Moreira

Catedrático de Pediatria da Faculdade de Medicina de Porto Alegre e Delegado do Brasil no referido Congresso.

I — Variações fisiológicas da colesterolemia na infância

(Variations physiologiques de la cholestérolémie dans l'enfance)

(Drs. Mamerio Acuña e Perlina Winocur — Buenos Aires — Argentina)

O colesterol faz parte do grupo chamado lipinas (gorduras). Interessa-nos seu estudo, na infância, sobretudo:

1.º) Porque a criança é um organismo em formação, caracterizado pelo crescimento.

2.º) Por causa de seu papel na imunidade, pois é a infância que paga o tributo principal ás doenças infecciosas.

As investigações dos autores foram feitas em 78 crianças, de 1 a 14 anos.

Empregaram o metodo de Bloor, modificado por Sachet, e que exige 0,20 cc. de sangue, extraído por meio da punção do dedo com a agulha de Franckel.

Fazendo comparação entre os algarismos de Acuña e Winocur com os dos outros investigadores que utilizaram numero semelhante de crianças, notam-se apenas pequenas diferenças.

Os algarismos de Goldbloom e Gotlieb são, segundo afirmam os autores da tése em questão, muito elevados, mesmo para o adulto, e assim fazem a paralelo com os de Filia, Baransky, Detoni etc.

Encontra-se o valor mais baixo do colesterol no recém-nascido e no lactente, notando-se que a colesterolemia é cada vês mais elevada, á medida que a criança se avizinha da puberdade.

No lactente, nutrido ao seio materno, tem-se observado colesterolemia mais elevada que na criança com alimentação artificial ou mixta, apesar do leite de vaca ser mais rico em colesterol que o leite humano.

II — Reumatismo agúdo como manifestação de doença cardíaca reumatismal

(On acute rheumatism as a manifestation of reumatic heart disease)

(Francis Bach — Londres)

Incluída sob a denominação de "Doenças reumatismais", ha uma variedade de condições, das quais algumas são mal definidas.

O autor está convencido que certas manifestações da Doença reumatismal devem ser consideradas em conjunto.

Febre reumatismal, reumatismo juvenil, doença cardíaca reumatismal e coréa são aspéto clinicos de uma enfermidade determinada. Nome que poderá descrever o mal é o de "Reumatismo infeccioso especifico". E' doença sistematizada e crônica.

Ha um aspéto patologico definido, em que o chamado corpo de Aschoff no miocardio representa o feitio clinico mais caracteristico. Lesões especiais no musculo auricular, na aorta, nos musculos em geral e tendões são consequencias bem conhecidas.

Provavelmente a doença tem origem infecciosa, de germe especifico, mas cuja naturêsa é desconhecida. A opinião geral pende para o lado do estreptococo, como agente causador do mal.

A doença é endêmica em todas as partes do mundo, onde as manifestações clinicas diferem com relativa frequencia.

Afirma o autor que, na Inglaterra, onde o mal tem sido estudado intensamente, os sintomas da coréa e de artrite dominaram o quadro morbido. Conclue que nos países escandinavos e tropicais, o mal se exhibe de maneira completa, com a sintomatologia classica.

O autor chama a atenção para a questão climatologica, mostrando que as manifestações de coréa e de artrite são muito mais comuns nos climas humidos.

Fala na frequencia do mal na classe pobre, acentuando que a mortalidade sobrevem pelo ataque á fibra cardíaca, e que $\frac{1}{4}$ de todas as doenças organicas do coração são devidas ao reumatismo.

Na Grã-Bretanha e Wales, 780.000 mortes precoces são atribuidas ás complicações cardíacas da "Doença reumatismal".

20.000 pessoas na Inglaterra e Wales sucumbem, cada ano com sintomas de Reumatismo especifico.

Lembra que não conhecemos medicação especifica, recomendando repouso fisico e mental e a terapeutica sintomatica, sobretudo no inicio da doença. Impõe-se, quer sob o ponto profilatico, quer medicamentoso, o diagnostico precoce da afeção. Para isso, recomenda, ao lado da historia clinica e os sinais fisicos, o electrocardiograma, a cura hemoleucocitaria, a marcha de temperatura, as curvas do pulso e do pêso, terminando por afirmar que o melhor meio semiologico é a sedimentação globular.

III — Estudo de 40 casos de difteria

(Étude de 40 cas de diphtérie)

(Difterias graves e sôroterapia)

(Robert Debré, G. Ramon e P. Thiroloix — Paris)

Os autores tiveram ocasião de estudar no semestre de inverno de 1930 uma endemía difterica em um dos grandes serviços hospitalares de Paris: o pavilhão da difteria no Hospital Bretonneau.

Foram observadas quarenta crianças, com sintomas classicos da afecção: falsas membranas de aspéto típico e de extensão suficiente, adenopatias cervicaes, fenomenos de intoxicação difterica, como o acometimento ao estado geral, facies alterada, taquicardia e albuminuria, nos casos graves.

Os autores concluem: "Fóra da observação clinica, procuramos o grau de imunidade anti-toxica especifica no inicio da enfermidade.

Submetemos o germe isolado, em cada caso, a um exame aprofundado, analisando-lhe mais detidamente a morfologia, o poder patogenico, seu valor antigeno, o effeito sobre o animal imunizado etc...

Ensaíamos achar, neste estudo comparativo, uma das razões capazes de explicar a gravidade de algumas difterias e da chamada diminuição de eficacia do sôro anti-difterico, questão essa cujo interesse levantou communicações de pediatras, tanto de Paris, como de Berlim, Copenhague etc...

Emfim, para o tratamento especifico, utilizamos um sôro anti-difterico preparado com culturas vivas e virulentas de germes diftericos recentemente isoladas (menos de 3 menses) de difterias graves.

Não podendo entrar em detalhes no estudo de todas os casos, nós insistimos, sobretudo, nas suas fórmias mortais.

Agrupamos assim as difterias observadas:

7 casos muito graves, dos quais 6 mortais.

10 casos graves.

12 casos de media severidade.

10 casos sem gravidade.

Nenhuma criança tinha imunidade antitoxica. Em 22 casos, a soterapia foi instituida nos 3 primeiros dias que seguiram o começo da afecção.

Em 15 casos, a difteria foi feita no 4.º dia e além.

Póde-se concluir que, para evitar as fórmias graves, é preciso praticar a soterapia no 3.º dia, no mais tardar.

Entretanto, o que é verdadeiro para as fórmias graves e sem gravidade, não o é para as fórmias mortais.

Tivemos ocasião de observar nos 6 casos mortais, 3 injetadas precocemente e 3 tardiamente.

Nessas ultimas observadas, a morte sobreveiu em numero de dias variaveis, a partir do começo da doença.

Nos 3 casos, onde a injeção foi praticada precocemente, sobreveiu a morte no 4.º, no 6.º e no 11.º dias.

Nos outros 3, onde foi feita tardiamente, no 7.º e 8.º

A duração entre a sêroterapia e a morte foi: nos injetados precocemente de 2 dias, 9 dias e 3 dias.

Nos injetados tardiamente: de 3 dias, 1 dia e 1 dia e meio."

Acreditando na eficacia do sêro, os autores procuram alhures a causa dos casos fatais, acreditando que resida no terreno capaz de permitir a produção da toxina pelo germe *in situ* e sua fixação em certos tecidos do organismo (notadamente o tecido nervoso), em tempo muito mais curto em uns individuos do que em outros.

A consequencia terapeutica a que chegam é que é preciso injetar as fórmas graves imediatamente, sem esperar o resultado laboratorial.

Os autores não tiveram caso algum de difteria mortal, quando a injeção do sêro foi praticada nas 12 ou 18 primeiras horas de doença.

E rematam:

"Não ha fracasso da soroterapia mas da tecnica soroterapica; os insucessos não são devidos ás qualidades intrinsecas do sêro, mas ao seu momento de administração, tardia demais, relativa ao grau de evolução da afeção."

(Continúa).

A casa do Medico

por

G. J. Kanan

1.º Assistente da 1.ª Clinica Cirurgica da Faculdade de Medicina de P. Alegre

O Sindicato Medico Brasileiro está realizando um dos maiores problemas da classe medica brasileira, tornando uma realidade a construção da Casa do Medico. E' uma das mais importantes obras a que sobre si o S. M. B. tomou o encargo de efetivar. E' pelo mesmo modo digno dos maiores encômios, que devem partir de todos os corações generosos, que compreendem o grande alcance futuro de um tão formoso empreendimento.

O medico na faina diaria, absorvido pelos muitos afazeres que a profissão lhe trás, quasi que se não apercebe da fase final da sua vida, quando o seu vigor fisico e intelectual claudicam. Na mór parte das vezes os poucos recursos materiais, quando não a pobreza na sua dura objetivação, são a sua recompensa, tornando negros os futuros dias que terá de os passar trabalhando ainda, em vez do merecido descanso após tantos e tão duros serviços por vezes prestados no cumprimento do sacrosanto dever de medico. Bem poucos recebem em paga o merecido quinhão a que o medico fás jús pelo seu devotamento sem par, pela sua sempre pronta generosidade do seu coração, e pela sua bondosa caridade.

Era preciso que se cuidasse desse importantissimo problema em proporcionar um tétó amigo, onde pudesse repousar e descansar nos seus ultimos dias, aquele que passou a maior parte da sua vida dedicada ao estudo esfalfante e á abnegação no trato dos seus inumeros doentes, exigindo tudo dele para o alivio das suas dôres. O sacrificio do medico é inimitavel. Esquece-se, por vezes, de tudo para só se dedicar naquele momento á salvagação do doente, que percerá si não o fôr atender, empregando todos os recursos da sua inteligencia na obtenção do seu alevantado desideratum. Ele vê um seu semelhante que se debate entre a Vida e a Morte, e não hesita em sacrificar os seus mais doces momentos de quietude e alegria, para ir socorrer aquele que mais tarde — quem sabe? — há-de lhe retribuir com a ingratição.

Espiritos clarividentes previram a sorte amarga dos seus colegas medicos, que assim chegam ao termino da sua vida. Imaginaram reparar esta falha mandando construir um abrigo onde se pudessem recolher e passar o resto da vida, num ameno convívio espirital, os medicos invalidos e pobres. A idéa da construção da Casa do Medico tomou corpo. Relegada, a principio, ao abandono pela impraticabilidade de uma tão grandiosa obra, a Casa do Medico recebeu depois o

salutar influxo da intelligencia do seu principal fundador, o saudoso Dr. Luis Felicio Torres. Um ano após a apresentação da regulamentação da Casa do Medico, elaborada por ele e os seus dois companheiros de comissão, Drs. Belmiro Valverde e Jorge Pinto, morria Felicio Torres, em 12 de Setembro de 1928. O primeiro passo decisivo fôra dado. Era preciso continua-lo e não esmorecer na marcha.

A progenitora do Dr. Felicio Torres, a Exma. Sra. D. Maria Felicio dos Santos, cumprindo um desejo do seu pranteado filho que se lhe manifestára, entrega o prédio n.º 136 da rua Cósme Velho, no Rio, ao S. M. B. para aí ser edificada a Casa do Médico. Antes, o Dr. Castro Goyanna havia doado á Casa do Medico uma área de 2.000 metros de terreno em Campo Grande, na estrada Rio—São Paulo. Por sua vez, a Exma. Sra. progenitora do Dr. Gastão de Oliveira deixou em testamento para a Casa do Medico a importancia de 412:000\$000. A base está assentada. Falta erigir o monumento. A idéa vai avolumando-se. E' preciso desenvolver um esforço gigantesco para que a tarefa começada não estâque.

Foi proposta pelo Dr. Tavares de Souza e aceita pelo Conselho Deliberativo do S. M. B. a instituição da LEGLÃO DOS CONSTRUTORES DA CASA DO MEDICO, formada por todos aqueles que concorressem com a importancia de 1:000\$000, paga de uma só vez, ou em 10 prestações de 100\$000 mensais, tornando-se depois socio remido do S. M. B. e benfeitor da Casa do Medico. O numero de adesões tem sido grande e já chega a tresentos. E' solicitado o concurso de todos os medicos para a realização desta benemerita obra, verdadeiro monumento da bondade e generosidade dos corações dos medicos nacionais. Para um tão elevado fim não se deve titubear em levar o seu auxilio. E' necessario que se não esqueça que a Casa do Medico é o abrigo de todos os medicos necessitados e desfavorecidos pela sôrte. O futuro de cada um de nós é incerto. Auxiliemo-nos mutuamente e faremos obra solida e duradoura.

Foi aberta a concorrência para a apresentação do ante-projeto para a Casa do Medico, tendo tirado 1.º lugar o do arquiteto Raul Pena Firme, com uma pequena modificação na fachada sugerida pela comissão para tal escolhida.

O edificio será amplo, servindo de sêde do Sindicato Medico Brasileiro, da Casa do Médico e do Club Médico. Possuirá um amplo salão de conferencias, servirá para a sêde dos congressos medicos, cursos de aperfeiçoamento para os médicos da país, com uma possante estação irradiadora de todas as dissertações e cursos ali realizados. Uma parte do edificio terá quartos e apartamentos para os Legionarios, a preços especiais, destinados aos cursos, facilitando-lhes em tudo que fôr possivel. Para completar esta bellissima obra haverá uma capela, uma piscina e campo de tenis.

Levado pelo entusiasmo dessa grandiosa tarefa, que o S. M. B. se propôs realizar, que aqui deixo o meu apelo a todos os medicos brasileiros, para que concorram material e moralmente na efetivação deste nobre ideal de congraçamento da classe médica. E Deus haverá de abençoar e recompensar aquele que bôamente se compraz em auxiliár os necessitados.

Necrologia

PROFESSOR HUTINEL

Faleceu em Paris, a 31 de Março ultimo, com 84 anos de idade, o prof. Hutinel, figura de grande relevo, na Pediatria.

A França acaba de perder, pois, um de seus filhos mais illustres.

Durante anos e anos de trabalho fecundo, na cathedra, deixada por limite de idade, traçou com sua palavra inteligente e de estudioso o resultado da longa experiencia, da observação aliada a uma sinceridade clinica que cedo o consagrou nos dominios da Pediatria. A sua Escola representa um patrimonio valiosissimo.

Os filhos da França e todos aqueles que, procedentes das diversas partes do mundo, chegavam a Paris, em estudo da especialidade, encontravam no insigne Pediatra um profundo conhecedor da patologia infantil. Ainda hoje, aos que desejarem aprofundar-se nos multiplos problemas de clinica infantil, será sempre obra de consulta e de estudo o seu magnifico tratado, em 5 volumes, que traz por titulo — “Les Maladies des Enfants”.

Nesta obra, já antiga, pois foi publicada em 1909, sentiremos que, mesmo naquela epoca, o Prof. Hutinel, sem os recursos modernos de aparelhagem clinica, da Radiologia e do Laboratorio, realizou por meio de minuciosos exames interpretações de atilado observador e notavel clinico. O Prof. Hutinel, iniciou a brilhante carreira ao lado de seu grande mestre Prof. Henri Roger, do Hospital “Enfants Malades”, reputado um dos grandes clinicos daquele tempo.

Foi discipulo preferido de Parrot, primeiro professor de Clinica Infantil da Faculdade de Paris no “Enfants Assistés”.

Com 23 anos de idade, ao lado de Robin, Richet e Pitres, foi nomeado interno dos Hospitales. Obteve em 1876, a medalha de ouro conferida pela Faculdade de Paris. Em 1877 defendeu, com brilho, a sua tese de doutoramento.

Discipulo e chefe de Clinica de Roger, em 1883, conquistou o titulo de docente de Patologia interna.

Ingressava em 1889, como medico do “Hospice Enfants Assistés” trabalhando interruptamente 19 anos.

Substituiu em esse tempo, por varias vezes a Grancher, na cadeira de Clinica Pediatrica Medica.

A Academia de Medicina de Paris, em 1899, o recebeu entre os seus membros. Após a morte de Grancher, substituiu a este na Cathedra de Clinica Infantil, onde, durante muitos anos, honrou com invulgar fulgor a Pediatria franceza.

Em 1905, no "Enfants Malades", a personalidade do Prof. Hutinel se prestigiava de tal forma, que seu nome não tardava a transpor as fronteiras da França, apontado entre os maiores pediatras desse começo de seculo.

Nas suas lições apareciam e se destacavam verdadeiros conceitos doutrinarios. Assiduo, incansavel, dedicado e carinhoso para com seus doentinhos e amigo de seus discipulos e colegas, sempre tinha para estes uma palavra de saber e de bondade.

Todos os dias, no "Enfants Malades" na sua enfermaria era o grande mestre ouvido em magnificas aulas de clinica infantil.

Uma vez por semana, trazendo á luz os casos mais interessantes da clinica hospitalar, realizava conferencias no anfiteatro, onde o ouvia, com religiosa atenção, um auditorio de escol, pois, quando versava os multiplos problemas da infancia, sempre o fazia com as suas excepcionais qualidades de pediatra e de mestre.

Para atestar o valor da escola do grande Hutinel, bastar-nos-ia citar os nomes de Nobécourt, Lereboullet, Paiseau, Babonneix, Tixier, Lesné, Menklen e outros, como tendo sido seus discipulos.

São nomes mundialmente conhecidos e respeitados na Pediatria Contemporanea. A sua carreira foi deveras fulgurante.

O prof. Hutinel, ao deixar a cathedra por limite de idade, foi substituido pelo Prof. Nobécourt, seu discipulo predileto, disse e afirmou o grande mestre, nas suas despedidas, que seu sucessor honraria a cathedra de Clinica Medica Infantil e tragaría uma diretriz fecunda e brilhante.

Nos seus livros, na colaboração de revistas scientificas e na obra realizada, aparece Hutinel, como um dos notaveis Pediatras que já existiram. Afastado da vida dinamica e exaustiva dos hospitais e recolhido ao silencio do gabinete, produziu ainda obras de real projecção e merecimento: "Le terrain heredo-syphilitiquè", "Les dystrophies de l'adolescence" e "Les syndromes Malin", foram seus ultimos livros, em cujas paginas ainda se nos depara o resultado da precisa e valiosa observação dos casos clinicos, com opiniões brilhantes, muitas delas magistraes, de elevado valor e ideias profundas onde se realça o merito do clinico e o do cientista.

Recordemos, ainda, os assuntos que em diferentes oportunidades foram por ele estudados e, hoje, estão espalhados na literatura medica, em revistas e livros.

Entre outros, cabe nomear: heredo sifilis, meningites, colites, bronco-pneumonias, nefrites, sarampo, escarlatina, tifo, cardiopatias congenitas e adquiridas, etc., enfim toda uma Patologia Infantil.

Temos ainda a mencionar "A cirrose cardio tuberculosa ou "Doença de Hutinel", a purpura infecciosa e da síndrome maligna observados nos casos de molestias infecciosas da infancia: nos disturbios da nutrição e do crescimento: a "hipertrofia estatural tipo HUTINEL". Estudou, tambem, com conclusões uteis e interessantes, os problemas que se relacionavam com a ideia Pasteuriana e fazendo profilaxia, nos seus servigos, estabeleceu o isolamento, por meio de boxes envidraçados (boxes de Hutinel), que ainda existem no "Hospice des Enfants Assistés", hoje usados em toda parte no mundo.



Prof. V. Hutinel
Faleceu em Paris — 31 Março 1933

Enfim, a sua obra é imensa e se irradiou por todo o globo, em benefício da infância.

Seu filho João Hutinel, que era professor agregado da Faculdade de Paris e era uma esperança de seu pae, quando ainda a existencia lhe sorria em todo o seu esplendor e o seu nome parecia continuar a grande obra do mestre, o cruel destino roubou-lhe a vida aos 42 anos de idade. Um mês depois, seu pai, o Prof. Hutinel, já em idade avançada, com o tremendo golpe moral recebido, não ponde resistir a essa enorme dôr. Por suas excepcionais qualidades de homem de ciencia e de elevada moral, foi que eu, na ultima reunião da Sociedade de Medicina, depois de lhe fazer o necrologico, pedi que fosse lançado, em ata, um voto de profundo pezar pelo desaparecimento do Prof. Hutinel, um dos maiores vultos da Medicina, e cuja obra representa um patrimonio valiosissimo de trabalho fecundo e de grande valor para a Pediatria.

Florencio Ygarlúa

Menstruações retardadas
Insuficiencia ovariana
Na dismenorréa
Na leucorréa
No prurido
Nas perturbações da idade critica

Ovarial

Empolas e gotas

Peçam amostras e literatura á

BLACK & CIA.

Caixa Postal 891 — Porto Alegre

Representantes para todo o Brasil

Zapparoli & Serena, Ltda.

São Paulo



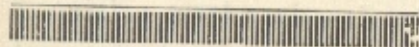
Cyargyl

INJECCÖES INDOLORES
DE CYANETO DE MERCURIO

TRATAMENTO EFFICAZ
DE TODAS AS FORMAS
E PERIODOS DA SYPHILIS

Producto do LABORATORIO MOURA BRASIL
Rio de Janeiro

Queiram os Srs. Clinicos pedir amostras a
A. S. Loureiro
Galeria Municipal, 15 - P. ALEGRE



**tosses
bronchites
resfriados?**

**CREO-CALCIO
JOBIN !**

COLITES - DIARRHEIAS NAS CRENÇAS - GAS-
TRO ENTERITIS - AGMÉ - MELHORA A DER-
MATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PU-
TRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-IN-
TOXICAÇÃO INTESTINAL.

COMPRIMIDOS

BIOLATOL

COMPRIMIDOS

PREPARADO NO

LABORATORIO QUIMICO BIOLOGICO
PORTO ALEGRE

YGERNUS

Impressos em geral

Tipografia Gundlach

Rua Voluntarios da Patria n. 51

Porto Alegre