

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ORGÃO OFICIAL DA SOCIEDADE DE MEDICINA DE PORTO ALEGRE

XIII ANO

ABRIL DE 1934

N. 2

## Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1934

PRESIDENTE

**GABINO DA FONSECA**

Cirurgião dos Hospitais

VICE-PRESIDENTE

**PLINIO GAMA**

Ex-Prof. de Cl. Prop. Medica

SECRETARIO GERAL

**D. MARTINS COSTA**

Docente livre de Cl. Fed. Medica

1.º SECRETARIO

**HELMUTH WEINMANN**

Assist. de Anat. Patologica

2.º SECRETARIO

**CARLOS BENTO**

Chefe de Cl. Prop. Medica

TESOUREIRO

**SAVERIO TEUDA**

Da Santa Casa de Misericórdia

BIBLIOTECARIO

**OTHON FREITAS**

Assist. da Maternidade

DIREÇÃO CIENTIFICA

**F. IGARTUA**

Doc. e chefe de Cl. Fed. Medica

**MARIO BERND**

Docente e assist. de Quimica  
Fisiologica

**R. di PRIMIO**

Docente e chefe de Lab. de  
Parasitologia

SECRETARIO DA REDAÇÃO:

**HOMERO JOBIM**

Do Lab. Geyer

REDADORES

**ANNES DIAS**

**PEREIRA FILHO**

**P. MACIEL**

**H. WALLAU**

**NOGUEIRA FLORES**

**E. J. KANAN**

**TOMAZ MARIANTE**

**MARTIM GOMES**

**GUEREA BLESSMANN**

**D. SOARES DE SOUZA**

**WALDEMAR CASTRO**

**EAUL MOREIRA**

**WALDEMAR JOB**

**JACI MONTEIRO**

Assinaturas:

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

Séde da Redação:

Rua General Camara n. 264 — 3.º andar

Endereçar ao secretario tudo o que fôr relativo á Redação

Assuntos comerciais com o gerente Almanzor Alves, na séde da Redação

Caixa postal, 872

# Sumario

## Trabalhos originaes

JACI CARNEIRO MONTEIRO — Um caso pouco comum de cirurgia do réto .....	Pag. 57
MARIO TOTTA e HELMUTH WEINMANN — Um caso de tuberculose lingual .....	64
MARIO BERND — Glutatião .....	69
ARMIN NIEMEYER — Poroceratose de Mibelli .....	77
E. di PRIMIO — Sobre a presença do "Hæmoproteus columbæ" no Rio Grande do Sul .....	80
CARLOS BENTO — Profilaxia da Tuberculose .....	82

## Sociedade de Medicina

Atas .....	98
------------	----

## Siros e léses

GONÇALVES VIANA — Anatomia e fisiologia patológicas .....	95
---	----

## Análises de revistas

E. AGASSE-LAFONT — Cholururémie et Interventions Chirurgicales ..	96
ORLANDO PINTO DE SOUZA e PAULINO W. LONGO — Fraturas da abobada craniana na infancia .....	97
FERNANDO DE MORAES — Considerações sobre dois casos de queimadura tratados pelo acido tanico .....	97
R. LERICHE — Que é e como se trata uma entorse? .....	98
ARMANDO TEMPORAL — Tumor de mieloplasia do terceiro metacarpico esquerdo .....	98
EAREOS LIMA — Hemiseção do calcanhar nas osteomielites do calcaneo ..	99
PORFIRIO DE ANDRADE — Dois casos de doença pilorica .....	100
B. VARELA FUENTES, E. APOLO — Modificações do Glutatião reduzido do sangue no estado normal e patológico .....	101

## Nota terapeutica

EDGARD BRAGA — Do Acetilarsan em clinica pré-natal .....	101
--	-----

## Necrologia

Dr. RIVADAVIA SEVERO .....	103
----------------------------	-----

# IODEFIS

PREPARADO COM IODO-  
PEPTÍDIOS ABIURÉTICOS  
amps. de 2 cc., contendo 10 centigrs. de iodo  
Via intramuscular ou endovenosa.



# Trabalhos originaes

## Um caso pouco comum de cirurgia do réto

por

Jacé Carneiro Monteiro

Docente e chefe de Clinica cirurgica da Faculdade de Medicina.

Helena M., de 32 anos de idade, branca, casada, deste Estado, moradora em Torres, é a doente cuja tormentosa historia clinica iremos narrar.

Como antecedente pessoal de real interesse para o presente caso, acrescentemos que ésta mulher soffreu a 6 menses uma intervenção cirurgica reclamada por uma estenose acentuada do réto, sendo-lhe praticada uma extirpação parcial intra-exfinteriana deste orgão!

Volta agora ao hospital da Santa Casa, baixando na 10.<sup>a</sup> enfermaria, e trazendo como causa de sua nova internação, dôres no ventrê, principalmente fossa iliaca direita, e perturbações na exonerção intestinal. Queixa-se de acentuada constipação, com distensão do ventre, intercalada de quando em quando com grande emissão de gazes e disturbios diarrreicos; outras vezes as fézes são emitidas sob a forma de fita e de uma extrema fétidez.

O estado geral da doente é de regular para mediocre, emagrecimento bastante pronunciado, 42 quilos de peso, appetite ausente, sono interrompido e escasso, urinas escuras e em pequena quantidade.

Aparelhos respiratorio e cardiaco, normais. Orgãos genitais sem alterações de gravidade; menstruações dolorosas duram 5 dias. Metrite cronica, corrimento moderado.

Dirigindo nosso exame clinico para o ventre encontramos-lo ligeiramente distendido, com timpanismo exagerado e uniforme, apresentando á palpação pronunciada dôr na fossa iliaca direita, sem contratura muscular.

Figado e baço dentro dos limites normais. Para o lado ginecologico notam-se sinais de metrite, com colo ulcerado, utero pequeno, movel e em ante-flexão; anexos não dolorosos e não empastados, o fundo de sacco vaginal direito mostrava-se sensivel ao toque profundo, mas não havia tumor. Temperatura axilar 36,8, pulso radial 74.

O orificio do anus apresenta-se de forma irregular e entre aberto, notando-se em sua visinhança cicatrizes de pontos da operação anterior.

O dedo introduzido no réto da paciente, encontra uma estenose, alta, dolorosa e intrasponivel á extremidade do indicador.

Infelizmente o estreitamento tinha se reproduzido apesar da extirpação parcial do réto, efetuada 6 mezes atrás.

Com o diagnostico de extenose reincidente do réto, indicamos a dilatação instrumental por meio de vélas metalicas.

No dia seguinte ás 9 horas da manhã, a enfermaria encarregada deste serviço fez a introdução das sondas dilatadoras, começando pelas mais finas da escala.

Às 11 horas, ao deixar a enfermaria, notamos que ao passar pelo leito da enferma, ésta chorava, queixando-se de fortes dôres no ventre, principalmente para a fossa iliaca direita; ligamos-as a dilatação que sofrera poucas horas antes e prescrevemos bolsa quente sobre a região dorida e um analgesico per os.

Às 19 horas deste mesmo dia, somos procurado no consultorio, pelo marido da paciente, que vinha nos informar que sua esposa estava passando muito mal e que vomitava incessantemente.

Incontinentemente transportamo-nos para o hospital e encontramos a nossa doente muito agitada, com grande desconforto no leito, apesar de uma injeção de solução Dastre ter sido feita meia hora antes. Fisionomia alterada, olhos cavados, nariz afilado e uma expressão de sofrimento intenso. Vomitos biliosos e pardacentos, apareciam repetidamente. Dôr intensa localizada na fossa iliaca direita, era relatada a cada momento pela enferma.

Pulso 120, cheio e ritmico. Temperatura axilar 38 grãos.

Ventre distendido moderadamente, timpanismo exagerado e uniforme. Ausencia de alças intestinais desenhadas na parede abdominal. Quadrante inferior direito grandemente doloroso.

A não ser alguma resistencia á palpação profunda, causada pela distensão existente, não havia em parte alguma do ventre o sinal de contração ou de defesa muscular, nem mesmo na fossa iliaca direita, ponto de grande suspeição diagnostica, pelas dôres intensas que irradiava.

Notamos contudo ligeira sonoridade pre-hepatica.

Completando a descrição do quadro clinico, acentuemos que a doente emitira momentos antes da nossa chegada, alguns gazes e tivera uma ligeira emissão diarreica extremamente fetida.

Ordenamos gelo no ventre, um litro de sôro fisiologico sub-cutaneo tonicardiaco, sôro de Heekel e severa vigilancia, ficando de voltarmos duas horas mais tarde. As 21 horas as condições da paciente eram alarmantes, o pulso batia a 140 e a temperatura não alcançava 37; grande torpôr e acentuada adinamia.

Os vomitos continuavam repetidos e tomavam o aspêto fecaloide. A dôr na fossa iliaca continuava intensa.

O aspêto clinico do ventre era ainda o mesmo anterior, distendido, mas sem contração.

Deante desse quadro grave, cujas côres carregavam-se a cada instante, uma solução imediata tinha que ser tomada.

Apesar da ausencia da contração muscular, o grande *sinal de comando* na cirurgia de urgencia do abdomen, resolvemos intervir e ordenamos o transporte da doente para a sala de operações.

Antes, porém, de iniciarmos a narrativa dos achados operatorios, faremos algumas considerações de ordem diagnostica ante o ventre fechado.

Dois fatos prenderam a nossa atenção desde o inicio do presente drama: a dôr na fossa iliaca direita, de que muito se queixava a paciente quando entrou no hospital e a dilatação da extenose retal que coincidiu com a exacerbação das sensações dolorosas já referidas acima.

Dentro do quadro sintomatologico a pouco descrito, vamos á laparotomia com dois diagnosticos em mente: 1.º uma apendicite grave, de forma toxica, possivelmente gangrenosa, dada a feição toxi-dinamica

apresentada pela doente, e mesmo onde a contractura da parede é tardia a se revelar ou ausente.

Como segundo diagnostico pensamos em uma provavel perfuração do réto pelvico pelas sondas dilatadoras metalicas, trazendo como reforço a ésta suspeição, o fato das dôres da paciente terem aumentado consideravelmente depois da s ecção dilatadora. Ora, nós sabemos como são excessivamente dolorosas as perfurações do tractos gastro-intestinal em perimetro livre.

A leve sonoridade pre-hepatica notada no inicio do exame clinico, tambem nos sugestiona perfuração com gaz em liberdade na cavidade peritoneal.

Sobre este ponto da sonoridade pre-hepatica, no diagnostico de perfuração de uma vicera cheia de gaz no abdomen, julgamos util acentuarmos como bem nos avisa Mendor, que este sinal só tem valor diagnostico quando precoce, pois nos casos de peritonite sem perfuração, com o desdobramento do quadro clinico e a distensão do ventre, o intestino cheio de ar como o colo transverso, vem se colocar ante o figado, dando a sonoridade pre-hepatica.

Logo a sonoridade pre-hepatica só é sinal de perfuração, quando precoce, tardia não tem o mesmo valor diagnostico.

Justificadas as nossas presunções diagnósticas sobre o quadro clinico apresentado pela nossa doente, praticamos uma laparotomia para-mediana inferior direita, abrindo o ventre sobre o bordo do musculo grande réto numa extensão de 15 cms.

Escolhemos ésta incisão, por isso que, ela nos permitiria franco acesso e grande luz sobre a região apendicular e sobre a porção do réto a ser examinada.

Anestesia geral com eter: pelo Doutorando Osorio Trindade — auxiliar Doutorando Galileu Vale. Um litro de sôro fisiologico é injetado lentamente na região sub-peitoral da paciente durante a operação.

A abertura do ventre não encontramos liquido livre, nem o aspéto caracteristico das afecções agudas apendiculares, o intestino movia-se livremente, não havia adherencias, sinais de peritonite ou modificação de coloração das alças intestinais. Uma pinça de anel lançada sobre o ceco, mostra este órgão indene, e o apendice de forma regular, macroscopicamente são. Ablação rapida e facil deste órgão.

Um afastador forte de Gosset, é colocado na ferida operatoria e nos dá uma boa e ampla visão do campo cirurgico.

Uma vez posta de lado a lesão do apendice, dirigimos as nossas pesquisas para a parte pelvica do réto.

Recalcamos para cima com uma compressa, as alças intestinais que encubriam a região, e percebos no fundo do pelvis, fézes liquidas que apareciam com abundancia.

Isolamos bem a grande cavidade com varias compressas, esponjamos o liquido fecaloide e, aprofundando a nossa investigação, levantamos com uma pinça o réto e descobrimos que as fézes provinham de uma perfuração situada sobre a margem direita deste órgão, tendo as dimensões de um caroço de azeitona.

Suas bordas eram irregulares e mortificadas, e o orificio dava abundante saída ao liquido fecal esverdeado e fétido.

Feita a toilette da zona afetada,, onde já existia uma reação peritoneal, acompanhada de depositos fibrinosos, iniciámos a sutura da perfuração com fio de seda n.º 0.

Nessa fase grandes dificuldades tivemos pela frente, pois os tecidos, estavam muito friáveis e o fio de seda cortava-os seguidamente. Ao cabo de muita paciencia e perseverança, qualidades inherentes ao cirurgião, conseguimos obliterar a perfuração, praticando ainda uma segunda sutura a seda, sero-serosa, que nos pareceu ficar bem solida.

Uma vez terminados os cuidados eo mo réto lesado, retiramos as compressas de proteção, refizemos a limpeza do ventre e derramamos no seu interior duas ampolas de eletrargol.

A parede foi fechada em tres planos, e um dreno n.º 20 foi introduzido no ventre por uma botoeira, 2 cm a direita da incisão para não prejudicar a solidez da sutura como faz Delagenière.

A operação durou 43 minutos, sendo após a doente convenientemente aquecida, no seu leito, onde recebeu  $\frac{1}{2}$  litro de sôro glicosado, estimulantes cardio tonicos e uma ampola de solução Dastre.

No dia seguinte pela manhã o estado da operada é animador, apresenta-se relativamente tranquila, os vomitos desapareceram, o ventre está baixo e mole, e o pulsobate a 120 por minuto, mas é tenso e ritmico.

Durante todo o dia a doente é hidratada e o seu estado conserva-se inalterado; renovamos os estimulantes e colocamos gelo no ventre.

No 2.º dia da operação, ao entrarmos pela manhã na enfermaria encontramos a doente um pouco peor, ligeiramente agitada, ventre mais tenso; tivera dois vomitos e ainda não expelira gazes.

Prescrevemos sôro fisiologico, uma ampola de peristaltina, sôro hypertonico na veia e uma sonda no réto.

Durante o dia passou no mesmo estado, teve um só vomito a tarde, sendo-lhe repetido o sôro-salino hipertônico na veia.

No 3.º dia, o quadro clinico piorou grandemente, o ventre tornou-se fortemente distendido, não havia a menor eliminação de gazes; os vomitos reapareceram com intensidade, tomando mesmo um aspêto para fecaloides, a agitação era intensa, a fisionomia alterava-se sensivelmente, as urinas eram raras, o pulso contava-se a 140, mole e depressivel, e a temperatura axilar 36.2.

O estado da doente era gravissimo, desdobrava-se ante nossos olhos a complicação terrivel, o pavor dos cirurgiões, o ileos post-operatorio, complicação ésta que ronda de perto os doentes operados do ventre e que, não raro num golpe traiçoeiro, zombando de nossos recursos terapeuticos, arrebatava-os em poucos dias após cruéis padecimentos.

Redobramos os nossos cuidados, continuamos a sustentar a operada com todos os meios ao nosso alcance, e insistimos de sobre modo, na aplicação do cloreto de sodio a 20% na veia, de 3 em 3 horas; ao meio dia, o estado mantem-se o mesmo, as 3 horas, não ha alteração digna de nota, apenas os vomitos diminuíram, as 6 horas não ha mais vomitos e a doente emite os primeiros gazes, a distensão porem continúa.

As 8 horas da noite, ao voltarmos ao hospital, somos informados antes de entrar na enfermaria que a doente tivera uma descarga intestinal copiosa, evacuando cerea de 2 litros de um liquido aquoso, encgrecido e de grande fetidez.

O ventre baixára bastante, o estado geral era mais animador, contudo a doente ainda estava muito intoxicada, pela estercoremia de tres dias, o pulso era rapido e ainda depressivel.

No dia seguinte, 4.<sup>o</sup> da operação, encontramos a nossa operada de aspéto tranquilo, dizendo-nos que dormira bem á noite, que não tivera mais vomitos e que se achava muito melhor.

Seu ventre estava bem baixo, não doloroso, o pulso batia a 120, temperatura axilar 37,5.

Depois desta complicação pavorosa, felizmente levada a bom termo, as sequelas operatorias seguiram seu curso normal e a doente obteve alta, 20 dias após a operação, em muito boas condições.

Tres meses mais tarde voutou ao nosso serviço, tendo aumentado 6 quilos e sentindo-se bem forte.

Fizemos-lhe com muito cuidado uma serie de dilatações e conseguimos um bom calibre para o seu réto estenosado, que lhe permite uma exoneração intestinal favoravel. Juntamos á presente observação uma radiografia, mostrando o intestino grosso e o réto da paciente. Diz-nos o ilustrado radiologista e meu proveto amigo Dr. Pedro Maciel: o liquido opaco injetado no réto, progrediu facilmente até alcançar o colon transverso. Segmento correspondente á ampola retal curto, de calibre reduzido, contornos irregulares. Colon signoide tambem de calibre um pouco reduzido.

Uma vez relatada a historia clinica, deste drama que tivemos o ensejo de observar, felizmente terminado com a cura da paciente, julgamos de alguma utilidade chamar a atenção para tres aspéto desta observação, que reputamos de certa valia.

E mprimeiro lugar queremos frizar o perigo das dilatações forçadas do réto, nos casos de estenoses, com sondas metalicas, podendo dar lugar a perfurações deste conduto como é o caso da nossa presente observação.

E' necessario contudo dizermos de passagem, que a enfermeira que praticou as dilatações na nossa paciente, é uma pessoa muito pratica neste mistér, pois é ela que se encarrega deste serviço na nossa secção, e ha muitos anos que lá trabalha, sendo este o seu primeiro acidente.

Á nosso ver uma das causas que favoreceu a perfuração do réto pelos dilatadores, foi a fragilidade que este conduto por si só apresentava, no nosso caso em que ele era séde de infiltrações de ordem inflamatória (uma retite) que levaram o réto á estenose e deixaram suas paredes de uma friabilidade extrema.

Assim nos casos em que houver indicação clara de dilatação intestinal do réto, este processo deverá ser praticado com grande cuidado e extrema prudencia e delicadeza, afim de evitar accidentes graves como o acima relatado.

O segundo ponto que queremos realçar no nosso modesto trabalho, é o aspéto do ventre no dia da perfuração e até a hora da operação.

Apesar de haver uma lesão grave do intestino grosso e fézes liquidas derramadas no peritónioo livre, *não houve nas dez horas que medearam entre a lesão produzida pela sonda e a intervenção, o sinal classico do ventre em perigo, a contratura dos musculos da parede abdominal ou a defesa muscular carateristica destes casos.*

O ventre apresentava-se ligeira e uniformemente distendido, mas era



Radiografia da doente H. M.

depressível em toda sua extensão e mesmo na fossa iliaca direita, onde a não ser a dôr, não havia defesa muscular denunciadora.

A ausencia deste grande sinal nos surpreendeu bastante, pois sabemos dos estudos de Zacary Cope de Boston, que depois dos líquidos de origem gástrica, são os líquidos intestinais que derramados na cavidade abdominal, poduzem as contraturas mais acentuadas, avisando-nos a gravidade da lesão interna.

Havia pois no nosso caso perfuração do réto, gases e fézes livres no peritonco, e ausencia completa do grande sinal *contratura*.

Como terceira fase de valor nesta observação, devemos mais uma vez ressaltar, o ótimo resultado obtido pela terapeutica salina, hipertonica, na paralisia intesfinal, que instalou-se no 2.º dia da operação, ameaçando seriamente a vida da nossa já atribulada paciente.

Denominámos este nosso trabalho de "um caso pouco comum de cirurgia do réto", por ter havido uma perfuração deste conduto no curso de dilatações, de uma estenose retal, por ter apresentado um quadro clinico diferente dos demais, quanto ao aspéto do ventre, em cujo interior havia uma perfuração intestinal, e, por fim, apesar do aparecimento de uma complicação grave post-operatoria delibada heroicamente pelo cloreto de sódio endovenoso, conseguimos ver a doente vencer todos estes accidentes e ter, 20 dias depois de operada, alta completamente restabelecida.

Eis ahi a causa da publicidade desta nossa modesta observação.

## Um caso de tuberculose lingual

por

Mário Totta

e

Heimulh Weinmann

Catedrático de Clínica Obstétrica. Ass. de Anatomia e Fisiologia Patológicas.

Dentre as localizações do bacilo de Koch é sem duvida a da lingua uma das menos frequentes. E' esta a razão pela qual publicamos a presente observação. Na hora actual acha-se quasi abandonada a antiga idéa de ser primitiva a tuberculose nesta localização; efetivamente, não é sinão exceccional este facto. Deveria haver a coincidência de uma solução de continuidade do órgão e a contaminação posterior pelo agente da bacilose. A quasi totalidade das lesões desta natureza se refere a localizações secundarias de uma das costumeiras formas cronicas da tuberculose. A invasão faz-se por via sanguinea, provindo o germe de um órgão distante, principalmente do pulmão.

### Observação

O doente a que se refere o caso que vai ser descrito apresentou-se, pela primeira vez, no consultorio no dia 4 de abril da ano findo, levado exclusivamente por causa "de uma ferida que lhe apparecêra na lingua, sem que ele soubesse como, havia dois menses," e que com o se tornar gradativamente mais funda e dolorosa já começára a embaraçar a fala e a impedir a mastigação e a deglutição.

O paciente, com effeito, falava com difficuldade. Apresentava ele, além disso, na occasião em que expunha o seu soffrimento, acentuada rouquidão e tosse.

O exame da lingua revelou uma ulceração assestada no bordo esquerdo, terço medio daquele orgão, do tamanho de um grão de milho, anfractuosa, arroxeadada, marginada por uma orla espessa, saliente e esbranquiçada. Como satellite da lesão, um ganglio submaxilar hipertrofiado expunha-se á simples inspecção.

O carater de malignidade da lesão parecia, de inicio, justificar-se na elaboração do diagnostico, tanto mais que o doente se queixava, tambem, de grande perda de forças e de progressivo emagrecimento, sintomas que ele, aliás, attribuia á difficuldade de nutrir-se.

O exame geral do paciente foi, entretanto, aos poucos, desviando do nosso espirito, para novo rumo, a primeira impressão de estarmos em face de um cancer.

E' que a percussão e ausculta do aparelho respiratorio denunciavam, clinicamente, uma tuberculose que, tendo, em maior parte, se asse-

Um caso de tuberculose lingual

Fig. 1 — Lesão de natureza tuberculosa.

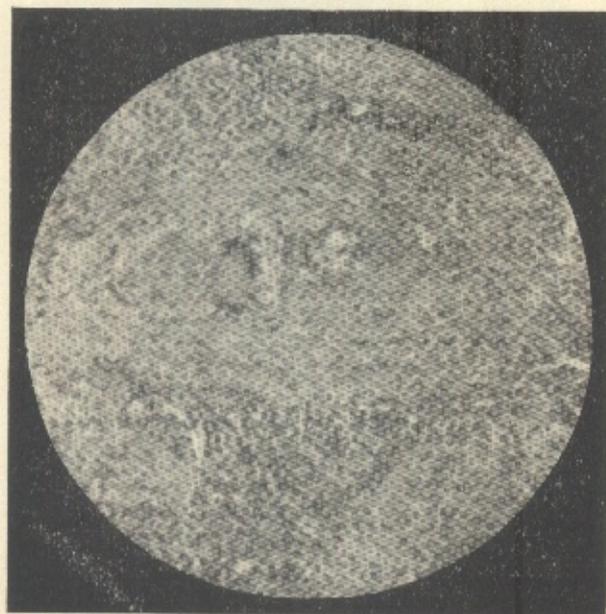


Fig. 2 — Folículo tuberculoso. Celula gigante do tipo Langhans, zona intermediaria de celulas epitelioides e periferica de elementos linfocitarios.

Totta e Weinmann.

nhorado do pulmão esquerdo, também se disseminára em bôa porção, no pulmão direito.

Temperatura axilar — eram 4 horas da tarde — 38,2°. Pulso — 110.

Encaminhámos imediatamente o doente ao laboratório para as necessárias pesquisas e, a seguir, para uma radiografia dos pulmões.

O resultado desses exames confirmou integralmente o diagnóstico da tuberculose pulmonar e firmou a natureza tuberculosa da lesão lingual: índice de Vélez positivo, muitos bacilos de Koch no escarro. O exame radiológico revelou “infiltração parenquimatosa, extensa, difusa, bilateral, tipo ulcero-caseosa, de forma evolutiva” (Saint-Pastous e P. Maciel). O doente faleceu em meados de Maio.

### *Pesquisas laboratoriais*

O exame histo-patológico, fulcro, do diagnóstico etiológico da lesão lingual, revelou, como se vê nas microfotografias que acompanham este trabalho, inflamação granulomatosa de natureza tubercular.

Formula leucocitaria:

Polimorfonucleares eosinofilos .....	1,50
“ basofilos .....	0,00
“ neutrofilos:	
Mielocitos .....	0,00 %
Formas jovens .....	4,50
“ em bastonete .....	23,50
“ segmentadas .....	49,00
Linfocitos .....	8,50
Monocitos .....	13,00

Contagem global dos leucocitos: 11.230 por mm<sup>3</sup>

Hemácias: 3.904.300 por mm<sup>3</sup>. Ligeira poiquilocitose e anisocitose.

Hemoglobina (Sahli) 59 %

Índice de Vélez:

$$\frac{I}{41} \quad \frac{II}{47} > \frac{III}{11} \quad \frac{IV}{1} \quad \frac{V}{0}$$

Índice de sedimentação (Westergreen): 132.

R. de Wassermann e Meinicke: resultado negativo.

Inoculação em cobaio — O animal foi inoculado com o produto da raspagem da ulceração emulsionado em sôro fisiológico. A inoculação foi feita na face interna da coxa esquerda no dia 12 de Abril de 1933. No dia 4 de Agosto o animal amanheceu morto.

No ponto da inoculação nota-se uma ulceração coberta de pús esverdeado. Os testículos acham-se hipertrofiados e mais acentuadamente o

esquerdo. Pela abertura da cavidade abdominal escorre um liquido sero-sanguinolento. O baço acha-se aumentado de 2 a 3 vezes seu volume e disseminado de pequenas massas cremosas; identicas lesões observam-se no figado. Hipertrofia das capsulas supra-renais e rins; estes apresentam uma cor palida. Os tuberculos pulmonares, revelam por cortes posteriormente praticados, a natureza da lesão. Das fossas nasais escorre pús cremoso.

#### Comentario

A observação acima vale, em primeiro lugar, pela raridade da lesão e, em segundo lugar, pela imprescindivel necessidade do exame histopatologico em tais circunstancias.

A raridade resalta do restrito numero de casos citados nas letras medicas. No "Boletin del Instituto de Medicina Experimental" n.º 30, julho de 1932, pag. 338 — Roffo, Rosner e Gandolfo, dissertando sobre as ulceras tuberculosas da lingua, a proposito de numerosos doentes enviados aquele Instituto, como portadores de carcinomas, coligiram apenas 15 observações. Mau grado esta escassez, já Baumés em 1778 assinalou a lesão lingual nos casos de tuberculose e depois dele, sucessivamente Ricord, Buzenet, Trelat e outros publicaram observações referentes a essa localização do bacilo de Koch, seja, como já dissemos rarissimamente num processo primitivo, isto é, por inoculação direta, seja secundaria ás lesões tuberculosas pulmonares, osseas, ganglionares, etc.

A necessidade da pesquisa histologica por si mesma se evidencia, afim de firmar o diagnostico diferencial sobretudo com o cancer, as ulceras traumaticas de origem dentaria ou outras molestias. E' a sífilis que deve merecer particular enuidado na discussão do diagnostico diferencial. Com efeito, não é das mais facéis a distincão da imagem microscopica da tuberculose e lues, embora existam características particulares a cada uma delas. A evolução do processo e as provas laboratoriais praticadas não deixam duvidas quanto á origem bacilar do caso em apreço.

A forma mais frequentemente observada de tuberculose da lingua é a ulcerosa. A sua sede, por ordem de frequencia, é um dos bordos, na ponta, sobre a face dorsal e mais raramente na face inferior (Letulle). No inicio da alteração é notado apenas um pequeno ponto saliente de cor avermelhado-palida. Só mais tarde a mucosa se ulcera e atinge então o tamanho aproximado de dois a quatro mms. de largura. A' medida que o foco progride, o processo vac atingindo a sub-mucosa e as camadas musculares. A ulceração é quasi exclusivamente unica.

O estudo histologico revela desde o inicio a forma tuberculoide da lesão: um ou varios gigantocitos no meio do conjunto de celulas epitelioides, de contornos mal delimitados, circundando o todo um exsudato limfocitario. E' rara a caseificação do tuberculo. Todos os elementos celulares oferecem uma falta de resistencia explicavel pela escassez de vasos.

*Bibliografia*

- A. H. Roffo, S. Rosner e A. Gandolfo — Ulceras tuberculosas de la lengua. Boletín del Instituto de Medicina Experimental, n.º 30, año 1932.
- A. H. Roffo — Miolisis nodular de la lengua. Idem n.º 19, año 1928.
- P. Moulonguet — L'actinomyose de la langue. Annales d'Anatomie Pathologique, n.º 9, año 1932.
- L. Aschoff — Pathologische Anatomie, 1923.
- M. Letulle — Anatomie Pathologique, 1931.
- G. Roussy, R. Leroux, C. Oberling — Précis d'Anatomie Pathologique, 1933.

## Glutatião

Algumas considerações lidas em ordem do dia na sessão de 20.4.34

por

Mario Bernd

Deveríeis deliciar-vos hoje, com a palavra cintilante e primorosa de colorido e saber de nosso consocio, o professor Tomaz Mariante.

Desculpar-me-eis, pois, por esta surpresa decepcionante. O assunto desta palestra escrita apenas hoje, pela manhã, pelo respeito que mereceis, deve ser explanado em muitos outros, pois seus confins, mesmo sem elasterio, comportam muito mais ainda.

Por isso, para que não leveis a mal a superficialidade destas considerações feitas em atropelo de tempo, prometo voltar, em pequenas doses sobre tema tão palpitante e, dada a precariedade de meu protoplasma, entabolar convosco intercambio ideal com que eu terei muito a lucrar.

E' a primeira vez, parece, que aqui se fala em plenário sobre glutatião.

Quem lhe iniciou o estudo em nosso meio, foi o nosso modesto quão sabio prof. Tomaz Mariante.

Em sua enfermaria na Santa Casa de Misericordia, falou-me em Abril do ano passado, sobre a relevancia das questões de oxido-redução no organismo, fenomenos em que o glutatião desempenha tão acentuado papel.

Com grande prazer vi que, em seu notavel programa de clinica propedeutica, já constava a dosagem desse corpo, na secção hematologica.

Fiz, de acordo com a sua orientação, muitas vezes determinações em varios doentes da Enfermaria a seu cargo.

No curso de bioquimica propedeutica, inaugurado pelo mesmo Professor e para cuja regencia técnica, tive a honra de ser convidado, dei algumas lições desataviadas sobre — *glutathionimetria*.

### Que é — Glutatião?

Duas definições. Uma onomastica. Outra conceitual.

Onomastica é a definição que diz respeito ao nome em si e a conceitual refere-se áquilo que ele idealmente exprime ou significa.

A palavra — *glutatião* — vem da união de dois elementos distintos em origem: gluta e tião.

A origem de gluta é o acido glutamico. Tião promana de "theion" do grego, onde quer dizer — enxofre.

Logo, na definição onomastica, encontramos duas noções informativas: o acido glutamico e o enxofre.

Mas hoje sabe-se que o glutatião é composto de tres acidos aminados, a glicocola, a cisteina e o acido glutamico. É, pois, um tripeptide.

Alguns dizem e escrevem — glutácion — e outros — glutatión.

Para aqueles que prezam a difficil arte de falar e escrever, possuidora, aliás, de canones desconhecidos pelos descuidados, proporei algumas razões para justificar a minha maneira de pronunciar e escrever — glutatião.

A segunda parte da palavra — tião —, como já vimos, provém do grego — "theion", onde significa enxofre e tambem divino, porque nesse povo tal metalloide era adorado como um deus.

E' regra geral que o ditongo "e-i" grego, ao passar para o português, se transforma em "i" longo.

Por aí, já vemos que seguindo essa norma, já estaria condenada a pronuncia glutácion, proparoxitona, isto é, com acento tonico no "a".

E' regra geral tambem que os nomes terminados em "n", da 2.<sup>a</sup> declinação grega, passam para o português por através da 3.<sup>a</sup> declinação latina.

Por exemplo: — électron — em grego, ambar, em latim: electron, genitivo: electronis, acusativo: electronem, português, electrão.

Glutacion do grego. Acusativo latino: glutacionem. Português: glutatião.

E' contrario ao genio da lingua portuguêsã, a desinencia em "n" e a razão reside nesse processo comum de derivação historico-evolutiva de tais palavras.

Tendo passado hipoteticamente pelo latim, esse vocabulo, deveria ter-nos dado glutacião, mas o uso já consagrou outras palavras em que o "t" conservou a pronuncia forte: Ex.: Tiocianato, tionico, tionato, etc.

O estudo do glutatião prende-se ao processo de oxido-redução no organismo ligado de modo paralelo ao papel do enxofre no mesmo.

Sabeis, perfeitamente que o oxigenio veiculado pela hemoglobina oxida e destroi os edificios moleculares das substancias arquitetadas pela clorofila e luz solar, libertando-se a energia que se armazenára pelas reacções endotermicas.

Mas deveis saber que tais demolições fóra do organismo só são possíveis em alta temperatura e com reagentes energicos.

Em o nosso corpo realizam-se as sinteses e decomposições mais complexas a temperaturas em torno de 37°.

Qual é o complemento circunstancial de meio?

— São os agentes cataliticos que agem electronicamente pela ação de superficie.

Que é ação de superficie?

Com um exemplo concreto, responde-se, dá-se uma idéa do que ela significa.

1 cm<sup>3</sup> de coloide subdividido em particulas de um milésimo de micro, fica com uma superficie de seis mil metros quadrados.

Suponde agora que se somam as ações quimico-ionicas, produzidas em uma das faces desses minuseculos cubos e podeis imaginar uma explicação para os fenomenos cataliticos.

Na constituição desses agentes não é qualquer substancia, qualquer elemento que entra.

São aqueles que mais se prestam para esses fins infinitesimais.

As propriedades alotropicas e enantiotropicas do enxofre que derivam de seu feitiço específico eletrônico, apresentam-no como elemento especial, a que a natureza escolheu como colaborador principal nas funções complexas de oxido-redução.

### HISTORICO

Vou dar umas notas historicas do glutatião que foram extraidas com algumas modificações do livro de Roffo e Thomas, sobre "A Quimica do Cancer".

1.<sup>o</sup> periodo: 1888 — 1904  
(Pailhade — Hefter)

2.<sup>o</sup> periodo: 1904 — 1921  
(Hefter — Hopkins)

3.<sup>o</sup> periodo: 1921—1928, Hopkins—Estrade)

4.<sup>o</sup> periodo: 1928 em diante, Estrade  
e outros.

---

1.<sup>o</sup> periodo: 1888 — 1904  
(Rey de Pailhade — Hefter)

Foi Rey de Pailhade que, por primeiro, em 1888 chamou a atenção sobre a importancia do enxofre nos processos de oxido-redução organica. Esse autor mostrou por uma serie de trabalhos que:

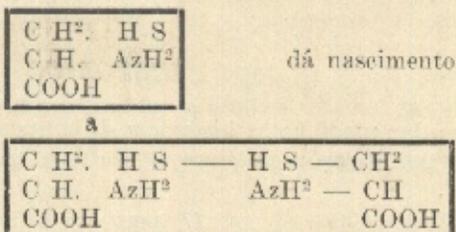
- 1) as celulas do "*sacaromyces cerevisiae*", assim como numerosos tecidos animais são capazes de fixar o hidrogenio sobre o enxofre, dando nascimento ao H<sub>2</sub>S.
- 2) O hidrogenio tomado das protcinas é transportado sobre o S, devido á intervenção de um corpo particular o filotião (filos quer dizer amigo e tião — enxofre).
- 3) a afinidade de diversos tecidos para o S marcha paralelamente com a desses mesmos tecidos para o O.
- 4) Pesos iguais de diversos tecidos de um animal dado, transformam em H<sub>2</sub>S, quantidades iguais de S e a gradação descendente dos tecidos estabelecida conforme sua afinidade para o S, é a mesma que a gradação descendente estabelecida de acordo com sua afinidade para com o O.
- 5) No reino vegetal, o filotião encontra-se nos *órgãos novos* e ativos, isto é, naqueles em que o consumo de oxigenio é mais elevado.

O filotião representa-se pelo simbolo: *RH*, sendo o R um radical complexo, de natureza proteica, unido a um atomo de hidrogenio labil.

2) período: 1904 — 1921.

(Hefter — Hopkins)

Em 1904, Hefter acha que, sob a ação do S a 40° a cisteína:



H<sup>2</sup> S e cistina



Ora, existindo o S nos tecidos, sob as duas fórmulas principais, a cisteína e seu derivado, a cistina, é verosímil que o fitotião aja por seu grupo cisteínico e a ação sobre o S, para a produção do H<sub>2</sub>S, seja devida ao hidrogenio do grupo "HS".

O fitotião pôde, pois, ser representado: *RSH*.

3.º período: 1921 — 1928

(Hopkins — Estrade)

Em 1921, Hopkins, conseguiu isolar em particular, do *levedo de cerveja*, assim como dos tecidos muscular e hepatico dos mamiferos, um individuo quimico, que ele considerava um dipeptide (constituído pelo acido glutâmico e cisteína) o "*glutatião*". Nome que lembra o acido glutâmico e o fitotião de Pailhade.

Trata-se pois do grupo sulfidrilico (SH) da cisteína que se pôde combinar ao oxigenio molecular: A fórmula oxidada assim produzida (-S-S-) pôde agir como acceptor de hidrogenio catalisando assim a reação de oxidação.

A reação é característica em presença do nitroprussiato de sodio que se cora em vermelho violaceo, dando assim a reação chamada de Bufo.

Ora, Hopkins obteve dois glutatiões:

- 1) O glutatião ativo sobre o S ou glutatião reduzido — R — SH.
- 2) O glutatião inativo sobre o S, obtido pela ação do "O" sobre o precedente:  $2 R. S. H. + O = R. S. S. R. + H^2O$

Este novo corpo, R S S R (glutatião oxidado de Hopkins) contém, pois, um grupo cistínico: -S-S-.

4.º período: (Estrade) 1928 em diante.

Estrade, em 1928, designa sob o nome de — *filoteião* — e de — *glutateião* — os corpos que possuem um — S H livre característico da cisteína e sob o nome de *fitotião* e de *glutatião* os que possuem o grupo cistínico "S-S" indicando a terminação em "eião" a presença de H labil

quedá  $H^2S$  com o S e a terminação em "ião", substancias inativas sobre o S.

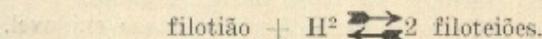
O filoteião, substancia albuminoide de cadeias sulfuradas de glutateião, com SH livre, existe nos tecidos animais: o filotião de cadeias de glutateião, sem SH livre, existe insolúvel no plasma sanguíneo.

Sob a ação do S, do O, do azul de metilénio, filoteião, glutateião, e cisteína, transformam-se em filotião, glutatião e cistina, por perda do H labil do grupo S H.

Inversamente, os corpos de terminação "ião" transformam-se em corpos de terminação "eião" no seio mesmo da célula:

- 1) por um fenómeno de oxido-redução;
- 2) pelo H nascente de certas fermentações (butirica, por exemplo);
- 3) provavelmente também pelo transporte do H de certas substancias sobre o corpo em "tião".

A cistina tratada pelo  $H^2S$ , fornece a cisteína. Temos, pois, o esquema:



O glutateião é a parte ativa do filoteião, mas, o grande nucleo proteico que suporta a cadeia glutateionica, influe sobre as propriedades químicas.

Isolado, o glutateião age sobre o S e o nitroprussiato de sodio amoniácal. Mas ha um glutateião que existe na clara de ovo de galinha que é ativo sobre o S e inativo sobre o nitroprussiato.

A importancia biológica da cadeia S H é, pois, consideravel, como o demonstra a existencia simultanea nas células animais de *cistina combinada* e *cisteína combinada*. O enxofre (S), diz Rey de Pailhade, é um eixo ao qual o H labil se liga e do qual se desliga sucessivamente, provocando fenomenos de oxido-redução que oxidam os alimentos. O filoteião, *por seu S*, é fermento de oxidação indiréta.

O glutatião não é sinão uma cadeia livre do filotião. Toda a célula viva encerra ao mesmo tempo, glutateião oxidavel e glutatião não oxidavel, mas hidrogenavel.

Transformando-se um no outro, concorrem estes dois corpos para a respiração dos tecidos.

Segue-se do que precede, que o *poder reductor* dos tecidos, seria principalmente devido ao *glutatião* e em particular, ao radical *RSH* contido em sua molecula.

O papel deste ultimo seria transportar o H do corpo oxidavel para o O, isto é, determinaria a oxidação do corpo oxidavel ou a deshidrogenação.

Nos processos de oxidação celular, intervem o oxigenio para destacar, desprender e fixar o oxigenio.

Não deve, pois o filotião, ser considerado como um simples fermento. Ele está intima e diretamente ligado á materia proteica. E' uma sub-

stancia albuminoide do meio vivo que fixou o II labil protidico, capaz de hidrogenar o enxofre e de o reduzir a hidrogenio sulfurado.

Filotião e glutatião, derivados sulfurados de constituição analoga, testemunham, pois, a importancia das relações copuladas de oxido-redução na organização quimica dos tecidos.

Aparecem como notáveis mobilizadores do oxigenio e tendem a provar que o S é um catalisador de 1.<sup>a</sup> ordem e um agente muito ativo da vida celular.

*Rey de Pailhade*, saindo de seu silencio, desde 1888, diz num artigo, publicado em os Arquivos da Sociedade de Medicina de Montpellier, em 1929:

“Todos os organismos contém enxofre na proporção de 0,15% de seu peso vivo. “Uma parte desse S é introduzido como sulhidrilios — SH — de diversos corpos complexos.

O enxofre sulfhidrilado por sua posição no grande edificio molecular do filoteião, possui propriedades especificas em face do hidrogenio.

Conforme os casos, ele é doador ou acceptor de hidrogenio. Durante as hidrogenações e deshidrogenações do enxofre sulfhidrilado, a celula viva fixa definitivamente o oxigenio exterior.

A reação do meio desempenha um papel de primeira plana.

Aquem e além da neutralidade, o glutatião é muito pouco oxidavel, ao passo que ele o é no maximo para um pH 7,4 que está na vizinhança do pH tecidual.

Ha outras considerações e muitas de ordem quimica, mas, passemos ás clinicas.

Antes do mais, cumpre dizer que a designação de filoteião e filotião e o diferencar literal de glutateião e glutatião, não pegaram na pratica, por causa da facil confusão.

Ficaram as denominações de: glutatião reduzido e glutatião oxidado. O primeiro só existe nos globulos. E' soluvel e dósa-se pelos processos que vamos verificar.

O oxidado existe só no plasma e não tem ação sobre o iodo.

### *Sede formativa do glutatião*

O glutatião existe, como é natural, em todos os tecidos do organismo. Mas ele é formado na suprarenal que o encerra em grau maior do que qualquer outro órgão.

Fazendo a perfusão das capsulas suprarenais com seus compostos (glicocola, acido glutamico e cisteina) produziu-se a sintese do mesmo.

O descobrimento recente de novo hormonio suprarenal (1929 — Swingle e Pfiffner) faz pensar que a função de sintese desta glandula, não está localizada nela de modo exclusivo, mas *tambem* na intimidade dos tecidos, sob a influencia catalitica deste hormonio.

Elucidaria isto o facto, até agora inexplicado, da ausencia de cisteina e glutatião reduzido no plasma.

*Bory* diz que o glutatião ou o S está para a suprarenal, assim como o iodo para a tireoide, o calcio para a paratireoide...

Existindo o glutatião só nos globulos, é natural que a diminuição dos mesmos, acarrete baixa daquele.

Tenho uma observação interessante da Enfermaria do Professor Tomáz em que segui a curva crescente do glutatião á medida que a doente, uma hipereromica, melhorava globularmente com o tratamento de Whipple. Nas ictericias é considerado o glutatião, um sinal premonitorio de alta valia, quanto ao aparecimento subito da mesma.

Um abaixamento brusco do glutatião num hepatico, poderá prognosticar um surto icterico para breve trecho.

Confirmação ha disto, num caso de clinica particular do prof. Tomaz Mariante.

E' sabido que a — insulina — é um produto enxofrado e de virtude muito semelhante á vitamina B.

Pois bem! Toda a hiperglucidemia é acompanhada de glutatiõnemia correlata. Na síndrome hipoglicemica, o inverso é observado.

Nós não tinhamos nenhum indice biometrico de retardamento ou aceleração da nutrição.

Parece-me que, com mais um pouco de trabalho, vamos concretizá-lo de modo irrefutavel no glutatião.

Em todas as doenças caquetizantes, cancer, tuberculose, etc., ha notavel pobreza de glutatião no sangue.

Até agora tinhamos indice de desvitalização nas taxas de uréa, creatinina, acido urico e oxalico, etc., que representam insuficiencia indirecta desses agentes liticos, mas com glutatiõnemia acurada, nós vamos até a causa, até a falta do elemento vitalizante por excelencia, o movel e propiciador da respiração tecidual.

#### *Tecnicas laboratoriais*

São varias as tecnicas. Já citei a do nitro-prussiato e iodo. Autores americanos, conforme vi na "Biological Chemistry", acham mais sensível a que substitue o nitroprussiato pelo amido, como indicador externo. Foram Tuncliffe e Dixon que a propuseram. Começam tratando o sangue pelo acido tricloraético a 10% em partes iguais. Filtram ou centrifugam, lavando o residuo duas vezes mas com igual quantidade de acido tricloraético.

Após, em presença da goma de amido, deixam cair solução N/100 de I. Enquanto houver glutatião reduzido, o iodo vai sendo transformado em acido iodhidrico pelo H labil.

Quando aparece a coloração azul, toma-se nota do numero de cm. cubicos gastos e multiplica-se por 2,5 que é, em miligramas, a quantidade de glutatião necessaria para transformar 1 cm<sup>3</sup> da solução N/100 de I.

*Eusleme e Florence* dizem que controlaram este processo, com a uréa, acido urico, fructose, glicose, que tambem podem reagir com o iodo. Acharam que essas substancias não alteraram as dosagens.

Com estes processos a taxa normal de glutatião no sangue é de 47—56 mgr %, conforme as inumeraveis observações do insigne sabio investigador Dr. Benigno Varela Fuentes de Montevideú.

O glutatião oxidado existe no plasma na quota normal de 15 a 20 mgrs. % (Achard. Pr. Méd. Mai, 1932).

*Marenzi*, do serviço de Bernardo Houssay, de Buenos Aires, acha que essas taxas são muito exageradas.

Com seu processo colorimétrico, tomando como padrão uma solução titulada de cisteína, encontrou a taxa normal de 25—35 mgrs. %.

Num artigo dos "*Comptes Rendus*" das Sessões da Sociedade de Biologia de Paris, Janeiro deste ano, Gilberto Vilela diz a mesma coisa e traz a media de 30 individuos cujo glutatião foi dosado por um processo semelhante ao de *WOODWARD e FRY*, que apareceu no "*Biological Chemistry*", em o numero 97 de 1932.

Não me foi possível lançar mão dos processos com a cisteína, porque ela não existe na praça.

Demais, o metodo de *Tunnicliffe e Dixon*, é preciso. Si a taxa dada por ele é, em si, alta, todas as variações são proporcionais, o que nos permite tirar qualquer conclusão com todo o rigor científico.

Demais, o Congresso Internacional de Biologia, realizado em Montevideu em 1930, fora mapresentados trabalhos numerosos sobre — glutatião — determinado com a técnica de *Tunnicliffe e Dixon*.

#### Observação

A doente de anemia perniciosa citada no texto entrou na Enf. Com. Chaves Barcelos da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre em Abril de 1933, com a papeleta 2023, ocupando o leito n.º 19. As variações das taxas de glutatião foram de 15mgrs.%, 6 mgrs. 3%, 30 mgrs.% e 42 grs.6%.

Um caso de ictericia da mesma Enf. (Pap.: 2740, lto. 37) mostrou uma taxa de 37mgrs.5%.

Outro de leucemia mioide da mesma Enf. (Pap. 6904, leito 6) exibiu quota baixa de 8 mgrs. 5%.

## Poroceratose de Mibelli

por

Armin Niemeyer

Ha tres molestias de pele muito raras mas muito interessantes, tendo todas as tres por substrato uma hiperkeratose localizada. São a psorpermose folicular vegetante ou molestia de Darier, a "acantosi nigricans" e a "poroceratose de Mibelli. Em 10 anos de clinica dermatológica tivemos occasião apenas de verificar em nossa clinica particular um caso de cada molestia. Apareceu-nos agora um novo caso de "poroceratose de Mibelli, cuja fotografia trazemos acima e cuja observação daremos em seguida, observação particularmente interessante pelo aspêto terapeutico da questão.

Menina L. K., brasileira, 8 anos de idade, residente no municipio de Palmeira, veio nos consultar por uma placa endurecida, mais ou menos circular, de 10 a 15 centimetros de diametro, na pele do dorso, existente havia já varios anos. Essa placa pigmentada, côr de café com leite, apresenta uma serie de elevações corneas centralizadas por pontos negros absolutamente como si fôsem "comédons". Esses pontos negros são muito dificeis de extrair, não como o "comédons" ordinarios, e quando se consegue extrai-los, com muita dôr, apresentam para dentro da pele um prolongamento branco, vermiforme, de quasi  $\frac{1}{2}$  cm. de comprimento. A orla da placa, ainda mais endurecida do que esta, faz saliência sobre a pele circunvizinha e apresenta hiperkeratose ainda mais accentuada que o centro da placa que é levemente deprimido, dando assim o todo a fórma de um prato raso no meio da superficie da pele. Em volta da orla endurecida, que tem uma forma irregularmente circular, encontramos uma faixa de pele branca despigmentada.

Não ha fenomenos subjetivos alguns, nem de dôr, nem de prurido; apenas sensação ligeira de mau estar ao contacto com o encosto das cadeiras.

15 cms. abaixo desta placa bem formada e bem caracteristica, temos uma outra pequena em vias de formação, de bórdos ainda não caracterizados, da grandeza de mais ou menos uma moeda de 100 rs. E' constituída de lamelas corneas irregulares salpicadas de alguns "comédons" característicos.

A observação é pois caracteristica desta afeção muito rara e de etiologia ainda desconhecida. Foi descrita pela primeira vez por Mibelli em 1893. Ela não pertence á classe das molestias cancerosas, apesar dela não ter tendencia nenhuma para a cura, ela não costuma degenerar em cancer. Truffi e outros autores a aproximam dos "naevus". Si não é

hereditaria, ela é pelo menos em muitos casos familiar. No nosso caso não conseguimos descobrir precedentes na familia.

Histologicamente encontramos um espessamento da camada cornea da epiderme, acantose exagerada, accumulacão de pigmento nas fileiras inferiores da camada de Malpighi, a qual está em parte hipertrofiada, em parte atrofiada. As lesões estão em relação estreita com os poros sudoriparos e os orificios foliculares. Nas camadas profundas da cutis encontramos modificações inflammatorias. Infelizmente no nosso caso não mandámos proceder a biopsia.



Obs. — Menina L. K. — Caso de "poroceratose de Mibelli"

O diagnóstico diferencial não pode impor duvidas para um dermatologista. Não ha confusões possiveis com as diversas discromias e hiperkeratose nem com os lichenes da pele.

Quanto a terapeutica todos os autores são acordes que não se obtem resultado com medicação alguma. Nem o acido salicilico, nem a resorcina ou os outros ceratoliticos, tão efficazes e moutras hiperkeratoses, dão alivio algum. Falham as medidas cirurgicas e a radioterapia.

No nosso caso conseguimos uma remissão completa com 4 applicações de neve carbonica, feitas com 15 dias de intervalo.

Aliás o caso de "acantosis nigricans", que vimos ha 7 anos passados tambem foi curado com algumas applicações de neve carbonica e ao que nos consta esta moça, que naquele tempo era menina (sobrinha de um clinico muito distinto desta capital) está até agora sem recaída.

Estamos a espera de um novo caso de psorospermose folicular de Darier para ensaiarmos a mesma terapeutica, que achamos que aqui tambem deve ser proficua.

A neve carbonica veio enriquecer grandemente o nosso arsenal terapeutico, nos dando em mãos um tratamento especifico para essas molestias de pele que, apesar de raras, até agora foram incuraveis.

Que relação tem essas tres molestias supra-citadas com os canceroides da pele? Eu pelo menos as considero como masformações malignas ou pseudo-malignas. Ha uma teoria segundo a qual todo o caso de "acantosis nigricans" da pele é sinal certo de carcinomatose de algum orgão interno. Em varios casos essas relações puderam ser constatadas.

Aliás a neve carbonica é uma terapeutica de muito resultado em todos os canceroides da pele, sendo que a sua ação só é superada pela radiumterapia. Parece que a neve carbonica não só destroi o tecido maligno néoformado como tambem modifica a tendencia cancerigenica da celula.

## Sobre a presença do *Hæmoproteus columbæ* no Rio Grande do Sul

por

R. de Primio

Docente e chefe de Laboratorio de Parasitologia

Este trabalho apresenta dois objetivos: contribuir para o conhecimento da maior distribuição geográfica do *Hæmoproteus columbæ*, que no Rio Grande do Sul é pela primeira vez assinalado e divulgar as vantagens, em o nosso meio, desta ocorrência.

Em 1907, H. Beaurepaire Aragão por ocasião das memoráveis pesquisas sobre o ciclo evolutivo do halterídio do pombo, para determinar o fim experimental, empregou aves procedentes da Republica Argentina, onde ainda não se tinha patenteado a infecção.

Este parasito evoca uma das conquistas da ciencia brasileira, cujo valor se traduz nas seguintes e expressivas palavras:

Por ocasião da conferencia "Considerações sobre Endamebas parasitas do intestino humano", que Aragão realizou em 3 de Março de 1918, Celestino Bourroul, então presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, ao abrir a sessão, além de citar outros notáveis descobrimentos e para evidenciar o valor das pesquisas do eminente Mestre de Manguinhos, ao descrever "as formas evolutivas no corpo do insecto transmissor e as pequenissimas formas quísticas nas celulas endoteliaes dos capilares pulmonares do pombo", lembrou a frase que Brumpt pronunciou a respeito: "il faut être calé pour avoir vu çá".

Na Europa é utilizado com objetivo didatico o *Padda oryzivora* infestado comumente por gametos de *Hæmoproteus Danilewskyi*, portador tambem, si bem que com menos frequencia, de *Plasmodium relictum*, que apresenta a vantagem da observação dos respectivos gametos ao lado da evolução schizogonica e outras particularidades de interesse parasitologico.

Segundo Brumpt, é com o parasito deste passaro que os alunos da Faculdade de Medicina de Paris estudam os hematozoarios pigmentados do genero *Hæmoproteus*.

M. Langeron recomenda, como material de estudo, os Hemosporidios dos passaros para os que não residem em países ou zonas palustres ou quando lhes faltam doentes á sua disposição.

Do mesmo modo, o halteridio que constitue o motivo desta comunicação e que infesta os nossos pombos, pode se prestar para identico fim, principalmente entre os estudantes de medicina, que encontrarão campo para observação de muitos fenomenos evolutivos e pratica de metodos tecnicos gerais e especiais.

Examinando o sangue e esfregaços de pulmão de pombos de varios pontos da cidade de Porto Alegre, encontrei formas evolutivas de *Haemoproteus columbae*.

Como hospedador intermediario deste parasito, devo assinalar, tambem, a presença entre nós, da *Linchia lividicolor*.

Simplesmente pelos motivos expostos, fica aqui consignada esta comunicação.

## Profilaxia da Tuberculose

### Noções Gerais

por

Carlos Bento

Chefe de Clinica Propedeutica Medica

*La prophylaxie sociale de la tuberculose dérive de l'étiologie sociale de la maladie, comme les mesures individuelles de préservation découlent des causes individuelles de propagation.*

Léon Bernard.

A tuberculose, como a sífilis e o cancer, constituem um verdadeiro flagelo, subindo dia a dia o numero das suas vitimas, acontecendo que a maior parte da humanidade se encontra preparada para receber o golpe fatal da terrivel doenca.

As estatísticas falam-nos claramente, e por elas constatamos que por toda a parte, em todos os cantos da terra, a grande maioria das populações morre vitima desta molestia, que ameaça reduzir a humanidade a um estado de degenerescencia tal, que a continuar assim amanhã não haverá seres viventes mas sim cadaveres ambulantes.

E' raro aquele que, ao desabrochar da vida não traga em si o germen ou o virus da doenca que o há de conduzir ao tumulo.

E' que as condições de vida criadas pela civilização conduziram a humanidade a uma série de erros, de preconceitos, que a afastaram das normas da vida sã, e por isso hoje o homem não morre, mata-se, cava por suas proprias mãos a cova onde se há-de enterrar.

Duma humanidade que leva uma vida de vicio, de degradação e de miseria, outra coisa não podemos esperar mais do que uma descendencia de raquíticos, de tarados, de farrapos humanos inuteis para a vida e para o progresso.

O problema da tuberculose tem sido, nestes ultimos anos, alvo de forte atenção da parte dos povos que se preocupam com a evolução da especie e o aperfeiçoamento da raça, procurando obter individuos fortes e sadios.

A tuberculose é um mal social e por isso a sua solução depende não só da terapeutica medica como tambem da terapeutica social, pois a miseria e a doenca são os dois grandes fatores da destruição da raça.

As referencias sobre este assunto, na antiguidade são muito pobres e pouco nos adeantam, até que a partir do seculo 16 e principalmente do 18.<sup>o</sup> seculo, até a renascença, a profilaxia social foi completamente desconhecida, pelos povos d'aquela época.

Os Hebreos, Indús, Gregos e Romanos tinham noções erradas sobre a profilaxia, contagio e hereditariedade da tuberculose a ponto de considerarem este mal como uma punição celeste; uns ignoravam as relações da tísica humana com a tísica bovina; outros, os ultimos, possuíam melhor orientação. Aristoteles e Galeno, aconselhavam o afastamento das pessoas sãs dos tísicos, porque o ar expirado era um meio de contagio.

Na idade media é creado o primeiro hospital reservado aos tuberculosos, sendo que vemos nesta época surgir tres grandes tisiologistas, Sydenham, Morton e Ettmuller.

A 6 de Outubro de 1751, Fernando VI, Rei, no seu palacio de Bom Retiro assina a primeira lei, sobre o perigo do uso das roupas e objectos que serviram a pessoas atingidas e mortas por doenças éticas, tísicos e outras doenças contagiosas.

Em 1782, Philippe IV, rei de Napoles, da Sicilia e Jerusalem, fez publicar pelos seus arautos nas ruas e nas praças, instruções ao publico, sobre o contagio da tísica; uma commissão nomeada pela Faculdade de Medicina de Napoles exige a notificação da tísica para os medicos sob a pena de 100 Ducados no caso de não ser cumprida a lei e o exilio de 10 anos pela reincidencia.

1848 é o ano que marca o terror pela tísica, a ponto de ser conhecida em Roma uma carta de Chateaubriand escrita a Fontanes, narrando factos do contagio da tísica, aonde se vê citado o triste fim de Chopin.

Quando a quimica alcançou o auge do seu progresso, Guilbert e Raulin aproveitaram-na para a profilaxia da tísica, e como medida de hygiene preventiva.

Desde o momento, no qual a profilaxia da tuberculose encontrou sólidos alicerces no seu contagio, a opinião dos contagionistas do seculo XVIII na Europa do Norte, era que aos doentes não se permitiria escarrar no solo, nas roupas, mas sim em recipientes apropriados, de vidro e que deveriam ser lavados seguidamente.

No seculo XIX e XX a idéia do contagio cede terreno a predisposição hereditaria e constitucional, vemos aqui o triunfo da profilaxia higienica e a regressão da profilaxia anticontagionista.

Jaccoud apresenta ao mundo científico as suas regras de profilaxia individual, nelas fala sobre o ar puro, a residencia na campanha enquanto persiste a debilidade constitucional, aeração do domicilio, repouso etc.

A profilaxia social lentamente conquista a sua posição de destaque no XIX seculo, pois é precisamente nesta época que Roberto Koek descobre o bacilo da tuberculose; nesta altura podemos transcrever um periodo de um trabalho de Clementino Fraga — "Doença misteriosa ha pouco mais de um seculo, seu conhecimento repontou confusamente com Bayle, cresceu com Laennec, ganhou claridade com Villemin em 1865, logrando o fundamento de sua etiogenese em 1882 com Roberto Koek — o descobridor do gérme causal."

Em 1896 levanta-se a profilaxia hospitalar das comunicações de Jaccoud á Academia de Medicina.

Graucher em 1898 expõe magistralmente a questão da profilaxia anti-tuberculosa no seio da mais alta associação medica da França, que termina por crear a sua "Comissão permanente da profilaxia contra a tuberculose".

Nesta éra, succedem-se os congressos e as iniciativas privadas, para, em 1892, ser creada a primeira Liga franceza contra a tuberculose, alma mater, de todas as organizações atuais da luta social, tendo em vista que a profilaxia da doença tornava-se uma questão administrativa, social, nacional e mesmo internacional.

Na Alemanha a luta antituberculosa é feita pelos sanatorios que se multiplicam, dando assim uma forma caracteristica especial, de ação medico-social.

A França, após uma luta violenta entre os partidarios do sanatorio e do dispensario, escolhe este ultimo, e o primeiro é aberto em 1900 por Léon Bonnet.

O preventório Emilio Roux começa a funcionar em 1901, e ao mesmo tempo é fundada a Conferencia Internacional da tuberculose em Berlim, e mais tarde, 1904, convertida em Associação internacional contra a tuberculosa em Copenhague.

Após a Grande Guerra, muito principalmente na Europa, cresce o interesse pela luta contra a tuberculose, não só dos medicos, como dos Governos, creando leis especiais, tendo por fim conservar a saude do individuo.

Em todo o Universo sobretudo nos países civilizados, segue-se o exemplo pratico que nos forneceu a Inglaterra reduzindo á metade o algarismo da sua mortalidade pela tuberculose, com a higiene do individuo e da habitação.

Entretanto, numa habitação operaria, onde o espaço é tão reduzido que o ar e a luz são insuficientes lá dentro, a desinfecção é praticamente impossivel contra a tuberculose; a higiene e a profilaxia são nulas em tais casos e, a miseria a auxiliar, o contagio espreita uma presa segura: as crianças.

A criança tendo nacido sã, mas preparada, pela miseria, para receber o gérme da tuberculose, é, portanto, um terreno desgraçadamente muito propicio a extensão do mal (Paul Vigne).

A idéia de fazer viver, o mais possivel, a criança ao ar livre, durante o periodo escolar, isto é, na época do seu desenvolvimento intelectual e fisico, é tão antiga como o mundo, tão natural ela é.

Todos sabem que honras lhe deram em Sparta, e Athenas e em Roma.

Pouco ou muito esquecida nos primeiros seculos da nossa civilização, encontra vigorosos defensores nos pensadores do seculo XVIII, particularmente em Rousseau que, no seu primeiro livro do Emilio, escreveu estas linhas de uma verdade profética:

“E' sobretudo nos primeiros anos da vida que o ar atua sobre a constituição das crianças. Numa pele delicada e macia, ele penetra por todos os póros, afêta poderosamente os corpos tenros e deixa neles impressões que nunca desaparecem”.

“As cidades são o abismo da especie humana”.

“Ao fim de algumas gerações, as raças humanas definham ou degeneram. E' preciso renová-las, e é sempre o campo quem proporeiona este renovamento”.

Em ultimo lugar no historico da profilaxia da tuberculose, sobressaem os estudos admiraveis e as experiencias incomparaveis de Antonio

Cardoso Fontes, sabio brasileiro, nome que honra o Brasil e a ciencia.

As suas conclusões vieram modificar os nossos conhecimentos de profilaxia antituberculosa e por esse motivo vamos transladar para este trabalho as verdadeiras palavras do eminente cientista.

### O PROBLEMA PROFILATICO

A infeção tuberculosa começa sua devastação no homem, logo no primeiro ano de vida; o grau de morbidez vai aumentando progressivamente com a idade, atingindo o acmé na idade adulta em que se póde considerar a infeção como geral.

Os individuos predispostos são em geral individuos infetados nos quais existe o virus, muitas vêses em latencia, sempre com vida, sempre em iminencia de romper a defeza organica, em constante potencial morbido.

É, na infancia e na adolescencia, que os cuidados do higienista melhores frutos produzirão.

A imunização do organismo virgem pela vacinação, e a libertação da doença dos infetados, pela terapeutica adequada biologica ou simplesmente higienica preparação a base de uma profilaxia eficaz".

De longa data vimos nos preocupando, por imposição de nossa profissão de medico, com a propagação alarmante da tuberculose em nosso meio e, daí possuirmos a opinião de que a lepra e o cancer nunca terão a importancia que assume a Tuberculose; ela tem sido a companheir a constante dos homens, principalmente dos brasileiros, porque o primeiro documento historico confirma a sua presença entre nós, no ano de 1798, registrando a maior propagação da tuberculose entre a população da cidade do Rio de Janeiro.

Placido Barboza diz que a tuberculose foi introduzida no Brasil pelos seus descobridores e colonizadores; ela não existia entre os indigenas fortes e belos que o povoavam, tipos de saude e longevidade; mas foi se estendendo rapidamente com a conquista e o povoamento pelos alienigenas.

Atualmente o numero de tuberculosos apresentados pelos especialistas neste assunto é elevadissimo, como muito bem podemos verificar nos trabalhos de Clemente Ferreira, Placido Barboza e Antonio Ferrari.

Este ultimo afirma que anualmente 4/1000 habitantes do Brasil succumbem vitimados pela tuberculose, apesar da benignidade do nosso clima, o que dá uma cifra mortuaria de 120.000 para os 30.000.000 presuniveis de nossa população. E' um grande capital que se perde.

O coeficiente de mortalidade pela tuberculose por 1.000 habitantes foi avaliado em 1928, 3,68 e 3,69 em Manaos e Belem (Estados de Amazonas e Pará), de 3,57 em São Luiz do Maranhão, de 4,47 em Niteroi, de 3,03 e 2,88 em Campos e Petrópolis no Estado do Rio de Janeiro.

Placido Barboza, da Inspetoria de Profilaxia da tuberculose do Rio de Janeiro, afirma de um modo categorico que de 6 em 6 minutos morre um Brasileiro pela tuberculose, ou sejam 240 por dia, 7.200 por mês ou ainda 86.400 por ano. No 9.º Congresso Medico Brasileiro realizado nesta Capital, o Dr. Balbino Mascarenhas declarou: "Porque nos havemos de conservar inactivos ou indiferentes nós, os filhos do Rio Grande do

Sul, que a despeito de possuir condições naturais de grande salubridade, anualmente fornece aos Cemiterios o lugubre contingente de 8.500 victimas de tuberculose, conforme o permitem afirmar deficientissimas estatisticas?"

Para nós, essa cifra não pôde exprimir uma idéa aproximada da mortalidade pela tuberculose, porque as nossas estatisticas são falhas, em razão de não haver em nosso Estado, a notificação obrigatoria, passando desse modo despercebido um grande numero de casos de peste branca; a liberdade profissional, permitindo que elementos que desconhecem a Medicina, a exerçam, contribue tambem para a deficiencia das estatisticas e maior propagação do grande flagelo universal.

O Rio Grande doSul, em face destes fatos, não possuindo até esta data nenhum elemento de luta contra a tuberculose, deve incontinenti dar inicio a organizações anti-tuberculosas, seguindo de perto o exemplo dos países que souberam compreender as consequencias funestas que poderiam advir da sua inercia.

Os Estados Unidos depois do anuncio da luta contra a tuberculose, diminue sua mortalidade de 55/10.000, descendo para a de 20 obitos por cada 10.000 habitantes em 1900, de 9/10.000 em 1921, e a de 7/10.000 em 1927.

Para conseguir esse resultado, foi necessario construir 455 dispensarios e 70.000 camas em sanatorios, hospitais e colonias para tuberculosos, porém, estas despesas são insignificantes em relação ao numero de victimas poupadas. Em 1931 o numero de leitos passou de 70.000 para 80.000 e o armamento anti-tuberculoso se completou com mais 1.000 dispensarios permanentes.

No Canadá, onde a população se eleva a 9.784.000 habitantes, a mortalidade atingiu a 7.770 obitos ou sejam 99/100.000.

A cifra do total de leitos disponíveis para o tratamento da tuberculose no Canadá é de 7.266 para 7.770 obitos ou sejam de 94 leitos para 100 obitos.

Na Alemanha fazem trinta e cinco anos que começou a luta contra a tuberculose, reconhecida como grave perigo para a existencia da Nação. Por este motivo os diversos Estados da Confederação regulamentaram por leis especiais a luta contra a tuberculose. Em 1923 a 1928 foram promulgadas de tal maneira novas leis anti-tuberculosas, que em seis Estados de Republica, com todas as medidas postas em pratica, conseguiu a Alemanha diminuir seu obituario de tuberculosos de 232,6 obitos por 100.000 em 1895, para 75 por 100.000 em 1930.

Para enfrentar a tuberculose, a Alemanha dispõe de 3.000 dispensarios, 50.000 camas distribuidas em 170 sanatorios, além de 257 para crianças, tem ainda 395 hospitais para incuraveis, e 45 colonias para convalescentes.

A Grecia como todos os demais países da Europa, viu atingir a infecção tuberculosa um grau tão elevado de mortalidade nos anos de 1900 á 1907, que dava a media de 316 a 320 obitos por 100.000, sendo que em Atenas verificou-se 372 obitos por 100.000.

Em 1910 a disseminação assustadora da tuberculose começou a inquietar os poderes públicos e pela primeira vez nesse ano eles dão inicio ás subvenções aos estabelecimentos de luta contra a tuberculose. Em

1920 o Governo Grego fez votar no parlamento leis de criação de dispensários anti-tuberculosos.

A "Assistencia Publica Nacional" do Uruguai, inaugurou recentemente um serviço de assistência e preservação anti-tuberculosa que comprehendem:

- a) Uma séde central de laboratorios centrais de analyses e de radiologia.
- b) Uma casa maternal para recolher as crianças de menos de 5 anos, nascidos de pais tuberculosos e os afastar assim do foco infétante.
- c) Dois Sanatorios, reservados respectivamente aos homens e ás mulheres.
- d) Dispensarios para molestias respiratorias.

Recentemente os poderes legislativos aprovaram um projeto de lei que autoriza a "Assistencia Publica Nacional" a contraír um emprestimo de 2.000.000 de pesos para desenvolver a organização anti-tuberculosa nos departamentos e para crear lá onde ha necessidade e não existe e as circunstancias o exigirem.

O "Ministerio de Higiene" da Gran Bretanha nos fornece os seguintes detalhes: a cifra dos obitos por todas as formas de tuberculose registradas nesse País em 1930 foi de 35.745.

Dinamarca, exemplo de organização anti-tuberculosa, diminuiu sua mortalidade em 75/100 sendo os obitos do ano de 1900 de 22 por 10.000 habitantes, chegando em 1927 á percentagem ideal de 8 por 10.000. Para conseguir esse ótimo resultado necessitou a Dinamarca realizar 16 dispensarios, 26 sanatorios, 45 hospitais e 5 colonias para tuberculosos com um total de 3.500 camas para uma mortalidade de 3.100 obitos anuais na sua população de 4.000.000 de habitantes.

O governo desse País dispense nessa perfeita organização 2.000.000 de francos ouro ao ano por 1.000.000 de vidas á sua guarda ou sejam 8.000.000 de francos ouro anuais.

A Nova Zelandia, com a sua moderna organização anti-tuberculosa, conseguiu a menor proporção conhecida de mortalidade, isto é, de 5 obitos para cada 10.000 habitantes.

A França tem progredido notavelmente, em comparação com os anos anteriores, em seus processos de luta contra a tuberculose, recebendo do Estado o auxilio de 80.750.000 francos anuais.

Neste País sómente depois da Grande Guerra (1914-1918), é que intensificaram-se os esforços de toda a população contra a Peste branca, possuindo atualmente 740 dispensarios, 159 preventorios, 61 sanatorios maritimos, 6 estabelecimentos de helioterapia, 107 sanatorios de cura 15 sanatorios-hospitais, 6 serviços de saude (Marinha e Guerra), serviços hospitalares para tuberculosos e outros estabelecimentos que prefazem um total de 48.769 leitos.

Na India tem aumentado o numero de tuberculosos, sendo que em Calcutá foi observado depois de dés anos, um aumento de 70% na mortalidade pela tuberculose, tendo como causa principal a ausencia de higiene, favorecendo a infeção massiça; e o desenvolvimento das cidades e das industrias e as facilidades de transporte que contribuem para a difusão da população.

Na Italia oRei Vitor Emanuel III (6 de Dezembro de 1925, N.º 3038)

sancionou uma lei de proteção legal do emblema anti-tuberculoso, que consiste em uma dupla cruz vermelha, e podendo ser usado somente por associações que se ocupem da luta contra a tuberculose, ou outras organizações reconhecidas por lei, que combatam a peste branca.

Rafael Pardelhas referindo-se a Italia, diz: "Exemplos dignos de admiração e do entusiasmo da humanidade está o do grande Mussolini, na Italia, sem duvida alguma em primeiro plano.

Poucos dias antes da inauguração da VI Conferencia da União Internacional Contra a Tuberculose, em Roma, o chefe do governo fascista escrevia nas primeiras paginas de uma notavel obra sobre "Tuberculosi" a ser publicada sob a orientação de um grupo dos mais notaveis especialistas de sua terra, em assuntos de tuberculose, a seguinte pagina:

"La VI conferenza della "Unione Internazionale Contro la Tuberculosis trova in Roma un ambiente che io ritengo propizio ai suoi lavori.

Lo spirito pubblico, che comprende la estrema importanza e la vastità del problema segue con interesse e con fiducia l'opera del governo Fascista che ha posto la lotta contro la tuberculosis fragli obiettivi fondamentali della sua attività.

Ocorre che scienziati, legislatori, filantropi constituiscano una specie di "fronte unico" per condurre a vittorioso fine le grande battaglia."

A Suissa possui desde 13 de Março de 1928, uma lei federal sobre a luta contra a tuberculose, que merece ser lida e posta em pratica em todos os países aonde não existe a luta contra a tuberculose.

A Costa Rica poz em vigôr desde 24 de Outubro de 1931, um decreto subvencionando a Liga Oficial anti-tuberculosa e os estabelecimentos apropriados para a luta contra a tuberculose, cobrando um imposto especial para esse fim, das bebidas nacionais e estrangeiras, considerando por lei como artigo de contrabando aqueles recipientes que não tragam a etiqueta correspondente á quantidade de bebida.

A Republica Argentina apresenta uma cifra de 16.000 obitos anuais para uns 12.000.000 de habitantes, possuindo alguns dispensarios, 3 pequenos sanatorios privados, 2 sanatorios populares, 1 hospital regional, 1 hospital suburbano e 12 dispensarios.

Em todos esses países e naqueles que ainda poderiamos citar, além dos dispensários, sanatórios, hospitais especializados, preventórios e colonias, vemos ainda organizações como sejam ligas, comités, etc., fundados especialmente para combater a tuberculose.

No Brasil ja tivemos a prova dos bons resultados que traz a luta contra a tuberculose; queremos nos referir a Inspecoria de Profilaxia da tuberculose, instalada na Capital Federal e dirigida pelo Dr. J. Placido Barboza. Em 1930, dez anos após sua fundação, a Inspecoria atendeu 16.162 doentes, sendo 3.559 diagnosticados de tuberculose, 8.634 não tuberculosos.

Deante dessa estatística verificámos os serviços inestimaveis que essa Inspecoria presta aos habitantes da Capital Federal, não só aos tuberculosos, mas tambem ás pessoas não tuberculosas, que julgam estar atingidas pela peste branca, praticando a assistencia social e a educação anti-tuberculosa.

O Dr. J. Placido Barbosa afirma que o declínio da mortalidade por tuberculose no Rio de Janeiro, coincidiu com as atividades da Inspecoria

de Profilaxia da Tuberculose, especialmente creada para pôr em pratica a profilaxia da tuberculose, a qual foi o primeiro esforço deliberado e especializado do Estado para combater a tuberculose segundo diretrizes modernas e efficientes.

Em São Paulo o "Dispensario Clemente Ferreira" presta relevantes serviços aos paulistas, sendo muito significativa a sua estatistica.

Houve durante o ano de 1930, 294 dias de consultas, elevando-se o numero total destas a 27.738.

Praticaram-se 22.502 injeções hipodermicas e 7.431 endovenosas, 2.592 radioscopias e 705 radiografias.

Realizaram-se 3.097 analyses de escarro, sendo 1.171 positivas e 1.926 negativas.

Tomando por base a opinião do Dr. Balbino Mascarenhas, que foi aceita pelo 9.º Congresso Medico Brasileiro em 1926, e seguindo as indicações de Phillips, geralmente aceitas hoje em dia, depois das experiencias de Framingham nos Estados Unidos, devemos multiplicar 8.500 obitos de tuberculose anualmente por 10 e teremos 85.000 casos de tuberculose para o mesmo espaço de tempo, no nosso Estado.

Se seguirmos os problemas de hygiene tão bem resolvidos pelos Norte-Americanos, chegando á parte correspondente ao numero de leitos que devem existir para que possamos combater com eficiencia a Peste Branca, depararemos com a falta absoluta de leitos para o tuberculoso permanecer durante o tratamento. Deixamos de citar aqui as 2 enfermarias da Santa Casa, com 60 leitos...

Seguindo as normas que se adotam nos Estados Unidos da America do Norte, nós deveriamos ter para cada obito por tuberculose um leito no hospital, quer dizer que deveriamos ter 8.500 leitos. Considerando que o numero de 8.500 obitos (Dr. Balbino Mascarenhas) por tuberculose anualmente e de acordo com os higienistas de maior nomeada, nós deveriamos possuir em nosso Estado 85.000 tuberculosos, entretanto, não encontraremos um lugar sequer para internar esses doentes, quando deveriamos ter dispensarios, sanatorios e hospitais com 8.500 leitos pelo menos e impedir deste modo que um grande numero deles saíssem do seio dos seus para outros logares aonde haja sanatorios.

Em todo Estado bem governado, a população é protegida contra as epidemias, não somente por medidas higienicas, sinão tambem por outros meios profiláticos, diz o Professor Von den Velden de Berlim.

Neste periodo vemos como o professor berlinense, impõe os meios profilaticos como elemento de primeira ordem na luta contra as epidemias, além das medidas higienicas.

E' por este motivo que tanto ouvimos falar na profilaxia da tuberculose em todo o mundo e observamos que a função médica e a função de hygiene social devem ser considerados como um todo indissolúvel (Burnet).

A ação medica se faz nos hospitais e a hygiene social nos dispensarios; daí a afirmação de Burnet de que sem hospitais, isto é, sem ação medica, os dispensarios serão inefficazes. Sem dispensarios, quer dizer sem hygiene social, os hospitais poderão tratar eternamente e mesmo curar os tuberculosos sem terminar, talvez mesmo sem diminuir consideravelmente a tuberculose.

Para resolver o problema da profilaxia da tuberculose, medicos, leigos, governadores e prefeitos tem que cômungar os seus esforços para o mesmo fim.

"Luchemos todos en la medida de nuestras fuerzas por mejorar las condiciones fisicas y materiales de la vida en nuestro país. Prediquemos con el ejemplo y con la palabra en la familia, en el club, en la cátedra, en la prensa, en el libro,exijamos a los hombrse públicos que inscriban estas preocupaciones en sus programas de gobierno y que les dediquen atención preferente" (Aráoz Alfaro).

No Rio Grande do Sul a questão da habitação não está resolvida; deveriamos emitar a Inglaterra e Alemanha porque lá resolveram combater a tuberculose seriamente, pensando em primeiro lugar na habitação.

Outro problema é o da tuberculose dos bovinos, que na hora atual, é uma das grandes preocupações dos criadores. A doença é dissimulada; incuba-se, generaliza-se traiçoeiramente a todo o organismo do animal, e, quando as perturbações de saúde se tornam decididamente graves e fixam então a atenção dos interessados, pelo risco iminente em que os animais atacados visivelmente se mostram, já de ordinario o mal é irreparavel.

Ninguém ignora hoje que a tuberculose é produzida por um bacilo que se instala e progride maravilhosamente tanto nas espécies inferiores ao homem como no proprio homem. Além disso, sabe-se bem que esse bacilo é sumamente contagioso e passa dum a outro animal, de um doente a um são, com extrema facilidade.

E' por isso que nas grandes aglomerações de animais de criação os prejuizos que ela causa podem ser gravíssimos: todas as precauções são precisas para que a tuberculose não encontre meio favoravel a sua acção pelos organismos animais a que chega.

Na espécie bovina a doença aparece com frequencia sob todas as formas possiveis; essa espécie e a espécie humana são as que fornecem á tuberculose o maior numero de victimas. Tanto mais confiados vivem os animais nos seus estabulos, tanto maior é o numero dos que vivem juntos, tanto mais intensa é a propagação dos casos de molestia; não há senão o ar livre, a liberdade maxima, que possam torna-los indenes.

A forma mais frequente da tuberculose nos bovídeos, como no homem, é a chamada pulmonar, de evolução lenta, cronica e oculta. Durante muito tempo, durante meses, as vezes durante anos, os animais doentes parecem sãos: um belo dia, porem a doença marca-se por caracteres inconfundiveis e então é difficil sustar-lhe os estragos e evitar-lhe o desenlace fatal.

Certamente poderíamos ir palestrando por muitas horas sobre tão importante assunto e que sempre se encontra em ordem do dia a exigir uma solução favoravel e eficiente.

E para terminar e completar este modesto trabalho recorro ao livro de Olavo Bilac, "Ironia e Piedade", para copiar um trecho de um dos seus artigos:

"— E é ella quem espera o operario ao cabo da labuta; ella, quem spreita o trabalho do homem de letras; ela, quem corre os hospitaes, arrebanhando os organismos mais fracos para lograr as outras molestias;

ella, quem entra, pé ante pé, nos quartéis, como uma ladra, e, debaixo das fardas abotoadas, vai roendo o peito dos soldados...

E todas as idades lhe servem; e todas as carnes são agradaveis ao seu paladar, carnes tenras de crianças, como carnes resequidas de valetudinarios; e, como o cupim insaciavel que tanto come as madeiras baratas como os fidalgos cernes de luxo, a tuberculose chupa a vida dos pobres e a vida dos ricos, miha a existencia dos banqueiros e a existencia dos pés-no-chão.

Faz medo e arrepia a alma, — o pensar nas revelações que ácerca da tuberculose foram feitas no Congresso de Medicina.

Não é verdade que chegou o momento de nos unirmos todos, numa cruzada santa, contra a Infame, que nos arranca os filhos dos braços; que leva para o grande nada as nossas irmãs, frias e mirradas sob a alvura das capelas virginais; que vai os collegios e ás academias dar cabo das sementeiras de servidores da patria; que deserta tanto berço, e cobre de luto tanto leito nupcial, e sufoca, com o seu beijo envenenado, tanta voz destinada a clamar alto pelo belo e pelo bom?!" —

Alumiari o caminho que os homens e os povos têm de percorrer, não para assistir aos fatos como espectadores impotentes ou passivos, e sim

PAÍSES	Mortalidade annual por tuberculose em 100.000 habitantes
Grecia .....	172,2
Hungria .....	218,6
Italia .....	124
Japão .....	185,6
Luxemburg .....	84
Noruéga .....	156
Nova-Zelandia .....	46
Países Baixos .....	85,60
Finlandia .....	232
França .....	168
Gran-Bretanha .....	89,8
Escossia .....	87
Irlandia .....	128
Polonia .....	198
Portugal .....	198,81
Rumania .....	169,40
Suécia .....	126
Suissa .....	132
Teheco-Slovaque .....	180
Alemanha .....	87
Austria .....	153
Belgica .....	91
Bulgaria .....	226
Canadá .....	79,2
Dinamarca .....	74
Egito .....	55

PAISES	DISPENSARIOS	Numero de pessoas atendidas durante um ano
Polonia .....	351	111.418
Portugal .....	14	73.417
Suissa .....	140	15.398
Tcheco-Slovaquia .....	204	88.095
Estonia .....	14	8.947
França .....	740	601.909
Gran-Bretanha .....	671	369.328
Escossia .....	39	158.400
Irlandia .....	46	4.517
Grecia .....	7	376
Hungria .....	73	269.390
Japão .....	1.418	20.465
Luxemburg .....	8	1.018
Alemanha .....	1.179	1.362.780
Austria .....	87	292.916
Belgica .....	100	168.964
Brasil .....	8	
Canadá .....	120	65.000
Egito .....	8	581

### RESULTADO PRATICO DA LUTA CONTRA A TUBERCULOSE EM 10 PAISES

PAISES	Mortalidade por 100.000 habitantes	
Alemanha .....	1.851 — 347	1.931 — 86
Inglaterra e Gales ...	1.906 — 187	1.929 — 87
Belgica .....	1.906 — 222	1.927 — 175
Dinamarca .....	1.906 — 164	1.928 — 69
Italia .....	1.906 — 166	1.930 — 111
Noruéga .....	1.906 — 260	1.928 — 156
Países Baixos .....	1.901 — 187	1.931 — 73
Suecia .....	1.911 — 240	1.926 — 135
Suissa .....	1.901 — 271	1.928 — 135
França .....	1.906 — 222	1.929 — 168

para determinar — com os resultados das ciencias — os fins da ação e o sentido da vida.

São palavras do sociologo Pontes de Miranda.

### CONCLUSÕES

Depois destas noções gerais relativas á profilaxia da tuberculose, uma unica conclusão se impõe: é praticarmos a ação medica e a higiene social ao mesmo tempo, com a colaboração de todos para um bem estar comum; isto é, crear o dispensario, órgão essencial e o hospital, órgão complementar, para tuberculosos, simultaneamente.

# Sociedade de Medicina

## Atas

Ata da sessão realizada em 13 de Abril de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

A sessão é presidida pelo dr. Gabino da Fonseca.

Acham-se presentes os socios drs.: Alvaro Barcelos Ferreira, Carlos Bento, Helio Medeiros, Maximiliano Cauduro, Florencio Igartúa, Mario Bernd, Brandão de Melo, Nicolino Roco, Francisco Marques Pereira, Paulo Krieger, Antero Lisboa, Norman Sefton, Tomaz Mariante, Decio Martins Costa, Hugo Ribeiro, Kanan, Luiz Faiet, Rothfuchs, Decio Souza, Plinio Gama e Helmuth Weimann. Acha-se tambem presente o dr. Acrisio Pereira, residente em Bagé.

O presidente determina a leitura da ata da sessão anterior; submetendo-a em votação, é unanimemente aprovada.

Passando-se a votação de novos socios, são aceitos por unanimidade os drs. Paulo Kessler e Bruno F.<sup>o</sup>, de Pelotas, respetivamente como socios efetivo e correspondente. Cirurgião da Santa Casa e chefe do serviço de vias urinarias, são os titulos do dr. Bruno F.<sup>o</sup> apresentados pelo dr. Jaci Monteiro.

A seguir toma a palavra o dr. Carlos Bento para lèr sua conferencia sobre "Profilaxia da tuberculose". O presidente elogia o trabalho do conferencista e põe o assunto em discussão.

Pede a palavra o prof. Tomaz Mariante para apresentar um plano de campanha contra a tuberculose no Rio Grande do Sul. Refere-se á existencia da "Liga contra a tuberculose" e pede o apoio da Sociedade de Medicina, para auxiliar e intensificar com todos os meios, a ação da referida "Liga". Tceem considerações em torno do assunto os drs. Decio Martins Costa e Hugo Ribeiro. O dr. Igartúa refere-se ao grande papel do B. C. G. na luta contra a tuberculose.

Nesta altura o dr. Decio Martins Costa comunica á casa que acaba de saber o falecimento, em Pelotas, do dr. Urbano Garcia. O presidente em breves palavras lamenta a morte do illustre medico e propõe que se telegrafe á exma. familia apresentando pezames em nome da Sociedade. O prof. Tomáz Mariante propõe que seja lançado em ata um voto de pesar.

Para a ordem do dia proxima sessão fica marcada a conferencia "Indicações clinicas das aguas de Póços de Caldas e Iraí", pelo prof. Tomáz Mariante.

Pede ainda a palavra o dr. Mario Bernd para fazer um confronto entre a luta contra a sífilis no Uruguai e o que deveria ser a luta contra a tuberculose em nosso meio. Propõe que o tema profilaxia da tuber-

culose continue em ordem do dia e inscreve-se para a sessão do dia 27 do corrente com uma conferencia sobre "Considerações laboratoriais e clinicas do glutatião". As palavras do dr. Mario Bernd são corroboradas pelo dr. Igartúa.

Em seguida o presidente dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 13 de Abril de 1934.

*Helmuth Weinmann*  
1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 20 de Abril de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

A sessão é presidida pelo dr. Gabino da Fonseca, com a presença dos socios: drs. Carlos Hofmeister, Alvaro Barcelos Ferreira, Loforte Gonçalves, H. Wallau, Eifler, Kanan, Gonzales, Luis Barata, Mario Bernd, Saint-Pastous, Maximiliano Cauduro, Francisco Marques Pereira, Jaci Monteiro, Hugo Ribeiro, Antero Lisboa, Tomáz Mariante, Antero Sarmiento, R. di Primio, Enio Marsiaj, F. Igartúa e H. Weinmann.

A ata da sessão anterior é aprovada sem emendas.

O expediente consta de um officio da Sociedade Riograndense de Educação comunicando a posse da nova diretoria.

E' dada a palavra ao dr. Mario Bernd, inscrito com a conferencia "Considerações laboratoriais e clinicas sobre o glutatião". O conferencista estende-se a principio em considerações de ordem quimica e termina seu trabalho citando diversos casos com variabilidade da taxa do glutatião.

Posto em discussão o trabalho do dr. Bernd é comentado elogiosamente pelos drs. Antero Lisboa, Saint-Pastous e Tomáz Mariante.

A seguir, é lido um trabalho pelo dr. Jaci Monteiro, ao qual o autor deu o nome de "Um caso pouco comum de cirurgia do réto". O dr. Alvaro B. Ferreira faz comentarios em torno do assunto.

O dr. Hugo Ribeiro refere-se, em seguida, a uma observação de alopecia rapida e total em consequencia de envenenamento accidental pelo acetato de talium que teve occasião de verificar com o dr. Enio Marsiaj.

Pede a palavra o dr. Enio Marsiaj para citar um caso de perfuração uterina com continuação normal de gravidez. Manifesta-se a respeito o dr. Jaci Monteiro e refere dois casos: um de perfuração uterina e outro de móla hidatiforme.

Logo após o secretario lê uma comunicação do prof. Mario Tota que, em resumo, solicita aos colegas "que verifiquem, através do trato constante com os doentes si, com efeito o apagamento ou ausencia dos sulcos palpebrais inferiores é um indicio de tuberculose".

Fica marcada para a ordem do dia da proxima reunião uma conferencia do prof. Tomáz Mariante sobre o tema "Indicações clinicas das aguas de Poços de Caldas e Iraí".

Depois de agradecer o comparecimento dos colegas, o presidente dá por encerrada a sessão.

Porto Alegre, 20 de Abril de 1934.

*Helmuth Weinmann*  
1.º secretario.

## Libros e tèses

---

ANATOMIA E FISILOGIA PATOLOGICAS — Gonçalves Viana —  
Parte Geral — Vol. I — Edição da Livraria do Globo.

Falta-me autoridade suficiente para fazer a critica duma obra, que versa sobre assuntos de Anatomia e Fisiologia Patológicas. Em compensação, sobra-me a liberdade para dizer a impressão que me causou a leitura de alguns capitulos desse admiravel livro, maravilhosamente escrito pela pena fulgurante do prof. Gonçalves Viana.

Realmente, são poucos os livros didaticos brasileiros de medicina, considerados estritamente como tais. Contam-se aos dedos. E, são o encanto da mocidade estudiosa, ansiosa á procura de conhecimentos científicos escritos na lingua patria.

Bati-me sempre pela independencia da nossa literatura médica, porque seria um passo para a unidade da ciencia brasileira, com a formação duma verdadeira escola nacional, tal como a francesa, a alemã, a italiana, a norte-americana. A nossa formação intelectual é grandemente influenciada pela medicina francesa e alemã, o que não impédiu que autenticos cientistas se destacassem, pelos seus estudos e trabalhos nos variados campos de experimentação médica, e firmassem um conceito verdadeiramente alto da medicina brasileira, ultrapassando as nossas fronteiras numa irradiante afirmação para gloria e honra nossa.

O que a mocidade estudiosa necessita é de orientação aos seus estudos. Perdem-se incontaveis horas em folhear antigos compendios, á procura dum ponto dado em aula, pelo professor. Não seria mais facil e menos dispendioso, que encontrasse a materia estudada num livro só, cuidadosamente elaborado pelo catedratico? Quanto tempo util e quanto dinheiro não seriam poupados, e utilizados em outros mistéres!

Não é muito facil escrever um livro didatico. E' preciso muita arte. Não basta lançar ás folhas de papel as verdades scientificas, pensando fazer obra didatica e util ao ensino. E' necessario saber distribuir a materia a estudar, numa forma continua e compreensivel, num todo unificado pelos diversos élos que constituem os conceitos científicos. E' em saber transmitir o pensamento que está toda a arte do professor. O melhor professor não é aquele que sabe muito, mas que sabe ensinar, tornando o difficil facil e assimilavel. E' com a maxima satisfação que declaro tem sempre encontrado no prof. Gonçalves Viana estas qualidades, quer nas suas aulas, quer no seu admiravel livro. A sua obra tem muito de pessoal, e refléte os seus dótes de excelente didáta. Veio enriquecer majestosamente a literatura médica, tomando um lugar de grande destaque entre as maiores obras nacionais.

Oxalá que os nossos catedraticos sigam o seu exemplo.

E. J. KANAN.

## Analises de revistas

CHOLURURÉMIE ET INTERVENTIONS CHIRURGICALES —  
*E. Agasse-Lafont* — Clinique et Laboratoire, n.º 2, fev. 934, ano XIII.

Antigamente, a cloretemia era estudada sob um ponto de vista experimental, e, dosada na pratica diaria pelos cloretos ingeridos e cloretos urinarios, especialmente para a profilaxia e tratamento dos edemas. Repentinamente, toma um papel importante na terapeutica medico-cirurgica, quando se evidencia uma insuficiencia (hipocloretemia), pela applicação de soluções hipertonicas de cloreto de sodio, intravenosamente, em doentes operados com complicações graves, e, ás vezes, em estado de coma.

Acontece que, certos doentes submetidos a intervenções benignas (fibromas, apendicites a frio, etc.), apresentam imediatamente ou tardiamente (10 á 12 dias) accidentes, seja do tipo de oclusão com vomitos, seja de marcha infecciosa ou toxica, com astenia, secura da lingua, dispnéa, taquicardia, oliguria, suores profusos, seguidos muitas vezes de coma e morte. Não se trata duma oclusão real, nem duma infecção, e, sim, duma hipocloruremia e hiperazotemia, curaveis por injeções endovenosas de solução hipertonica de cloreto de sodio á 10, 20, 30 por 100, em doses variaveis de 10, 20, 50, 100 cc., segundo as manifestações clinicas, sua gravidade, e o resultado obtido pelas primeiras injeções. Póde-se utilizar a via rétal nas mesmas doses.

A dosagem do NaCl póde ser feita sobre:

- a) o sangue total;
- b) os elementos figurados;
- c) o plasma;
- d) o soro.

O sangue é colhido por punção venosa. Como substancias anticoagulantes, empregam-se soluções, de volume conhecido, de sais descalcificantes (oxalato de potassio a 1%), ou de sais desionizantes do calcio (citrato de sodio a 1%). A dosagem póde ser feita pelos seguintes processos:

- a) Método pelo permanganato em liquido azotico;
- b) Microdosagem;
- c) Método por calcinação.

Foram encontradas as seguintes taxas:

a) *Sangue total*, para 1000 — 4gr30 a 4gr50 de cloretos exprimidos em NaCl (Christoffersen), 4gr40 a 5gr90 (Bang), 4gr03 a 4gr45 (Sauvage e R. Clogne) — média 4gr28.

b) *Plasma* — 5gr90 a 6gr30 (Norgaard e Gram), 5gr80 (Chabanier, Lobo-Onall e Lelú), 6gr (Derrien e Fontes).

c) *Soro* — 5gr50 a 5gr80 (Laudat), 5gr50, no adulto, 5gr11 a 5gr77,

na criança, média 5gr47 (G. Pellerin), 6gr (Fiessinger, Olivier e Her-  
bain).

d) *Elementos figurados* — 3gr1 por 1000 (Norgaard e Gram),  
2gr90 (Chabanier).

A relação normal entre os cloretos dos elementos figurados ou clo-  
retos globulares (Cl G) e os cloretos do plasma (Cl P) é a seguinte:

$$\frac{\text{Cl O}}{\text{Cl P}} = \frac{3}{6} = 0.50$$

KANAN.

FRATURAS DA ABOBADA CRANIANA NA INFANCIA — *Orlando  
Pinto de Souza e Paulino W. Longo* — *Pediatria Practica*, vol. V, fev 934,  
fase. II.

E' um trabalho baseado em 11 casos observados, durante um lapso  
de tempo de 13 meses, no Pavilhão Fernandinho Simonsen, serviço do  
prof. Rezende Puech. A séde das lesões foi: 5 parietais, 2 occipitais 3  
frontais, 1 fronto-parietal. Dessas fraturas, 10 foram expostas, com rú-  
tura da dura-mater (6), lesão cerebral (5), fratura da mastoide com rú-  
tura do seio venoso lateral. Fôram operados 9 casos nas primeiras ho-  
ras após o traumatismo, em estado de choque e medicados contra este  
estado. A intervenção consistiu no debridamento linear do ferimento,  
tratamento diréto do fôco de fratura com excisão de todos os tecidos con-  
tundidos. Após um estudo detalhado de cada caso particular os AA.  
chegam ás seguintes conclusões:

a) A benignidade das intervenções cranio-encefalicas na criança, rea-  
lizadas o mais precocemente possível.

b) A parca sintomatologia apresentada sob o ponto de vista organico.

c) A ausencia dos estados mentais ou psicicos, observados comu-  
mente em adultos, nos quais a applicação roentgenterapica, instituida pela  
escola do prof. Vampré, tem dado sempre resultados brilhantes e in-  
concusos.

d) A ausencia de complicações secundarias ou tardias, quer do es-  
tado mental como do lado psiquico.

KANAN.

CONSIDERAÇÕES SOBRE DOIS CASOS DE QUEIMADURA TRA-  
TADOS PELO ACIDO TANICO — *Fernando de Moraes* — *O Hospital*,  
n.º 3, março 934, ano VI.

Apoiado em duas observações, o A. desenvolve algumas considera-  
ções em torno do tratamento das queimaduras, pelo acido tanico em so-  
lução aquosa a 4%. E' o método chamado de Davison. Refere-se a  
Montgomery que o emprega em solução recente a 5%, por meio de vapo-  
rizações sobre as queimaduras, de 1/2 em 1/2 hora, até o aparecimento  
duma crosta escura, que deverá mostrar-se de 24 á 48 horas. O acido

tanico tem a propriedade de dessecar e coagular as albuminas, impedindo o seu derramamento na torrente circulatoria e, consequentemente, evitando a toxemia. A solução deverá ser recente para se evitar a sua transformação em acido galico. O A. tratou os seus dois casos diferente de Montgomery, applicando, depois de convenientemente limpadas as queimaduras, compressas embebidas pela solução, que eram renovadas constantemente até a formação da crosta. Para que surta efeito é preciso que as queimaduras não tenham sido tratadas por nenhum outro processo. E' de uso comum, no interior do Brasil, a agua da baneira que contem tanino.

KANAN.

QUE É E COMO SE TRATA UMA ENTORSE? — *R. Leriche*, *El Dia Medico*, n.º 37, 16 de abril de 1934, ano VI.

Sob este titulo *EL DIA MEDICO* apresenta um resumo da comunicação, feita por *R. Leriche*, á *Soc. Nat. de Chirurgie*, em 21 de fevereiro de 1934.

A entorse não é uma lesão óssea (fratura parcial), nem sinovial (hídrartróse, hemartróse), que poderão ser accidentes secundarios. E' um traumatismo dos ligamentos, consistindo numa distensão brusca, num estiramento ou alongamento, sem desinserção ou rútura. Os ligamentos articulares não têm por função só de ligar, entre si, duas porções ósseas, são, ademais, providos ricamente de terminações nervosas, que explicam as manifestações clinicas (dôr local, impotencia funcional, edema, calor local por hiperemia, atrofias musculares reflexas, descalcificação óssea local, etc.), desproporcionais com a extensão do traumatismo. Os dados anatomicos, fisiologicos e terapeuticos corroboram a sua asserção de que a entorse não é, senão aparentemente, articular, para ser uma molestia que tem por "substratum" o sistema nervoso periferico.

Como terapeutica empregou nos diversos casos, que ilustram a sua comunicação, a injeção ao nível dos ligamentos traumatizados de 3 cc. de novocaina a 1%, diluidos em q. s. de sôro fisiologico para 10 cc. A injeção pôde ser repetida si voltarem as dôres. Os resultados são magníficos desde a primeira applicação, pela abolição completa da dôr.

KANAN.

TUMOR DE MIELOPLACIO DO TERCEIRO METACARPICO ESQUERDO — *Armando Temporal* — *Arquivos de Cirurgia e Ortopedia* — Março 1934, tomo I, fasc. III.

O A. apresenta uma observação de tumor de mieloplaxe do metacarpiano esquerdo, illustrada com duas radiografias da mão, em que fez a ressecção com bons resultados post-operatorios. O dignostico precoce é difficil de se estabelecer com os sarcomas, confundindo-se muitas vezes com estes, determinando assim uma terapeutica inadequada. E' raro o tumor de mieloplaxe aparecer antes dos 25 anos de idade. Costuma localizar-se nos ossos longos, e, com menos frequencia, nos ossos da mão. A

tumefacção é o sinal principal, recalcando e comprimindo os tecidos vizinhos, sem os alterar, mas determinando perturbações funcionais; mesmo englobando as partes moles, vasos, nervos, tendões, não advem lesão alguma. Os sinais clínicos juntos aos radiograficos permitem estabelecer o seu diagnostico. Distinguem-se dos tumores malignos pela sua evolução menos rapida, sua relativa limitação, seus bordos mais ou menos nítidos, suas recidivas *in situ*, sem metástases, e quando existem infarctamentos ganglionares são dependentes de lesão inflamatória. Não influem sobre o estado geral. E' de todos os tumores malignos dos ossos o menos maligno. Pela radiografia o tumor se apresenta com uma linha regular, nítida nos tumores pequenos, correspondendo á ossificação subperiostica, e descontínua nos tumores volumosos. Quando asséta na periferia o aspecto é quasi o mesmo, com a diferença de que um do bordos da pífise é destruído, sem alteração da interlinha articular. Histologicamente é caracterizado pela sua grande quantidade de micloplaxe, que outros neoplasmas não malignos pôdem apresentar, porém, em menor abundancia. E' um tumor de côr vinhosa, consistencia dura ou amolecida, formado de tecido homogéneo ou semeado de illotas amareladas de gordura. Póde originar-se na profundidade ou periferia dos ossos. Tem predileção pelas epífises, raramente assenta sobre a diafise.

KANAN.

HEMISECÇÃO DO CALCANHAR NAS OSTEOMIELITES DO CALCANEIO — *Barros Lima* — Arquivos de Cirurgia e Ortopedia — março 1934, tomo I, fase. III.

O A. apresenta a observação dum caso de osteomielite do calcaneo, operado em 25 de fevereiro de 1932, com a seguinte técnica: "Incisão longitudinal na face plantar do pé, estendendo-se do meio para trás até alcançar as inserções inferiores do tendão de Aquiles. Abertura longitudinal do calcaneo; descobre-se um fóco na face inferior com extensão aproximada de uma castanha muito mais largo na profundidade, e cuja extirpação se faz á cureta e formão. Sutura das partes moles, aproximando as duas metades do calcaneo. Em 5 de março de 1932 foi feita a aplicação de aparelho gessado. Anestesia: raquiana com escurocaina. Saída — Teve alta a doente curada e marchando sobre o elevar a 10 de junho de 1932." Gaenslen, em "The Journal of Bone and Joint Surgery", 1931, baseando-se nas lesões anatomo-patologicas da osteomielite do calcaneo, "lembra a conveniencia de abordar a lesão por divisão e abertura larga do osso por sua face inferior", removendo o osso doente e o tecido de granulação, e deixando a ferida aberta sem nenhum ponto de sutura, que será enchida de gase vaselinada, com colocação d e aparelho gessado. O A. refere-se a um outro caso em que a sua técnica fracassou, terminando pela amputação do pé, por infiltração do pús. Conclue preferindo o processo de Gaenslen, que o recomenda como método de eleição.

KANAN.

DOIS CASOS DE DOENÇA PILORICA — *Porfirio de Andrade* —  
Arquivos de Cirurgia e Ortopedia — março 1934, tomo I, fase. III.

O A. apresenta duas observações de casos de estenose hipertrofica do piloro, um com dois meses e outro com dois meses e meio de idade; Oprimeirofoimedicado internamente mais de um mês, e o segundo durante tres semanas, sem resultado algum. Ambos foram posteriormente submetidos a intervençao, consistindo na pilorotomia extra-mucosa pelo processo de Fredet-Ramstedt. O primeiro morreu pouco tempo depois da operaçao, ao passo que o outro ficou curado. Depois de passar em revista a opiniao de diversos autores, sobre a benignidade da intervençao e a patogenia da lesao, chega ás seguintes conclusões:

1 — No piloro-espasmo organico, sendo possivel a palpaçao do tumor, deve ser tentada imediatamente a terapeutica cirurgica.

2 — Não sendo possivel a constataçao do tumor, póde ser tentado o tratamento médico dietetico até 15 a 21 dias.

3 — Mesmo na ausencia de mioma a pilorotomia seguida da secçao de nervos é operaçao recomendavel (Ombredanne cita 2 casos de Fredet e afirma conhecer outras observações em que a secçao de musculares em apparencia absolutamente normais fez parar os espasmos).

4 — Sendo a pilorotomia simples, facil, benigna, rapida, e de efeitos magnificos, todas as outras operaçoes têm atualmente só valor historico.

5 — Não ha dificuldade em evitar a hemorrágia e rútura da mucosa duodenal.

6 — Os resultados da pilorotomia são imediatos e definitivos.

7 — E' possivel que entre nós a estenose não seja tão pouco frequente, havendo muitos casos ignorados, pelo preconceito de ser uma afecçao muito frequente nos anglo-saxões. (Mesmo na França enquanto Lesné diz que as estenoses organicas se observam raramente, Ombredanne afirma ser de observaçao corrente nos serviços de cirurgia especializada).

8 — A cura sem operaçao havendo estenose organica, será excepcional.

9 — No nosso caso, observaçao n.º 2, segundo todos os tratadistas, é perfeitamente justificada a presteza com que foi resolvida a intervençao imediatamente.

10 — No caso da observaçao n.º 1 é justificavel a demora do pediatra em entregar o caso ao cirurgião; os vomitos eram frequentes mas nem sempre constantes, tendo havido no inicio do tratamento aumento do peso.

11 — A precocidade da data da operaçao favorece o prognostico.

12 — A alimentaçao pelo leite materno (humano pelo menos) favorece tambem o prognostico.

13 — O peso da criança em relaçao ao que tinha ao nascer (Indice de Quest) deve ser considerado para o prognostico.

14 — Clinicamente é muito dificil o diagnostico entre o espasmo simples e o produzido pela hipertrofia.

15 — A anestesia geral facilita muito a operação, mas é delicada e aumenta o perigo da intervenção nos 8 primeiros meses de vida.

16 — A secção do anel estenosante é temporaria, mas os efeitos são permanentes.

17 — O exito definitivo da operação de Fredet é devido principalmente á secção de células e fibras nervosas contidas na espessura das camadas incisadas (Gohrbandt, Brand, etc.).

KANAN.

### Bioquimica

MODIFICAÇÕES DO GLUTATIÃO REDUZIDO DO SANGUE NO ESTADO NORMAL E PATOLÓGICO — pelo Dr. B. Varela Fuentes, E. Apolo (Rev. Ass. Med. Argent.) 1933.

*Taxa normal:* 47 a 56 mgrs. %.

*Gravidez:* 7 casos (do 3.<sup>o</sup> ao 9.<sup>o</sup> mês). Ha tendencia á diminuição. Valor medio: 40 mgrs. %.

*Diabetes (mellitus):* 13 casos. Queda. Valor medio: 39 mgrs. %.

*Anemias (prim. ou sec.):* 7 casos: Valor medio: 32 mgrs. %.

*Ictericias:* 6 casos: Taxa media: 39 mgrs. %.

*Uremia (postoperatoria):* 1 caso: 29 mgrs. %.

*Ictericia experimental:* (Por ligadura do coledoco de cão). Ha notavel abaixamento, até 60% do glutatião sanguineo.

MARIO BERND.

# Nota terapeutica

## DO ACETYLARSAN EM CLINICA PRÉ-NATAL

Dr. Edgard Braga — Publicações Medicas, ano III, n.º 8, 1932.

O A., que dirige a secção de hygiene pré-natal do Centro de Saúde n.º 1 do Serviço Sanitario do Estado de S. Paulo, na primeira parte do seu trabalho estuda as causas de nati-mortalidade. Baseado em autoridades na materia, denuncia a sifilis como grande fator disgenesico légo após as causas obstetricas. Pretende mesmo que a sifilis, apesar de não ser o fator principal da mortalidade materno-fetal, é, não obstante, o fator principal da morbidade relativa á gestação e á natalidade.

Em seguida, apresenta, na segunda parte do seu trabalho, 50 observações recolhidas no seu serviço entre 402 mulheres gravidas, notoriamente sifiliticas. Essas observações são tanto mais interessantes quanto essas gestantes não apresentavam á observação clinica sinais manifestos de lues, manifestações de plena fase inicial. Apenas havia sinais clinicos imperceptiveis, sem fase obstetrica notavel e que, no entanto, se tornaram evidentes pelas reacções de Wassermann e Kahn. As observações apresentadas são, consequentemente, de sifilis latente.

Na escolha da sua terapeutica, o A. escolheu o acetylarsan, arsenical pentavalente, altamente espirilicida, de ação rapida, inocua, duradoura, e de emprego facil. Em seus tratamentos, não ultrapassa da dose de 15 grs. de produto ativo. E, por semana, faz 2 injeções subcutaneas de 3 cc. cada una, excetuada a dose inicial, chamada de *prova*. Esta é unicamente de 1 cc. Esta medicação foi aplicada sob o controle diréto da pressão arterial e de exames de urinas reiterados. Submetidas a esse tratamento, essas mulheres tiveram partos favoraveis a termo. O peso das crianças, controlado logo depois do nascimento, jamais revelou as desproporções observadas comumente nas mulheres sifiliticas e ainda menos cifras inferiores á normal de 3kg200, como é facil de constatar no quadro anexoado ao trabalho.

O A. escolheu o acetylarsan entre os arsenicais pentavalentes, por seu *fraco hepatropismo e nephrotropismo*, e, quando durante a gestação esses orgãos (figado e rins) funcionam normalmente e, outrossim, não se manifestem reacções bacterioliticas, hemorragicas, etc., etc. As gestantes tratadas passada a fase do estado puerperal, obtiveram reacções serologicas negativas, o que prova o valor incontestavel do acetylarsan (oxi-acetilamino fenilarsinato de dietilamina). O A. chama tambem a atenção dos medicos sobre os casos que poderiam passar despercebidos, se mreações serologicas frequentes para a pesquisa da infeção sifilitica que, despistada, será então tratada durante a gestação, segundo as indicações de cada caso particular.

O A. dá, pois, no tratamento de ataque da sifilis na mulher grávida — mui especialmente — sua preferencia ao arsenico e principalmente nos casos latentes aos pentavalentes, escolhendo neste grupo, pelas razões expostas, o acetylarsan.

## Necrologia

---

*Dr. Rivadavia Severo*

Com estoicismo cristão, já de *Ida* muito, vinha curtindo, o nosso caro Rivota, como o chamavamos na intimidade, um verdadeiro calvário de dôres.

Assaltado por molestia insomne, implacavel e insidiosa, com animo forte assistia ao esvaír-se de sua vida bruxoleante.

Era alma enamorada de beleza. Temperamento artistico, extremo vibratil, surpreendia a cada momento e no minimo pormenor um motivo de encantamento que o embevecia. Literato de sensibilidade exquisita, era apaixonado por um belo, — esplendor da verdade, — e não esteta que subcondiciona a consecução desta, a maior ou menor impressão de prazer estetico.

Certo de que o homem é um ser capaz de todos os heroismos e de todas as baixezas, conforme o uso que fizer de sua liberdade, convicto, outrosim, da nostalgia de infinito deste semi-deus decaído, ele soube pela escada de fogo do sofrimento alçar-se ao pedestal primitivo. Como verdadeiro artista soube cinzelar com sua vontade gigantéa o blóco marmoreo de seu espirito, realizando a obra-prima de sua existencia e ventura sempiterna.

# OS LEITES EM PÓ DA NESTLÉ



**LEITE EM PÓ, GORDO,**

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

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



**LEITE EM PÓ, MEIO GORDO,**

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

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



**LEITELHO ACIDO EM PÓ,**

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

COMPOSIÇÃO: Gordura 14.0% — Proteínas 29.5%  
Lactose 40.0% — Cinzas 6.5%  
Acido lactico 6.0% — Água 4.0%

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