

## Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1934

PRESIDENTE

**GARINO DA FONSECA**

Cirurgião dos Hospitais

VICIS-PRESIDENTE

**PLINIO GAMA**

Ex-Prof. de Cl. Prop. Médica

SECRETARIO GERAL

**D. MARTINS COSTA**

Docente Livre de Cl. Ped. Médica

1.º SECRETARIO

**HELMUTH WEINMANN**

Assist. de Anat. Patológica

2.º SECRETARIO

**CARLOS BENTO**

Chefe de Cl. Prop. Médica

TESOUREIRO

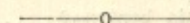
**SAVERIO TRUDA**

Da Santa Casa de Misericórdia

BIBLIOTECARIO

**OTHON FREITAS**

Assist. da Maternidade



DIREÇÃO CIENTIFICA

**R. di PRIMIO**

Docente e chefe de Lab. de  
Parasitologia

**F. YGARTUA**

Doc. e chefe de Cl. Ped. Médica

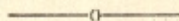
**MARIO BERND**

Docente e assist. de Química  
Fisiológica

SECRETARIO DA REDAÇÃO:

**L. ROTHFUCHS**

da Hospital S. Pedro



REDATORES

**NOGUEIRA FLORES**

**ANNES DIAS**

**TOMAZ MARIANTE**

**P. MACIEL**

**PEREIRA FILHO**

**E. J. KANAN**

**H. WALLAU**

**MARTIM GOMES**

**GUERRA BLESSMANN**

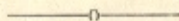
**D. SOARES DE SOUZA**

**WALDEMAR CASTRO**

**RAUL MOREIRA**

**WALDEMAR JOB**

**JACI MONTEIRO**



Assinaturas:

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

Séde da Redação:

Rua dos Andradas n. 1493 — 1.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

BARROS LIMA — Artrodese extra-articular em Coxalgia .....	449
NOGUEIRA FLORES — Memoria historica do serviço de identificação no Rio Grande do Sul .....	467
THOMAZ MARIANTE — Glomernlo-nephrite diffusa ou Glomerulo-ne- phrite em focos e hypertonia benigna? .....	472
E. di PRIMIO — Excepcional e longo jejum do <i>Ornithodoros Brasilien- sis</i> Aragão, 1923 .....	480
HEITOR SILVEIRA — Cornos humanos — Uma Observação .....	482

## Sociedade de Medicina

Atas .....	487
------------	-----

## Biblioteca da Sociedade

Biblioteca da Sociedade de Medicina .....	Pg. 490
---	---------

---

---

**SATIVAN****ABORTIVO E CURATIVO DA GRIPPE**Base: *allium sativum*; caixas de 3 amp.**INSTITUTO THERAPEUTICO**

ORLANDO RANGEL



# Trabalhos originaes

---

## Artrodese extra-articular em Coxalgia

pelo

Prof. Barros Lima

Titular de Clínica Cirurgica Infantil e Ortopedica na Faculdade de  
Medicina de Recife.

Na terapeutica da tuberculose ossea uma aquisição continúa a merecer o consenso da maioria dos cirurgiões: a immobilização.

E', afirma-o Vignard, o mais antigo, o mais inatacavel de todos os meios empregados pela terapeutica ortopedica.

Discutem ainda os que a utilizam sobre como deve agir; se para uns a sua interferencia benefica se faz suprimindo a ação de causas agravantes, pressão do peso do corpo sobre extremidades osseas doentes, mobilidade articular etc., enquanto a tuberculose evolúe em sua tendencia natural para a cura, acreditam outros em atuação mais direta da immobilização, modificado que é por ella o proprio terreno em que deve o mal desenvolver-se.

Ely é deste opinar, pois julga que é capaz de agir diretamente, modificando as condições de evolução do germen de Koch. A tuberculose habitualmente localisa-se nas regiões epifisarias, proximo ás articulações; quasi nunca procura as zonas diafisarias. Uma e outra região teem aspectos histologicos diferentes: enquanto as zonas epifisarias são ricas de linfocitos, faltam estes ou, melhor, existem em muito menor numero nas regiões de diafise. Doutra parte, estendidos estes estudos histologicos a articulações desaparecidas por ancilose ossea completa, foi possível comprovar que alterações se faziam, no particular perquerido, nas extremidades osseas bloqueadas; os linfocitos desapareciam, tomando o osso, claramente, o aspecto de diafise.

Em estudos experimentaes feitos em colaboração com Cowan pode comprovar realmente que a riqueza em elementos linfoides da sinovial e da medula ossea epifisaria é a causa da localização frequente da tuberculose nas articulações, que os elementos linfaticos, em uma articulação, parecem ter sua existencia ligada á função articular e desaparecem ao desaparecer esta, já seja reseccando as superficies osseas, já immobilizando prolongadamente para provocar processo de fibrose.

Gonzalez Aguilar entende justas estas idéas ao afirmar que estão ellas "perfeitamente de acordo com as teorias mais aceitas para explicar a histogenese do tuberculo."

Do mesmo modo que a primo-infeção, diz elle, se desenvolve sempre nos ganglios mediastinicos ou mesentericos, as granulações do segundo periodo, a que correspondem as lesões articulares, estão sempre desenvolvidas em elementos linfoides e ás custas delles."

Doutra parte, lembra Aguilar recordando fatos clinicos, a supressão da articulação deve fazer desaparecer os elementos linfoides. Quando, após reseção do joelho, diz, obtemos ancilose, as epifises que deixamos, e ás custas das quaes se verifica a soldadura, sofrem transformação em sua estrutura que as aproxima da conformação da diafise. As trabeculas osseas fazem-se mais densas, a substancia esponjosa converte-se em osso eburneo, a indicarem que transformação deve produzir-se simultaneamente na medula. Do mesmo modo em velha ancilose que haja se processado sem reseção previa. A articulação desaparece, os dois ossos se fundem, acaba-se o aspecto de epifises para surgir o de um segmento diafisario unico, com cortical ampla e compacta, trabeculas esponjosas escassas e canal medular continuo atravez dos ossos visinhos. São modificações todas que forçam a admitir, no opinar de Aguilar, que "este canal medular, atualmente unico, está cheio de medula adiposa diafisaria, propria de ossos adultos."

Com Ely e Aguilar, pois, é possível acreditar que, sendo a presença dos linfocitos condição essencial á evolução do bacilo de Koch, é fazendo-os desaparecer que a immobilisação intervem, modificando o terreno, tornando-o improprio ao desenvolvimento da molestia.

Ora, a immobilisação é principal objectivo da artrodese e pois, por este lado deveria ella ser aceita.

Autores outros entendem entretanto que a ação benefica das artrodeses no decurso das ósteo-artrites tuberculosas não é simplesmente effeito da immobilisação alcançada; a elle se acrescenta sempre a remineralisação provocada pela presença do proprio transplante, á semelhança do que se pode conseguir com as operações de Maragliano, Ufreduzzi e Lavallo.

Delahaye, na Sociedade Belga de Ortopedia, admitiu realmente esta ação recalcificadôra, senão em todas as fâzes do processo morbido, pelo menos naquelles momentos em que a recalcificação está começada, no fim da evolução sobretudo. Não surpreende que assim seja porque os que tem praticado intervenções em tuberculose óssea, transplantando osso em focos, mais ou menos ativos, afirmam, quer por ação direta do proprio osso quer pelas alterações circulatorias provocadas, modificações sensiveis no deposito do material calcico.

Ombredanne assim a acredita pois, para elle, o enxerto ósseo que atravessa epifises visinhas de tumor branco tem ação recalcificante rapida sobre ellas e sobre a metafise; Mezzari e Fusari veem tambem esta ação recalcificante dos ossos transplantados, crendo, alem disso, na operação de Robertson Lavallo, a trepanação responsavel por hyperemia que estimula a formação de connectivo jovem, de mineralisação local por contemporanea mobilisação de saes de calcio que serão utilizados no processo de reparação; Lance, em 5 operados com a technica de Lexer, nos quaes ponde obter provas radiograficas, á distancia da operação, observou reconstituição inteiramente anormal, em rapidez e extensão, das ex-

tremidades osseas, clareza dos contornos, reaparição das trabeculas, opacificação dellas e da cortical das epifises e da diafise; Maragliano transplantou osso em colo de femur coxalgico e alcançou bons resultados que attribuiu tanto ao transplante do material osseo, quanto ao readquirir, por parte do tecido para-tuberculoso, da propriedade de fixar os sacs minerais; Jossierand e Tavernier, por processo semelhante, tiveram recalcificação notavel, do mesmo modo que Vignard e Uffreduzzi.

Egaña entretanto não acredita nesta ação; para elle só por forma mecanica, fazendo mais eficiente a immobilização, atúa o enxerto, só assim fazendo que a cura se produza em menos tempo.

Os resultados de suas intervenções assegurando porem que na maioria das placas radiograficas ha "calcificação intensa da articulação enferma após a intervenção", demonstrando que "em geral, a calcificação das epifises se faz melhor e mais rapidamente que nos enfermos submetidos exclusivamente ao tratamento ortopedico e climaterico", permitem talvez julgar acertada a hipotese do valor biologico do transplante osseo, embora queira Egaña attribuil-o exclusivamente á maior eficiencia da immobilização determinada.

De uma ou doutra forma explicada, a calcificação se faz mais pronta, mais rapida, cedendo assim uma das consequencias mais terriveis da evolução dos focos tuberculosos sobre os ossos.

De modo identico ás operações que introduzem osso na propria epifise doente, fazem, as artrodeses, augmentar a circulação local pelo traumatismo operatorio, trazem, com o transplante osseo, material calcico á vizinhança do foco tuberculoso e pois é justo acreditar, como o faz Maffei, na sua ação remineralisadora propria, explicada não mais pela immobilização, mas por modificações biologicas de ordem diversa.

Se as hypoteses de Ely, Cowman, Aguilar, Delahaye, Maffei etc. não são inteiramente aceitas, um fato entretanto é admitido: a immobilização é salutar, apressa a cura das lesões tuberculosas osteo-articulares.

Doutra parte no organismo existem articulações cuja supressão pode ser feita sem que dahi advenha perturbação mui grande ao individuo; articulações do membro inferior, sobretudo, cujas funções podem ser supridas pela movimentação mais ampla da columna ou dos articulos vizinhos. Neste caso está precisamente a coxo-femural, da qual a ancilose em bõa posição permite estar de pé e marchar sem fadiga, apenas acrescentando-se maior rotação da bacia, inclinação lateral, e, por vezes, equinismo no pé do lado são, pois o movimento vae ser suprido sobretudo pela columna lombar, pela outra articulação coxo-femural e pelo pé do outro lado com o equinismo que irá permitir a mudança do passo em membro que funcionalmente se não pode encurtar na faze oscilatoria.

Esta perturbação pequena que as anciloses na coxo-femural provocam e que as fazem menos temidas que as localizadas em outras articulações, explica facilmente a aceitação que vem tendo a pratica cirurgica de provocal-as, com as artrodeses, cada vez que com ellas se possa obter mais rapida e facilmente o desaparecimento de um dado processo morbido.

Na ancilose da coxo-femural, por tuberculose ahí localizada, as per-

turbações funcionaes consecutivas seriam certamente ainda menores, pois que lesões osseas anteriores á ancilose, destruindo cotilo e femur, modificações da osteogenese, alterando o crescimento longitudinal, orientação do femur, em ligeira addução, acarretando pequeno gráo de encurtamento aparente, determinariam encurtamento funcional, util se só atingisse a 3 centímetros, pois que então a oscilação do membro far-se-ia sem que fosse necessario recorrer a inclinação lateral notavel, a equinismo do pé oposto.

Seriam motivos, pois, de alta valia para a aceitação de artrodeses na cura das tuberculoses coxo-femurales, se a experiencia clinica acumulada demonstrasse que se não podia obter melhor, com integração funcional da articulação lesada, evidentemente resultado muito mais perfeito que a suplencia exercida pelas articulações visinhas.

Infelizmente esta experiencia é desoladôra. Kremer e Wiese afirmam-no citando Sundt e Johanson; "todas as estatisticas sobre resultado de tratamentos, escrevem, nesta doença até ao momento actual (1920) são sem valôr, pois hoje pode-se dizer sem exagero que quando um coxítico curou com excellent resultado quanto ao ponto de vista funcional e anatomico, não se tratou de tuberculose" (citado de Johanson).

Este ponto de vista talvez seja excessivo, mas, reduzido aos justos termos, permite ainda, aos autores alemães citados, afirmar que a cura com ancilose completa na coxite tuberculosa é o normal na grande maioria dos casos, que uma parte cura com ancilose parcial e só muito poucos casos com inteiro restabelecimento da função.

Contra esta experiencia falam communicações de Rollier, Bier, entre outros, mas citando ainda Johanson, cujos pontos de vista são semelhantes aos seus, refutam, Kremer e Wiese, as estatisticas contrarias, mais uma vez firmando a má qualidade dos resultados alcançados.

Em sua estatistica de 1913, extendendo-se por 10 annos, fala, por exemplo, Rollier, de articulações curadas com movimentos em 81,6% dos casos, enquanto Kisch assevera que de 58 coxo-femurales curados 22 tinham mobilidade inteiramente normal e 14 aproximadamente tal. Infelizmente outros ortopedistas não chegaram a ver nada de semelhante. Sinding Lassen, discutindo este assunto, afirma que, autorizado por Waldenström, pode pôr em duvida a alta percentagem de curas funcionaes que Rollier alcançou tratando coxites tuberculosas. Waldenström pode ver, de fato, em visita feita á clinica de Leisin, que, de 35 coxíticos que pode examinar, 34 estavam ancilosados. As afirmativas de Rollier, conclue Sinding, sobre a cura funcional, não podem assim ser mantidas.

Alem disso é o proprio Rollier que, citando os seus casos de 1913 a 1921, mostra-se mais cuidadoso, não falando, como da primeira vez em mobilidade recobrada, mas em volta de função e fazendo cahir a percentagem de 81,6% a 52%.

Smith e Waters verificaram do mesmo modo, em uma serie de 150 casos, tratados pelos metodos conservadores, que 24% morreram; 47% tinham ainda processo ativo quando examinados; 27% estavam sem sofrer, mas com pouco ou nenhum movimento e certo grau de deformida-

de, só em 2 doentes podendo-se admitir os resultados alcançados como eficazes, por estarem elles livres de sintomas e com articulação utilmente movel.

Vacchelli, do Instituto Rizzoli, colheu informações de 247 doentes e assentou que deste só 11% recobriram integralmente os movimentos articulares, emquanto em 62% havia ancilose e deformidade, em 15% resultados duvidosos ou nulos, tendo morrido 12% dos observados, afóra 29 que falleceram após abandonar o Instituto.

Bankart afirma que é commum ver casos de coxalgia, quiescentes ou aparentemente curados por tratamento conservador, tornarem-se novamente ativos após intervalos mais ou menos longos. Nelles a molestia nunca curou, perdurando perigo constante para a vida do doente. Qual a percentagem destes casos não o sabe, mas acredita que deve ser consideravel, pois que ha quem duvide das possibilidades de cura da coxalgia por taes metodos.

Pelo menos é hoje a conclusão a que chega tambem e é o modo de pensar de Lenormant, que afirma, em 1930, na Sociedade Nacional de Cirurgia, de França, haver visto, com o tratamento classico pela immobilização, muitos doentes se encaminharem lenta, mas certamente, para fistulização, infeção secundaria e morte.

Doutra parte, da apreciação das proprias estatisticas, pôde-se apurar que as poucas curas alcançadas pelos metodos conservadores não podem ser tidas por perfeitas; particularmente nas creanças a abundancia de cartilagem articular, a evolução lenta e a natureza do processo infeccioso, não a destruindo, deixam os extremos osseos cobertos, proibindo-lhes a soldadura eficaz, a formação de boa ancilose.

E' ancilose de má qualidade que se processa, capaz de favorecer o aparecimento de recidivas por entorses ligeiras, capaz de permitir a produção lenta de atitudes deformes, muito tempo após a propria cura clinica do mal.

Assim, pois, o tratamento conservador não conduz a resultados functionaes perfeitos, pelo menos na grande maioria dos casos.

Doutro lado, não são mais felizes os metodos operatorios radicaes. Em algum tempo se cuidou que era possivel remover o proprio mal, extirpar a lesão, resecaudo as regiões doentes da articulação. Foi intervenção, porem, condemnada na articulação coxo-femural, não só porque responsavel por mortalidade elevada (25%, segundo estatistica de Stile colhida de 1901 a 1911 no Royal Edinburg Hospital), como porque capaz de determinar resultados functionaes verdadeiramente desastrados.

Perkins, em 6 reseções recentemente executadas obteve 6 máos resultados.

Cirurgiões outros teem assentado, do mesmo modo, este máo prognostico para os casos resecaudos; cresce deformidade em adducção, perturba-se a função pela falta da cabeça do femur, ponto de apoio sem o qual os musculos adductores não teem força.

Graves são assim, quanto á vida e quanto á função as intervenções que procuram extirpar a lesão no interior da articulação coxo-femural, resecaudo-a, e pois é pouco provavel a accitação das vistas de Bankart,

ao preconisar extirpação larga com mobilisação precoce, no seu artigo do "The British Journal of Surgery", de abril de 1933.

Só quando ancilosa, quando provoca aderencia firme, ossea, entre o femur e o iliaco é que os resultados da reseccão são aceitaveis e se está pois, assim, autorisado a tentar mais rapida e seguramente chegar á cura, provocando aquela ancilose que a experiencia clinica tem demonstrado ser a melhor forma de conseguil-a. Pelo menos é o que afirmam para os adultos Aguilar e Bastos Ansart, para quem só a ancilose dá completa garantia na cura da coxite tuberculosa, nenhum caso, até agora, tendo-o persuadido de que se pode alcançal-a com mobilidade.

Para as creanças, entretanto, traduzindo opinar muito aceito, sobretudo pelos cirurgiões francezes, Aguilar admite esperar a cura de tratamento conservador hem dirigido. Nellas a tuberculose é, ás vezes, manifestação de primo-infecção massiga; o organismo infantil, ainda não immunisado, pode succumbir em consequencia de granulia ou de generalisação visceral, ficando a manifestação articular em segundo plano. Se isto não ocorrer, a osteoartrite tuberculosa representará éco mais ou menos longiquo de primo-infecção por bacillos atenuados, e, neste segundo caso, as ativas defesas dos organismos infantis poderão lutar favoravelmente contra a infecção bacillar. Dahi conclúe Aguilar, "a tendencia para a cura das lesões tuberculosas que apresentam as creanças ainda que com lesões esqueléticas extensas."

Se são aceitaveis os seus argumentos no que diz respeito á possibilidade de granulia, de generalisação, podem ser discutidos na segunda hypothese; o foco tuberculoso residual persiste, por vezes, como foco localisado, com a sua evolução propria, lenta e traidôra.

Atestam-no os casos multiplos de tuberculose coxo-femular que, surgida na infancia, tratada convenientemente, prolonga-se, mais ou menos agravada, até á idade adulta.

Se a pratica mostra assim que a coxite tuberculosa nas creanças pode evoluir do mesmo modo que nos adultos, mistér será cuidar de applicar-lhe terapeutica semelhante, quando tiver ella adquirido, pela sua localisação, tendencia evolutiva da mesma ordem.

Hibbs e Albee preconizam-na nessa idade e os resultados parecem mostrar que lhes sobra motivo para assim agir.

De fato, está exhuberantemente provado que as anciloses fibrosas, mesmo cerradas, constituem cura menos segura que uma bôa ancilose ossea. Ora, as creanças, por condições particulares de sua anatomia, estão ainda mais sugeitas ás anciloses deste mau tipo e pois, nellas, em determinados casos, ainda mais justificadas deveriam estar as artrodeses.

Só quando superficies osseas sangrentas estão em contacto é que a verdadeira união é possível; quando cartilagens estão em face de cartilagens a fusão se faz por tecido fibroso e quasi nunca é de bôa qualidade.

Na articulação coxo-femural de uma creança ha tanta cartilagem que, dil-o Perkins, mesmo em infecção severamente destruidora, superficies osseas sangrentas não veem a opor-se; faz-se a união entre superficies articulares cobertas de cartilagens, e, pois, por ancilose fibrosa. Se se acresce ainda que os focos tuberculosos estendem-se lentamente, que



a nutrição da cartilagem é, deste modo, a alguma distancia da séde da molestia, comparativamente normal, que não existem fermentos proteolíticos no pús tuberculoso, capazes de digerir em massa a coberta cartilaginosa, que assim é esta preservada, ficando a revestir os extremos osseos, a obstar o seu contacto, comprehende-se ainda mais porque assevera Perkins, a ancilose ossea é tão rara como sequencia de artrite tuberculosa na infancia.

Excluidos os casos em que, pois, é possível esperar a cura com persistencia dos movimentos, postos á margem os doentes em que o mau estado geral faça crer em infecção massiva e temer o choque post-operatorio, a artrodese estará tambem indicada nas creanças, porque doutro modo iriam ellas chegar ao máo resultado das anciloses fibrosas, quando não ao das pseudo-atroses; para ellas tambem é “uma ancilose ossea sã, assegurada por interferencia operatoria, resultado melhor que a ancilose fibrosa, imperfeita, oriunda do tratamento não sangrento”, como o afirma Perkins e como o asseguram, em particular, os exames realizados por Elmslie nas creanças fisicamente defeituosas das escolas de Londres.

Todas estas considerações capazes de justificar a utilização das artrodeses nas coxalgias, não tem sido aceitas igualmente pelos varios cirurgiões que destas intervenções se tem occupado.

Alguns as julgam prejudiciaes á evolução natural do processo de cura.

Bankart assim o crê ao afirmar que “as modernas operações de fusão, particularmente as do tipo extra-articular, que não procuram remover a séde da doença no acetabulo, e, teoricamente, prohibem a ascensão do femur, devem tambem obstar o fechamento da cavidade tuberculosa que sempre existe como resultado da destruição ossea.”

\*Para elle o problema da tuberculose coxo-femural não é essencialmente diverso do da carie espinhal. “A molestia começa, ao menos em muitos casos, diz, na porção iliaca da pelvis, immediatamente acima do acetabulo, e, por extensão, destruição delle e da cabeça do femur, formase cavidade cheia com material tuberculoso, limitada acima pela porção do iliaco não destruida e abaixo pelo que resta da cabeça ou colo do femur. Como na carie espinhal tal cavidade só pode curar por colapso, aproximando os ossos adjacentes de modo que o material tuberculoso seja expulso e osso solido venha ao contacto de osso solido. Tudo que prohiba o colapso dos ossos e obliteração da cavidade condiciona o estabelecimento de foco tuberculoso cronico — encapsulado pode ser e quiescente talvez por annos — mas não curado e, pois, assim, constante ameaça para o doente.” Bankart.

Se é este o opinar do cirurgião inglez é de ver que os seus argumentos não são irrespondiveis.

A experiencia já larga mostrando cura de tuberculosas vertebraes, apezar de destruições extensas, firmando constituição solida de blocos osseos de 2 e mais corpos, autorisa a crer no esforço do organismo para vencer por si o mal insidioso, se se o coloca em condições favoraveis para tal. Tudo no foco tuberculoso aparente não é material a eliminar e com o que resta, com a osteogenese dos ossos visinhos, talvez ativada pelo

transplante, é possível encistar o material tuberculoso até que o organismo o absorva e, sobretudo, estabelecer ancilose solida, preenchendo claro, talvez menor que poderiam deixar crer os exames radiograficos realidados.

Um caso nosso, cujas radiografias terei oportunidade de mostrar-vos, bem documenta esta assertiva.

Posto o transplante mostram, os raios X, cavidade larga entre o colo do femur e o iliaco, mui maior do que deve ser em realidade, pois nem a cabeça do osso era aparente. Mezes após, modificada a calcificação, a imagem do extremo superior do femur surge, o claro se preenche, a ancilose se processa em forma que bem demonstra a valia das artrodeses.

E' aliás o modo de pensar da maioria dos que se teem ocupado do assunto. Para ella se a intervenção não se justifica em periodo de evolução do mal, cessado elle, apuradas as lesões residuaes, as sequelas constituídas, pode ter indicação.

O perigo de realizar intervenção demasiado grave em individuos de baixa resistencia, de abrir foco tuberculoso, agravando por esta forma o mal, ou de mesmo difundil-o a outras partes do organismo, generalizando-o, são os argumentos principaes com que se ha de combater e muitas vezes justamente, a tendencia de agir precocemente para provocar ancilose, realisando artrodeses em ancas cujo processo tuberculoso ainda evolve.

Rodrigues Egaña, cirurgião no Hospital Maritimo de Mar del Plata, na Argentina, por exemplo, põe restrições bem severas a esta pratica de intervir no periodo ativo. Admite-o, nas creanças particularmente, com coxalgia que, após observação minima de anno e meio, evolue sem coleção purulenta cerrada ou fistulada, mas com destruições, dôres articulares e atitudes viciosas, sob a forma de artrodese extra-articular que pode fazer-se, mas com a idéa preconcebida de continuar a cura de repouso e immobilisação, como se não houvesse sido efetuada.

Asim agindo não vae de encontro aos preceitos classicos do tratamento ortopedico, antes adjuva-os, pois que é indubitavel que a consolidação articular com o enxerto assegura muito mais eficiente immobilisação da articulação.

Não pensa, entretanto, que, mesmo assim, a cura ambulatoria deva ser autorisada; "nenhum enfermo, escreve, afetado de lesão tuberculosa da coxo-femural, operado ou não, creança ou adulto, deve andar com a sua coxalgia em periodo evolutivo." Todas as seguranças que possam dar-se-lhe, a proposito da evolução da lesão, por ter sido colocado um transplante, são efemerias, se a marcha é precocemente autorisada.

Neste modo de pensar vê mesmo Egaña motivo para ser mais precavido nas indicações de intervenção nos adultos. A necessidade que podem sentir de logo movimentar-se, a falsa segurança que a intervenção pode lhes trazer, aconselham-lhe a não operar no periodo florido e tanto mais quanto as "caracteristicas anatomo-pathologicas da afecção no adulto, no qual raramente se observa o tipo de lesões de grande destruição", asseguram melhor disposição á consolidação articular expontanea. E' mister entretanto reconhecer que a interminavel evolução de certas

coxalgias indica intervir para interrompê-la quando a cultura, já velha, de virulência atenuada, consentir, sem perigo, operação que a ella ponha termo.

E' pratica que Lauce ensina, que se pode ver como um largo passo para o emprego das artrodeses nas coxalgias em evolução e que vem tendo larga e proveitosa aceitação.

Albee, Mathieu, Lauce, Frouchaud, Andureau, Wilmoth, Allaine, Sorrel positivaram, com as suas observações, a possibilidade de alcançar bons resultados.

Em Fevereiro de 1930 Sorrel havia operado 15 casos em evolução. Se a sua observação lhe não permitia assegurar sempre resultados perfectos, a percentagem com que os bons casos se apresentavam permitia-lhe ter esta pratica como excellente, dado o prognostico severo da coxalgia. Lauce avança mais em suas indicações: considera tentador auxiliar "no periodo de começo, quando clinica e raios X não deixam mais duvidas sobre o diagnostico, quando se trata de "forma grave, cotiloidéa, que deve durar muito tempo e terminar por anca funcionalmente má, exigindo talvez, após molestia de 4 a 5 annos, uma artrodesse."

Mathieu interveio com indicações semelhantes e poudo seriar os seus casos entre os sucessos alcançados.

Um outro fato que parece ser argumento em favôr da intervenção precoce é o da possibilidade de aparcerem abcessos e fistulas capazes de restringir ou afastar mesmo, para alguns, a indicação de intervenções sangrentas. Egaña, por exemplo, vê, em abcessos em evolução, contra-indicação terminante e absoluta a toda tentativa cirurgica, pois que, em geral, se localisam na visinhança da articulação e são abertos no ato operatorio.

Nestas condições, pensa, a intervenção agirá precipitando a fistulisação, provocando infecção secundaria e determinando eliminação espontanea, parcial ou total do transplante.

Não pensam assim, **entretanto**, autores outros, para quem, mesmo transfixando abcessos, os transplantes podem manter a sua vitalidade, fixando-se em seus extremos e assegurando assim immobilisação e consecutiva melhoria das condições locais da afecção.

Em um dos nossos casos succedeu precisamente o que Egaña prevê para coxalgias em evolução; foi o abcesso aberto na visinhança do grande trocanter, no momento de trabalhá-lo para ahí implantar a haste ossea a enxertar. No entretanto isso se fez sem maiores desvantagens, antes com o merito de permitir assegurar, por exame anatomo-patologico, a justeza do nosso diagnostico. O enxerto fixou-se, manteve-se integralmente, assegurou o abaixamento e fixação na nova posição de cabeça de femur que jogava em cotilo largamente destruido para cima, atravez apenas de pequena fenda de reabsorpção, logo desaparecida no curso de suas modificações ultteriores. Não houve, pois, nesse nosso caso, apezar de aberto o abcesso, aquellas desvantagens em que Egaña acredita.

Em um outro, porem, enorme abcesso, inteiramente despercebido, obrigou a intervenção muito mais larga do que se havia previsto, termi-

nada por artrodese intra e extra-articular, em operação excessiva para as resistencias do organismo.

Quanto ás fistulas a opinião dos cirurgiões é tambem variavel. Estas sempre secundariamente infectadas e esta infecção traz restrições serias á utilização de qualquer technica que sobre o osso tenha de agir.

Melhor seria abrir incidentalmente um foco tuberculoso cerrado, acreditam muitos, no curso de artrodese extra-articular, que intervir em osso fistulado, ou em que, mesmo, fistulas tenham cicatrizado ha algum tempo. Lance, por exemplo, é deste opinar; nas coxalgias desta forma ainda que o foco esteja curado ou mui atenuado, ha contra-indicação á artrodese.

Seria mui perigoso, afirma, operar estes casos antes que longos mezes se tenham passado desde o fechamento das fistulas, porque se a experiencia nos mostra que os transplantes são admiravelmente tolerados em focos tuberculosos cerrados, nos indica ao contrario, quanto são tenazes as lesões de osteomielite despertadas.

Campbell tem tambem taes fistulas por contra-indicação ás intervenções, achando que pelo menos acentuadamente as restringe.

A fusão em presença de infecção secundaria piogenica ativa, diz, deve ser empreendida com muita cautela. A probabilidade de reacender processo virulento, embora aparentemente acabado, é muito maior nos casos em que houve infecção secundaria.

Egaña, entretanto, enxerga menores restrições, pois que se não autorisa a intervenção em crianças, por haver observado 2 resultados máos em doentes seus, se acredita que, de modo geral, as fistulas devem constituir contra-indicação operatoria, tem-na por menos absoluta que a presença do abcesso tuberculoso, admitindo o tratamento operatorio "em certas condições de prolongar-se indefinido da afecção".

Verdade é que, porem, abscessos e fistulas constituem condições desfavoraveis á terapeutica das coxalgias por artrodeses, mesmo extra-articulares; dahi a necessidade de agir, ancilosando antes do sobrevir delles, precocemente, desde que se anteveja a impossibilidade de curar conservando ao articulo forma e função normaes.

E' necessario reconhecer entretanto, intervindo precocemente, que ha casos em que a cura pode ser obtida sem sacrificio da função articular. São raros, mas incontestaveis, e ao clinico compete reconhecel-os antes de indicar bloqueio articular cuja finalidade essencial é fazer desaparecer difinitivamente os movimentos da articulação.

George Perkins assenta que ao radiologista é que deve caber a decisão final; a elle deve ser dada a função de determinar se estão normaes as extremidades articulares, se se conserva integro o espaço entre ellas, de prodigalisar meios para designar probabilidades de conservação dos movimentos.

"Quando o osso está claramente definido no radiograma e não ha turvação articular difusa," julga Perkins que "os sintomas acusados pelo paciente são devidos a sinovite simpatica da anca, não havendo ainda exudatos inflammatorios na cavidade articular."

Quando a sombra ossea é pouco definida, quando ha turvação di-

fusa sobre a articulação, entende entretanto que material caseioso existe já e dahi tira a conclusão que no primeiro caso será resultado final do tratamento não operatorio uma articulação movel, enquanto no segundo uma ancilose fibrosa se processará com os seus possiveis maleficios.

Ha, pois, assim, casos em que a coxo-tuberculose cura com integridade funcional da articulação doente e á clinica compete discernil-os para que a artrodese não seja indicada senão naquelles em que a evolução do mal deve se fazer para a ancilose.

---

Se as indicações das artrodeses são assim controvertidas na tuberculose coxo-femural em evolução, nas que já teem extinto o processo morbido são mui mais aceitas.

A coxalgia cura quasi sempre deixando na articulação lesões de tal ordem que a função se não pode exercer bem; corrosão desta ou daquela superficie ossea, inadatabilidade das porções articulares residuaes plenamente justificam o desaparecimento operatorio do articulo lesado.

Menard, estudando as lesões anatomo-patologicas de articulações coxo-femurales tuberculosas pode comprovar que as suas alterações ulcerosas podem modificar as relações das superficies articulares de 2 modos.

Em um, na actual pseudo-artrose extracotiloidéa, a cabeça femural atinge, cavalga o rebordo cotiloideo, abandonando, em graos mais avançados o proprio cotilo.

No outro, as duas superficies ficam em contacto; entretanto a sua adaptação se não faz bem, sobretudo porque a uma cabeça atrofica corresponde um cotilo grande, na conhecida forma de pseudo-artrose intracotiloidea.

Qualquer que seja a forma anatomopathologica das lesões, pode existir oportunidade de agir com artrodese, mas Egaña, em interessante trabalho publicado em torno dos seus casos, delimitou indicações para cada grupo ou sub-grupo de doentes, querendo assim pôr a sua mais larga experiencia a serviço dos que ainda se não teem occupado devidamente da questão.

Para isso estudou as tendencias naturaes de cura, os resultados definitivos alcançados para cada grupo de lesões anatomicas existentes, determinando quadro em que se os vê sintetisados e pelo qual é possivel firmar, dentro de certos limites, a exata indicação operatoria.

Evolução da coxalgia de acordo com a variedade anatomo-patologica

A — Pseudo-artrose extra-cotiloidea	1.º Transbordamento	} Cura por ancilose fibrosa e ossea, firme, solida, estavel.
	2.º Cavalgamento	
	3.º Luxação Iliaca	} Ampla conservação da mobilidade. Sequencias dolorosas. Estados agudos possiveis.
Transcolitoidea		
B — Pseudo-artrose intra-cotiloidea	} Conservação da mobilidade em gráo extremo. Articulação pouco solida, sem estabilidade, dolorosa, com recidivas frequentes e molestas. Estado agudo. Prolongar da evolução normal.	
} Articulação rigida e estavel.		

Alem dos casos incluidos nestes grupos existem outros que não seriam ali bem classificados; tipos anatomo-pathologicos mixtos, com lesões destrutivas da porção acetabular do iliaco, sem provocar luxação, sem destruir a cabeça femural; evoluem geralmente para a cura espontanea, para a ancilose, pois que "a destruição do fundo ou do tecto do cotilo ao permitir o encaixe da cabeça femural, aproxima o trocanter da crista cotiloidéa, facilitando soldadura ossea ou fibrosa por contacto directo.

Dentro destas observações feitas quanto á evolução é possivel julgar, dadas determinadas lesões anatomicas, qual a indicação operatoria mais acertada.

Seriam precisamente aquelles casos que a experiencia tem mostrado curar com dores, ancilose pouco solida, instabilidade, mobilidade, aque-

les casos rotulados entre as pseudo-artroses intracotiloidéas ou entre os graus extremos da extra-cotiloidéa que mereceriam particularmente indicação da intervenção ancilosante. Na pseudo-artrose intracotiloidéa, por exemplo, a artrodese é formalmente indicada, pois que, de uma parte, não tendo havido luxação as superfícies osseas enfermas não se separaram e, irritando-se mutuamente, constantemente ativam o foco tuberculoso, e doutra a atrofia e inadatabilidade dos extremos osseos em face, condiciona osteogenese deficiente com tendencia consequente ao não formar-se da ancilose necessaria.

No outro extremo, no grau primeiro da pseudoartrose extracotiloidéa, nas formas intermedias, a intervenção poderia ser excessiva porque repouso e tratamentos ortopedicos são capazes de levar á ancilose fibrosa ou ossea, dadas as condições anatomicas residuas que deixaram, superficies osseas em contacto, perfeitamente adaptadas e capazes de, com solidez, fixarem-se.

Entretanto, nestas hypotheses ainda, a intervenção ancilosante pode ter indicação, como medida de prudencia, quando, após observação prolongada, se comprova durante a marcha o aparecimento de dores articulares persistentes e recidivantes, com conservação de movimentos. Ancilosando, por artrodese, estas articulações, evita-se a produção de artrites, de deformidades secundarias, previne-se o surgir de recidivas tão vistas, por Calvé, em consequencia de causas minimas, de fadigas, de variações climatericas, que fizeram-lhe dizer que a articulação "gripa por acessos".

---

Na articulação coxo-femural as artrodeses realizadas podem ser filiadas a tres tipos: artrodese intra-articular, extra-articular e mixta.

Nas intra-articulares o cirurgião realiza a abertura do articulo, resecta o foco tuberculoso, modifica as superficies articulares, para dar-lhes melhor contacto osseo, procurando alcançar a ancilose.

As extra-articulares podem ser realizadas por duas technicas diversas: juxta e para-articular; é terminologia que accitam Sorrel e Delahaye e sobre a qual devemos entender-nos bem, pois, sobre ella, particularmente sobre o termo paraarticular, foi estabelecida certa confusão.

Por juxta-articular comprehendemos, com os autores francezes citados, intervenções que se processam na visinhança immediata da articulação; operações como a de Hibbs, Haas, que procuram levar o grande trocanter, destacado do femur, ao contacto do osso iliaco, immediatamente acima do rebordo cotiloidéo, como os de Wilmoth, Mathieu, Putti, que baixam retalho da face externa da aza iliaca sobre o trocanter, deitando-o sobre a propria capsula articular, estão ahí bem catalogadas.

Como para-articular seriam entendidas aquelas que reúnem tambem a aza iliaca ao trocanter, mas que o fazem a distancia maior da capsula, em zona pois em que são menos de temer lesões em evolução.

Por artrodeses mixtas seriam entendidas afinal aquelas technicas operatorias que, abrindo a articulação, avivando as superficies osseas em contacto, modelando-as mais ou menos largamente, completam-se com o implante de osso tomado da visinhança, ou á distancia, com o fim de accentuar o bloqueio articular.

Claro é que a cirurgia realizando tal diversidade de técnicas não o fez senão pelas necessidades varias que os casos clinicos poderiam eriar.

As artrodeses intra-articulares primitivamente imaginadas, sofrem do defeito de muito aproximarem-se das reseções; mesmo empregadas em fase final da evolução da coxalgia, no periodo propriamente das suas sequelas, não é raro encontrar fungosidades, focos tuberculosos em latencia, tecidos duvidosos que devem desaparecer para que melhores resultados sejam colhidos.

Em fase mais aguda da evolução do processo tuberculoso, a artrodesse intra-articular ainda mais mutilante será, comprehende-se, assemelhando-se ás verdadeiras reseções, pois sujeita a criticas semelhantes.

Não era, pois, de admirar que os cirurgiões condemnassem-nas, por serem graves e capazes de despertar tuberculosos locais ou generalizadas. Alem disso nem sempre o avivamento das superficies osseas em contacto produzia a ancilose desejada; adaptação complexa, sobretudo nas pseudo-artroses intra-cotiloidéas, por ser difficil modelar pequena cabeça ou fragmento de colo para adaptar a grande cotilo, osteogenese deficiente em visinhança de focos tuberculosos, somavam condições desfavoraveis para as intervenções desta ordem. Dahi se julgar desacertado atualmente o seu emprego.

Todavia, para Delahaye, ainda sob esta maneira de simples avivamento, não merece a artrodesse completo esquecimento. Em certos casos graves de pseudo-artrose extra-cotiloidéa com desapareição total da cabeça e do colo femoral e forte ascensão do resto do femur, "o avivamento largo da face interna do trocanter de uma parte e do massiço supra-cotiloidéo de outra, dá bellas superficies esponjosas que se adaptam e se soldam facilmente."

Com as artrodeses extra-articulares, sobretudo as do tipo que Sorrel designa de *para-articular*, seria possivel obter ancilose sem os perigos reconhecidos ás intra-articulares.

Realizada a certa distancia da articulação, Sorrel e Berard indicam-na particularmente para os casos de tuberculose em evolução; é claro que a capsula distendida por fungosidades e os abcessos peri-articulares, tornam os tecidos da immediata visinhança da articulação improprios para leito do transplante e pois justificam a necessidade de afastal-o para partes moles mais superficiaes, na forma de transplante em ponte, entre partes mais elevadas da aza iliaca e o grande trocanter. Sofrem, entretanto, as artrodeses deste tipo o defeito reconhecido aos enxertos que passam em larga extensão de partes moles sem estar em contacto com osso; são como que mais frageis e frequentes assim os accidentes (fraturas, pseudo-artroses) que anulam o bloqueio procurado.

Uma estatística interessante de Delahaye mostra que perigos desta ordem são habituaes nas artrodeses para-articulares, pois que de 15 doentes por esta forma operados, cinco tiveram fraturas e dois pseudo-artroses post-operatorias na zona do transplante.

Como, doutra parte, fatos desta ordem sejam racionalmente menos de temer nas artrodeses que se fazem em mais immediata visinhança da articulação, como demonstram aliás as proprias observações de Delahaye, justificada está a existencia das technicas juxta-articulares, sobretudo



nos casos em que, intervindo-se em fase final da coxalgia, seja menos de temer a distensão capsular e sua abertura extemporanea e accidental.

Doutro lado, na maior parte das technicas juxta-articulares, os enxertos são tomados á visinhança da articulação, conservam um pediculo vascular constituído pelos musculos que se inserem no trocanter ou pelo periosteo que estabelece continuidade entre transplante tomado ao osso iliaco e este mesmo osso, e pois é possível esperar, desta vascularização, manutenção de maior vitalidade, maiores possibilidades de recalcificação, sobretudo lembrada a interferencia que os musculos teem nas trocas de material calcico do osso visinho traumatizado, segundo os estudos de Cretin.

Albee, partidario e creador de technica original de artrodeses do grupo para-articular, crê intervenções juxta-articulares justificadas e as utiliza toda vez que "a cabeça e praticamente todo o colo do femur destruíram-se, tendo o trocanter muito se avisinhado do bordo superior do acetabulo e do plano da pelvis."

E', pois, a artrodeze juxta-articular a intervenção de escolha para sequelas da coxalgia e Delahaye afirma que, em presença de pseudo-artrose cerrada, dolorosa e tendo tendencia a atitude viciosa, sem grande destruição, sem grande mobilidade, sem lesões residuaes ativas, quando necessario suplemento de consolidação, encontra, a artrodeze justa-articular, o melhor campo para sua utilização.

De melhores efeitos que as para-articulares, menos sujeitas a accidentes post-operatorios, as artrodeses justá-articulares dão, porem, percentagem menor de bloqueio articular perfeito que as chamadas artrodeses mixtas, avivamento intra-articular completado por transplante osseo para fóra da articulação.

Delahaye mostrou que se treze artrodeses juxta-articulares davam 4 pseudo-artroses, exigindo intervenções secundarias, vinte mixtas curavam integralmente em dezoito casos.

Explicam-se esses resultados mais perfeitos, pela ablação sistematica que se faz então da cartilagem de revestimento, pois que a sua persistencia nos extremos osseos, no momento de ser executada a intervenção ancilosante, perturba, a nosso vêr, as suas proprias condições de exito. Posto o transplante, immobilizados os segmentos osseos que limitam o foco bacilar, começam modificações salutaes em sua evolução. Os musculos, em contratura permanente até então, relaxam-se e tanto mais quanto mais diminuida a inflamação articular.

Doutra parte as modificações havidas no transplante diminuem a sua resistencia e momento chegará em que o segmento osseo transplantado, enfraquecido, terá que suportar os encargos de manter fixada articulação que começa a estar mais movel por terem melhorado os seus sofrimentos.

Se as superficies em contacto fossem osscas, poder-se-ia esperar constituição de traves rijas, entre ellas, durante a fase de diminuição do processo inflammatorio, de modificação do transplante, de modo a eficazmente substituil-o no momento em que mais se enfraquece, aos 8 mezes de sua implantação, segundo a experiencia de Cuneo.

Se cartilagens, porem, é que estão face a face, traves osscas não

formar-se-ão e a ancilose será fibrosa ou não constituir-se-á mesmo, favorecida a persistencia das cartilagens de revestimento pela carga que se dá ao membro mais precocemente, convencidos da segura ação de sustentação exercida pelo osso transplantado. Demasiado pede-se a transplante diminuído em sua resistencia e não será pois de admirar o surgir de pseudo-artroses tardias, em face da interlinha articular, nos casos, sobretudo mais frequentes na infancia, em que persiste revestimento cartilaginoso nos extremos articulares.

Estudos de Sylvan Haas, em torno de 50 casos operados, demonstram precisamente esta assertiva. Tanto maior, afirma, a destruição da cabeça e envolvimento do acetabulo, tanto mais intima a aproximação do trocanter ao iliaco tanto mais larga a duração e mais chronico o processo, tanto mais certa a fusão pela primeira intervenção. Maior a mobilidade e menores as probabilidades de fixação. Nos casos agudos, precoces, a mobilidade é maior e é technicamente mais difficil assegurar a fixação enquanto pegam os extremos do transplante extra-articular; o grande braço de alavanca das extremidades, força então demasiado a area enxertada logo após a operação e reduzem-se assim possibilidades de que união solida se faça.

Dahi o surgir facil de pseudo-artroses nestes casos.

Tivemos dellas alguns exemplos em nossa clinica e a convicção formada de que de tal causa, da persistencia da cartilagem de revestimento, dependiam.

Entendemos hoje que a artrodese mixta tem vantagens incontestes e estamos dispostos a indical-a, apesar de sua maior gravidade, não só nas pseudo-artroses intra-otiloidéas com destruição notavel do coto femoral e do tecto otiloidico, como quer Delahaye, mas tambem nas creanças toda vez que a cartilagem persiste, que uma artrodese é necessaria e que o processo tuberculoso está já bem atenuado em sua evolução.

E' conselho de Müller, antes de estabelecer artrodese por transplante que do grande trocanter vae ao tecto do acetabulo e que nós achamos justo para evitar tão grande percentagem de resultados imperfeitos.

---

De acordo com as normas aqui defendidas realizamos 15 intervenções ancilosantes para coxo-artrite tuberculosa.

Tivemos 4 mortes, por choque operatorio, tetano em um caso fistulado, meningite e generalisação da tuberculose, denotadoras de que a intervenção é grave na fase evolutiva, por si propria ou por não interferir no quadro geral da infecção tuberculosa.

Aconselhariam mais prudencia nas indicações, embora estejamos certos que dessas mortes algumas se teriam processado, sem intervenção, pela propria evolução do mal.

Casos letaes, em doentes não operados, nossos ou de outrem, fazemos pensar que assim possa realmente ser.

---

Os nossos outros doentes tiveram os seus sofrimentos modificados

N.º	Nome	Idade	Inicio doença	ANTES DA OPERAÇÃO				DEPOIS DA OPERAÇÃO				Com- pil- cações	E. do envert.	Tempo obser.	Res.	E. de alta	Obs.	
				E. geral	E. local	E. Ati- tude	Mobi- lidade	E. geral	E. local	E. Ati- tude	Mobi- lidade							
1	S. M. C.	4 a	8 m	Mau	Dor	Ad. F.	Lim.	Bom	Indol	E. Ab.	Nula	-	Bom Res.	21 m	Bom	Marc	Ab. na interv.	
2	M. P. G.	3 a	8 m	Man	"	"	Nula	"	"	"	"	"	Bom	45 m	"	"	Frat. enxerto	
3	D. L.	10 a		Man	"	Ext.	Lim.	"	"	"	"	"	"	5 a	"	"	"	Pseud. Avivan.
4	A. G.	9 a	3 m	Reg.	"	"	"	"	"	"	"	"	"	4 a	"	"	"	"
5	B. P. O.	18 a	2 m	Man	"	Ad. F.	Nula	"	"	"	Lig.	"	Res. P9	17 m	"	"	"	"
6	J. M.	12 a		Reg.	"	Ad.	Lim.	"	"	"	Ampola	"	"	14 m	"	"	"	Evol. parada
7	L. P.	8 a		"	"	F. Ad.	Nula	"	Falecida no dia da intervenção									
8	W. S.	10 a		Mau	"	F. Ab.	Nula	"	Meningite. Falece mez e meio após intervenção									
9	M. S. E.	11 a		"	"	"	"	"	Fistulas. Falece tetano após operação									
10	A. F.	16 a	10 m	Reg.	"	Ad.	Lim.	"	Indol	E. Ab.	Nula	"	Bom	8 m	Bom	Marc	Osteot	
11	R. A.	6 a		Man	"	Ab.	Nula	"	Faleceu 3 mezes após operação. Tuberculose generalizada									
12	A. A. N.	11 a	7 m	Reg.	"	F. Ad.	"	"	Indol	E. Ab.	Nula	"	Bom	16 m	Bom	Marc	Osteot	
13	J. R. M.	17 a	3 m	Reg.	"	"	"	"	"	"	"	"	"	8 m	"	"	"	"
14	M. T.	15 a	2 a	"	"	Ab.	"	"	"	"	"	"	"	3 m	"	"	"	"
15	D. J.	43 a	3 a	"	"	F. Ad.	Lig.	"	"	"	"	"	"		"	"	"	"

para melhor; hoje são possuidores de excellente estado geral e local (anca seca, sem fistulas, sem dores, em bôa attitude) apesar de, muitas vezes, se haver fraturado, eliminado o transplante ou constituido pseudo-artrose.

Fratura, eliminação do transplante, pseudo-artrose de formação lenta são as formas mais frequentes por que pode a artrodese falhar á sua finalidade.

De cada dessas complicações tivemos exemplo em nossa clinica.

Uma fratura, aparente 3 mezes após a intervenção, na imagem nítida de colo osseo constituido no meio do transplante, a denotar, alem do mais, a vitalidade do osso implantado, nesta epoca, apesar das restrições que a esta interpretação possa se querer impôr.

Um caso de eliminação de parte do transplante, sob a forma de sequestro, embora mui melhoradas fossem as condições do doente.

De pseudo-artroses, constituindo-se lentamente, tivemos exemplos também; queremos attribuil-as á persistencia de cartilagens de revestimento, nos extremos articulares, no momento em que as artrodeses foram apprehendidas.

Para Delahaye são devidas sobretudo ao estado anatomico do trocanter, cartilaginoso, descalcificado, osteoporotico, localisadas que são na união do transplante ao trocanter.

Algumas de nossos radiografias mostram que o transplante está bem preso em suas duas extremidades e que a interrupção se faz não na zona de sua implantação inferior, mas acima della, em plena continuidade do osso transplantado.

Aliás, o fato não seria de surpreender, pois que experiencias de Müller e certas comprovações clinicas teem demonstrado a tendencia á reabsorção de transplantes osseos colocados em face ou atravessando articulações que ainda conservam mobilidade.

Isto convence-nos, cada vez mais, da justeza de nossa explicação e da necessidade de utilizar, com bem maior frequencia, a artrodese mixta, a um tempo intra e extra-articular.

## Memoria historica do serviço de identificação no Rio Grande do Sul

por

**Mogueira Flores**

Cathedratico de Clinica pediatrica cirurgica e orthopedica

O serviço de identificação no Rio Grande do Sul está a cargo do Gabinete de Identificação e Estatística Criminal do Estado, tendo por fim realizar trabalhos de diversas naturezas, todos de grande importancia e bastante necessarios, tanto á Justiça Publica, á Policia Judiciaria e á Administração geral do Estado, como aos interesses particulares de grande numero de pessoas que precisam viajar, provar conducta e identidade, nas escolas superiores e nos estabelecimentos publicos e particulares.

De conformidade com o Regulamento que baixou com o decreto n.º 331, de 12 de Junho de 1924, reorganizando o Gabinete, ficou elle incumbido da identificação obrigatoria dos presos recolhidos á Casa de Correção, das pessoas suspeitas detidas nas Delegacias de Policia, e, na parte civil, do fornecimento de documentos de identidade aos guardas da Casa de Correção, da Policia administrativa (actual Guarda Civil da capital), viajantes, candidatos a professores e á matricula nas escolas superiores, á empregados publicos e particulares, á matricula maritima, etc., além do serviço de identificação para o fornecimento de retratos e fichas para os liberandos condicionaes e para o promptuario dos alienados recolhidos ao Manicomio Judiciario, ao Hospital São Pedro e ao Serviço Anthropologico da Casa de Correção, e mais ainda o serviço de identificação de eleitores da capital. Existe ainda um serviço de promptuario dos individuos não identificados no Gabinete, cujos pedidos de informações são acompanhados de photographia e fichas. Em consequencia disto dispõe o Gabinete de um grande archivo daetyloscopico com mais de (100.000) cem mil fichas, enriquecido ainda pelos dados fornecidos, com relação a criminosos, por todos os Juizes de Comarca, Sub-Chefes de Policia e Delegados de Policia do Estado e pelas demais informações permutadas com quasi todos os gabinetes de identificação estrangeiros e todos os nacionaes, prestando assim inestimaveis serviços á Justiça Publica e á Policia Judiciaria, pois que está apto para fornecer boletins, os mais completos possiveis sobre os antecedentes dos criminosos e auxiliar tambem nas pesquisas de crimes, empregando os methodos modernos da policia scientifica.

O Gabinete de Identificação mantém intercambio com os seguintes congeneres:

**NACIONAES:** Instituto de Identificação, 4.<sup>a</sup> Delegacia Auxiliar, Departamento do Pessoal da Guerra, Departamento do Pessoal da Armada, Assistencia do Pessoal da Policia Militar (tudo do Districto Fe-

deral); Gabinete de Investigações, Filial de Jacoticabal, Filial de Santos (tudo de São Paulo); Gabinete de Investigação, Filial de Diamantina, Filial de São Sebastião de Paraizo, Filial de Uberaba (tudo de Minas Geraes); Gabinetes de Identificação de Nietheroy, Florianopolis, Recife, Curityba, São Salvador, Maceió, Manaus, Belém, Natal, João Pessoa, São Luiz do Maranhão, Victoria, Arcajú, Rio Branco e Cuyabá.

ESTRANGEIROS: Police Department of City New York (Estados Unidos da America), Scuola de Polizia Scientifica (Roma), Section d'Identification Judiciaire (Bruxelas), Posto Anthropometrico de Policia Civica (Lisbôa), Gabinete Nacional de Identificacion (Cuba), Service D'Identification Judiciaire (Paris), Division de la Policia Municipale (Bordeaux), Serviço de Identificacion Judicial (Madrid), New Scotland Yard (Londres), Gabinete de Identification (Assumpção), Leiter des Erkennungsdienst Berlin (Allemanha), Die Polizeibehörde (Hamburg-Allemanha), Oficina Central de Identificacion (Chile), Division de Investigacion (Buenos Ayres), Oficinas de Investigacion de Rosario de Santa Fé, Tostado, Santiago del Estero, Misiones, Cordoba, Tucuman, Paraná, San Cristobal, Concordia (todas da Argentina); Oficinas de Investigacion de Montevideo, San José, Artigas, Paysandú, Soarino, Salto, Canelones, Taquarembó, Colonial, Fray Bentes R. N., Mercedes del Sorino e Entre Rios (todas do Uruguay).

A casa onde se encontra installado o Gabinete é ampla, dispondo de dois andares, e de propriedade do Governo do Estado, muito embora não seja adequada para as installações, segundo as exigencias modernas.

O quadro dos funcionarios do Gabinete compõe-se de 1 director, o prof. Dr. Luiz Osorio Nogueira Flôres; 2 sub-directores, os Drs. Mozart Ferraz e Faibes Lubianca; 2 officiaes, Oscar Moncay e Ary Tubino; 3 auxiliares, Deus Vieira, Maximo dos Santos e José Brusque; 3 praticantes, Arnaldo Moura, Rodolpho Morejano Junior e Luiz Andrade; 1 photographo, Eduardo Beeker Filho; 2 ajudantes de photographo, Adalberto Rabello e Dirceu Mancio; 1 porteiro, Orlando Santos; 2 serventes, João Pedroso e José Pereira. Existem ainda e desde o ultimo serviço eleitoral intenso, 5 auxiliares provisorios.

O serviço de identificação no Rio Grande do Sul, é um dos mais antigos do Brasil, tendo sido creadas, officialmente, em 1.º de Junho de 1896, na Casa de Correção de Porto Alegre, sob a direcção do illustre professor Dr. Sebastião Leão, medico legista da policia, as Officinas de Identificação Anthropometrica, que tinha como auxiliares os snrs. Augusto Borges de Medeiros e Alarico Ribeiro, funcionarios da Chefatura de Policia.

Foi o Dr. Leão o primeiro a fazer no Brasil estudos sobre anthropologia criminal, apresentando contribuição importante a respeito, na Casa de Correção, que ficou registada em relatorio da Secretaria do Interior (anno de 1897).

Por fallecimento deste professor de medicina legal da Faculdade de Porto Alegre, assumiu os cargos por elle exercidos o professor Dr. João Pitta Pinheiro Filho, que continuou, com equal interesse, a desenvolver o serviço de identificação, até Outubro de 1904, data em que foi substituido pelo Dr. João Damasceno Ferreira.

Este medico, desde logo, entrou a ampliar o serviço de identificação, juntando aos methodos, já adoptados, o de Juan Vucetich, que é, actualmente, quasi universalmente usado, para o que se intendem directamente com esse scientista, pedindo-se-lhe as explicações e material necessario, em carta datada de Novembro de 1904, e publicada pelo proprio Vucetich, em um livro onde se encontram outros documentos, inclusive a these defendida pelo Dr. Albert Yvert, na Universidade de Lyon, intitulada "La dactyloscopie".

Finalmente, por Decreto n.º 1166, de 12 de Agosto de 1907, foi creado o Gabinete de Identificação e Estatistica Criminal, cuja inauguração verificou-se a 18 de Dezembro do mesmo anno, em uma das salas da Secretaria Geral da Chefatura de Policia.

Por esta occasião era Presidente do Estado o Dr. Antonio Augusto Borges de Medeiros, Secretario do Interior o Dr. Protasio Alves, que muito cooperaram para a installação do serviço, bem como o Desembargador Pedro Affonso Mibieli, Chefe de Policia. Foram, então, nomeados director e auxiliares, sendo seu dirigente o professor Dr. Fabio de Barros.

Logo depois da inauguração referida, este professor demittiu-se, sendo substituido pelo Dr. Candido Reis, que em 1913 foi transferido para o cargo de medico da Brigada Militar do Estado, vindo então para o Gabinete, como seu director, o autor desta noticia historica.

Melhorou e desenvolveu ahi grandemente todos os serviços a cargo desta Repartição, muito embora as dotações orçamentarias não fossem sufficientes para se executar um plano de mais perfeita organização. Contudo, em 1917, installou-se o serviço proprio de photographia, dirigido pelo photographo Eduardo Becker Filho.

Em 1914, iniciou-se no serviço clinico da Casa de Correção a identificação cadaverica, pela impressão digital, que é confrontada com a ficha dactyloscopica, collada ao livro matricula dos presos. Verificada a identidade do morto, passa-se então o attestado de obito, desentranhando-se a ficha do archivo dactyloscopico do Gabinete, a qual vai para um archivo especial.

Em 1917, por occasião da entrada do Brasil na guerra, foi creado nas 72 Delegacias de Policia do Estado, o serviço do registro de subditos allemães, fornecendo estas delegacias as respectivas carteiras de identidade. Este serviço foi suspenso em época opportuna.

Em 1918, iniciou-se a identificação dos recém-nascidos, expostos na ródá de engeitados da Santa Casa de Misericordia. Infelizmente, pouco a pouco, foi a Santa Casa esquecendo-se de solicitar a collaboração do Gabinete, o que é bastante de lamentar.

Em 1924, criou-se a carteira de identidade para serviços domesticos, embora tivesse pouca divulgação e uso.

Por decreto n.º 5580, de 10 de Maio do corrente anno, o Exmo. Snr. General Interventor Dr. Flôres da Cunha criou uma Filial do Gabinete de Identificação e Estatistica Criminal na importante cidade fronteira de Sant'Anna do Livramento.

Temos concorrido com contribuições de utilidade para a administra-

ção technica do Estado, com varios trabalhos, entre os quaes, como mais importantes, citaremos os seguintes:

Em 1914, RELATORIO apresentado á Secretaria do Interior, sobre o serviço medico e anthropologico da Casa de Correção;

em 1915, RELATORIO ás Delegacias de Policia da capital do Estado, em torno de pericias dactyloscopicas em local de crime;

em 1916, MEMORIA ao Primeiro Congresso Medico de São Paulo;

ainda em 1916, ESTUDO sobre o individuo A. O., enviado ao Gabinete pela autoridade judiciarias para sua identificação que, tomadas suas impressões digitaes immediatamente á sua detenção e de novo tiradas outras impressões em um espaço de tempo de cerca de 25 dias empós ao ferimento inciso extenso, profundo pela lesão dos differentes planos da região antero-externa do terço inferior do ante-braço esquerdo. A ferida já estava cicatrizada quando se observou que no primeiro dactylogramma esquerdo confrontado nada de anormal havia para se notar no segundo dactylogramma feito tardiamente com perturbações trophicas clinicamente apparentes. São mais tarde tomadas novas impressões digitaes que já tinham o aspecto normal, se processando assim a regeneração das linhas papillares alteradas anteriormente pela lesão do nervo radial. Este interessante caso, pela sua raridade constituiu materia de nossa comunicação verbal á Sociedade de Medicina de Porto Alegre, tendo bordado considerações a respeito;

em 1921, ESTUDO de roentgenographia da impressão digital (dedo medio direito) tirada com a mesma nitidez que obtivemos em dactylogramma pela impressão digital systema Vucelich, cuja morphologia era de uma presilha externa, estreita e pequena no caso do gigante aeromegalico de iniciaes F. A. G. Este estudo foi feito pelo methodo de Henri Bécélère, radiologista, que recentemente (1920) havia praticado o denominado de *radiographia cutanea*. Nós a executamos no anno seguinte neste caso do gigante rio-grandense e nos pareceu termos sido o primeiro a emprega-la no Brasil;

em 1928, ao Congresso Medico Municipal do Rio Grande, uma MEMORIA extensa sobre o serviço sanitario na Casa de Correção.

No corrente anno foi o Gabinete de Identificação e Estatistica Criminal do Rio Grande do Sul convidado a tomar parte no I CONGRESSO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO, que se reuniu no Rio de Janeiro e São Paulo, com uma consequente viagem de estudos á Bello-Horizonte. Indiquei, então, para representar o serviço de identificação do Estado, naquelle Congresso de identificação e policia technica, o sub-director do Gabinete, Dr. Mozart Ferraz, meu substituto legal. Aceitando esta indicação, o illustrado Chefe de Policia do Estado, Dr. Dario Crespo, o nomeou delegado do Rio Grande do Sul ao referido Congresso, onde o sub-director Mozart bem se houve, não desmerecendo a confiança que em si foi depositada.



De accordo com as resoluções tomadas no Congresso de Identificação e para fins de uniformisação do serviço de identificação no Brasil, estamos reorganizando varios serviços do nosso Gabinete, e creando outros, como o "Arquivo Mono-daetylar", num trabalho incessante e estafante mesmo.

O Gabinete de Identificação do Rio Grande do Sul dispõe de pessoal tecnico, havendo mesmo o seu director, sub-directores e photographo feito viagens de estudos e aperfeiçoamentos aos gabinetes congêneres de São Paulo, Rio, Bello-Horizonte, Buenos Ayres, Paris e Lyon.

Taes são, numa rapida exposição, as notas historicas que me propuz escrever sobre este importante ramo da administração publica, para cujo desenvolvimento tenho contado com o esforço e a boa vontade dos auxiliares que me creem.

---

## Aviso

As colunas dos „Arquivos“ estão ao dispôr dos srs. medicos, quer do Estado como de outras partes do País.

Os artigos devem ser datilografados e acompanhados do respectivo resumo e, si possivel, de conclusões.

A Redação não assume a responsabilidade dos conceitos emitidos nas colaborações.

Os autores de artigos terão direito á 5 exemplares e as „separatas“, no caso de as solicitarem, correrão por conta dos mesmos que se entenderão diretamente sobre o assunto, com a tipografia editora dos „Arquivos“.

## Glomerulo-nephrite diffusa

ou

## Glomerulo-nephrite em fôcos e hypertonia benigna?

por

Thomaz Marante

Cathedralico de Clinica Medica

As classificações nosologicas são uma necessidade do espirito humano, que sem ellas seria incapaz de se orientar no dedalo dos casos clinicos, assim como sem ellas impossivel se tornaria qualquer tentativa de systematisação scientifica. Na pratica, porém, nem sempre, na complexidade dos aspectos morbidos, na polychromia com que muita vez se nos apresentam os quadros symptomaticos, é possivel seguir á risca a eschematisação nosologica, sem forçar deducções ou torcer a verdade, pois, as formas descriptas pelos pathólogos, parecendo perfeitamente bem delimitadas, com fronteiras bem traçadas, deante da realidade objetiva, revelam a fragilidade da sua individualisação, na semelhança symptomatologica, com que, frequentemente desafiam a nossa argucia e põem á prova o nosso bom senso. Assim é que Volhard, na sua classificação das nephropathias, divide o grupo das nephrites em dois grandes sub-grupos: as glomerulo-nephrites em fôcos, benignos, em dependencia via de regra de uma infecção focal de onde partam as ondas microbianas que vão determinar metastases inflammatorias nos glomerulos, sempre parciais, isto attingindo apenas uma porção do organo e nunca a sua totalidade, e se exteriorisando principalmente pela hematuria; e as glomerulo-nephrites diffusas, tambem funcção de um processo infeccioso, mas nas quaes o rim é atacado em sua totalidade, por isso diffusas, pelos toxicos, que determinariam um estado espasmodico não só dos capillares renaes, como dos demais capillares da economia, revelando-se aos olhos do observador por uma symptomatologia mais rica, pois, além dos elementos encontrados na forma precedente, haveria ainda, a mais, hypertensão, edema e insufficiencia renal.

Nesta opposição entre a ausencia da hypertensão na glomerulo-nephrite em fôcos e a sua presença quasi constante (na creança pode não haver) na glomerulo-nephrite diffusa, põe Volhard um dos criterios mais serios de differenciação das duas formas, portanto da sua individualisa-

ção. Ha tambem para considerar a evolução, que se faria por surtos, por paroxysmos, com intervallos de relativa acalmia, na forma em fôcos, ao contrario, silenciosa ou apenas perceptivel, mas progressiva e inexoravel, na 2.<sup>a</sup> forma, quando não perfeitamente curada a sua phase aguda.

Em resumo, a seguirmos a orientação de Volhard, teriamos de fazer da presença ou ausencia da hipertensão arterial um motivo de diagnostico differencial da mais alta valia. Ora, não só a hipertensão pôde não comparecer no concerto symptomatologico da glomerulo-nephrite diffusa, embora seja isso excepeional, como podemos encontrar hipertensos que venham a se tornar portadores de uma glomerulo-nephrite em fôcos, uma vez que a hipertensão não tem de per si, capacidade de afastar as causas desta ultima, e assim simular a nephrite diffusa.

A clinica é caprichosa e muita vez parece se comprazer em zombar dos nossos conhecimentos e da nossa capacidade de raciocinio, attenuando, mascarando, invertendo e associando symptommas e signaes, de tal modo, que nos deixa embaraçados para achar o verdadeiro caminho, porque aqui não são todos que levam a Roma. Assim é que, em um mesmo individuo, pôdem estar associados e de tal maneira intrinecados os symptommas de duas entidades morbidas differentes, que, ou a difficuldades está em ver qual é a dominante, ou em afastar a hypothese de uma terceira, o que nem sempre é facil, mas sempre absolutamente necessario. No caso em apreço, por exemplo, como já foi dieto, um individuo, portador de uma hypertonia benigna, pôde, em determinadas circunstancias, em consequencia de uma angina, de uma amygdalite, de uma infeção no apice da raiz de um dente, de uma appendicite, de uma annexite, etc., fazer uma glomerulo-nephrite em fôcos, sem que por isso, se possa estabelecer a menor relação pathologica entre aquella e esta. Na verdade, o quadro assim pintado se nos apresenta nitido em seus contornos, mas, na realidade, tal se não dá, ou porque o paciente não havia sido anteriormente examinado, ou porque, pouco cuidadoso da sua saude ou incapaz de se analysar, não nos forneça os necessarios elementos á construcção diagnostica! Como fazer então? Como decifrar a esphynges sem ser por ella devorado? Sómente pelo cuidado na analyse do caso, pela minucia na anamnese, não se cansando em procurar verificar a existencia, no pasado do paciente, dos symptommas mais caracteristicos da hipertensão: dôres de cabeça, localizadas no alto e na nuca, gravativas, hemorragias, tonteiras, dormencias, zumbidos nos ouvidos, etc., em summa si a hipertensão já existia antes dos primeiros indicios da nephrite em fôcos, o que ás vezes se torna facil si tomarmos para ponto de referencia o apparecimento de um processo infeccioso, doloroso e incommodo, como a angina, p. ex., tentando despertar na memoria do doente a lembrança da coincidencia das primeiras alterações urinaarias, urinas vermelhas, turvas, etc., com o referido processo infeccioso, de modo a poder estabelecer seguramente si a hipertensão precedeu, e de quanto tempo, si coincidiu ou si foi posterior ao processo renal. A etiologia não basta, pois, pôde ser commum a ambas.

E' pensando sempre que a pathologia com os seus quadros eschematicos constitue apenas um meio e não um fim, que conseguiremos comprehender, nas entrelinhas, o sentido das phrases que constituem os diversos capitulos do grande livro da clinica medica.

Lichtwitz, tomando como symptomas cardeaes a hypertonia, o edema e a hematuria, organizou o seguinte quadro diagnostico, util, na sua simplicidade, para nos auxiliar em taes occorrencias:

Hypertonia	Edema	Hematuria			
+	+	+	Nephrite glomerular diffusa		
○	+	+	Nephrite glomerular diffusa		
+	○	+	} Nephrite glomerular diffusa	Si antes existia hypertonia, pode tratar-se:	de um infarcto do rim ou de uma glomerulo-nephrite em fôcos
+	+	○			Ou bem de uma insuficiencia cardaca ou de uma estase renal
+	○	○	Hypertonia (nephrosclerose)		
○	+	○	Nephropathia epithelial		
○	○	+	Glomerulo-nephrite em fôcos		

Discorrendo sobre o diagnostico das glomerulo-nephrites diffusas diz o mesmo auctor que as primeiras manifestações da enfermidade só são, na maior parte das vezes, observaveis, quando, como succede na escarlantina, esperadas, sendo o diagnostico facil no caso de haver augmento da pressão sanguinea, edema e hematuria.

Faltando o edema, si tambem notados não são accentuados symptomas de hydremia, o diagnostico será difficil, em todos os casos em que anteriormente já existisse hypertonia, ou naquelles em que a existencia desta fosse possivel deduzir da idade do paciente, da sua constituição ou do estado dos vasos sanguineos, pondo no exame do coração, embora con-

fesse não ser, a miude, fácil interpretar devidamente os dados deste exame, na verificação de uma hypertrophia datando de muito tempo, a base do diagnostico, a favor da hypertonia. Faltando esta, outra possibilidade, o facto de ser encontrada forte hematuria, ao mesmo tempo que existam edemas, indicará a existencia de uma glomerulo-nephrite diffusa, ao passo que a ausencia destes, sendo normaes as quantidades de urina, fará pensar na forma em fôcos. E' de notar que a ausencia da hypertensão poderá correr por conta de uma insufficiencia cardiaca, que deverá ser procurada sempre que tal se der. Por outro lado a ausencia de hematuria nem sempre pôde eliminar o diagnostico da forma diffusa, pois, poderá ser função de grave disturbio na circulação sanguinea do glomerulo, o seu reaparecimento indicando melhora e sendo companheiro do augmento da diurese, isto quando ao lado da hypertensão, houver edema de apparecimento rapido.

Por sua vez em um hypertenso antigo, sem hematuria ou com hematuria muito discreta, o apparecimento recente de edemas, fará oscillar o diagnostico entre nephrite aguda e insufficiencia cardiaca.

Passemos agora ao relato da observação que motivou estes commentarios, pela interessante associação, de uma glomerulo-nephrite em fôcos a uma hypertensão solitaria, simulando a glomerulo-nephrite diffusa.

#### Observação

O. C. F., com 37 annos, de côr branca, brasileiro, commerciante, casado, residente nesta capital. No seu passado morbido encontra-se uma febre typhoide com recahida, durando cerca de 90 dias, em 1901. Em 1918 a grippe epidemica, forma grave, com colapso cardiaco. Nega toda e qualquer doença venerea. E' de habitos morigerados, não usa alcool, nem fuma. Os seus antecedentes morbidos hereditarios e familiares são dignos de nota: o pae falleceu ainda moço, com 49 annos de idade, de angor pectoris, após 7 annos de ininterrupta *albuminuria*; a mãe, aos 56 annos, de uremia, após 2 operações por uma affecção renal muito dolorosa, provavelmente calculose, era *diabetica*. Tem um irmão gosando saude. Um tio, unico irmão do pae, *diabetico*. Esposa forte; não ha filhos, nem abortos.

Em Maio de 1930, em plena saude apparente, começou de ter pequenas hemorragias nasaes, ás quaes não ligou maior importancia. A 24 de Junho, ou melhor na noite de 24 para 25 desse mez, a epistaxe foi muito intensa, obrigando-o a chamar um medico que fez tamponagem e uma injeccção de um sôro anti-hemorrhagico, tendo verificado haver accentuada hypertensão arterial, Mx. 20—22, Mn. 11—12. Nessa data foram feitos os seguintes exames complementares:

Sangue (27 de Junho):	Leucocytos	— —	15.312 mm <sup>3</sup>
	Hematias	— —	7.040.000 mm <sup>3</sup>
	Thromboeytos	—	256.250 mm <sup>3</sup>
	Hemoglobina	—	85%
	Uréa	—	0,545‰

Formula leucocytaria — Polynucleares neutrophilos	—	73,2%
“ eosinophilos	—	1,8%
“ basophilos	—	0,4%
Monocyctos	—	3,8%
Lymphocyctos	—	20,4%
Formas transição	—	0,4%
Hematias normaes.		

Havia, pois, reacção hematopoietica traduzindo-se por elevação do numero de hematias e leucocyctos, com polynucleose, aliás, já esboçada, quanto á leucocytose em um anterior exame, feito a 8 de Maio:

Leucocyctos	—	10.200 mm <sup>3</sup>
Hematias	—	4.980.00 mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	—	89 (Sabli)

O exame de urina revelou a existencia de glycosuria, a 2,gr35%, e nada mais.

A 28 de Julho já estava modificado o resultado da contagem dos elementos figurados do sangue, havendo nitida diminuição dos mesmos:

Leucocyctos	—	9.200 mm <sup>3</sup>
Hematias	—	5.740.00 mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	—	96% (Sabli)

A tendencia á normalisação se foi accentuando e a 30 de Setembro havia:

Leucocyctos	—	6.100 mm <sup>3</sup>
Hematias	—	5.670.000 mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	—	94% (Sabli)

Nunca mais foram observadas epistaxes, mas, a tensão arterial continuava elevada, sem, contudo, trazer-lhe maior incommodo. Em Maio de 33, 3 annos, portanto, após a verificação da hypertensão, no decorrer de leve grippe, notou que as urinas se haviam modificado em seu aspecto e quantidade, tornando-se escuras e escassas, tendo o respectivo exame dado o seguinte resultado: Densidade — 1.021.2 — pH. 5.6 — grande quantidade de albumina, traços leves de pyina, presença de sangue e de hemoglobina, excesso de escatol. diversos crystaes de oxalato de calcio, varios cylindros hyalinos, granuloses, hematicos e mixtos, numerosissimas hematias, poucos pyocitos e algumas cellulas epitheliaes pavimentosas. Feito pelo collega que o assistia, Dr. Fayet, o diagnostico de nephrite aguda hemorragica em fôcos, foi-lhe indicada dieta de leite, fructos secos e compotas, assim como ordenado completo repouso no leito, applicação de faixas quentes e ventosas na região lombar. E' de notar que havia febre, porém, moderada. Após 5 semanas de tratamento, como o ultimo exame de urina indicasse melhora, foi levado a um especialista, o docente Ivo Barbedo, que verificou estarem as amygdalas septicas e iniciou a destruição das mesmas pela fulguração, assim como foi examinado,

quanto ao estado dos dentes, pelo dentista Dr. Campani, que encontrou dois em más condições, sendo que um estava com a raiz infectada, tendo sido ambos extrahidos. As urinas foram melhorando progressivamente, sendo que em Outubro apenas continham traços leves de albumina, rarissimos cylindros mixtos e alguns pyocetos. Na verdade não podemos dizer que se tratasse, então, de albuminuria residual, pois, que havia tambem cylindruria indicando o processo não estar extinto, mas, sim, em actividade, embora muito reduzida. A tensão arterial manteve-se sempre entre 20—22 de Mx e 11—10 de Mn. Tendo voltado ás suas occupações, após, uma cura Irahya, onde passou relativamente bem, em Dezembro do mesmo anno, após leve resfriado, novamente as urinas se tornaram escassas e escuras e o quadro urinario se reproduziu com o mesmo aspecto que apresentára em Maio. Foi então feita a curva glycemia que resultou prolongada, tendo em jejum leve augmento da glycemia 1,367% e 2 horas após a ingestão de 50 gr. de glicose estando ainda acima da taxa inicial, 1,960% havendo glycosuria de 9gr130.

Havia, pois, imperfeição no metabolismo hydrocarbonado. Tentada a therapeutica pela insulina, foi mal supportada. Por essa epocha tambem foi feita a prova da agua de Volhard, que resultou irregular, no dia de 2 litros, urinou 1,680 cc, a densidade, verificada pelo proprio paciente, vindo a 1008, o que é pouco e no dia de 500 grs., prova da concentração, subindo a 760 cc, com densidade de 1010 cc, parecendo haver melhor eliminção com a diminuição dos liquidos. Como, porém, a prova foi feita em Dezembro, mez muito quente e como a sua technica não parecesse perfeitamente correcta, ficam os seus resultados sob caução, tanto mais que, posteriores exames não confirmaram as suas conclusões. O exame bacteriologico da urina, inclusive inoculação no cobaio, foi negativo. Após prolongado tratamento, passando bem, sem se sentir cansado ou enfraquecido, sem dôres, mas, com a sua hypertensão e sempre com traços leves de albumina e algumas hematias na urina, voltou á sua vida habitual, quando, a 15 de Novembro p. p. (1934), após leves disturbios gastricos se traduzindo por sensação de picadas no estomago (sic) que cederam ao uso do elixir paregorico, teve fortes dôres de cabeça que o obrigaram a tomar  $\frac{1}{2}$  comprimido de aspirina, com o que se sentiu alliviado, mas, notou, que pela terecira vez, as urinas tomavam o aspecto d'elle já conhecido, o já apresentado em Maio de 33. Nessa occasião fui convidado a examinal-o. Tratava-se de um senhor ainda novo, bem nutrido, embora já tivesse perdido com os regimes a que se vem submettendo, parte de sua gordura, que, aliás, era excessiva, face côrada, robucunda, nariz e maçãs avermelhadas por accentuado desenvolvimento venoso, pesçoço grosso e curto, biotipo brevilineo esthenico, plethorico. Altura 1,83 — peso 84 kg. Pelle de aspecto normal, ausencia de edemas. Pulso regular, batendo 78 vezes por minuto, tensão Mx de 21 e Mn de 11, arterias elasticas. O ictus cordis no 4.º espaço, na altura da linha hemiclavicular E, pouco perceptivel, nota-se hyperphonese da 2.ª bulha no fôco aortico. Apparelho respiratorio normal. Dentes bem conserdos, faltam 2 que foram extrahidos, lingua levemente saburrosa, humida; amygdalas quasi totalmente destruidas, apenas se nota, entre os pilares, algumas granulações, de côr avermelhada, véo e pilares leve-

mente injectados, assim como a parede posterior da pharynge; ventre normal, não percebe augmento do figado, nem do baço. Não ha dôr á palpação da região lombar, nem é esta despertada pela pressão nos pontos renaes e uretraes. Reflexos e sensibilidade normaes. Foram feitos os seguintes exames complementares: Urina — Dnsidade 1.018,7 — pH 5,2 albumina — traços nitidos; pyina — traços levissimos; sangue — idem; não ha hemoglobina livre, excesso de escatol, alguns crystaes de oxalato de calcio, rarissimos cylindros hyalinos, granulosos e mixtos, regular numero de hematias e bacterias, diversos pyocitos e cellulas epitheliaes pavimentosas.

#### Sangue:

Hematias	4.940.000 mm <sup>3</sup>	Tempo de sangria—1 minuto 30"
Leucocytos	14.200 mm <sup>3</sup>	Tempo de coagulação—4 min." 30"
Hemoglobina	81% (Sahli)	
Polynucleares neutrophilos	—	75%
" eosinophilos	—	0,4%
" labrocytos	—	0,6%
Formas de transição	—	1,8%
Grandes mononucleares	—	5,2%
Macrolymphocytos	—	5,6%
Microlymphocitos	—	11,4%

(Lab. Pereira F.<sup>o</sup>).

#### Dosagens chimicas

Chloretos	— 5 grs 850 ‰
Uréa	— 0,323 ‰
Creatinina	— 1 milligr, 3%
Saes de calcio	— 8 milligr, 0%
Cholesterina	— 1 gr 68 ‰
Glycose	— 1 gr 10 ‰

Havia, pois, moderada leucocytose com polynucleose, integridade funcional renal, evidente nas taxas normaes supra-citadas, albuminuria, hematuria, cylindruria, hypertensão arterial, ausencia de edemas. Procurei então verificar a capacidade de eliminação para a agua, aproveitando uns dias bem frescos que então fizeram e, como não fosse possível fazer tomar um litro e meio de agua em meia hora, dosei exactamente o total dos liquidos ingeridos nas 24 horas, em repouso no leito e medi, dor dias consecutivos, a quantidade de urina emittida, verificando um balanço perfeito, ingeria um litro de liquidos e eliminava um litro de urina. Com esses elementos, levando em linha de conta as



## Homenagem



Dr. Gabino da Fonseca  
Presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

informações claras e precisas do paciente quanto á descoberta da hipertensão arterial 3 annos antes do apparecimento dos disturbios urina-rios, o facto deste surgirem após uma grippe, o primeiro, um leve refriado o segundo, perturbações gastricas mal definidas o terceiro, em antigo portador de fôcos infecciosos a evolução por surtos, com intervallos de relativa acalmia, a ausencia de edema, confirmando a opinião dos collegas que me haviam precedido, firmei o diagnostico de: glomerulo-nephrite em fôcos forma hemorragia e hypertonia benigna, tendencia a disturbios do metabolismo hydrocarbonado, evidente nos exames feitos eb 1933. As considerações anteriormente feitas explicam este diagnostico e porque foi afastada a glomerulo-nephrite difflsa, em sua phase aguda. Com esse diagnostico, tambem clareou-se o prognostico, sabida a benignidade desta fórmula de nephrite, acho mesmo que serão, talvez, os ultimos estertores do mal, como sóe acontecer, durante algum tempo após a eliminação dos fôcos infecciosos, sendo até possivel observar aggravação nos primeiros tempos, o que leva a indicar só tentar uma intervenção cirurgica, como a extirpação das amygdalas, attenuada a phase aguda da glomerulo-nephrite.

## Excepcional e longo jejum do *Ornithodoros brasiliensis* Aragão, 1923

R. di Primio

Docente e Chefe de Laboratorio de Parasitologia.

### *Pesquisas anteriores*

As observações que venho fazendo sobre o *Ornithodoros brasiliensis* (Fig. 1), especie descripta em 1923 por H. Beaurepaire Aragão, insigne Mestre do Instituto Oswaldo Cruz, datam do inicio de 1931, quando realizei uma excursão de estudos em companhia do eminente scientista Cesar Pinto, ao municipio de São Francisco de Paula.

Com este autor, publiquei, em Julho de 1931, um trabalho sobre essas pesquisas, realizadas "in loco", sobrelevando notar as que se referem á invasão destes carrapatos naquelle municipio, em epoca relativamente recente; ao habito; ás ulceras resultantes das picadas destes arachnideos acompanhadas de symptomas locaes e geraes e outras singularidades, que constituíram novas contribuições para a biologia desses arthropodes.

Em 1933, na Revista dos Cursos da Faculdade de Medicina de Porto Alegre, publiquei o trabalho intitulado: *Longevidades, jejum e outras particularidades do Ornithodoros brasiliensis* Aragão 1923, assignalando, então, além das experiencias e observações effectuadas, sobretudo relativas á hygroscopia, phototropismo, geotropismo, duração das sucções, voracidades ou sofreguidão quando presentem a approximação de qualquer animal, para o qual se dirigem na expectativa do desejado repasto, os edemas e ecchymoses locaes, produzidos no rato e cobaya nas condições experimentaes e a indifferença quanto á predilecção horaria para sucção nas condições excepcionaes de captividade e jejum; assignalei, em fim, o longo jejum que naquella epoca chegava a dois annos e seis mezes.

Ultimamente, ao completar tres annos e seis mezes, em 31 de Agosto de 1934, fiz uma communicação á Sociedade de Medicina de Porto Alegre sobre o mesmo assumpto.

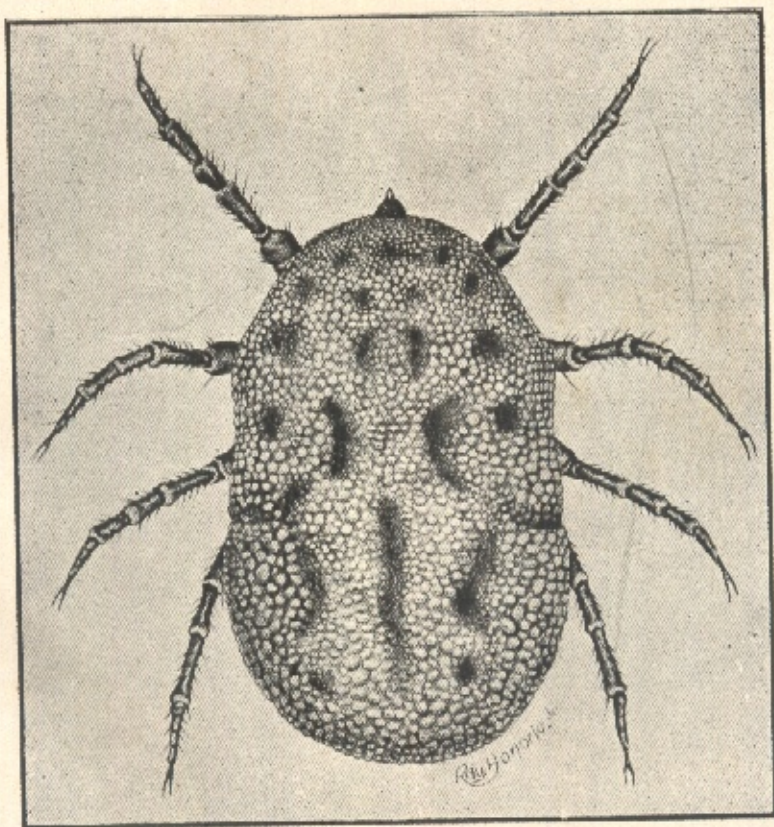


Fig. 1

Face dorsal da fêmea de *Ornithodoros brasiliensis* Aragão, 1928

Segundo C. Pinto e R. di Primio



Dr. R. di Primio, phot, 1931

Fig. 2

Lesões produzidas pela picada do *Ornithodoros brasiliensis* ("carrapato do chão" ou "bicho mouro"). Município de S. Francisco de Paula, Estado do Rio Gr. do Sul.

Segundo C. Pinto e R. di Primio

*Importancia da presença do ORNITHODORUS BRASILIENSIS*

Si estes parasitos, já offerecem interesse, sob o ponto de vista clinico, pelas ulceras que eventualmente podem produzir, de evolução torpida com repercussão local e geral e outros caracteristicos (Fig. 2) e si ficar demonstrado — o que terá grande valor — poderem os *Ornithodoros brasiliensis* — transmittir ou vehicular as febres recorrentes, já existentes no continente sul americano, então, ao interesse acima citado, outro de ordem epidemiologica duplicará a importancia desta especie.

Com os meios de comunicação cada vez mais rapidos, facil é imaginar a facilidade de disseminação de doenças transmissiveis em regiões que, por condições mesologicas especiaes, apresentam factores propicios para sua facil radicação ou vida mais ou menos estavel dos respectivos vectores.

As que mais particularmente nos interessam no caso, são as febres recorrentes já existentes na America, onde a "febre dos carrapatos" é produzida pelo *Treponema venezuelenses* Brumpt, 1921, ou agente etiológico desta espirochetose na Colombia, Venezuela e no Panamá.

*Conclusões actuaes*

Apesar de continuar na observação das particularidades biologicas referidas, e, o que constitue a base essencial deste trabalho, **na do prolongado e excepcional jejum, facto inedito para o *Ornithodoros brasiliensis*, que até este momento attinge a tres annos e nove mezes, achei curioso e opportuno assignalar desde já os resultados que obtive.**

A observação attenta e persistente sobre os exemplares desta especie, que inicialmente foram divididos em grupos, uns não alimentados, outros alimentados periodicamente, permittirá a determinação não só do jejum como do limite maximo de vida do *Ornithodoros brasiliensis* nas condições anormaes da captividade.

## Cornos humanos

### Uma observação

por

Heitor Silveira

Os deuses da mitologia traziam cornos, como sinal de potestade. De monstruosidade, porém, é a significação dos cornos que a Natureza, na época contemporânea e de longe em longe, faz brotar na raça humana.

Próximo à hidrópolis de Iraí vive uma mulher, de 70 anos de idade, chamada Leopoldina Bonhold (tenho autorização para declarar esse nome), natural de S. Leopoldo, neste Estado, viúva, portadora de enorme corno implantado na região temporal esquerda, a 9 cms. para cima do conduto auditivo externo, segundo uma linha vertical passando pelo mesmo, e a 2 cms. para a frente dessa linha, na altura citada.

A implantação se faz no tecido celular subcutâneo e não tem ligação com o osso subjacente, podendo sobre este deslizar, em qualquer sentido, num raio de um centímetro mais ou menos. A pele sobe pelo corno, formando um manguito circular, com altura de 8 cms. na face externa e menor na interna. A extremidade implantada, lisa, arredondada, semelha uma superfície articular. De consistência córnea, achatado lateralmente, apresenta uma face externa e outra interna, um bordo anterior e outro posterior, ambos rombos. Em toda a sua extensão, tanto na face externa como na interna, que são levemente estriadas no sentido perpendicular, corre uma ranhura longitudinal e mediana, com profundidade e largura de um milímetro, mais ou menos.

O corno, de cor cinzenta opaca, se dirige inicialmente para baixo e para traz e curva-se em seguida para dentro, para traz e para cima, de tal maneira que a face interna se torna externa. Segue o tipo de incurvação dos chifres de carneiro, com os quais aliás muito se assemelha.

A ponta distal se tem quebrado repetidas vezes. O comprimento do corno é de 14 cms.; no meio do chifre a circunferência mede 4 cms., a largura 1,50 cm. e a espessura 8 mms. Tem 12 gramas de peso.

No lado direito do crânio, em ponto simétrico, existe um pequeno tumor com a sintomatologia dos cistos sebáceos.

Nos antecedentes pessoais de d. Leopoldina nada justifica a excrescência córnea. Não ha casos semelhantes em sua familia, que é enorme, principalmente a descendência.

O corno apareceu ha 8 anos, e durante 5 ficou como atualmente está o tumor do lado direito, mas sem traumatismo nem causa externa de que a paciente se recorde começou a crescer, e nestes 3 últimos anos atingiu as atuais dimensões.

Indolor, provoca crises passageiras de dor, quando de qualquer forma traumatizada fica a zona de implantação ou quando o cabelo, enlean-

do-se no chifre, o puxa de muito para um ou outro lado. Para evitar o aparecimento da dor, d. Leopoldina não se deita em posição lateral esquerda.

A princípio dissemos que os deuses mitológicos traziam cornos, como símbolo de poderio e de força. Dois chifres abrangendo um globo luminoso, tal era a representação dos deuses solares gregos. Isis, a deusa mais popular no culto público, era representada com dois cornos de vaca, símbolo da maternidade.

Da mesma fôrma, Baal, o deus supremo da mitologia fenícia, o ser único e universal de cuja substância emanava o mundo material, o "deus por excelência", o "ser absoluto", Baal também se apresentava com cornos, de carneiro ou de touro. Júpiter Ammon é figurado ás vezes com um círculo sobre a cabeça, á maneira egípcia, e cornos de carneiro, recurvos para traz. Termo fenício, Ammon significa calor ardente, e os cornos de Júpiter representam os raios solares.

Certas bíblias antigas mostram êsses índices luminosos sobre a cabeça de Deus.

O homem, em todos os povos, em todos os tempos e em todas as religiões, deu fé á crença em espíritos dotados de poder superior, coexistentes e geralmente contrários ao poder da entidade suprema ou creadora das coisas. Refiro-me aos demônios, que sempre e por toda parte são representados com um par de cornos. E não são poucos os demônios, pois os anjos que pecaram, segundo a opinião mais comum entre os teólogos, correspondem ao terço dos anjos, conforme as palavras do Apocalípse, quando se refere á batalha do céu: "o dragão arrastou consigo a terça parte das estrelas".

Ainda, segundo as lendas mitológicas, cita-se que Hercules, vencedor de Aqueleu, arrancou a êste o corno e o deu ás ninfas que o encheram de frutas e de flores. Júpiter, satisfeito, comunicou a êsse corno o poder maravilhoso de nunca esvaziar-se, e assim se formou a cornucópia, símbolo da fartura e da fecundidade do solo.

Baco, a cujo nome os gregos associavam ideia de inspiração e de furor orgíaco, aparece ora sob a forma de um deus eternamente jovem, quasi desnudo, rodeado de sátiros, de ninfas e de crianças aladas com formas afeminadas ou hermafroditas, ora aparece sob feição mística, barbudo e de cornos, emblema da potência do vinho.

Diz a mitologia que Pan nasceu monstruoso, com o corpo coberto de pelos, pés de carneiro e cornos na fronte. Apenas vindo ao mundo, começou a brincar e a dar gritos de alegria, que ressoaram pelas montanhas. Sua mãe assustada fugiu, mas Mercúrio o recolheu e o levou ao Olimpo, onde os imortais se regosijaram ao vê-lo.

Mas aos poucos os cornos vão perdendo o prestígio divino. Deuses secundários já os usam. Assim, os sátiros e os faunos, que em turba inquieta povoam os bosques sagrados, em eterna perseguição ás ninfas, representando os poderes vitais da natureza, na plenitude de seu vigor.

Miguel Angelo esculpiu o seu grande Moisés com cornos e barba imensamente crescida, para indicar no mais alto gráu a soberania das Taboas da Lei.



Entretanto, com o imperador Andronius, os cornos perdem definitivamente seu significado de divindade, e passam a representar o triste e irrisório estado moral do cônjuge enganado pela prevaricação do outro.

Na espécie humana são pouco numerosos os casos de cornos assinalados por médicos e curiosos. Para ilustrar o de dona Leopoldina, transcrevo a seguir os mais célebres da literatura mundial, citados pelo doutor Houssay, na *Pro-Medico* (n. 1 de 1934).



Nos homens, nem só na cabeça crescem chifres, mas em qualquer parte do corpo, e se apresentam ora curtos ou longos, ora retos ou curvos. Appien relata a história de um monstro nascido na Grécia, no ano 40 antes de Cristo, que era a imagem do demônio: tinha dois cornos de bode, rictus de cão, asas de morcego, cauda de vaca e pés de passaro.

Em 1.223, na cidade de Radstadt, nos estepes nórdicas, região denominada Taurus, nasceu uma criança cornuda. Mas, segundo Lycos-

thenes, não foi essa a única originalidade, pois que vagidos foram ouvidos 14 dias antes do nascimento.

Marco Polo, o nobre viajante de Venesa, conta no "Livro das Maravilhas", que encontrou homens cornudos na Asia Central e, num documento do século XIII, Jehan, "Rei Todo Poderoso de Todos os Países Cristãos" diz ao imperador de Roma, ao rei de França e aos seus amigos, entre outras menções de maravilhas e tesouros de seus Estados, que "em uma parte de suas terras, no deserto, vive uma espécie de homens com cornos e com um olho adiante e tres a quatro atraz e que ha mulheres semelhantes aos homens".

No burgo de Damenwald, próximo a Wistock, a mulher de um lavrador deu á luz uma criança com cabeça cornuda, olhos proeminentes, boca larga, sem pescoço e braços fixados nas ancas.

Gauthier e Rubeaquense falam de uma criança, nascida de pais nobres mas de horrivel aspecto: os olhos lançavam chamas, as narinas eram como as de boi, dois cornos no alto da cabeça, corpo erigido de pelos, caras de macaco no lugar das mamas, longa cauda. Essa criança viveu quatro horas.

Em Quiero, perto de Turim, segundo Paré, veiu ao mundo uma criança que tinha na cabeça cinco cornos semelhantes aos de carneiro e um apêndice carnudo que lhe caía ao longo do dorso, como uma capa de mulher. Os lábios eram do formato de bico de ave de rapina. Diz-se que deu tão estranho e tão alto grito ao nascer, que as parteiras se amedrontaram e as outras mulheres, que as ajudavam, fugiram de medo.

Outro monstro nasceu em Walterfordorf, perto de Friburgo. Martin Luter assim o descreve: tinha quatro pés de boi, olhos, boca e focinho de vitela, e uma massa de carne vermelha no ápice da cabeça. Além disso, uma fronte horrivel com dois chifres de carneiro.

Os cornos podem aparecer em qualquer parte do corpo: rosto, mãos, glande etc. Aldrovandí menciona uma criança com uma espada no ventre. Essa espada era um corno que nascia do umbigo. No mesmo sentido, Marcus Erytschius fala de uma criança, nascida na França, ao tempo de Carlos V, "com uma ponta de faca saindo dos flancos". O monstro de Ravene, no século XVI, apresentava na testa um corno único, recurvado para traz.

Ainda ha mais exemplos. Assim a Henrique IV foi apresentado um camponez com um corno de carneiro no lado direito da fronte. Quando o cornudo morreu, algum maldoso escreveu-lhe o seguinte epitafio:

Dans ce petit endroit à part,  
 Gît un très singulier cornard,  
 Car, il le fut, sans avoir femme.  
 Passant, priez Dieu pour son âme!

Ha também monstruosidades femininas. A bela Maria Davys trouxe alarmada a cidade e a corte do bom rei Henrique, que aliás mostrou não pequeno interesse por aquelas aberrações ectodermicas... Possuía Maria Davys dois cornos regulares que, mergulhados em vasta cabelleira, emprestavam uma particular malícia á fisionomia bonita e atraente

da jovem. Uma cunhada, cornuda também, arranjou as coisas de maneira a tirar do infortúnio motivos de estética relativa. Mistress Allen de Leicestershire, assim se chamava ela, evitou prudentemente que lhe tirassem os cornos; conservou-os como ornamento original... á curiosidade masculina. A história amorosa do tempo resa que Mistress Allen não se arrependeu, porque os corninhos lhe foram motivo de íntimas alegrias, durante uma longa vida, passada entre jardins floridos e fina galanteria.

Menos alegre foi a existência de Margarida Mainers, mulher de um pobre homem de Purmerent, na Holanda. Em conseqüência das tristezas que curtiu, assistindo a vida depravada de um seu filho, Margarida viu crescer em sua têmpora direita um corno que atingiu 12 dedos transversos de comprimento; ela o fazia voltar-se para cima da cabeça e o escondia com uma fita.

Finalmente, cita-se na época contemporânea, a viuva Dimanche, na França, cujo corno frontal, largamente implantado, desce a principio, recurva-se ao meio da face e segue depois para frente, ficando a ponta abaixo do mento.

O caso de dona Leopoldina aproxima-se muito ao de Couilland: num velho de 70 anos de idade, no espaço de 3 anos, cresceu um corno de 14 cms. na região esterno-clavicular. Também notavel é o descrito por Smirnoff: Numa donzela, de 17 anos, desenvolveram-se cornos em toda a região cutânea.

Eis, senhores, o que me ocorreu contar-vos a respeito da felizmente rara afecção de dona Leopoldina Bonhold.

#### TRATAMENTO MODERNO DA EPILEPSIA

Baseado no estudo do equilíbrio  
ácido-básico no epileptico

## Anepon

Approved pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, sob o numero 751,  
de 6 de Agosto de 1933

Experimentado no Hospital Nacional de Alzados e no Instituto Oswaldo Cruz, no  
Laboratório de Química do professor  
Carcino Felipe

O ANEPON é fabricado no  
LABORATORIO MEDICO BRASILEIRO  
Distribuidores: FARMACIA LUCAS & CIA - CP 2082 - Rio de Janeiro



# Sociedade Medicina

## Atas

Ata da sessão realizada em 9 de Novembro de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico.

Os trabalhos são presididos pelo Dr. Gabino da Fonseca, com a presença dos seguintes socios: Drs. Salvador Gonzales, Valdemar Niemeyer, Bruno Marsiaj, Antero Sarmiento, Luiz Barata, Benjamin Galanternick, Aragon, Eifler, Homero Fleck, Pedro Mota, Montano Difini, Guerra Blessmann, Jaci Monteiro, Pedro Pereira, Carlos Hofmeister, Loforte Gonçalves, Helio Medeiros, Vieira da Cunha, Plinio Gama e Huberto Wallau.

Ao dar inicio á sessão as primeiras palavras do sr. Presidente foram de saudação ao eminente prof. Barros Lima, óra em nosso meio. Lida a ata da sessão anterior ela não sofre emendas.

Passando-se á votação de novos socios, é aceito por unanimidade o dr. Benjamin Galanternick, como socio efetivo.

Por proposta do prof. Blessmann é prestada uma homenagem á memoria dos profs. Carlos Chagas e Alves Lima recentemente falecidos. Os presentes conservam-se de pé, por espaço de um minuto em absoluto silencio e a seguir o dr. Gonzales pede que seja lançado em ata um voto de pesar pelo desaparecimento de tão eminentes representantes da medicina nacional.

Mais uma vez o dr. Gabino presta significativa homenagem ao prof. Barros Lima, catedratico de clinica cirurgica infantil e ortopedia da Faculdade de Recife e dá-lhe a palavra para iniciar sua conferencia intitulada: "Arthrodesees extra-articulares nas coxalgias". O illustre conferencista prende a atenção da casa por espaço de tempo superior a uma hora.

Os Drs. Guerra Blessmann, Florencio Igartua e Jaci Monteiro fazem comentarios elogiosos em torno do trabalho do prof. Barros Lima.

Antes de encerrar a sessão o Dr. Gabino da Fonseca marca a proxima ordem do dia "Classificação das nefroptaias" pelo prof. Tomaz Mariani:

Porto Alegre, 9 de Novembro de 1934.

*Dr. Helmuth Weinmann* — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada em 16 de Novembro de 1934, em uma sala do Sindicato Medico.

A sessão é aberta pelo dr. Gabino da Fonseca com a presença dos seguintes socios: Drs. Mario Bernd, Norberto Pêgas, Luiz Faiet, Benjamim Galanternick, Tomaz Mariante, Norman Sefton, Antero Sarmiento, Kanan, Helio Medeiros e Florencio Igartua.

A' ata da sessão anterior não são apresentadas emendas.

A seguir o presidente dá a palavra ao Dr. Tomaz Mariante que continua a leitura do seu belo trabalho, iniciado em sessão anterior: — conceito atual das nefropatias. Mais uma vês o ilustre conferencista explana com eficiencia o assunto que ora estuda, repleto de interessantes observações. Ao terminar sua conferencia o prof. Mariante é saudado com uma salva de palmas.

Mais adiante o prof. Tomaz cita dois casos de parotidite em que a complicação testicular se apresentou com o maximo de intensidade, contrastando com a reação quasi nula para o lado da parotida.

O dr. Helio Medeiros apresenta duas observações nas quais a orquite precedeu a localização parotidiana; o dr. Helio faz restrições á classica questão de complicação testicular da parotidite.

O dr. Igartua se refere a um caso de parotidite que terminou por um processo meningético pelo pneumococco.

Dado o adiantado da hora o presidente encerra a sessão.

Porto Alegre, 16 de Novembro de 1934.

*Dr. Helmuth Weinmann* — 1.º secretario.

Ata da sessão realizada no dia 23 de Novembro de 1934, numa das salas do Sindicato Medico.

A sessão é presidida pelo dr. Gabino da Fonseca. Acham-se presentes os seguintes socios: Drs. Mario Bernd, Norberto Pêgas, Faiet, Salvador Gonzales, Eifler, Homero Jobim, Melio Medeiros, Alvaro Barcelos Ferreira, Norman Sefton e Leonidas de Escobar.

A ata da sessão anterior não sofre emendas.

Toma a palavra o Dr. Mario Bernd para referir-se a uma prova quimica, cuja tecnica descreve, para o diagnostico diferencial de exsudatos e transudatos. Sollicita aos colegas que lhe sejam enviados ao serviço do Instituto Osvlado Cruz casos, afim de estudar a precisão da prova. São emitidas considerações a respeito pelos drs. Norman Sefton e Luiz Faiet.

Mais adiante o Dr. Mario Bernd refere-se ao isolamento da vitamina A.

O dr. Salvador Gonzales faz referencias á perturbações de ordem psiquicas e para as quais não encontra explicação satisfatoria, nos casos de carotenemia.

O dr. Mario Bernd faz considerações em torno da relação entre o caroteno e gestação.

O dr. Salvador Gonzales bórda comentarios em torno das frequentes discordancias observadas entre a radiologia, clinica e cirurgia. Refere-se a uma serie de casos neste sentido. Emite sua opinião o dr. Norberto Pêgas.

Nesta ordem de considerações o dr. Gabino da Fonseca cita um interessante caso em que a radiologia revelou a presença de calculos na vesicula a ponto de enumerar-lhe o numero. Feita a abertura do ventre nota que a paciente é portadora de periduodenite com ausencia absoluta de calculos.

Em seguida o presidente encerra os trabalhos.

Porto Alegre, 23 de Novembro de 1934.

*Dr. Helmut Weinmann* — 1.º secretario.

## O melhor Tônico é a Phospho-Calcina-Iodada

PRESCRIPTA DIARIAMENTE PELOS MAIS  
NOTAVEIS MEDICOS

O SEU VALOR THERAPEUTICO SE IMPÕE PELO SEGUINTE:

- 1.º — Não contém fluoretos (discalcificantes).
- 2.º — Não contém phosphatos acidos (assimilação nulla);
- 3.º — Não contém phosphato monocalcico e phosphato bicalcico (fraca assimilação);
- 4.º — Não contém glycerophosphatos (assimilação 18%);
- 5.º — Na sua confecção entram como elementos principais os HYPOPHOSPHATOS de calcio e de sodio e o IODO combinado em forma organica, componentes estes possuidores de um poder absoluto de assimilação (90%);
- 6.º — Não contém alcool, não produz iodismo, augmenta o numero de globulos sanguineos e restitue as forças, tornando-se um grande agente de estimulação nutritiva e de renovação sanguinea, e
- 7.º — E' o tônico que possui maior numero de valiosos attestados de illustrados clinicos (vide documentos annexos ao vidro).

Para obter amostra queira dirigir-se ao:

Laboratorio da PHOSPHOCALCINA - Rua Senador Feijó 22  
CAIXA POSTAL 1578 — S. PAULO

Nas perdas sanguineas irregulares  
Nos casos de aborto  
Em todos os casos de prenhes

## **Luteal**

Caixas de 8 empolas.

Peçam amostras e literatura á

**Black & Cia.**

Caixa Postal 891 — Porto Alegre

Representantes para todo o Brasil:

Zapparoli & Serena, Ltda.

São Paulo

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

## **Ovarial**

Empolas e gotas

Peçam amostras e literatura á

**BLACK & CIA.**

Caixa Postal 891 — Porto Alegre

Representantes para todo o Brasil

**Zapparoli & Serena, Ltda.**

São Paulo

## Trabalhos originaes

---

### Tração ao fio no tratamento das fraturas do femur em creanças

por

Barros Lima

Prof. titular de Clínica Cirurgica Infantil e Ortopedica na Faculdade de Medicina de Recife.

No femur de creanças as fraturas oferecem, á consideração dos cirurgiões, problemas semelhantes ás dos adultos, pelo menos no que diz respeito ás suas localizações diafisarias.

Estudando o assunto em creanças exclusivamente, o fazemos sobretudo porque nelas é que temos mais habitualmente empregado o methodo a discutir, porque nos Serviços de Cirurgia Infantil, é que, por motivos que nos não parecem razoaveis e que procuraremos revêr comvoseo, os metodos de tração directa no esqueleto tem tido menos aceitação.

---

Embora a afirmativa de René Bloch de que no tratamento das fraturas do femur em creanças, gesso e extensão continua dão resultados equivalentes, a maioria dos que tem tido oportunidade de tratá-las entende de outro modo, preferindo a extensão.

O proprio Bloch firmou o seu trabalho em casos observados na clinica de Broca, tratados todos pela extensão continua, na qual enxergou aliás mais vantagens por ser difficil manter o asseio de aparelhos gessados.



Connell, porém, não só estes meritos enxerga de interessante estudo em que lhe foi possível comparar resultados colhidos em varias clinicas por uns e outros notados, concluiu que nos casos tratados por suspensão e extensão, a cura é bem melhor que nos em que só aparelhos gessados foram utilizados.

Em estatística do seu serviço, revendo resultados alcançados, pode comprovar que em 24 casos tratados com aparelhos gessados, 20 com aparelhos gessados e extensão e 42 com suspensão e extensão, teve reprodução do desvio após a redução em 6 doentes do 1.º grupo, 2 do segundo e nenhum do terceiro, numa percentagem de 25%, 8,33% e 0% respectivamente.

Esta comprovação, aproximada da que permitiu a apreciação dos encurtamentos observados após cura da lesão ossea, dando para os casos do primeiro grupo, tratados pelos aparelhos gessados exclusivamente, 15 centímetros de encurtamento em 10 dos 24 doentes medicados, para os do segundo grupo, cuidados por extensão, (aparelho gessado, 4,4 centímetros em 4 dos 20 femurs fraturados e para os do terceiro, curados por extensão e suspensão, 3,75 centímetros em 4 das 42 creanças observadas, numa percentagem de 0,625 para cada femur da primeira serie, 0,22 para a segunda, e 0,09 para a terceira, permite assegurar que os aparelhos gessados, aplicados á cura de fraturas do femur nas creanças, não podem suportar paralelo com os metodos que asseguram redução e contenção pela extensão continuamente aplicada á região lesada.

E' o opinar da grande maioria dos que exercem a cirurgia infantil.

Associada á suspensão que na pratica de Connell, Clark, Ombredanne, Schede e tantos outros tem sido tão utilizada nas creanças, a extensão pode se mostrar mais valiosa. Elevando o membro doente da posição horisontal ao estabelecer a extensão, o cirurgião de creanças adota ensinamentos pregados desde longa data em cirurgia de adultos e firmados em conhecimentos physio-pathologicos que aconselham dar ao membro posição em que os musculos estejam mais relaxados, para que menores sejam as resistencias a vencer para alcançar exata redução dos fragmentos separados, posição que leve o segmento distal do membro fraturado á direção anomala tomada pelo proximal.

Numa fratura da dialise femural, conhecem todos, habitualmente, o fragmento superior toma posição antero-externa em relação ao inferior e isto porque flexores e abdutores da coxa sobrepujam em ação os seus antagonistas. Dahi a noção, inteiramente accita hoje, da extensão

e suspensão associadas, dahi os melhores resultados da extensão vertical, da extensão a zenithe que Schede e Ombredanne introduziram na pratica da Cirurgia Infantil.

Elevando o membro relaxa-se a musculatura, facilita-se a extensão, leva-se o fragmento distal á posição anterior ocupada pelo proximal, carregando-o de pesos em seu extremo até que a nádega do lado doente deixe o plano do leito, transporta-se a porção distal para fóra, completando assim a attitude necessaria á justa orientação dos dois segmentos osseos e distende-se os musculos retraidos de modo a ter as mais perfeitas condições para uma exata redução.

Esta exata redução estará, porém, condicionada á distensão da musculatura em gráo que permita redução do desvio longitudinal, do cavalgamento, nas fraturas que, completas, tiveram-no produzido.

Mesmo aproximados os pontos de inserção de um musculo possúe elle certo gráo de tensão e desde que foi rota a sustentação interna que o femur representa, desde que perderam contacto as superficies osseas seccionadas, o musculo se retrae originando o primeiro gráo de cavalgamento. Logo porem se acrescenta a irritação determinada pelo traumatismo quer no momento da fratura, quer pelo deslocar ligeiro das extremidades osseas rotas, no curso de sua evolução, augmentando a retratibilidade muscular e consequentemente agravando o cavalgamento, o desvio *ad longitudinens*.

Mas sobretudo importa na produção e manutenção deste desvio um fator outro que lentamente age, como já Bardenheuer reconhecia desde 1886, em torno ao ponto osseo lesado; é a retração de todos os tecidos moles que o cercam que vae determinar a principal resistencia á correção da deformidade graças ás inflammações secundarias dos musculos encurtados, graças á transformação fibrosa dos exudatos peri-focais, graças finalmente á degeneração da propria musculatura.

E' preciso vencer as resistencias que estes fatores representam e o mais cedo possivel, antes que se acresçam aqueles ultimos que fariam certamente o nosso desideratum inatingivel.

Só a correção do desvio longitudinal permite, é logico, admitir a possibilidade de desaparecimento dos outros desvios. Sem corrigil-o totalmente é inutil pensar em fazer desaparecido o deslocar-se lateral e imperfeita será tambem a compensação de angulação ou rotação. Dahi o esforço dos cirurgiões em conseguil-o.

E' mesmo o fim essencial da extensão continua; que nem sempre é atingido, entretanto, pelos metodos até então indicados pela extensão estabelecida sobre partes moles, demonstra-o de uma parte a criação de technicas outras aparentemente mais aggressivas, de outra os resultados imperfeitos obtidos por todos nós que os temos empregado. Ao ser transmitida atravez da pelle e tecidos visinhos, a ação da força tratora se anula, não alcançando o musculo na percentagem necessaria á sua justa distensão.

Elevar o peso, acrescener a tração, seria remedio racional mas inexequível porque não resiste a pelle, porque cedem os meios de adesão estabelecidos entre ella e as forças tratorias, representados pelas colas e adesivos. Desarranjo constante da aparelhagem, ulcerações frequentes da pelle, são fatos banaes nos serviços que utilizam extensão continua deste tipo.

Insolúvel por este lado o problema, incapaz a cirurgia de alcançar assim a distensão muscular necessaria á compensação do desvio longitudinal, cuidavam os cirurgiões de agir doutro modo, surgindo então as technicas que iam fazer agir diretamente sobre o osso a força tratora.

---

Codivila, em 1903, instituiu um metodo realmente fadado a muito conseguir nesse sentido.

Para a correção da coxa vara, para alongamento de femur viciosamente consolidado após fraturas, estabeleceu traçãodiretamente sobre hastemetallica transfixada no calcaneo. Não cuidou, a principio, de realisar por esta forma a extensão nas fraturas recentes, mas taes os resultados colhidos no que respeita ás possibilidades de distensão muscular útil ao alongamento da haste ossea seccionada operatoriamente que não era de surpreender cuidasse um dia de levar a sua idéa ao terreno das fraturas recentes, fazendo prophylaxia destes femurs encurtados, erroneamente consolidados, que pretendia remediar.

No entretanto cabe a Steinmann o haver realiado em primeiro lugar a extensão continua com esta ultima finalidade. Empregou-a e difundiu-a na Allemanha e, diretamente sobre o osso fixando a força tratora, em quantidade desde logo suficiente para vencer as resistencias musculares, pode conseguir desaparecimento do desvio longitudinal, do cavalgamento, pode realisar assim condição essencial á redução exata

de fragmentos deslocados em haste ossea rota, pois que, como o afirma Olivares, e como logicamente se comprehende, se se não consegue fazer desaparecer o cavalgamento é impossivel obter a correção dos outros desvios que, até certo ponto, representam deformidades secundarias.

E' a certeza com que se pode alcançar a compensação deste afastamento longitudinal que assegura ao metodo a maior de suas vantagens.

E de facto se o alcança na mór parte dos casos, pois que o implante direto da haste metalica sobre o osso permite utilizar grandes pesos sem nenhum dos inconvenientes reconhecidos aos velhos processos de tração, assegurando não só a correção do desvio longitudinal, como á sua propria hypercorreção por vezes. Esta potencia da força tratora aplicada diretamente ao esqueleto permite alargar as indicações da extensão continua a casos certamente até então por ella não resolvidos.

Schönbauer afirma, com o apoio do material da Clinica de Eiselsberg, em Vienna, que os bons resultados deste metodo levam-no a concluir que "só em raros casos ha necessidade de recorrer ao tratamento sangrento das fraturas". Mesmo em doentes chegados aos Serviços dias após o traumatismo, quando já á retração devida ao tonus muscular, se acresceu a dependente do processo inflammatorio provocado nos musculos e partes moles contundidas, é possivel obter proveito da tração direta.

Affirmam-no os que a teem utilizado nestes casos, comprovam-no tambem alguns dos nossos observados e particularmente os de numero 520 e 2036 chegados ao Serviço quando já 17 dias haviam decorrido do acidente. E todos sabem quanto, nestes casos, os metodos antigos, de tração aplicada atravez das partes moles, eram inefficazes.

---

Não foi entretanto, sem contraditores que a extensão sobre o osso foi aceita. Alguns enxergaram nella perigos excessivos, capazes de obstar os seus progressos de divulgação.

Realmente não era possivel negar que germens transportados do exterior podiam desenvolver-se nas profundidades dos tecidos, nas partes moles ou no proprio osso, provocando infecções mais ou menos graves, mais ou menos perigosas para a vida do individuo ou para a função do membro atingido.

Na literatura são citados casos dessa ordem, de infecções graves, septicemias, artrites, osteomielites, levando á morte, á amputação ou á

ancilose. No entretanto esses casos máos são em numero mui pequeno e isso se explica porque "com bôa asepsia, cuidadosa vigilancia e duração não excessiva da extensão direta, como afirma Matti, o perigo da infecção não é verdadeiramente mui grande". No maior numero de vezes o que se vê é uma infecção atenuada atravez do tunel ocupado pela haste metallica, osteites, localizadas mas capazes de originar fistulas, mais ou menos duradouras, mais ou menos rebeldes, fistulas, osteites que poderiam evidentemente ser explicadas por infecção atenuada, por germens de baixa virulencia, mas que muitos querem crer dependentes da propria presença do corpo extranho metallico, á semelhança do que succede em torno de certas peças de osteo-synthese.

Discussão inteiramente anodina o facto real é que a osteite existe sob forma de cavidade excavada na esponjosa metafisaria, ás custas de descalcificação e rarefação ossea, só desaparecida, muitas vezes quando posta em superficie largamente curetada.

Desvantagens das mais nitidas da extensão direta tem a adjuval-a algumas outras que inimigos deste methodo de tratamento lhe reconhecem.

Acusa-se a extensão sobre os ossos de dar consolidações mais retardadas, possibilidades de pseudo-artroses, de constituir, com facilidade, articulações balouçantes por excessiva distensão de capsulas e ligamentos. No entretanto a experiencia tem demonstrado que não ha bem fundamentos para temer uma ou outra destas complicações.

A tração excessiva evidentemente é capaz de provocar hypercorreção, afastar demasiadamente os fragmentos oseos e assim dificultar a genese do calo; entretanto Steinmann é de opinar que esta hypercorreção é favoravel, é aconselhavel mesmo nos primeiros tempos, pois que graças a ella é possível assegurar melhor captação dos fragmentos, correção dos desvios secundarios, doutro modo certamente persistentes.

Claramente é preciso ahi ver um perigo; a cirurgia não possui meios de precisamente calcular a força tratora necessaria á compensação exata do cavalgamento, e querendo mantel-o hypercorrigido por todo o tempo em que a evolução do calo se processa, poderíamos crear exigencias acima das possibilidades deconstrutoras do segmento osseo lesado.

Codivila entreviu esta deficiencia da cirurgia, pois que se afirmou ser possível determinar por formulas algebraicas que o "encurtamento é igual ao afastamento longitudinal", ou "igual ao duplo da distancia do membro, dividida pela tangente trigonometrica da metade do angulo de

deformação”, nos desvios angulares, assentou que na aplicação da força que deve vencer a resistencia das partes moles devemos guiar-nos ainda pelo empirismo. Comquanto tal gráo de força deva ser matematicamente determinado, faltam ainda para este calculo as necessarias bases scientificas.

“Dever-se-ia conhecer, continúa, de quanto os musculos se encurtam cessada a acção separadóra do osso, que tração dever-se-ia empregar para fazel-os voltar ao comprimento primitivo quando a força é aplicada logo após a separação ossca ou dias depois desta separação; dever-se-ia tambem saber com quanto tempo um musculo encurtado já adaptou-se ás novas condições funcioaes de modo a ser considerado, quanto á resistencia que opõe á distensão, como musculo normal e consequentemente dever-se-ia ter noção sobre o gráo de força necessaria para alongar um musculo normal e conhecer até que ponto um musculo pode distender-se sem que se produzam na sua estrutura alterações anatomicas capazes de abolir a função, até que ponto pode distender-se sem laerar-se, etc.” Seria necessario saber se melhor agir por força pequena e continua ou maior e por tempo limitado, conhecer as alterações que infiltrações sanguineas, inflammatorias etc. trazem á resistencia dos musculos á distensão, comprovar as modificações da resistencia á distensão, segundo o periodo em que é aplicada a força, por forma a assegurar elementos para o calculo exato da energia tratora.

Alem disso, escreve ainda Codivilla, para julgar a quantidade de força necessaria á distensão dos tecidos, não basta conhecer a superficie de secção das massas musculares encurtadas; é mistér ter conhecimento do comprimento dos musculos, pois que a força necessaria á distensão, proporcional á superficie de secção da massa elastica, diminúe com o augmento de comprimento della. Se é possivel, em theoria, conhecidos o alongamento necessario á massa muscular para compensação do desvio, a sua superficie de secção e comprimento e a unidade representada pela força necessaria para alongar de certa extensão dada porção de tecido muscular, estabelecer a força a empregar em um dado caso, na pratica as circumstaneias fazem o problema menos simples.

Os musculos não são unicos e não se pode reconhecer senão de modo aproximado o encurtamento que sofreram, pois que se não pode determinar exatamente a distancia dos musculos ao lado do angulo, em caso de angulação; do mesmo modo é difficil julgar comprimento e superficie de secção das massas musculares e se se junta a essas incertezas a im-

possibilidade em que se está de dizer de quanto se alongará o musculo ou o tendão, qual a resistencia oposta ao alongamento pelas outras partes moles pelos atritos dessas diversas partes entre si e com o ambiente, comprehende-se quão acertado andou Codivila ao afirmar que "não possuímos, sobre todas estas cousas senão conhecimentos incompletos e talvez mesmo errados."

Dahi tambem a afirmativa de Putti de que, na ausencia de fundamentos scientificos para determinação racional da quantidade de força tratôra, somos obrigados a fiar-nos "no empirico criterio do efeito alcançado."

Realmente assim deve ser e, embora a afirmativa de Steinmann de que é favoravel obter hyperextensão, mais logico e seguro será evital-a, por longo tempo ao menos, excessiva e duradoura, controlando os resultados alcançados com exames radiograficos repetidos.

Raios X portateis facilitam o problema e afastam possibilidades de maleficios por distensão exagerada.

---

As articulações balouçantes consequentes á tração direta sobre o esqueleto tem sido admitidas e negadas.

Em um caso nosso, de fratura com lesões consideraveis das partes moles, estabelecemos a principio tração sobre a tuberosidade da tibia, reduzimos o cavalgamento, mas a articulação do joelho parecia-nos distender-se; transferimos o fio trator para o femur temendo desde então estabelecer sobre a tibia força tratora para alongamento da coxa.

Entretanto Beugen realisou-a por este modo nos doentinhos cujos desvios de femur fraturado teve de corrigir e Christen acentúa que a maioria dos musculos da coxa inserindo-se sobre a tibia, nella deve agir a força de tração que deve compensar encurtamento do femur. Se no nosso caso distensão de ligamentos e capsula se fez, é possivel que o tenha sido pelo mau estado da musculatura, pois que indo á tibia, perfeitamente valida e retraida, a extensão faz-se directamente sobre ella sem que distendidos sejam os componentes articulares.

---

Serão da cartilagem conjugal, dolorabilidade acentuada, são outras tantas acusações que o metodo tem sofrido, da mesma forma infundadas

pois que de uma se pode afirmar que taes perigos não teem sido demonstrados, uma vez que a introdução de uma agulha na cartilagem conjugal, decorrendo sem reacção, nenhuma perturbação de crescimento pode provocar segundo asseveram Matti e Putti, uma vez que creanças tratadas por metodos de tração directas, por Gossmann e Beugen entre outros, nenhuma alteração teem apresentado, e de outra que dôres só apparecem quando o periosteo se irrita, sobretudo por excessiva carga, justificando a afirmativa de Matti de que "a censura de grande dolorabilidade que ao metodo se faz não pode ser mantida". Nos nossos casos o que vimos foi precisamente o contrario; estabelecida a tração, doentes que antes sofriam, mostravam-se satisfeitos e ao segundo ou terecio dia deixavam palpar o foco de fratura, provocar movimentos em forma desconhecida em fraturados por outros metodos tratados.

O que vimos por vezes foram ulceras por decubito nos pontos de entrada e sahida do fio sobre a pelle. Era inconveniente reconhecido ao processo de tração a Steinmann e dependente de que, curvando a haste metallica cortava a pelle, transformando os orificios por onde entrava ou sahira em fendas mais ou menos amplas e infectadas.

Kirchner comprovava esta desvantagem, propondo-lhe o correctivo de tensão ao maximo nos fios sobre que deviam ser estabelecidas as forças tratoras, no seu processo.

Das acusações feitas á tração directa só uma pois merecia attenção dos estudiosos: a infecção, a osteite consecutiva.

Sem a importancia que se lhe queria a principio attribuir, pois que as estatisticas de Steinmann e Wagner não a registram e as de Olivares e da Clinica Eiselsberg, citadas por Schönbauer, excepcionalmente, a infecção existe entretanto, por vezes, e natural é assim que mereça a attenção dos pesquisadores, que tentativas sejam feitas com o fito de evital-a.

Os cirurgiões lançaram-se, realmente, á pesquisa da melhor forma de removel-a. Os ganchos de Schmerg, os estribos de Biehler, uns pegando o osso só na cortical, sem atravessar a zona esponjosa, metafisaria, outros rodando sobre o extremo da haste metallica sem movimental-a jamais dentro dos tecidos, visavam por forma diversa traumatizar menos o osso, afastar possibilidades que germens da superficie viessem penetral-o.



Um metodo porem diverso, tentava alcançar o mesmo fim por outro modo agindo.

Utilisado pela primeira vez por Klapp, na guerra dos Balkans, o metodo de tração direta por implantação de fio metallico sobre o osso, foi applicado então por falta de material adequado para a extensão a Steinmann, segundo o afirma Matti, não visando o seu autor corrigir defeitos reconhecidos na technica classica.

Entretanto, comprovando que fios eram capazes de suportar a tração, assegurando que, agindo sobre o calcaneo e baixando para a planta do pé, aos lados do osso, os extremos do cordão metallico, era possivel utilisal-o sem grandes inconvenientes para as partes moles, estabeleceu o seu valôr para a tração direta sobre o esqueleto, para a compensação, pois, dos grandes encurtamentos.

As condições, porem, por que se fazia a extensão sobre o osso, nestes casos, tornaram-na só applicavel em regiões determinadas, pois que nem sempre era dado orientar os extremos do fio de modo a evitar a sua ação prejudicial sobre as partes moles superficiaes.

Demais a introdução no esqueleto era trabalhosa, necessario que se fazia preparar, com perfurados, canal para a passagem do fio, uma vez que este, maleavel, não era capaz de, por si proprio, perfural-o.

Para a extensão ao fio não se fazia assim, afirma-o Kirschner, um canal delgado correspondente ao seu calibre, mas um largo que prejudicava ossos e partes moles em desmedida amplitude.

Do fio poder-se-ia esperar, se elle fôra introduzido de modo menos aggressivo, precisamente condições capazes de afastar, de atenuar ao menos, as perigos de infecção, de osteite.

“A capacidade de infecção do canal, escreve Kirschner, depende em primeira linha do gráo de alteração que sofrem partes moles e ossos pela introdução e permanencia do fragmento de metal. As alterações dos ossos são proporcioneaes ao diametro da haste metallica, pois que um cagrosseiros e mais alterados destroços do osso que um canal estreito. Vernal largo será cheio pelo perfurador com muito mais numerosos, mais dadeiramente crescem as alterações na razão do quadrado do diametro medio e nunca em relação ao proprio diametro! (Block). Além disso é a superficie e assim a parte ferida de um grande canal maior que a de um pequeno. Esta diferença de tamanho, para fazer crescer a importancia da porta de entrada ás infecções secundarias, é particularmen-

te de valôr. Alem disso um perfurador espesso aquece mais o osso que um mais delgado. E finalmente um perfurador expesso é, muito mais que um delgado, capaz de arrastar, para o interior do canal osseo, partes do perinteo cujo deslocar deve ser, segundo Katzenstein, uma das causas principaes das fistulas tardias."

Em suma, teoricamente ao menos, o material delgado, isto é, o fio, merece preferencia quando comparado ao material mais forte, á haste de aço.

Impossivel que foi, a principio, realisar tração ao fio, sem largamente perfurar o osso, o metodo se não mostrou capaz de remover os perigos que a infecção provocava. Antes os agravou, pois que se até então a perfuração do osso se fazia de uma só vez e, deixando-se a haste perfuradora tão logo alcançado o ponto justo, sobre ella estabelecia-se a tração, depois foi necessario retiral-a, para, no orificio deixado, introduzir o fio sobre que a tração deveria ser estabelecida e isto se não fazia, evidentemente, sem acrescuer os perigos de infecção.

Alem disso os germens, como o afirma ainda Kirschner, poderiam comodamente introduzir-se no osso, ao lado do fio posto em canal demasiado largo para elle e com tanto mais facilidade quanto ao menor movimento, deslocava-se dentro do osso levando ao seu interior germens da pelle.

Praticando perfuração previa a extensão ao fio não tinha pois vantagens sobre a extensão com haste metallica mais espessa pois que infecção era tambem possivel e talvez mesmo bem mais frequente.

O grande serviço prestado por Kirschner e que vem revolucionando, até certo ponto, a terapeutica das fraturas, foi precisamente o encontrar a forma de introduzir diretamente o fio no osso, sem necessidade de preliminar perfuração. Um aparelho em forma de harmonica, munido em uma de suas extremidades de um dispositivo para retenção do fio e fixação á arvore do motor electrico e noutra de uma concha metallica de apoio sobre os tegumentos, proteger o fio e permite a sua penetração gradual e facil graças aos movimentos impressos pelo motor a que foi ligado.

Um dispositivo que distende o fio, após introdução, torna-o incapaz de curvar-se e de seccionar assim as partes moles, ao estabelecer-se a tração. Por essa forma ossos e tecidos vizinhos são prejudicados ao minimo, pouco se eleva a temperatura, mesmo utilizando perfurados ele-

trico, porque é pequeno o diametro da haste metalica introduzida, não se desloca o fio por estar inteiramente adaptado á cavidade que no osso por si proprio escavou e como tambem na pelle a perfuração não é maior que a deixada por uma agulha, estão reunidas em pratica condições que teoricamente eram aceitas como eficazes para lutar contra a infecção.

Assim tem sido realmente e os cirurgiões que tiveram oportunidade de utilizar o metodo por Kirschner prescrito gabam-lhe unanimemente as excellencias, gradativamente ampliando-lhe as indicações.

E' assim que Beugen afirmou que o perigo de infecção torna-se menos, podendo o fio permanecer quasi indefinidamente. Para medicos e doentes a tração ao fio é, segundo a sua experiencia, a mais agradável das formas de extensão continua, particularmente se se a deseja duradoura e com pesos elevados.

Putti, comprovando que o fio não elimina todos os perigos da tração esquelética, afirmando que o confronto com os inconvenientes da tração adesiva lhe é intretanto favoravel, assegura que bem pouca cousa lhe parece o risco de pequena infecção da ferida, para concluir que "quem, após madura experiencia dos metodos de tração, sejam externos ou cutaneos, internos ou esqueléticos, provar a tração com fio, convencer-se-á facilmente que de ora em diante se estará sempre mais inclinado a dar-lhe preferencia, sobretudo pela grande simplificação que traz á technica e pela adaptabilidade ás mais variadas contingencias", desde que multiplas podem ser realmente as suas probabilidades de applicação.

A escola de Putti, para quem o metodo é modificação preciosa, eficaz e pratica de todos os que fazem tração esquelética, em particular tem agido no sentido de ampliar as suas utilidades e para a clavícula, para o humero, para a perna, para o ntebraço, para as fraturas do cotilo e para as intervenções ortopedicas encontra indicações semelhantes ás que se já firmaram para as lesões da diafise femural.

Entre os merecimentos da tração ao fio salienta Putti o de permitir "traços em qualquer região ou segmento do esqueleto, sem importar disposições anatomicas ou idade do doente".

Com os outros metodos se era forçado a estabelecer traços em partes superficiaes, tuberosidade ossea, bulbo epifisario, crista marginal, renunciando-se assim ao principio do esforço minimo, pelo qual tanto menor seria a energia tratora para alcançar um dado efeito quanto mais breve a distancia da parte lesada, uma vez que, pela lei dos atritos, o

efeito da tração é inversamente proporcional á distancia entre o ponto em que foi inserida e o gráo de descontinuidade.

A diminuição dessa energia tratora facilita naturalmente a applicação do metodo, pois permite mais seguramente afastar possibilidades de rutura do fio implantado no osso.

Bloch, Neumann, na Sociedade Nacional de Cirurgia, de França, na Sociedade Belga de Ortopedia, referiram casos em que foi dado utilizar a tração ao fio e afirmaram as suas vantagens. Entretanto, para as creanças se quer julgal-a dispensavel ou mesmo prejudicial.

Diz-se que a cartilagem de conjugação poderia ser lesada e alterar o crescimento. Mas a cartilagem não reage a tão diminuta aggressão, asseveram Matti e Putti, assentando assim que nas creanças tambem tração directa ao fio pode ser empregada.

Inutil, entretanto, fazel-o, acreditam outros; musculos menos resistentes cederiam á ação das trações sobre a pelle, ar, augmentam, e a alegação seria aceita se cirurgiões de creanças não houvessem comprovado largamente o que de inveridico está nessa afirmativa.

A pelle não suporta a tração, os musculos resistem, o cavalgamento persiste, assentam factos da observação de cada um de nós. Ombredanne, partidario da extensão ao zenites, escreve que certamente a extensão continua não reduz correta e suficientemente todas as fraturas da diafise femural; no ponto de vista anatomico e muitas vezes após consolidação, persiste encurtamento de 1 a 2 centimetros.

Conwell, Firor entre outros, assentaram, em suas estatisticas sobre fraturas do femur em creanças, factos semelhantes. Muito acreditam entretanto que, mesmo assim, não é necessario mais energicamente agir. O encurtamento persistente gradativamente se corrige. Orle demonstrou o observando, á distancia, doentes que haviam curado com evidente cavalgamento dos fragmentos, e o facto é de valor sobretudo de se põe em pratica aqueles conselhos de Engelmann e Ahels( de extender durante a noite o membro já consolidado para, diminuindo a pressão sobre as cartilagens conjugacs, ampliar-lhes a actividade, segundo a conhecida lei de Dalpech- Wolf.

A compensação natural do encurtamento não pode ser negada, mas os cirurgiões de creanças se convencem cada vez mais de que não é mistér com ella contar sempre.

Conwell já afirmava que em nenhuma fratura o tratamento a ser instituído deve merecer tanto as nossas atenções quanto nas fraturas do fêmur nas creanças. "Um bom membro em creança é de mais valôr que de adulto, afirma elle. Sem efeito psychico é grande pois a deformidade que quasi sempre é resultado de tratamentos mal conduzidos, pode deterrminar, sobretudo nos jovens, graves apreensões.

Dahi pois a sua conclusão de que, embora seja incontestavel que alongamentos compensadores podem existir, se não deve contar com elles, se não deve esperar que os resultados de um erro sejam por elles melhorados.

Ombredanne do mesmo modo entende certamente, pois doutra forma se não explica a sua indicação de cirurgicamente intervir com a osteosintese toda vez que, em creança de 10 a 12 annos, persista encurtamento de 1 a 2 centímetros, após cinco a seis dias de extensão.

Nós entretanto, convencidos do valôr da extensão diretamente applicada ao esqueleto, certos de que com ella largamente se reduzem, como o afirma Schönbauer, as indicações da osteosintese, resolvemos empregar-a e são os resultados que em 40 casos podemos obter o motivo desta nossa palestra.

Do mesmo modo que nós outros, Gossmann e Beuger, de Marsburg, entenderam utilizar nas creanças a tração direta sobre o osso; no seu livro "Cirurgia des Kindesalters", Drachter e Gossmannn afirmam que nos ultimos annos teem, nas fraturas do fêmur de creanças mais idosas, applicado cada vez mais a extensão direta, por meio da pinça de Schnorg modificada ou da aparelhagem de tração ao fio de Kirschner e Beugen, no seu trabalho "Drahexension im Kindesalters, apresentado ao Congresso da Sociedade Allemã de Ortopedia, em 1931, teve oportunidade de empregar-a tambem 3 vezes em femurs de creanças, sob a forma de tração direta a Kirschner. Obtiveram resultados perfeitos com o metodo e comprovaram assim a sua exequibilidade tambem nesta epoca da vida.

Beugen, em particular, assentou a sua utilidade; só abaixo de um anno o prescreve por ter observado, numa creança de 5 mezes, deslocar-do fio, por falta de consistencia do osso. Em toda outra idade a tração direta pode ser feita, aconselhando a pratica apenas que se a execute

em logares ricos de cortical, no femur, a 3 ou 4 centímetros acima dos condilos.

Foi por modo semelhante que realisamos nós o tratamento dos nossos casos.

Fraturas transversaes, obliquas ou espiraes, mostravam todas desvio longitudinal apreciavel e, a nosso ver, só por este fato a tração sobre o esqueleto estava indicada. Empregamol-a então e, suspendendo o membro, rapidamente alcançamos a redução procurada. Para Bühler quasi sempre a correção do cavalgamento é sufficiente para fazer desaparecer outras modalidades de desvio. Putti, entretanto, assim não o erê, e os nossos casos parecem dar-lhe razão, pois não foi sempre a redução anatomica perfeitamente alcançada; sobretudo certo gráo de rotação persistiu algumas vezes, mas sem que dahi adviessem, dadas as nossas atenções, inconvenientes maiores á exata cura clinica e funcional.

Nos nossos casos, nas fraturas transversaes em particular, julgamos bem agir immobilizando o membro, tão logo alcançada a redução, em aparelho gessado, seguindo nisto pratica aconselhada com o fim de mais precocemente chegar á mobilisação.

Os documentos fotograficos que teremos de apresentar-vos demonstrarão cabalmente os resultados excellentes que foi possivel alcançar mesmo em caso de fraturas das duas diafises femurales.

Como Putti, deixamos ficar, por certo tempo, incluído no aparelho gessado, o fio de tração; isto permitir-nos-á renovar a tração se o controle radiografico demonstrar que redução sufficiente não foi alcançada.

Nas fraturas obliquas ou espiraes entendemos mais prudente prolongar a extensão em uma média de 18 dias; agindo assim asseguravamos a formação de cada fibrose que manteria os fragmentos dentro do gesso, quando, posto este, cessaremos a extensão. Anatomicamente em muitos deste casos a redução não foi perfeita, mas a consolidação se deu e a função prontamente restabeleceu-se.

Atravez de toda esta serie de casos aqui examinados só dois não poderam ser rotulados como de bons resultados: uma fratura largamente exposta, com lesões extensas para todo o membro, forçou-nos a amputa-

N.º de Observação	IDADE	Membro	Localisação	Desvios	Qualidade do desvio
2770	6	E	Terço medio	Sim	cavalgamento e desvio lateral
2729	9	E	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
2574	11	D	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
2557	4	E	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
2461	8	E	" "	Sim	cavalgamento e rotação
1868	3	D	" "	Sim	angulação
2085	8	D	" "	Sim	cavalgamento e angulação
530	5	E	" "	Sim	cavalgamento e rotação
2639	10	D e E	D—terço medio	Sim	cavalgamento e angulação
			E— " superior	Sim	cavalgamento e angulação
2533	10	D	Terço medio	Sim	cavalgamento e rotação
2460	3	E	" "	Sim	cavalgamento e angulação
2487	7	D	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
2488	9	E	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
2493	5	E	" "	Sim	cavalgamento e rotação
2434	9	E	Terço inferior	Sim	cavalgamento e desvio lateral
411	5	E	" medio	Sim	cavalgamento e rotação
428	10	E	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
435	10	D e E	D. T. superior	Sim	cavalgamento e desvio lateral
			E. T. superior	Sim	cavalgamento e desvio lateral
442	9	D	T. medio	Sim	cavalgamento e desvio lateral
463	2	E	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
474	11	E	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
482	3	D	" "	Sim	rotação
520	6	D	" "	Sim	cavalgamento e angulação
522	3	E	" "	Sim	cavalgamento e angulação
531	8	E	" "	Sim	cavalgamento e angulação
558	6	E	" "	Sim	cavalgamento e angulação
2000	12	D	" "	Sim	cavalgamento e angulação
2036	9	D	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
2100	7	E	" "	Sim	cavalgamento e rotação
2161	3	E	" "	Sim	cavalgamento e rotação
2204	4	D	" "	Sim	cavalgamento e angulação
2205	9	E	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
2219	10	E	" "	Sim	cavalgamento e rotação
2347	6	E	" "	Sim	cavalgamento e angulação
2349	11	D e E	D. " "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
			E. " "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
1929	6	D	T. medio	Sim	cavalgamento e rotação
444	10	D	" "	Sim	cavalgamento e desvio lateral
514	6	E	" "	Sim	cavalgamento e angulação

Tipo de fratura	Data do Kirasher	Pazo utilizado	Data do gessado	Resultado imediato	Resultado á distancia	OBSERVAÇÕES
espiroide	28.5.34	6 K.	26.6.34	Bom	—	Teve abcesso das partes moles
espiroide	9.5.34	6 K.	23.5.34	Bom	Bom	— incisão —
transversa	7.3.34	7 K.	2.4.34	Bom	—	
obriquo	22.2.34	—	5.3.34	Bom	—	
espiroide	15.1.34	—	5.2.34	Bom	—	
espiroide	6.3.33	—	22.3.33	Bom	—	
espiroide	30.6.33	—	21.7.33	Bom	—	
espiroide	3.6.32	7 K.	2.6.32	Bom	—	
obliqua	16.2.34	7 K.	5.3.34	Regular	—	
espiroide	16.2.34	7 K.	5.3.34	Bom	—	
espiroide	7.2.34	7500	19.2.34	Bom	—	
espiroide	15.1.34	6500	7.2.34	Bom	—	
espiroide	24.1.34	7 K.	16.2.34	Bom	—	
transverso	26.1.34	8 K.	16.2.34	Bom	—	
espiroide	28.1.34	—	26.2.34	Bom	—	
obliqua	29.12.33	—	26.1.34	Regular	—	} larga descalcificação mal cavalgamento e desvios lateral de todos os ossos
espiroide	9.11.31	—	—	Bom	Bom	
transversa	9.12.31	—	18.12.31	Bom	Bom	
obliqua	19.12.31	—	6.1.32	Bom	Bom	
obliqua	18.12.31	—	6.1.32	Bom	—	
transversa	6.1.32	—	18.1.32	Bom	—	
transverso	8.2.32	—	13.2.32	Bom	—	
transverso	4.3.32	—	14.3.32	Bom	—	
espiroide	14.3.32	—	4.4.32	Bom	—	
espiroide	18.5.32	—	30.5.32	Bom	Bom	Aparelho posto 17 dias após a fratura
espiroide	18.5.32	—	3.6.32	Bom	—	
espiroide	5.6.32	—	17.6.32	Bom	—	
espiroide	10.8.32	—	24.8.32	Bom	—	
espiroide	17.5.33	—	12.6.33	Bom	—	
espiroide	2.6.33	—	23.6.34	Bom	—	
espiroide	10.7.33	—	31.7.34	Bom	—	aparelho posto 17 dias após a fratura
espiroide	12.8.33	—	25.8.33	Bom	—	
espiroide	4.9.33	—	20.9.33	Bom	—	
espiroide	4.9.33	—	29.9.33	Bom	—	
espiroide	11.9.33	—	29.9.33	Bom	—	
espiroide	13.11.33	—	11.12.33	Bom	—	
transverso	11.11.33	—	1.12.33	Bom	—	
transverso	11.11.33	—	1.12.33	Bom	—	
espiroide	29.11.33	—	27.12.33	Bom	—	
transverso	4.1.32	—	12.2.32	Mau	—	Fratura exposta levando á amputação
espiroide	6.5.32	—	25.5.32	Bom	—	



ção secundaria; outro não chegou a abandonar o leito até agora, immobilizado e deformado progressivamente por forma de rachitismo das mais graves apparecidas na nossa terra de sol.

Em um outro caso tivemos infecção das partes moles, mas só a estas limitadas e rapidamente cessada, quando drenagem sufficiente foi executada.

Resultados, parece-me, que poderemos rotular de satisfatorios e que eu terei o prazer immenso de documentar perante vós, com radiografias que farei desde logo, projetar.

Não foram as unicas oportunidade que tivemos de utilizar a tração ao fio, pois que em femurs de adultos, em fraturas com outras localizações em intervenções ortopedicas diversas, podemos comprovar tambem as suas excellencias.

Entretanto só com fraturas do femur em creanças prosuraremos documentar as assertivas que, por bondade vossa, nos foi possivel apresentar-yos.

## Dos methodos de tratamentos e seus commentarios sobre o Mal de Pott na criança

pelo

Prof. Nogueira Flores

Cathedratico de Clinica Cirurgica infantil e Orthopedica de Faculdade  
de Medicina de Porto Alegre.

O incomparavel Professor Francisco de Castro proclamava que na cura das molestias e no tratamento dos doentes devem resolver-se a aspiração e o mister da arte clinica.

No tratamento do mal de Pott temos de admittir o grande principio que é immobilisar a região doente; é uma prescripção feita pelo decubito dorsal ou alternado (dorsal e ventral) pelo qual devemos insistir tambem com uma outra, que é uma perseverante paciencia. E' a formula de Broca — immobilisação e paciencia, e a de Ombrédanne — decubito dorsal e paciencia, que ambas bem se correspondem.

Assim focado este problema therapeutico, se faz mister que uma formula não é menos indispensavel que a outra, ambas se completam e é tão difficil se obter da familia durante os tres annos de cura.

Outrosim, é preciso conservar ou levantar o estado geral do pottico, aconselhando se collocar, por via de regra, ao ar livre em aeração continua, em estadia na praia ou serra, os quaes são neste ponto de vista adjuntantes bem preciosos como subsidiarios do tratamento.

Quanto a estadia na praia releva observar que nas formas não irritativas, é bem indicada a sua permanencia em tempo sufficiente para realisar a alternancia climatica.

A heliotherapia é excellente, em bella estação é praticavel por toda parte; no inverno não se póde della beneficiar, senão nas estações de altitude, para ter um ar puro e calmo.

Além desta therapeutica geral não dispensamos como classica, os meios pelos methodos biologicos e pelos methodos chimiotherapicos. Estes são representados: pelo methodo de Finikoff (iodo-calciotherapia), pelo methodo de Bayle (opotherapia esplenica), pelo methodo de de Jacobson (paninas, ether benzil cinamico), o vigantól, o valeól, o gadusan etc. Aquelles, que são os methodos biologicos, como o antigeno de Nègre e Boquet e a alergina de Jousset. Todos estes recursos medicamentosos são bem proveitosos na therapia geral das tuberculosas osteo-articulares.

Como tratamento local é preciso, sem perda de tempo impedir o processo de *ulceração compressiva*; e para preencher esta indicação inadiavel só ha um meio: o *decubito dorsal*. E' uma immobilisação que se realisa de differentes modos, conforme a séde do mal de Pott.

Assim, pois, para os males de Pott lombo-sacros, lombares, dorso-

lombares, dorsaes inferiores, basta deixar a criança deitada em alcechoado duro, collocado em um quadro de madeira com elevação especial — modelo de cama do hospital marítimo de Berek (França). A construção desta cama é simples; um quadro de madeira com um alcechoado de goteira, movel na qual a criança é mantida por um collete de panno branco sobre alcechoado; entre elle e a prancha faremos escorregar uma cunha de madeira em forma de dorso de asno, justa ao nível da lesão vertebral. Esta cunha é collocada muito baixa a principio de modo a não determinar incommodo algum ao paciente e é progressivamente augmentada de altura. Destina-se a impedir a gibosidade ou em determinar lordôses de compensação supra e subjacentes, si esta gibosidade já existir. Duas vezes por dia voltamos a criança e collocamos no lugar durante uma hora sobre o ventre (apoiada nos cotovelos). Produz-se dest'arte uma fôrte lordôse lombo-sacra que actua do mesmo modo que a cunha. E' uma posição tão commoda que permite a criança comer facilmente sem se deslocar, fazer a heliotherapia sobre a região doente e graças a qual podemos facilmente manter em bom estado os tegumentos. E além disto, esta cama permite que se transporte commodamente a criança para as galerias de cura.

Para os males de Pott superiores por causa da presença dos omoplatas, o simples decubito nesta cama não basta. E' preciso fazer-se um *leito de gesso* largamente aberto para diante, no qual se encaixa em baixo a bacia e em cima se forma uma especie de concha para repousar a cabeça, emfim é o leito classico de gesso — typo Lorenz.

Para os males de Pott cervicaes ou sub-occipitales, o leito de gesso deve assegurar aliás uma immobilização perfeita da cabeça. Para isto fazemos modernamente *minervas* com ataduras gessadas que immobilize perfeitamente a cabeça e o pescoço, deixando o maxillar inferior livre, não se produzindo assim atrophia, como se procedia outr'ora.

Alguns especialistas aconselham alternar o decubito dorsal com o decubito ventral; é uma attitude que é quase impossivel se fazer conservar nas crianças de tenra idade. Tem a vantagem no entretanto de se manter em bom estado os tegumentos do dorso, de deixar actuar mais directamente ao nível da gibosidade, de realisar um ligeiro grau de reclinção que se suppõe ser favoravel a cura, em boa attitude.

O professor Klapp (de Berlim) applica mais simplesmente no dorso do pottico um sacco de panno de algodão embebido em massa de gesso que modela e recorta como se fôra o leito de Lorenz. Serve para os potticos paraplegicos e assim evita as contracturas, porque este aparelho se estende até ao segmento terminal.

Stauffer prepara o leito de gesso ventral, estendendo-o até aos pés; é uma boa immobilização

Finck emprega nos pequeninos a posição em decubito abdominal sobre uma taboa, as espaldas levantadas sobre as costellas e a cabeça se apoiando nas mãos.

Este mesmo especialista faz o endireitamento da gibosidade crusando coxins de algodão que são mantidos por uma substancia agglutinante. Após ao qual se colloca o pottico no leito de Lorenz e em cada semana se sobrepõe uma nova cruzada de algodão.

Bettmann substitue o algodão por uma placa de borracha, de tres millimetros de espessura, que é fixada com esparadrapo.

*Technica do leito de gesso de Lorenz:* deitada a criança em decubito ventral, unta-se a região dorsal com vaselina ou sabão gorduroso, afim de evitar incommodo, isto é, não produzir dôr ao retirar o aparelho após o seu seccamento. A sua constituição é de varias espessuras de tartarana e em numero de 15 a 20, conforme a idade da criança, de 1 a 3 annos de idade por via de regra, para que haja assim resistencia e solidez do aparelho immobilizador da columna vertebral. Compreende esta tala o dorso, attingindo a raiz das côxas e o occipital. Esta tala é bem embebida de massa espessa de gesso feita rapidamente, a qual é distendida no hemitronco e devidamente empolgada por mãos diversas para sua perfeita contenção e modelagem. Tem-se dest'arte bem modelado a deformidade da columna, depois de leve acolhoamento desta goteira de gesso, assim construida, que é collocada no paciente e mantida por faixas circulares de atadura de cambraia. As condições de immobilisação do leito de Lorenz são excellentes por ser de facil inspecção e comportar-se perfeitamente como um aparelho amovivel. Além deste aparelho ha outros aparelhos empregados, como sejam: o quadro de madeira de Lannelongue, o quadro de Ménard, typos classicos de aparelhos systema padiolas; o de Whitman-Bradford; o de gesso ou box de Phelps; a padiola-tala movel ou tala posterior suspensiva de Gouvain; a cama orthopédica de André Perlis (de Cannes); o de Lifschutz (cinta metallica revestida de borracha), e a cama-quadro, de Almeida Rios (do Rio de Janeiro).

Encarado o tratamento sobre a phase de convalescença, que bem podemos chamar *ambulatorio*, porque é nesta phase que permittimos aos potticos fazer a marcha, a poder andar porem de modo tal a ser inspecionado, vigiado e dosado o seu exercicio pelo clinico de modo progressivo para evitar recaida.

Releva muito a propósito dizer do aparelho immobilizador classico ileado por Sayre — o collete de gesso, em que o Professor Ombrédanne tem uma opinião pessoal e criteriosa sobre "o seu uso por muito tempo", isto é, nos dois primeiros annos de evolução do mal de Pott que dá resultado tão sómente como *uma falsa segurança*. Não mantem o raque em posição rectilinea e impede a fiscalisação do progresso da doença. Declara ainda este Professor que atrás deste muro se passam cousas que não vemos senão demasiado tarde: a gibosidade se ulcera por contacto e atrito, os abcessos frios se constituem e se fistulisam, a inflexão anterior do raque se accentúa.

E o collete não impede senão uma cousa — é a fiscalisação medica, e não é neste periodo accetavel, senão como "une caisse d'emballage", quando se trata, por exemplo de mandar fazer a criança uma longa viagem para o campo, praia ou serra.

O Professor Broca o accitaria, ainda quando se suppõe um ambiente inteligente para não deixar a criança assentar-se em sua cama, apezar de especial recommendação ou prohibição formal do medico.

Si o collete gessado é absolutamente insufficiente, como meio de tratamento no curso dos dois primeiros annos, representa tudo no periodo

da convalescença. Comtudo, convem que estes gessos sejam substituidos no fim de dois ou tres mezes até completar dois annos nesta renovação e prejudicar o crescimento ou engórde da eriança. Quando no fim destes dois annos nenhuma complicação surge — *abcesso ou paraplegia*; si a gibosidade não augmenta podemos applicar um collete de celluloides de preferencia ao collete de couro.

Para os males de Pott superiores o collete indicado é o do typo de grande collete de celluloides e minerva.

Si as condições economicas da eriança não permittirem, podemos substituir pelos colletes de couro modelados que são de menor custo, que os de celluloides. Assim, são indispensaveis estas modalidades de collete para ser melhor fiscalizado o estado dos tegumentos, além de convir a sua retirada a noite, na occasião de se deitar o paciente. Tambem os colleteiros fabricam dois typos de colletes conhecidos por — collete de Heuner e collete de Hessing (couro e aço) usados pelos potticos.

Quando a cura é obtida, fazemos a eriança trazer, como collete o construido de panno branco e de certa espessura com barbatana, adaptando-se bem ao thorax sem a incommodar.

A acção do collete, qualquer que seja, é impedir ou corrigir a deformação. A immobilisação muito embora não seja completa, concorre mesmo assim, para a descompressão dos corpos vertebraes, evitando o desenvolvimento dos *abcessos ossifluentes* e as *paralysias*.

Reimer declara que as paralysias se curam na proporção de 50% pela simples applicação deste tratamento orthopédico.

O tratamento, no caso da doença pottica evolver com incidentes — *paralysia e abcesso ossifluente* — temos que naquelle caso a therapeutica é de manter com um rigor absoluto a eriança em decubito dorsal. Póde-se empregar com proveito muitas vezes a extensão continua prudentemente moderada.

O Professor Denuê (de Bordeaux), em expresivos conceitos diz: "os meios indicados são analogos aos empregados nas osteo-artrites tuberculosas — *immobilisação e descarga* das partes lesadas. Dois casos se podem apresentar: ou está o individuo atacado em via de crescimento e é preciso immobilisar completamente as partes doentes e subtrahil-as de toda pressão para deter a marcha aguda do processo; ou a doença sahida do periodo agudo tende a reparação, a immobilisação e o descompressão poderão ser menos rigorosas.

"Decorre dahi, uma primeira regra no tratamento: quando o processo tuberculoso se reveste de caracter agudo e as lesões se manifestam com uma tendencia a extensão, quaesquer que sejam os apparatus empregados, o *decubito horizontal* é um elemento indispensavel ao tratamento. Ao contrario, quando a doença chegou ao estado de consolidação, se estabelece o tratamento *ambulatorio* com apparatus, assegurando a *immobilisação* e a *descompressão* das partes affectadas, tanto quanto possivel para o endireitamento das partes affectadas. Quando existem *fistulas* ou *abcessos* nos males de Pott superiores convem substituir os leitos de gesso por uma extensão continua, tomando o ponto de apoio na cabeça e se for necessario contenha-se o tronco, as pernas com um *systema* de polainas para se proceder a extensão. Deve ser seguido durante todo

o periodo que poderemos chamar da *phase activa* do mal de Pott, isto é, durante toda duração da evolução anatomica da doença”.

¿ E quando podemos saber — fala e escreve Ombréanne — que esta evolução está terminada e quando entra na *phase clinica de convalescença*? A cousa é mais difficil ainda para o Mal de Pott que para as arthrites tuberculosas, porque o fóco escapa a todo exame directo; porem existe um conjuncto de signaes pelos quaes poderemos adquirir senão uma certeza ao menos uma presumpção sufficiente para que seja autorisado a cessar o tratamento rigoroso da phase activa e mais elastica do periodo de convalescença.

“Estes signaes ou antes este factores são de tres ordens. *1.ª ordem* — signaes clinicos: que nenhum incommodo haja mais, que nenhuma contractura haja, desde muito tempo, para se poder falar em sua cura. Porém todos phenomenos dolorosos se curam em pouco tempo, quando o doente se mantem estriictamente deitado e sua desaparição não fornece senão uma indicação muito vaga. A reabsorpção dos abcessos ou fechamento das fistulas, se isto se verificar, já são signaes de maior valor; ainda é preciso que esta desaparição seja de data bastante antiga — de seis meses a um anno.

A apparição de curvatura de compensação na visinhança de uma gibosidade fixada desde muito tempo, é tambem um signal importante.

E' evidente que, com uma certa pratica podemos quase de um golpe de vista, olhando o dorso de um pottico, saber si se trata de uma lesão recente ou bem de um velho pottico.

O caminhar do pottico é muito differente para se fazer o diagnostico de sua antiguidade ou não. No primeiro caso o pottico se desloca com dôr e sobre sua goteira vertebral se volta com difficuldade, muitas vezes não se pôde ali chegar sem auxilio, sem se apoiar; os movimentos se fazem pensosamente e com lentidão. A região doente parece ás vezes empastada e o limite entre o segmento attingido e as regiões supra é subjacentes ficadas sãs, não é nitido. No segundo caso, o contrario, o doente retoumou sua flexibilidade e a sua goteira vertebral se desloca facilmente; seus movimentos são vivos e rapidos e o dorso é além disto quase descarnado, isto é, secco. O empastamento desapareceu, as saliências ósscas são manifestas. Todo este conjuncto de signaes mostra que o edema e o empastamento do periodo de começo respondendo a phase de desenvolvimento das lesões, succede a um periodo de *cicatrisação* e de cura.

“*2.ª ordem* — duração da doença: um mal de Pott evoluendo pouco mais ou menos normal, é preciso contar pelo menos tres annos, desde o começo da lesão, para que a cura seja obtida.

Muitas vezes, este começo passou desaperecebido, porem julgal-o de modo aliás muitissimo approximativo pela data da apparição de uma fistula ou de abcesso; estes signaes clinicos, como é conhecido, destruição muito marcada das vertebrae, não podem se localisar no fim do primeiro anno ou no começo do segundo anno.

“Finalmente a *3.ª ordem* — verificações radiographicas: já são conhecidas em seus differentes estados, isto é, o de começo, o de plena evolução e o de reparação, que traduzem em imagens radiographicas niti-

das e sufficientemente distinctas para que possamos seguir passo a passo a evolução das lesões. E ajuntando estas indicações ás fornecidas pelas radiographias, as que a historia do doente e o exame clinico, tenham já permittido precisar, chegamos a saber em que momento de sua evolução se acha o fóco pottico, em saber por conseguinte se a phase activa de convalescença começa."

Todas as tentativas cirurgicas destinadas a agir no canal rachidia-no, na bainha meningea e a fortiori (medulla e raizes), devem ser absolutamente deixadas de lado; são muito mais perigosas que a expectação e a sua efficacia não está ainda provada, demonstrada. Neste que é o do abcesso, tratamos com muita reserva pela injeção focal com solução antiseptica devido a serios perigos ou accidentes sobrevindos. Comtudo, em algumas quisenas de annos houve tentativas que foram feitas para abreviar o longo tempo da immobilisação necessaria para a cura.

Assim surgem Whitman, Henle e Albee, que aconselharam o enxerto ósseo no sitio eruentado das apophyses espinhosas, applicando laminas osseas retiradas da tibia do mesmo individuo ou de fragmentos de osso esterilizado.

Hibbs procurava o mesmo resultado aproveitando o periosteo das apophyses espinhosas, decorticando as apophyses articulares para realizar a arthrodése, fracturando as apophyses espinhosas sem periosteo, rebatendo uma sobre as outras com um fim de obter um cálo unico resistente.

Halstead collocava o enxerto osseo sobre a base das apophyses espinhosas seccionadas.

Estas tentativas eram portanto reminiscencias dos ensaios de Chipault (de Paris) que ligava entre si as apophyses espinhosas, as de Lange (de Munich) que collocava lateralmente de um lado e de um outro lado destas espinhas enxertos heteroplasticos com placas metallicas. Tentativas estas, como era natural, fizeram grande ruido no mundo scientifico, porém foram mais tarde abandonadas pelos Professores Bier, Loeffler, Bradford, Texer, Ombrédanne e outros.

Em opinião unanime do Congresso de Orthopedia foi considerado o enxerto osseo no Mal de Pott como "un verron de sûreté" bom unicamente para executar em doentes sensivelmente curados.

O Professor Barros Lima (do Recife) em importante e bem documentada contribuição sobre o tratamento cirurgico da tuberculose ossea, escripta em 1931, cita que "não pensaram sempre assim Estor e Sorrel, relatores no Congresso de Orthopedia e Cirurgia. Para elles a intervenção seria contra indicada nas crianças por desnecessarias, chegando-se a cura sem sua utilização.

¿ "Quaes, entretanto, os fundamentos a servir a esta contra-indicação, se a observação anatomica, a experimentação e a clinica, estão accordes em ser na efficiencia do methodo quando applicado a adulto e se as crianças precisamente são as que mais necessitam por mais habitualmente soffredoras?

"Em principio seria logico admittil-o, si nellas a intervenção fallhasse ao seu objectivo de fusão, se fosse grave, se prohibisse o crescimento.

"Tal não dizem, entretanto, os factos. Ninguém demonstrou realmente que a ancylosé se não fizesse que adherencia entre o enxerto e lamina, enxerto e apophyses espinhosas, se não realisasse, a bloquear por final, o conjuncto das partes posteriores que Albanése observou, em estudo de peças de museu, ser o de cura natural.

"E nada poderia fazer crêr se objectivasse o bloqueio; ossos deixando com facilidade penetrar pelos vasos do meio em que descansam, offereriam em melhores condições para a péga e para a reconstituição, desde que fossem levados ao contacto de outro osso; exigir-se-lhes-ia apenas a condição essencial a execução das arthrodéses: contacto de osso a osso sem interposição de porção cartilaginosa a se ossificar.

"Existindo esta condição perfeitamente caracterizada, sobretudo ao nível das laminae vertebraes, desde o nascimento, é bem de crêr então não faltar nas crianças o elemento essencial, a constituição do blóco osseo entre o enxerto e arco posterior, blóco que é a finalidade da propria intervenção.

"Aliás, ahí estão as estatisticas de Albee e Hibbs; as observações de Francesco, Dalle Vedova, Waldenström, De Forrest-Smith, a demonstrar cabalmente que a ancylosé se procura até em criança de 18 mezes.

"Realmente de maximo valor, como argumento a favor dos que defendem as intervenções *ancylosantes nos pequeninos*, é a observação de De Forrest-Smith de uma columna de criança de 18 mezes, operada por mal de Pott na clinica de Hibbs morta tres mezes após, de pneumonia, na qual foram encontradas fundidas as apophyses espinhosas (excepção de duas), laminae e articulações da primeira a sexta vertebrae dorsaes.

"Entretanto a observação dos radiologistas de que nas crianças, as verificações radiographicas mostravam, muito mais frequente que nos adultos, o desaparecer da massa ossea implantada dois a tres mezes após a intervenção, permittiria talvez pensar que os transplantantes tivessem sido reabsorvidos."

O Professor Tavernier (de Lyon) acha que as *intervenções ancylosantes* encurtam por alguns annos o tratamento na criança, além de evitar a deformidade. Este Professor declarou na Sociedade de Cirurgia de Lyon, que na pratica destas intervenções deve se ter restricções para as crianças abaixo de 6 annos de idade, graças a carencia, crê, de união precisa do arco posterior, immobilizado pelo enxerto ao corpo, separados ainda por lamina cartilaginosa que lhes permite um ponto de mobilidade.

Albee diz que é bem verdade ser a implantação de transplante osseo em cartilagens que influencie a transformação destas cartilagens em osso, mas é bem mais de crêr não peguem sempre os seus transplantantes em tão máo leito. E assim sendo, se explica os insuccessos abaixo desta idade, citados por Tavernier.

O Professor Martinez Vargas, no V Congresso Nacional de Pedia-  
tria, reunido em Granada, anno 1933, em revisão dos resultados obtidos pelo processo de Albee no tratamento do Mal de Pott na infancia: "Y debo declarar con franquesa que no he obtenido con este procedimiento cruento, ventajas sobre o método clásico incruento. En esto suberibola doctrina que ha defendido recientemente el dr. Deeref en su discurso



inaugural de la Academia de Medicina de este año. El procedimiento de Albee no ha eximido a los enfermos de la quietud en cama, ni ha acortado el tiempo que deben permanecer en la posición horizontal; en definitiva, los resultados no son superiores al método incruento. Por lo tanto, no vale la pena exponer al niño a los peligros de una doble operación quirúrgica, la hendidura de las apófisis espinosas y la extracción del injerto que debe introducirse en aquella.

“En los casos incipientes, cuando no se han fundido los cuerpos vertebrales, el método clásico, con la desgravación de la columna vertebral, la inmovilidad, la helioterapia y los recursos generales etc. alcanza la curación sin que quede la menor gibosidad. En los casos avanzados no se remedia ni se impide la jibosidad permanente, sobre todo en estos que se acompañan de soldadura de las láminas de los cuerpos y de las apófisis vertebrales.

“En resumen, tengo para mí que de igual modo que se abandonó años hace el procedimiento cruento, o sea la resección prematura del foco tuberculoso en los artrocaces, debe desecharse el procedimiento de Albee en el tratamiento del Mal de Pott en los niños.”

O Professor Barros Lima declara que “se assim não são claras as desvantagens do processo de Bérard quando comparado aos outros baseados no de Albee, seus meritos são evidentes porque dá larga superfície de apoio bem vascular ao transplante, sem que o canal rachidiano seja exposto ao menor risco.

“Só assim compreenderiam certos factos de nossa pratica em desaccordo com os por elle observados, pois que agimos com a technica de Bérard, collocando o transplante em face das laminas e das bases das apophyses espinhosas. Neste ponto está sempre o osso calcificado, a união será segura, o transplante pegará e embora existe para sua frente, entre arco e corpo, a cartilagem que Tavernier responsabilisa pelos máos resultados da intervenção nos pequeninos, ter-se-á a explicação de successo como o da pequena I. S., dos mais brilhantes dos nossos casos:

“*Observação:* I. S., com 3 annos de idade, parda, entrou para o Hospital Infantil a 24 de Junho de 1929.

*Diagnosticó* — Tuberculose dorsal inferior com gibosidade.

*Antecedentes:* Mãe fallecida de tuberculose pulmonar. Ha mais de 5 mezes iniciou-se a molestia de I. que se queixava de dór quando executava certos movimentos ou mesmo de pé, notando-se ao mesmo tempo uma pequena saliencia anormal da espinha. Foi neste estado trazida ao serviço.

*Exame:* Ao nivel inferior da columna dorsal observa-se uma gibosidade angular aguda. A apalpação das apophyses espinhosas correspondentes a gibosidade e visinhas é dolorosa. Mobilidade da columna ausente ao nivel das vertebraes doentes. Máo estado geral.

*Exames complementares:* Em 27 de julho de 1929 numerosissimos ovos de ascarides, tricocephalos e oxyuros. Em 9 de Outubro Wassermann no sangue negativo. Em 29 de julho, segundo relatório do Dr.

Aguinaldo Lins, a radiographia mostra o corpo da 12.<sup>a</sup> dorsal em forma de cunha de vertice anterior. Em 9 de março de 1930: Mal de Pott, enxerto identificado, diminuição da angulação. Em 19 de julho: modificação da angulação para melhor. Em 20 de Agosto: enxerto facilmente identificavel em toda sua extensão; angulação modificada para melhor.

*Tratamento:* Em julho foi posta em leito de Lorenz. A molestia evolue com alternativa de melhora e peóra no estado geral, crescendo ao mesmo tempo a gibosidade e foi por uma destas peoras que resolvemos intervir, realisando em Fevereiro de 1930 a ancylosé da columna com a technica de Bérard, utilizando transplante continuo no periosteo, mas interrompido em sua substancia compacta para melhor se adaptar á gibosidade já consideravel. Anesthesia pelo balsoformio, durando a intervenção 20 minutos. Foi posta a marchar em fins de Abril com collete gessado e retirado definitivamente em 20 de Agosto de 1930. A 21 do mesmo mez teve alta do hospital, executando todos os movimentos sem dôr e com facilidade. Em março de 1931 voltou ao hospital a nosso pedido: estado geral está consideravelmente melhorado e a criança executa com facilidade todos os movimentos, sem dôr; apanha os objectos no solo e senta-se sem apoio sobre os braços. Não sente dôr a apalpação da columna, immobilisada ao nivel da zona enxertada. Pareceu-nos ligeiramente augmentada entretanto, a gibosidade, pelo que julgamos prudente collocal-a em collete gessado, deixando-a porem marchar.

Ouçamos a leitura de outro caso:

*Observação do Professor Barros Lima* — J. B. — 10 annos, pardo, entrou para o Hospital Infantil a 27 de Julho de 1929.

*Diagnostic:* Mal de Pott dorsal, paraplegia.

*Antecedentes:* Veio ao Hospital Pedro II onde passou 90 dias. Informa, sem precisar data, haver caído de uma jaqueira.

*Exame:* Deformidade ao nivel da columna dorsal, de angulo arredondado. Abolição dos movimentos dos membros inferiores. Paralysis espastica: sensibilidade normal; exagero do reflexo patelar. Babinski positivo. Ausencia de perturbações sphyncterianas. Clonus do pés de ambos lados, mais accentuados á direita.

*Exames complementares:* Radiographia a 30 de Agosto de 1929: corpos vertebraes das 7.<sup>a</sup>, 8.<sup>a</sup> e 9.<sup>a</sup> dorsaes sensivelmente modificados, sendo que o da 8.<sup>a</sup> não poude ser identificado. Em 9 de Março de 1930 diz ser identificavel o enxerto, não tendo havido, porem, modificação da angulação. Numerosos ovos de tricocephalo. Wassermann positivo fraco.

*Tratamento:* Leito gessado ao chegar. Desapparece com este tratamento, gradativamente, a paraplegia. A 5 de Fevereiro 1930 realisamos sob anesthesia geral por balsoformio, um transplante de tibia na goteira vertebral, na forma habitual. Marcha a 23 de Abril com collete, só abandonado dias antes de ter saído do hospital, a 26 de Setembro. Corre, salta e diverte seus companheiros.

O relatório da Comissão de cirurgiões americanos, de inquerito feito mostrou a grande influencia do transplante, porem eliminando as

desvantagens que seus entusiastas lhes davam em cura rapida da tuberculose vertebral, quando até então era apenas seu papel therapeutico a immobilisação.

O Professor Barros Lima fala e escreve, "que é preciso prolongar a vigilancia e considerar que ha um periodo talvez longo nas crianças em que o transplante se transforma, em que é necessario ajudal-o com os velhos meios contensores, agindo para fóra do organismo.

"E' a boa pratica de Bérard, pela qual ha necessidade de honestamente baterem-se todos os que vêm nas *intervenções ancylosantes*, meio efficaz de transformar a cura das tuberculosas vertebraes.

"Por fim, ainda com Bérard é necessario recordar que o doente continua tuberculoso, sendo-lhe necessario como tal considerar-se para que tenha vida tranquilla, sem exercicios violentos, sem fadigas, sem abusos que lhe possam prejudicar."

Para concluir o estudo sobre estes methodos de tratamentos reportemo-nos a Ombrédanne a proposito dos enxertos osseos, nos potticos cuja expressão clinica de outr'ora era "nous y avons renoncé."

Presentemente escreve este Professor, modificando sua opinião a respeito da intervenção cirurgica na criança: "la greffe osseuse chez l'enfant est le plus souvent inutile, puisque la guérison est la règle. Pourtant nous l'employons dans les formes traînantes, qui restent douloureuses après la troisième année de traitement, ou qui paraissent ne pas se fixer. Et les résultats obtenus dans ces conditions sont excellents."

Emfim, pensamos que está ahí uma intervenção, cuja benignidade não é absoluta e que deu casos de morte. E a nossa observação, orientada em tratamento racional e humano, graças aos exemplos edificantes dos clinicos contemporaneos como os Professores Paes Leme, Dioclecio Pereira, Protasio, Olinto, Mariante, Augusto Paulino, Pinto Portella, lidimos representantes dos mestres francezes Trouseau, Tillaux e Faure que seguiram como a expressão de sua mentalidade — consciencia medica e cirurgica, isto é de alma de medico e de cirurgião.

## Segunda contribuição ao reconhecimento microscópico dos resíduos fecaes de origem alimentar.

R. di Primio

Docente e Chefe de Laboratorio de Parasitologia.

Continuação do trabalho que publiquei em 1919 sob o titulo "Do reconhecimento microscópico dos resíduos fecaes de origem alimentar", a presente contribuição, visando os mesmos objectivos, exigiu tambem longos e penosos regimens alimentares.

Largo tempo foi consumido no previo estudo histologico dos vegetaes em observação, technica novamente seguida para o posterior confronto e evidencia das transformações operadas no tubo digestivo.

Os desenhos, do mesmo modo são originaes e reproduzem exclusivamente os elementos observados nas fezes.

### *Importancia do assumpto*

Desnecessario se torna salientar a importancia deste estudo no Brasil. Pela excepcional extensão de territorio, diversidade de climas, desde o calor equatorial do Amazonas ás frias regiões do Rio Grande do Sul, com accidentes geographicos e outros factores que determinam especiaes condições mesologicas, possuindo fauna e flora, classificadas entre as mais ricas do mundo, tem o brasileiro regimens alimentares diferentes, muitas vezes improprios ou que não correspondem ás exigencias do meio.

### *Exames coprológicos*

Em geral, e, com a frequencia que mais seria de desejar, os exames coprológicos são solicitados nos casos de perturbações digestivas ou em outras restrictas circumstancias, sob os pontos de vista chimico, bacteriologico e parasitologico.

Os clinicos não recebem indicações exactas:

- 1) da presença dos residuos de origem alimentar;
- 2) do seu estado de digestão ou das modificações operadas;
- 3) da relativa proporção;
- 4) das alterações chromaticas e outras anomalias.

A presença de certos detritos denunciam, uns, imprecisamente, alterações das funcções digestivas, ao passo que outros indicam de modo particular a séde dessas perturbações ou deficiencia funcional de determinados órgãos.

Quem pensosamente se sujeita aos regimens alimentares para fins experimentaes, bem pode julgar, nas condições de normalidade ou de apparencia hygida, o papel que os alimentos desempenham, em face das funcções digestivas.

Essas e outras particularidades são contribuições preciosas para a elucidação dos phenomenos que occorrem no tubo gastro-intestinal, mechanicos e chimicos, sob a influencia de multiplos factores normaes e morbidos.

Uma das manifestações mais apreciaveis é o retardamento ou accellerção nas evacuações, como consequencia directa da composição chimica ou da propria natureza dos alimentos.

Assim, muitos residuos vegetaes considerados improprios ou de pouco valor nutritivo têm, ao contrario, acção benefica despertando ou exaltando o peristaltismo intestinal.

E' o que occorre com os vegetaes ricos em cellulose, indicados nos casos de preguiça intestinal ou constipação habitual.

### *Diagnostico microscopologico*

Ha residuos que são microscopicamente caracteristicos.

Outros elementos constitutivos de certos parenchymas são semelhantes ou têm differenças — pequenas modificações de forma, de tamanho, de refringencia, de inclusões, de pigmentações e outras particulares minucias microscopicas — que não permitem um facil diagnostico differencial.

As vezes, a difficuldade surgida na identificação de taes residuos, é dirimida quando outros elementos se lhes oppõem, formando, pelo conjuncto, uma base mais solida para o objectivo visado.

O que importa precipuamente resolver, além do fim especial de evitar possiveis confusões com certas formas parasitarias, é o estado dos residuos que, para a exacta observação e perfeito julgamento das transformações operadas no canal digestivo, exige previo e real conhecimento histologico do vegetal.

Em certas circumstancias isto se torna impossivel, já pelas modifi-

cações oriundas da preparação culinária, já pela acção dos multiplos phenomenos digestivos quer chimicos, quer mecanicos.

As côres de muitos vegetaes, variaveis com o estado de maior ou menor maturidade sob influencias multiplas e com as alterações chromaticas soffridas no aparelho digestivo, não constituem, de modo geral, elementos seguros para fins diagnosticos.

A frequencia dos residuos fecaes varia, evidentemente, para cada região de accordo com os habituaes regimens alimentares.

Muitos detritos vegetaes são encontrados periodicamente, coincidindo o seu apparecimento com a época dos respectivos vegetaes.

Outros não obedecem esta periodicidade ou porque procedem de plantas vivazes ou porque se originam de vegetaes lançados ao mercado sob varias formas: fructos seccos, compotas, despeitos em massa, em conservas, etc., e nos quaes muitos dos seus elementos constitutivos não perdem as principaes características, desde os primeiros processos industriaes, tão polymorphos, até ás phases finaes dos phenomenos digestivos.

Assim, residuos revelados por occasião dos exames microscopologicos podem causar, de inicio, surpresas aos desavisados.

Mais desconcertante, ainda, é a presença de elementos extranhos resultantes da ingestão de generos alimenticios falsificados. Desta maneira se explicam os resultados dos exames que, á primeira vista, poderiam parecer erroneos, principalmente nos individuos que seguem regimens especiaes e estrictamente rigorosos.

## GOIABA

*Psidium pomiferum*, Linn.

Como residuos interessantes resultantes da ingestão da goiaba, quer do fructo propriamente dito, quer das innumeradas modalidades de doces que com elle se fazem, são as grandes cellulas ou concreções petreas que se differenciam com facilidade das outras suas congeneres, como, por exemplo, da pera e do marmelo.

Em geral são extensas e mais planas, de contornos irregulares, com a parte central relativamente larga e de nivel mais ou menos uniforme e de aspecto pontuado. Fig. 1.

Algumas, mais espessas, têm pronunciado relevo e limites regulares, fenda central estreita, ás vezes linear, donde partem finos canaliculos para a base, que sempre se apresenta notadamente mais larga, quer nessas como nas primeiras formas descriptas.

Nos exemplos desenhados, as dimensões estão comprehendidas entre os limites de 30  $\mu$  a 170  $\mu$  de comprimento e de 50  $\mu$  a 120  $\mu$  de largura.

Ao lado das formas isoladas ou desagregadas, não raramente são encontrados conglomerados desses elementos, fornecendo aspectos interessantes e onde os mais externos ou destacados evidenciam os principaes caracteristicos acima assignalados.

## MARMELO

*Cydonia vulgaris*, Pers.

Os residuos do marmelo provêm ou dos fructos que se comem, estando neste caso a sua presença condicionada á epoca do seu apparecimento ou dos doces em calda, do fructo dessecado ou desfeito em massa e de outras formas que se apresentam no mercado, motivando, por estas ultimas razões, a presença destes residuos em qualquer epoca do anno.

E' um motivo para os seu detritos serem encontrados com relativa frequencia tanto nas pessoas sãs como doentes.

Dos mais caracteristicos e communs, por resistirem á acção dos succos digestivos, são as nodosidades esclerosas, concreções ou cellulas petreas oriundas do mesocarpo.

Macroscopicamente a sua presença é presuppuesta quando se pratica o esfregaço das materias feccaes pelo atrito especial dessas nodosidades de encontro á lamina ou na colocação das laminulas.

Apresentam as seguintes dimensões medias: comprimento 34  $\mu$  e largura 19  $\mu$

A fig. 2 representa algumas destas cellulas e traduz o aspecto das suas paredes espessas, canaliculadas, abertura central, proporções dos seus diametros, etc.

Para o diagnostico differencial destas cellulas, que se podem apresentar isoladas ou conglomeradas, como suas congengeres de outros vegetaes, são analysados os seguintes elementos ou referencias: dimensões, regularidade de contorno, abertura central, canaliculos, fendas, relevo, etc.

Quando ao lado dessas cellulas se encontram pêlos do marmelo, o seu diagnostico torna-se mais facil. Estes pêlos, de dimensões variaveis, longos, unicellulares, ligeiramente sinuosos, de paredes pouco espessas, canal central occupando toda a sua extensão, base não alargada, têm as seguintes dimensões medias: comprimento 800  $\mu$  e largura: 25  $\mu$  Fig. 3.

Outras vezes se encontram reunidos. Fig. 4.

## "KAKI"

*Diospyrus kaki*, L.

Sob a forma de concreções crystalloides são encontrados nas fezes residuos do "kaki", abundantes, relativamente, na epoca deste fructo. A presença destes detritos, macroscopicamente, é denunciada pelas dimensões, côr vermelha escura, sensação petrea quando se pratica o esfregaço ou difficuldade, dada a espessura que possuem, ao pretender-se cobrir o preparado com a laminula.

Essas formações, cujas dimensões medias são de 500  $\mu$  de comprimento e 130  $\mu$  de largura, apresentam a superficie ora liza ora irregular, accidentada, como mostra e dispensa maior descripção a fig. 5.

## JABOTICABA

*Myrciaria cauliflora*, Berg.

Na fig. 6 estão representadas as cellulas do parenchyma da jaboticaba, cujas formas, arredondadas, ovaes, alongadas, em raqueta, de contorno ligeiramente sinuoso ou regular, tem dimensões variaveis, oscilando em torno de  $200\mu$  a  $500\mu$  de comprimento e de  $80\mu$  a  $500\mu$  de largura.

O protoplasma é hyalino, com a membrana externa pouco diferenciada, sem outros caracteristicos apreciaveis.

## COCO DA BAHIA

*Cocos nucifera*, Linn e Spl.

Pelas suas innumeras applicações tem a mais larga expansão commercial.

Sob o ponto de vista alimentar, a parte utilizavel e que maior interesse apresenta, tanto para a ingestão em estado natural como para a feitura de doces, sob varias formas, é a amendoa. Por varios motivos é um dos doces mais communs em o nosso paiz.

Assim, a presença destes residuos em determinadas occasiões e nas mais diversas regiões, não constitue raridade.

Como detritos mais frequentes, notam-se cellulas isoladas ou reunidas em grande numero, de dimensões variaveis, em media de  $160\mu$  de comprimento e  $80\mu$  de largura, de protoplasma homogeneo e transparente. Fig. 7.

## AMEIXA AMARELLA

*Erybothria japonica*, Lindley

Elegantemente longos, rectos ou com ligeiras e suaves sinuosidades, outras vezes curtos, unicellulares, base não alargada, extremidade afilada, assim se apresentam nas fezes os pêlos da ameixa amarella.

O canal central, regular, estreito, occupa quasi toda a extensão do pêlo. As suas dimensões medias são:  $500\mu$  de comprimento e  $28\mu$  de largura, na base.

A fig. 8 reproduz alguns destes pêlos, que na fig. 9 foram desenhados com mais forte augmento, para melhor observação da sua morphologia.

## MORANGO

*Fragaria vesca*, Linn.

Com as dimensões medias de  $1.850\mu$  de comprimento e  $200\mu$  de largura, fig. 8, são os estyletes dos akenos do morango formados de cellu-



las retangulares, longas e paralelas. Apresentam o vertice mais largo do que a base. Fig. 10.

### BUTIÁ

*Cocos eriospatha*, Mart.

Os residuos do butiá são numerosos, o que se explica pela grande quantidade de fibras ou elementos cellulósicos, que, com a polpa succosa, constituem o mesocarpo ou a parte comestível.

Estas fibras, de dimensões relativamente grandes, que se apresentam nas fezes em feixes ou dissociadas, são algumas vezes consideradas como vermes aos olhos leigos, pelo aspecto filiforme, côr esbranquiçada ou pardacenta.

A fig. 11 representa, com pequeno augmento, o conjuncto dessas fibras, cujos elementos constitutivos medem 8 a 10  $\mu$  de comprimento, juxtapostos, que, para melhor observação, requer maior augmento, como demonstra e dispensa mais larga descripção a fig. 12.

### MOSTARDA

*Sinapis nigra*, Linn.

Da mostarda, que com certa frequencia entra na nossa alimentação, represento na fig. 11 alguns pêlos, unicellulares, conicos, canal central largo, tendo as seguintes dimensões medias: comprimento 700  $\mu$  e largura (na base) 200  $\mu$ . Estes, como os demais pêlos, passam incolumes pelo tubo digestivo. Fig. 13.

### TOMATE

*Solanum lycopersicum*, L.

O residuo mais frequente do tomate, pela resistencia notavel que offerece á acção dos phenomenos digestivos, é constituído pelo epicarpo ou pellicula externa que o envolve.

Sob o ponto de vista microscopologico, além de ser inatacavel, apresenta a particularidade de conservar, com maior ou menor intensidade, a sua coloração.

Macroscopicamente a sua presença é denunciada pelo relativo tamanho destes fragmentos e côr, sem nenhuma base, entretanto, para diagnostico.

Ao microscopio, conforme descripção inserta no meu trabalho inaugural, é o epicarpo do tomate, constituído por cellulas polygonaes, com paredes rectas, espessas, lisas ou ligeiramente pontuadas e coradas em vermelho, com as dimensões medias de 30 a 40  $\mu$  ou de 20 a 30  $\mu$ . Fig. 14.

Pequenas cicatrizes arredondadas correspondem aos pontos de inserção dos pêlos.

Cumpre assignalar que, em um regimen alimentar especialmente in-

stituído, foram encontrados diversos resíduos oriundos do mesocarpo do tomate, com a coloração vermelha característica.

### PIMENTÃO

*Capsicum annuum* sp.

Passam no tubo digestivo, morphologicamente inalteráveis, grandes fragmentos do epicarpo ou a parte externa do pimentão.

A tamização retém estas pelliculas, de cor parda, transparentes, que ao microscópio se apresentam formadas de cellulas polygonaes, com diametro medio de  $70 \mu$  e intimamente unidas por uma substancia esclerosa. Fig. 15.

### ALCAXOFRÁ

*Cynara scolymus* L.

Além da presença de feixes libero-lenhosos e de pequenas cellulas polygonaes, encontram-se nas fezes, como detritos da alcaxofra, outras cellulas longas, de membrana pouco evidente, protoplasma transparente, extremidades arredondadas, limites nítidos e contornos regulares.

A fig. 16 reproduz alguns destes elementos, cujas dimensões medias têm  $250$  de comprimento e  $20$  de largura.

### ERVILHA

*Pisum sativum*, L.

No meu trabalho anterior descrevi os principaes detritos da ervilha.

Na fig. 17 represento as cellulas em paliçada desta leguminosa que, guardando em suas linhas geraes certas semelhanças morphologicas, têm, entretanto, alguns característicos especiaes. Essas cellulas apresentam quasi uniformidade de suas dimensões; medem  $110 \mu$  de comprimento e  $15 \mu$  de largura. Um variavel ou ligeiro estrangulamento existe mais ou menos na parte media. Nota-se, na parte interna e proximo á base, a tendencia do aspecto da parte central, para a forma de empola.

### VAGENS

*Phaseolus* sp.

Após a ingestão de vagens, notam-se detritos que, examinados microscopicamente, apresentam, aspecto original.

A parte mais externa, ou a pellicula envolvente, desagrega-se com facilidade, enrosca-se quando immersa na agua ou no fixador, como no caso, solução a 10% de formol em agua distillada. Fig. 18.

Ao microscópio, onde mais se evidencia o seu aspecto transparente, notam-se numerosos pêlos, unicellulares, com  $150 \mu$ , em media, de comprimento, implantados em bases ligeiramente salientes.

Estes pêlos podem permanecer presos á pellicula, demonstrando cer-

tá fixidez, ou são encontrados soltos, inteiros ou fragmentados, com limites regulares e base distincta do resto do pêlo.

As pequenas sementes das vagens passam incolumes pelo tubo digestivo.

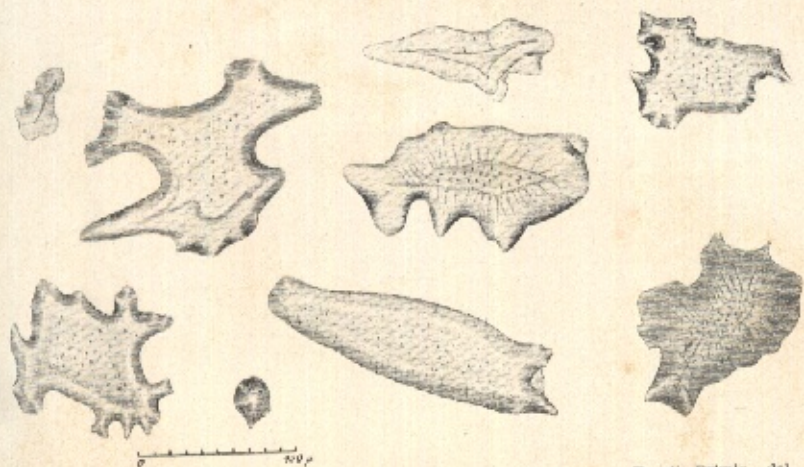
Reproduz a fig. 16 o aspecto, visto com forte augmento, do ponto de implantação de um desses pêlos, cujo diametro é, em media, de 60  $\mu$  Fig. 19.

O ponto de união ou a base propriamente dita mede 30  $\mu$  de diametro, é circumdada por uma orla saliente, donde partem, em forma radiada, numerosas ondulações ou estrias, dando uma imagem tão bonita quanto caracteristica.

### GORDURA

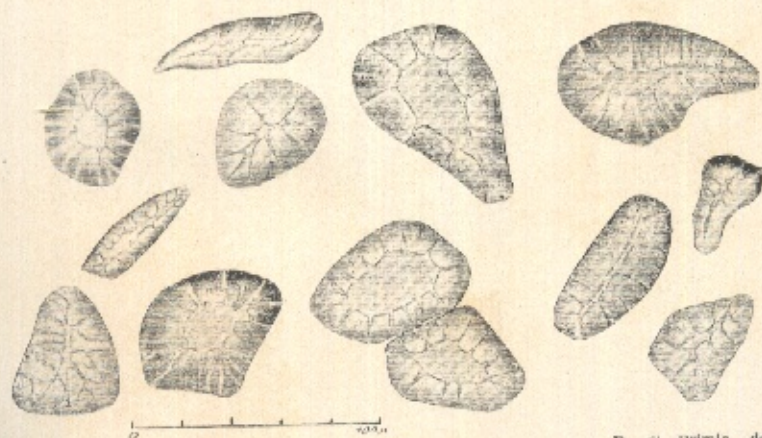
Baseado em numerosos exames coprológicos, por mim effectuados, que já attingem alguns milhares, posso deduzir não ser frequente a presença de gotticulas de gordura nas fezes.

A fig. 20 reproduz alguns desses elementos que encontrei nas fezes de um doente, registro n.º 8.942 do corrente anno do Instituto Oswaldo Cruz de Porto Alegre, e cujos diametros deram valores variaveis.



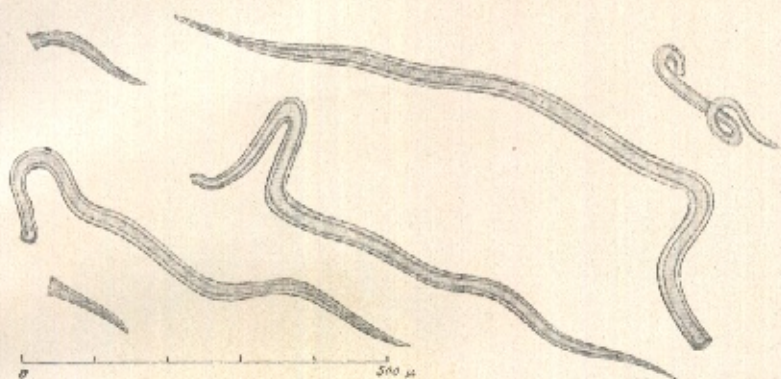
R. di Primito, del.

Fig. 1 — Cellulas petreas da goiaba



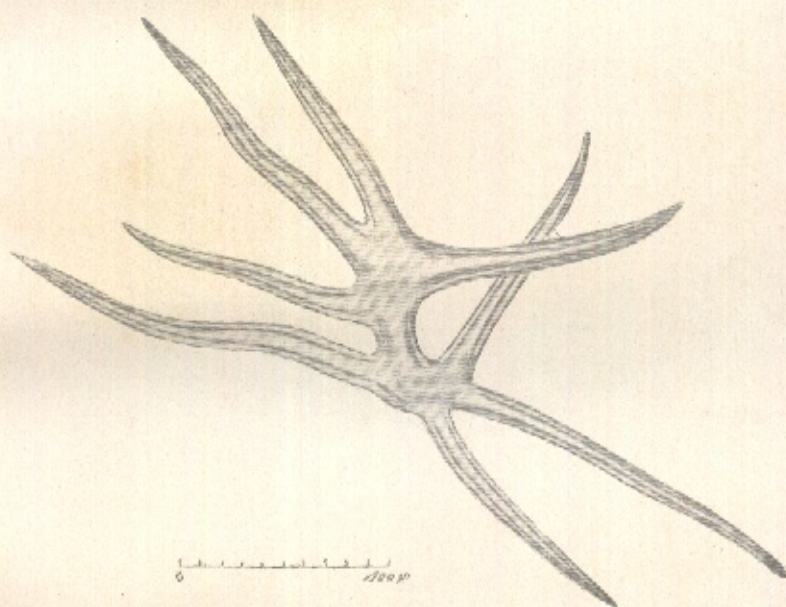
R. di Primito, del.

Fig. 2 — Cellulas petreas do marmelo



R. di Prima, del.

Fig. 3 — Pêlos do marmelo



R. di Prima, del.

Fig. 4 — Pêlos do marmelo



R. di Primo, del.

Fig. 5 — Residuos do "kaki"

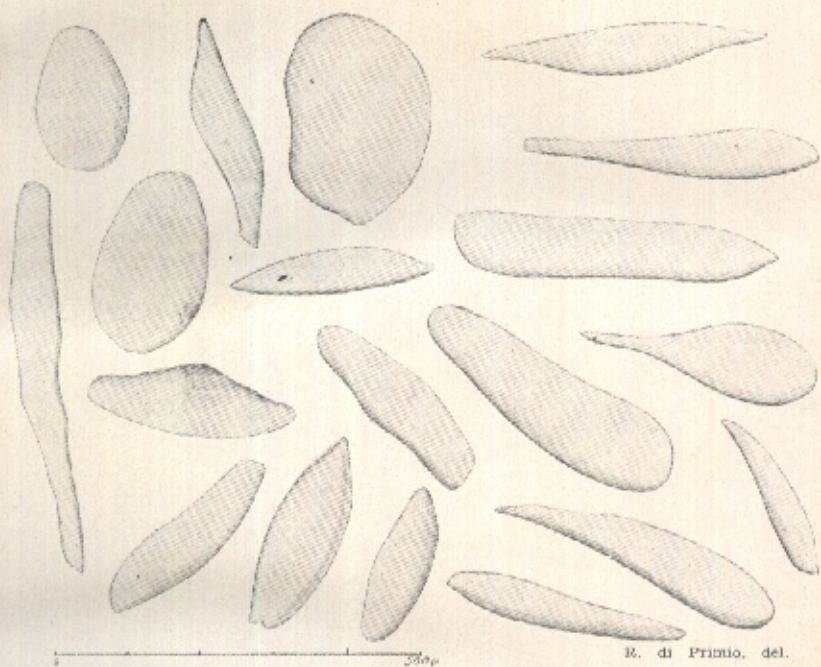
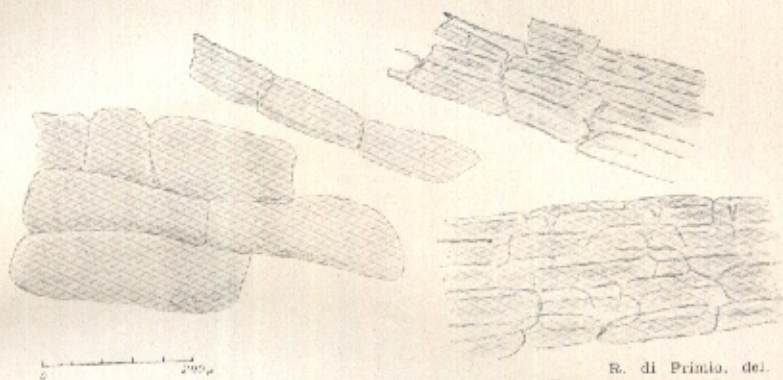
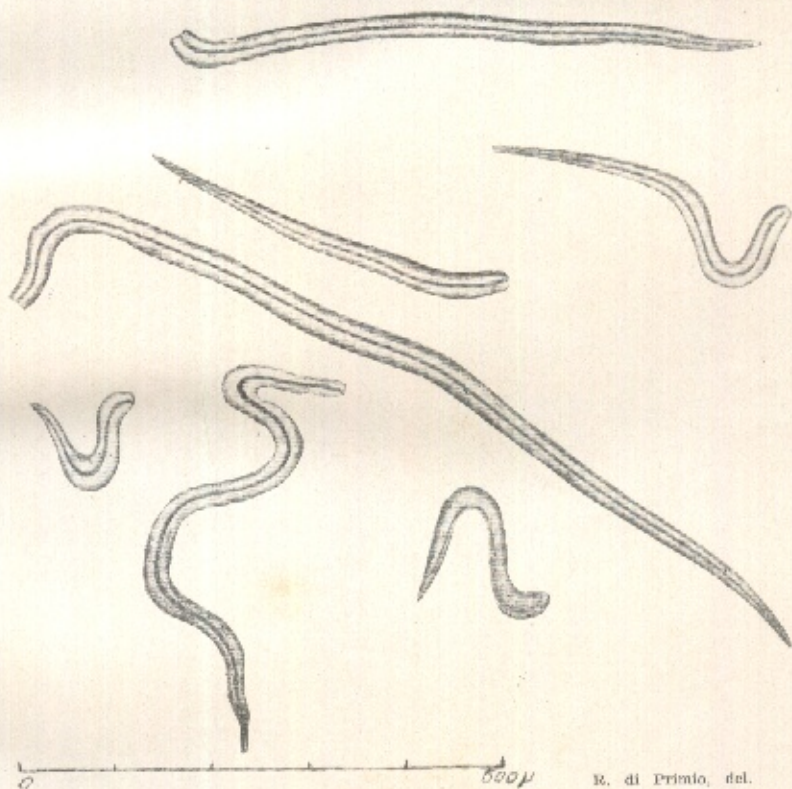


Fig. 6 — Cellulas da jaboticaba



R. di Prímto, del.

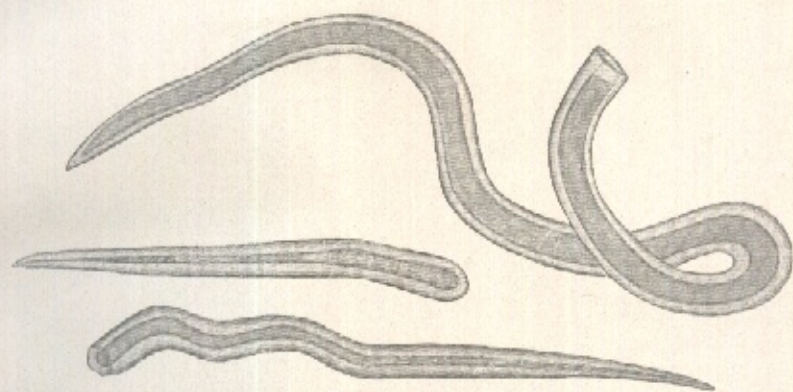
Fig. 7 — Resíduos do coco da Bahia



R. di Prímto, del.

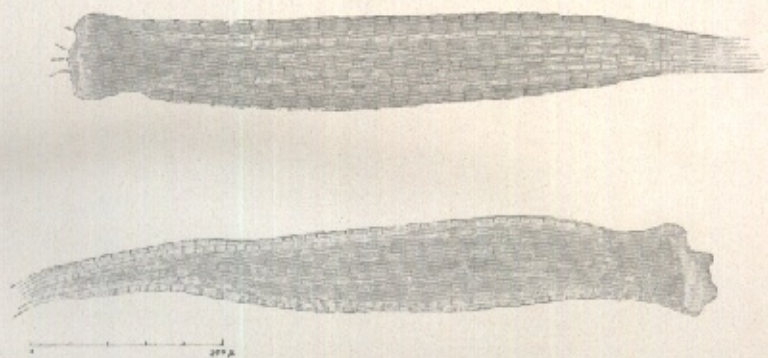
Fig. 8 — Pêlos da ameixa amarella





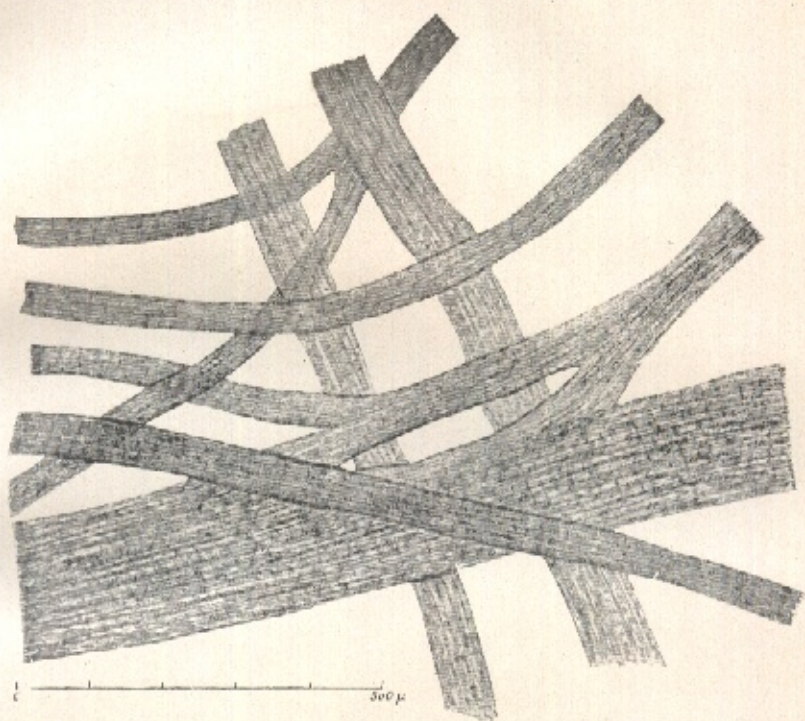
R. di Primio, del.

Fig. 9 — Pêlos da uncixa amarella



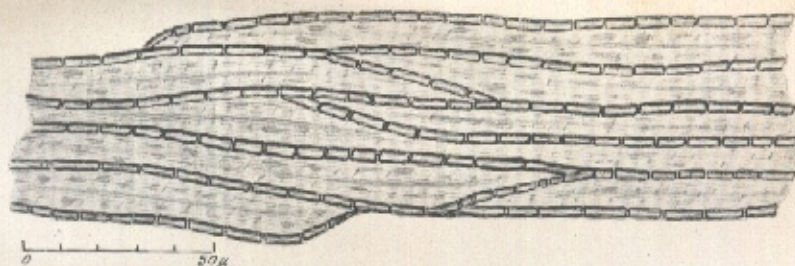
R. di Primio, del.

Fig. 10 — Estyletes dos akenios dos morangos



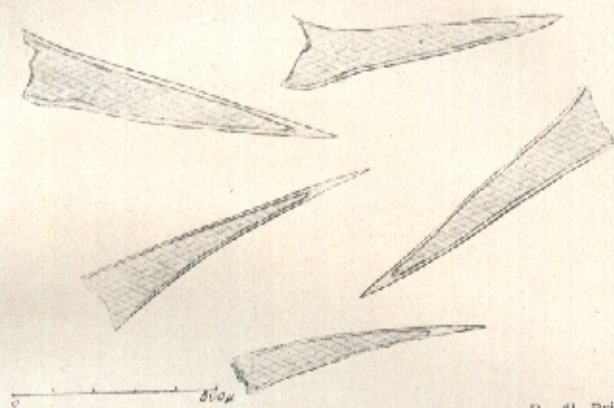
R. di Primo, del.

Fig. 11 — Fibras do butiá



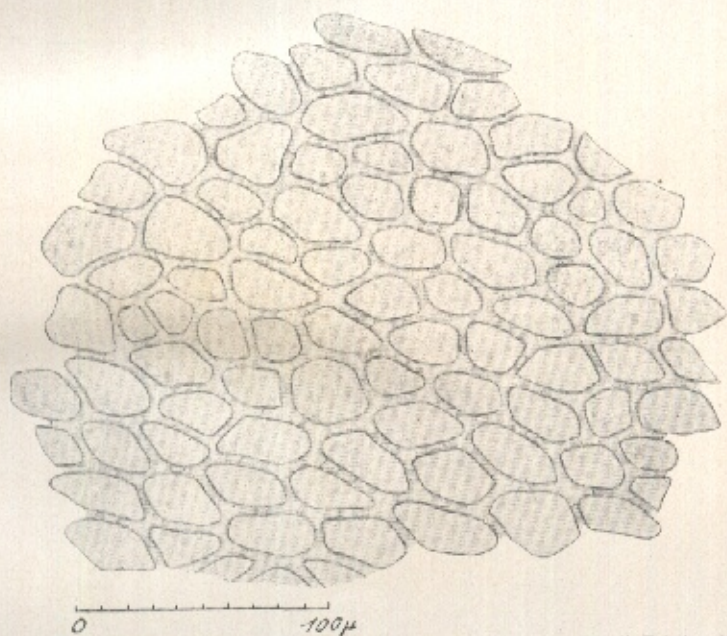
R. di Primo, del.

Fig. 12 — Fibras do butiá



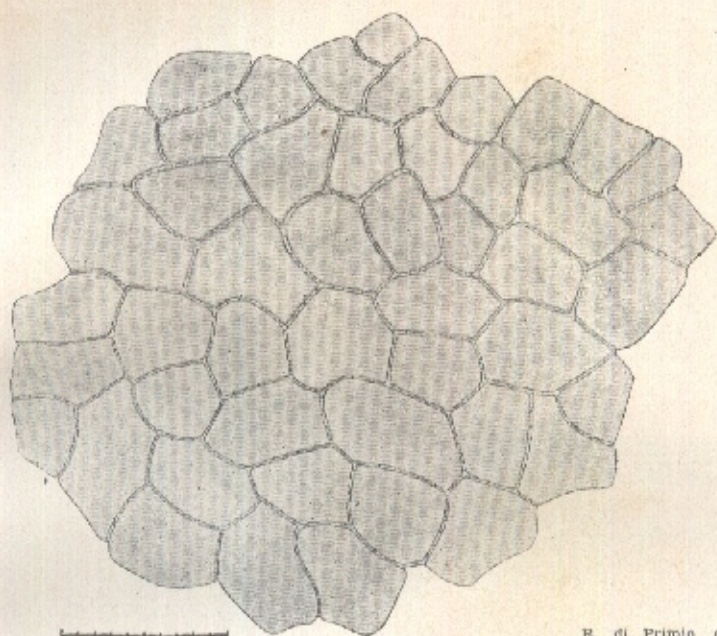
R. di Prinsio, del.

Fig. 13 — Pelos da mostarda



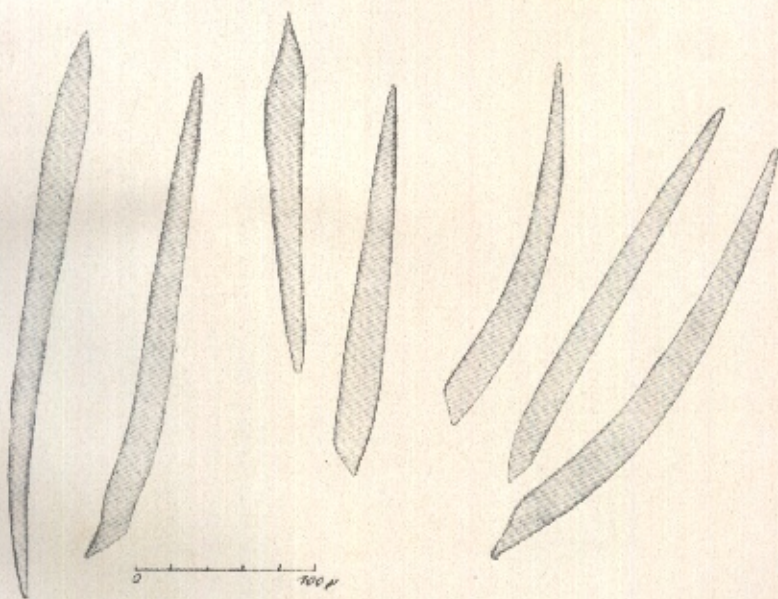
R. di Prinsio, del.

Fig. 14 — Cellulas do epicarpo do tomate



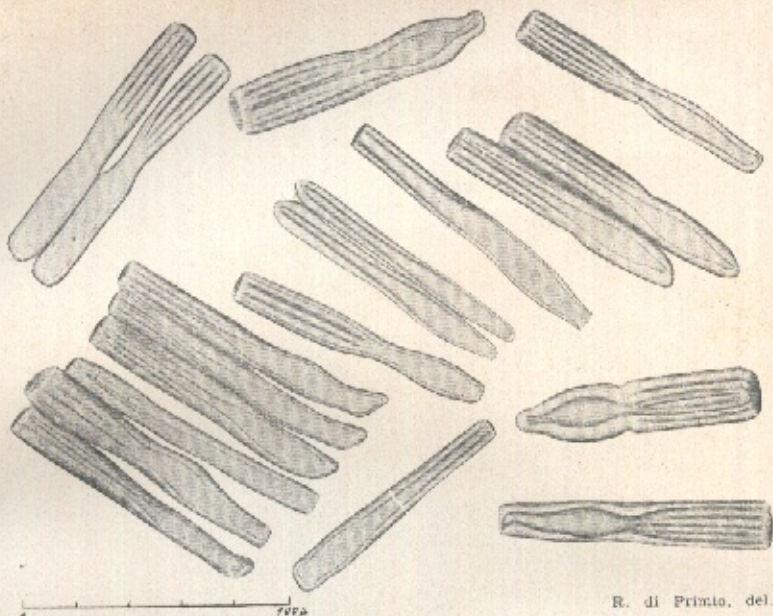
R. di Primo, del.

Fig. 15 — Cellulas do epicarpo do pimentão



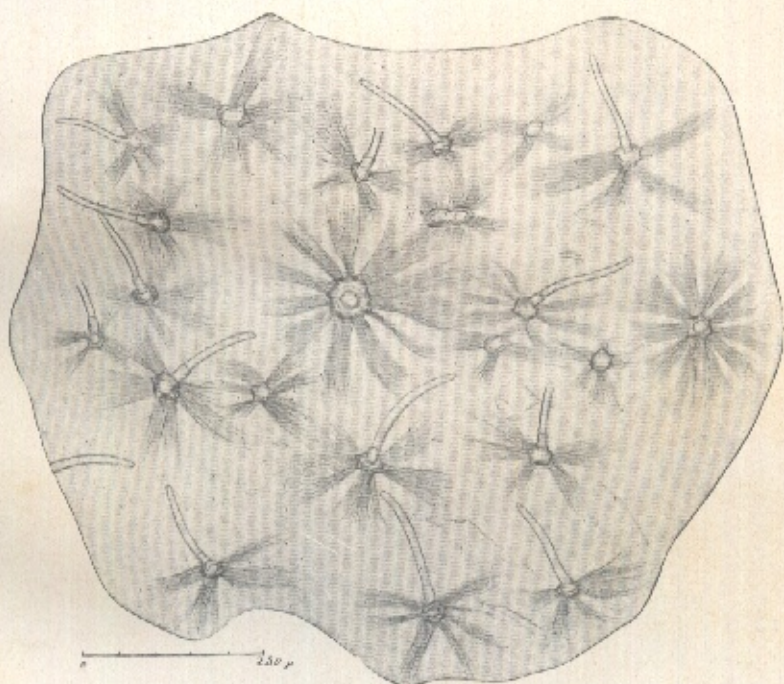
R. di Primo, del.

Fig. 16 — Cellulas da aleaxofra



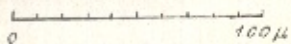
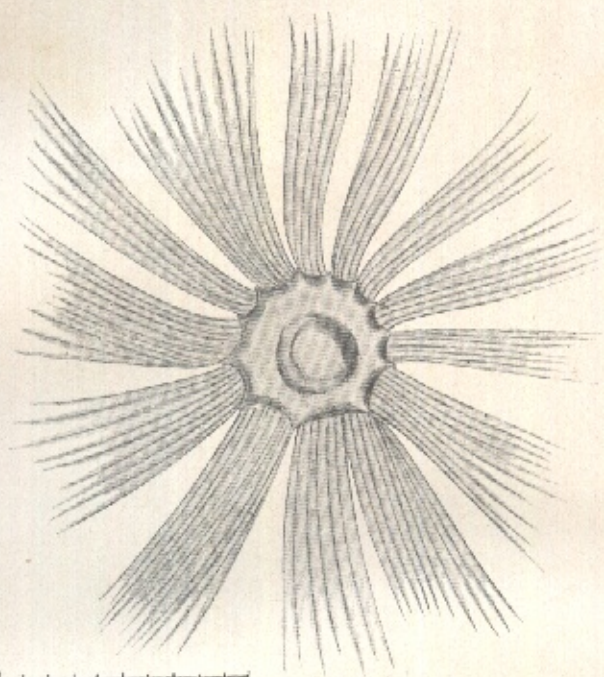
R. di Primito, del.

Fig. 17 — Cellulas em patêçada da ervilha



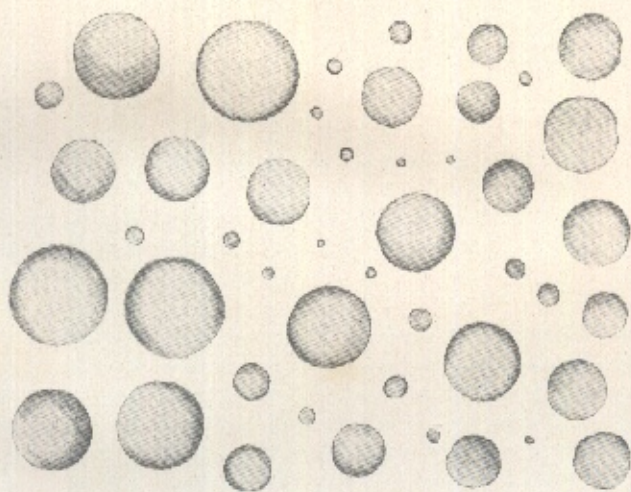
R. di Primito, del.

Fig. 18 — Pellicula envolvente das vagens



R. di Primo, del.

Fig. 19 — Ponto de implantação dos pêlos das vagens



R. di Primo, del.

Fig. 20 — Gotticulas de gordura

## Neuralgia do trigemeo

Seu tratamento pela alcoolisação ganglionar e pela secção  
Retro-gasseriana

por

(Glyseu Paglioli).

Docente de Anatomia e de Clinica Obstetrica

Para as estatisticas dos grandes centros esta contribuição não representa maior valor; entre nós, porém, ela vale por uma iniciação, visto que poucas alcoolisações do ganglio de Gasser têm sido praticadas com resultado, e a operação da secção retro-Gasseriana seguida de exito completo é a primeira feita nesta Capital.

Ha mais de trinta anos, conta-se nos meios medicos, foi feita uma operação de extirpação do ganglio de Gasser pelo cirurgião Dr. Josetti, de cujos resultados não tenho conhecimento. Naquele tempo era essa a operação em vóga, substituida hoje pela secção retro-gasseriana.

Não é minha finalidade aqui fazer resaltar a primasia dessa operação, pois isso não constitue grande merito. O meu intuito visa principalmente apresentar-vos os resultados comparativos que obtive no tratamento da neuralgia trigeminal, quer pelas injecções de alcool levadas diretamente no ganglio, quer pela operação radical, a secção retro-gasseriana.

### *Alcoolisação do ganglio de Gasser*

Os resultados colhidos nas 14 alcoolisações por mim praticadas foram bem diversos, mas todos de real valor, sinão terapeutico, pelo menos demonstrativo em alguns casos:

- 1.º — Porque serviram para esclarecer o diagnostico nos casos em que ele era duvidoso ou mesmo impossivel sem esse metodo.
- 2.º — Porque me permitiram deduzir qual a via de acesso preferida.
- 3.º — Porque surgiram complicações que podem e devem ser evitadas, e que as publicações que conheço a respeito silenciaram.
- 4.º — Porque permitiram uma apreciação exata dos resultados.

Às vezes o *diagnostico diferencial* da neuralgia do trigemeo é tão difficil que o paciente passa por varios especialistas, sem eliminar a duvida da origem do seu sofrimento. Nesses casos a alcoolisação praticada com boa tecnica é inocua e permite resolver com absoluta precisão o diagnostico diferencial. Obtendo-se, pela alcoolisação, uma anestesia da hemi-

face correspondente, pode-se apreciar se com ela a dôr desapareceu ou não.

Para evitar causas de erro, é preciso ter-se a certeza de ter atingido o ganglio. Se a abolição do reflexo corneano e a anestesia do territorio correspondente não forem completos, não se poderá excluir o diagnostico de uma neuralgia trigeminal com a persistencia da dor. Mas obtidos aqueles sinais de secção fisiologica do nervo, o diagnostico torna-se decisivo: ou a dôr desaparece imediatamente confirmando uma neuralgia do 5.<sup>o</sup> par, ou ela persiste, excluindo de maneira irrefutavel aquele diagnostico.

Quanto á *via de acesso*, posso referir as tres que empreguei: 1.<sup>o</sup> por via bucal, 2.<sup>o</sup> por via temporal, 3.<sup>o</sup> por via malar. Todas visando o buraco oval.

A primeira só deu resultado satisfatorio uma vez. A segunda é boa porque evita a excessiva introdução da agulha atravez do buraco oval e é mais curta, mas fica sujeita ás grandes variedades de conformação da base craneana, e principalmente ao gráo de inclinação do buraco referido. A terceira, a via malar, que eu julgo a melhor, embora seja a mais longa, só apresenta um inconveniente: é o de permitir que a agulha penetre sem interrupção na massa encefalica. Por isso ela exige conhecimentos anatomicos e topograficos muito exatos.

*As complicações* que se me apresentaram foram:

- 1 vez — otorragia (punção por via temporal).
- 1 vez — saída abundante de liquido cefalo-raquiano (punção por via malar).
- 1 vez — grande hematoma da hemiface correspondente (via malar).
- 2 vezes — paralisia facial discreta e passageira (via temporal).
- 4 vezes — cefaléa discreta durante 5 a 10 minutos depois da injeção de alcool (por ambas as vias temporal e malar).

Eis os resultados obtidos nas 14 alcoolisações praticadas:

- 1.<sup>a</sup> Observação — L. P. (o mesmo da operação cuja observação segue no fim) 60 anos. Primeira alcoolisação por via bucal produziu um periodo de acalmia completa durante tres anos. Segunda alcoolisação por via malar deu resultado durante 8 meses. Terceira alcoolisação por via malar (anestesia e aboição do reflexo corneo) só deu resultado e incompleto durante 24 horas.
- 2.<sup>a</sup> Observação — O. B. 56 anos. Primeira alcoolisação por via temporal deu resultado durante 16 mezes. Segunda alcoolisação por via malar, faz um ano e não tive mais noticias do paciente. (Doente do Dr. Godoy).
- 3.<sup>a</sup> Observação — A. C. Snra de 31 anos. Alcoolisação por via malar, resultado completo ha dois anos. (Doente do Dr. Godoy).
- 4.<sup>a</sup> Observação — A. F. 45 anos. Snra. Alcoolisação por via temporal, otorragia, resultado completo até agora (3 anos).



- 5.<sup>a</sup> Observação — F. T. 48 anos. Snra. Alcoolisação por via malar. Resultado até agora (11 mezes). (Doente do Dr. Tedesco).
- 6.<sup>a</sup> Observação — F. Z. Snra 56 anos. Diagnostico duvidoso. Primeira alcoolisação sem resultado. Segunda alcoolisação tambem sem resultado. Diagnostico: melancolia senil. (Doente do Dr. Ritter).
- 7.<sup>a</sup> Observação — F. M. Snra. 62 anos. Primeira alcoolisação por via temporal e malar não se conseguiu atingir o ganglio. Segunda alcoolisação por via malar resultado completo até agora (5 mezes). O diagnostico era um pouco duvidoso e confirmouse pela alcoolisação. (Doente do Dr. Ritter).
- 8.<sup>a</sup> Observação — Snra. A. M. 54 anos. Diagnostico duvidoso. Alcoolisação com resultado não tendo abolido a dor. A punção deu regular quantidade de liquido cefalo-raquiano. Diagnostico: melancolia. (Doente do Dr. Ritter).
- 9.<sup>a</sup> Observação — Snra. Dr. R. C. 48 anos. Diagnostico duvidoso. Alcoolisação por via malar. Grande hematoma da hemiface correspondente. Cefaléa discreta. Resultado completo até agora (2½ mezes). (Doente do Dr. Kern).

*Therapeutica operatoria — Secção retro-gasseriana*

Eis a observação relativa ao caso operado:

L. P. Oliveira, 63 anos, branco, brasileiro, casado, criador. Ha 15 anos começou a sentir fortes dores na face, localizadas ao longo do maxillar inferior do lado direito. Essas dores se exacerbavam periodicamente, manifestando-se sob a fórma de crises que duravam de 15 a 30 dias, com intervalos de acalmia de um mez ou pouco mais.

Nesse tempo fez a extração de varios dentes do mesmo lado e da arcada dentaria inferior, sem que com isso obtivesse alivio. Chegou mesmo a retirar todos os dentes da arcada inferior desse lado. Fez por longo tempo tratamento anti-luetico e, embora insistisse por tres ou quatro anos com o mesmo, não obteve o menor resultado.

Ha cinco anos examinei pela primeira vez o paciente, fazendo o diagnostico de neuralgia do trigemeo direito, tendo como ponto irritativo principal o terceiro ramo.

No mesmo dia pratiquei uma alcoolisação do ganglio de Gasser, por via bucal, e atravez do buraco oval. O resultado foi immediato, verificando-se logo após anestesia da hemiface direita com abolição quasi completa do reflexo corneo do mesmo lado. Essa alcoolisação produziu um periodo de acalmia completa que durou trez anos. Depois desse prazo as dores foram novamente se acentuando, e o paciente em questão entregou-se, a conselho de um clinico do interior, de novo ao tratamento anti-luetico. Não obtendo ainda dessa vez nenhum resultado satisfatorio nesse sentido, fiz nova alcoolisação poucos mezes depois, cujo resultado tambem logo se fez sentir, durando, entretanto, dessa vez, sómente oito mezes.

Desde então propuz ao nosso paciente a intervenção radical, a cuja indicação negou-se. Passou mais de um ano procurando toda a sorte de recursos ao seu alcance, nesse período, com o fim de evitar a operação. Por fim desesperado pelas crises, agora quasi constantes, voltou ao meu consultorio resolvido a entregar-se á indicação feita, mas pedindo insistentemente que fosse tentada mais uma vez a alcoolisação. Feita a mesma, não deu o menor resultado quanto á dôr, embora tivesse produzido uma anestesia da hemiface correspondenté. Parece á primeira vista paradoxal que no território de uma anestesia pudesse persistir uma dôr intensa, entretanto o nosso paciente acusava a mesma dôr aumentada da sensação muito desagradavel de uma "dormencia" (sic) que lhe aumentava o sofrimento.

Deante disso tratou-se desde logo da intervenção radical.

### *Operação*

Foi praticada no Hospital Alemão, em Abril do corrente ano.

Assistentes: Dr. Argemiro Dornelles, Dr. Aleixo Moreira e Dr. João Fischer. O Dr. Ritter teve a seu cargo observar o estado geral, tensão arterial, etc.

Doente previamente preparado com injeções hemostaticas e tónicas. Posição sentada. Anestesia geral pelo eter.

Abertura de um retalho musculo-cutaneo por uma incisão curvilinea na região temporal direita, conforme se vê na cicatriz (figura) e exposição de uma certa porção da face externa do temporal. Feito um furo de trepano no meio da superficie osea preparada e exposta, comecei a aumenta-lo com a pinça de Dalgreen e com a saca-bocado, até obter um espaço sufficiente para uma boa via de acesso. Descolamento da dura-mater até á arteria menigéa media. Para a hemostasia desse vaso empreguei um processo relativamente recente: a obstrução do buraco pequeno redondo com uma peça de chumbo especialmente construída para esse fim, e que tem algumas vantagens sobre a ligadura e sobre o emprego do torno de osso ou de marfim outróra usado. Alem do manejo muito mais facil, o chumbo é melhor tolerado, e, sendo mais maleavel, adapta-se melhor ás irregularidades do buraco pequeno redondo tão frequentes, tornando a hemostasia mais perfeita e mais segura pela sua admiravel fixação.

As aderencias consecutivas, muito provavelmente, ás alcoolisações successivas, dificultaram um pouco o descollamento da dura-mater daí para diante. Exposto o ganglio e o seu ramo inferior, fiz a abertura do cavum de Meckel, e fui em busca do tronco do trigemeo, o qual encontrei com relativa facilidade e o seccionei com um instrumento especial por mim construído, e que tem a vantagem de cortar o nervo sem arranca-lo da protuberancia. Esse instrumento tem a fórmula de uma pequena foice cujo bórdo concavo é cortante e cuja extremidades livre é olivar, permitindo trabalhar sem o receio de perfurar os seios ou a dura-mater vizinha. Deixei uma drenagem de gaze da fossa media até o exterior, que foi retirada 48 horas depois.

As sequencias operatorias foram extremamente simples, e no 5.<sup>o</sup> dia o paciente já andava de pé.

Tomei os necessarios cuidados em relação ao olho direito, e embora a abolição completa do reflexo corneo, não houve a menor perturbação trofica para o lado daquele órgão.



Doente operado

Até a presente data, o paciente acha-se em perfeita saúde, não tendo tido mais nenhuma perturbação em relação á nevralgia anterior.

Do que acabei de expor com a observação presente, confirma-se a opinião da maior parte dos neuro-cirurgiões, quando se referem aos

inconvenientes e ás inutilidades das alcoolisações sucessivas. Inconvenientes porque as adherencias consecutivas áquella terapeutica, dificultam em geral a operação, causando serios embarços á via de acesso ao tronco nervoso, e dando origem muitas vezes a hemorragias que perturbam a boa marcha da intervenção cirurgica. Inutilidades, porque é quasi de regra um efeito pouco durador nas alcoolisações subsequentes. Embora afirmem alguns autores que a alcoolisação do ganglio de Gasser produz a cura definitiva da nevralgia trigeminal, e que Sicard tenha obtido também casos de successo definitivo, eu, deante da experiencia das minhas alcoolisações praticadas com resultado (14), sou de opinião que a re-incidência é a regra e que as subsequentes feitas no mesmo paciente, ou não dão resultado, ou produzem um efeito pouco durador.

A cura definitiva só é obtida com a operação. Confirmado o diagnostico pela alcoolisação, deve-se intervir antes que recomecem as crises dolorosas.

## Acidente grave na cirurgia do abdomen inferior

por

Jaci Carneiro Monteiro

Docente Liore de clinica cirurgica

Após cerca de 200 hysterectomias por afeções cirurgicas do utero e anexos praticadas nestes ultimos 11 anos, succedeu-nos um acidente de certa gravidade, que a nossa sinceridade profissional manda divulgar.

Somos daqueles que pensam, que não só devem ser publicados os casos interessantes, terminados com exito, mas tambem os insucessos que ocorrem entre os que levam uma vida cirurgica intensa, pois estes accidentes, relatados com honestidade, trazem em si, ensinamentos e precauções de certo valor, aos que se estão iniciando na cirurgia, e para quem este trabalho é dedicado.

Tratava-se de uma mulher de quarenta e dois anos de idade, que baixara ao hospital, por fortes dores em barra no baixo ventre, vomitos espaçados, temperatura de 38° e intenso corrimento vaginal.

Na sua anamnese remota encontramos febre tifoide aos dez anos, e variola aos 15. Ha cinco anos que sofre de constipação intensa, passando ás vezes oito dias sem defecar, as dejeções tem sido nestes ultimos tempos acompanhadas de pús e "raspas de tripa". E' acometida frequentes vezes de tonturas e cefaléias, principalmente quando não exonera o seu intestino.

Menarca aos treze anos, menstruações sempre normais. Teve quatro filhos, todos fortes e em boas condições; não registra abortos. Nada mais de importancia existe na sua historia pregressa.

De dois meses a esta parte, vem sentindo dores nas regiões lombar e sacra, seguindo-se perdas purulentas pela vagina; suas regras têm sido irregulares e dolorosas, e a medida que seu mal progride tem aparecido dores intensas no baixo ventre, com a maior intensidade no hipogastrio e fossa iliaca esquerda; estas dores frequentemente são acompanhadas de tenesmo e enjão de fezes liquidas.

Ultimamente apareceram-lhe vomitos, a principio alimentares e espaçados, e atualmente mais frequentes e biliosos. Tem emagrecido um pouco, seu apetite é falho, e sua temperatura nesses ultimos dias alcançava 38°4 á tarde com remissões para trinta e sete e seis pela manhã.

Exame de urina revela traços nitidos de albumina, algum sangue, urubilina e nada mais de anormal.

Ao exame clinico apresenta-se uma mulher de aspecto forte, com a fisionomia alquebrada pelo sofrimento. Seus aparelhos circulatorio e respiratorio, nada revelam de anormal. Sistema nervoso em otimas condições. Sensorio perfeito reflexos não alterados, pupilas normais.

Dirigindo nosso exame para o ventre da paciente, sede maxima de

seus males, encontramos o abdômen ligeira e uniformemente distendido, não havia alterações na coloração da pele, solução de continuidade no tegumento externo, circulação colateral, ou desenhos de alças intestinaes na parede do ventre.

Pela palpação notamos que o ventre era mole e depressivel, principalmente o abdômen superior, onde a mão deprimia fortemente a parede abdominal, sem despertar sensações dolorosas, mas para as regiões do hipogastrio e fossas iliacas D e E notava-se regular resistencia á palpação, que determinava fortes dores que eram mais intensas na fossa iliaca E. Não havia contudo o sinal de contratura muscular. Os reflexos abdominaes não estavam suprimidos, e não existia imobilidade do diafragma. Não foi observado pela palpação externa a existencia de massas tumorais na cavidade do ventre.

Pela percussão havia um timpanismo moderado em todo o ventre, diminuido contudo no hipogastrio e fossa iliaca esquerda.

Figado e baço não se mostravam aumentados de volume, e guardavam seus limites normais. No momento do exame, a temperatura axilar era de 38°6 e o pulso radial cheio e ritmico, contava-se a 100 batimentos por minuto.

*Exame ginecologico.* Vulva de aspecto normal, sem edema dos grandes labios, deformações ou ulcerações. Ao especulo a vagina apresentava-se coberta de secreções purulentas, e o colo do utero grandemente augmentado de volume, ulcerado e dando abundante corrimento de púz.

Ao toque bimanual, notamos que o colo era duro e irregular, os fundos de sacco vaginaes estavam cheios de uma massa endurecida, e excessivamente dolorosos, principalmente o esquerdo; o fundo do utero não era percebido e se confundia com a massa pelvica encontrada. Toque retal doloroso, não havia contudo estenose deste canal. Aparelho urológico em boas condições, urinas claras e pouco frequentes, rins não palpaveis, pontos ureterais negativos.

Diante da historia desta doente, e pelos sintomas por ella apresentados: dôr no baixo ventre e na região lombo-sacra, corrimento intenso, menstruações dolorosas, temperatura de 38,6 graos, aliados aos resultados dos exames ginecologicos, não encontramos dificuldade alguma, para o lado esquerdo. Metrite hipertrofica e ulcerada do côlo. Prescrevemos repouso ao leito, gelo no ventre, genito vacina Raul Leite, sedativos da dôr, urotropina duas grammas por dia, e irrigações vaginaes quentes. Com esta terapeutica, dentro de dez dias, a paciente estava em optimas condições, apiretica, e muito melhorada de suas dores abdominaes, aquiescendo prontamente a indicação operatoria que haviamos proposto para a sua cura definitiva.

*Operação.* Anestesia raquidiana pela percaína em otimas condições; auxiliar doutorando Sady Hofmeister. Doente em posição de Trendelenburg. Laparotomia mediana infra-umbelical. Na abertura do peritoneo deparamos com um volumoso tumor, que enchia a totalidade da cavidade pelvica; a elle achavam-se fortemente adherentes varias alças de

intestino delgado, e muito epiploon formando como um só bloco de difícil dissociação.

Verificamos desde logo a dificuldade enorme que se nos apresentava, e confessemos que o primeiro impeto que tivemos, foi de considerar a doente inoperavel e fecharmos o ventre.

Mas o cirurgião, diante destes casos de solução difficil, é como o soldado ante o combate que se vai travar, deve mostrar-se valoroso, e entrar na lida resolutivo, pois um recuo pode equivaler a covardia.

Resolvemos enfrentar o nosso caso, começando pela libertação e ressecção do epiploon, séde de intensa epiploite, em seguida tentamos a soltura das alças do intestino delgado, que estavam fortemente aderidas ao tumor; com algum esforço e com muito cuidado, conseguimos o nosso intento, sendo porem necessario refazer o revestimento peritoneal de uma das alças lesada durante as manobras operatorias.

Após estes cuidadosos trabalhos, com o auxilio de compressas recalcamos para cima toda a massa intestinal e a mantivemos com uma segunda compressa; estava assim executada com successo a primeira fazenda da nossa intervenção.

Tinhamos em presença agora a massa pelvica formada pelos anexos e utero intimamente ligados por fortes adherencias, e inumeras lojas purulentas. Fazia parte integrante do tumor uma porção da alça sigmoide e o reto pelvico.

Examinando atentamente a situação, para ver qual a tática cirurgica a adotar, notamos que o ataque da massa tumoral era bastante difficil e mesmo inabordable pela esquerda; quanto á direita poucas probabilidades de exito poderiamos ter; chegamos a pensar numa penetração pelo centro do tumor, descobrindo o utero e praticando uma hemi-secção. Resolvemos, porém, insistir ou iniciar pelo anexo D que era o menos incaestado no pelvis, e depois de certo trabalho, conseguimos fazer uma penetração atravez do ligamento largo deste lado. Começamos o descolamento do tumor do fundo da cavidade pelvica, com muita difficuldade, pois as adherencias eram fortissimas e a massa achava-se intimamente ligada aos planos visinhos, necessitando as vezes golpes de tesoura para liberta-la; procedemos este tempo operatorio com muito cuidado, pelo receio de lesar o ureter que estava muito proximo; lembramo-nos então de momento, que o grande Wertheim tinha em suas operações ginecologicas lesado 47 vezes este conduto.

Com algum esforço e tenacidade, descolamos sem acidente a massa anexial D, chegamos ao utero, lançamos uma pinça de Faure sobre a uterina, seccionamos com ella o colo do utero, colocamos outra pinça sobre a outra uterina, seccionamos esta, atacamos a massa anexial E, applicando a tecnica classica de Faure, introduzindo nossos dedos sob a massa, e forçando-a de baixo para cima e de dentro para fóra. Este tumor, como dissemos acima, era maior que o do lado D, e estava fortemente ligado á alça sigmoide e reto; insistimos na nossa manobra de descolamento e nada conseguimos; pequenos golpes de tesoura foram então dados com o fito de abriremos caminho para os nossos dedos, continuamos então com alguma persistencia, e depois de uns instantes logramos encontrar um plano de clivagem, no qual introduzimos os dedos que praticavam o des-

colamento, apesar das fortes adherencias que ligavam o tumor á profundidade do pelvis, notamos que a massa cedia agora ao nosso esforço, e continuando a manobra classica, logramos descolar completamente o bloco tumoral e levanta-lo, ficando ele preso ainda pelo ligamento largo E.

Qual não foi, porém, nossa surpresa, quando notamos na massa do tumor elementos do intestino grosso; rapidamente percebemos que um grave accidente operatorio tinha sucedido; compreendemos de momento que no descolamento e libertação do anexo E, muito adherente ao fundo de pelvis, o reto tinha sido lesado, e mais do que isto dilacerado na sua porção pelvica, sofrendo uma verdadeira amputação.

Sem darmos mostra de perturbação, nem alarme, procuramos remediar o accidente, valendo-nos de recursos que a pratica cirurgica nos tem ensinado.

Ressecamos o anexo que estava fortemente ligado á alça sigmoide, e colocamos em presença as duas extremidades de intestino grosso, lesado, para suturar a porção superior que acompanhava o tumor, a inferior ficara engravada no pelvis ou o reto pelvico.

Fizemos a toilette da região operatorio, ligamos todos os vasos pingados e tentamos fazer a anastomose termino-terminal dos dois segmentos do intestino grosso. Começamos por reparar os bordos rompidos do reto, mas encontramos grande friabilidade em suas tunicas, pois todas as pinças lançadas sobre ele rasgavam-no completamente; tentamos passar fios de seda 0 para levanta-lo e nada conseguimos, pois tinhamos a impressão que passavamos os fios em papel de seda molhado, pois todos eles rompiam os tecidos do reto facilmente.

Diante da impossibilidade de anostomosar estes segmentos intestinaes, pensamos noutra solução urgente que o estado grave da doente exigia. Praticamos então uma incisão de 5 centímetros na fossa iliaca E, sobre o bordo do grande reto, e por esta incisão penetramos no ventre, e retiramos por ela a extremidade rompida da segmoide. Procedemos a hemostase cuidadosa do pelvis, aproximamos os tecidos em volta da brecha do reto, lançamos um Mickulics sobre a zona operatoria, e fechamos o ventre em um só plano com fortes fios metallicos.

A porção da sigmoide que foi exteriorisada pela incisão iliaca E foi transformada em um anus artificial seguindo-se a tecnica habitual.

A doente é transportada ao leito visivelmente chocada; duzentos centímetros cubicos de soro fisiologico quente lhe são ministrados na veia, e um litro mais desse liquido, lhe é injetado sob a pele, estimulantes e tonicardiacos são empregados e a doente é aquecida convenientemente. A tarde o choque já tinha sido debelado e 25 dias depois a doente obtem alta, com o anus artificial funcionando perfeitamente, e a parede abdominal em otimas condições de segurança. Antes da doente abandonar o hospital, explicamo-lhe o que havia acontecido, e pedimos que nos visitasse frequentemente, e que mais tarde seria tentada uma segunda operação, para o restabelecimento da continuidade intestinal. A nossa paciente se refez rapidamente e tres meses depois da operação apresentou-se ao nosso serviço pronta para a segunda intervenção.

Requisitamos então uma radiografia da porção restante do reto (fig. I) e notamos com grande satisfação, que este segmento intestinal



estava dilatado e amplo prestando-se a uma ótima anastomose com a porção alta da segmoide, que estava fixada á prede constituindo o anus artificial.

Após os cuidados pre-operatorios comuns, a paciente é submetida a segunda intervenção; é operador o nosso eminente mestre Dr. Bica de Medeiros chefe do serviço em que trabalhamos. O ventre é aberto com uma incisão paramediana circunscrevendo o anus artificial. A incisão é prolongada para baixo e uma ótima luz é conseguida sobre a cavidade pelvica; a porção existente do reto é fixada com pinças de Farabeuf, e procede-se uma anastomose termino-lateral da porção da segmoide que constituía o anus iliaco, na parede lateral da ampola retal. Uma sonda esofagiana de Fouchet é introduzida pelo anus, e levada pelo intestino atravez da zona de anastomose para a eliminação facil dos gazes, e evitar a distensão da sutura por estes.

A intervenção foi terminada sem accidentes, a anastomose foi considerada em ótimas condições, e o ventre fechado sem drenagem.

As sequelas operatorias correram normalmente, a doente não apresentou choque, nem outras complicações post-operatorias immediatas. Dez dias depois da operação ao retirarmos os pontos de seda, que ligavam a parede, notamos que na porção inferior da sutura, havia liquido intestinal debaixo da pele e uma fistula estercoral ficou constituída. No entanto os liquidos por ela eliminados eram em porção minima, pois a doente começava a evacuar, mais ou menos bem pelo anus. Vinte dias depois da operação, pedimos uma segunda radiografia (Fig. 2) que nos mostrou a continuidade intestinal perfeitamente restabelecida, pois o liquido opaco injetado pelo anus, passava com facilidade para o colo ascendente e transverso atravez da anastomose.

A fistula estercoral tem regredido lentamente, como é comum quando elas assestam sobre o intestino grosso, e a doente obteve alta em ótimas condições de saúde. Tem voltado periodicamente em nosso serviço para cauterizar o officio da fistula, que se faz cada vez menor a medida que o tempo passa.

*Comentarios:* A lesão do reto no decurso de uma histerectomia, é bastante rara, e todos os autores se referem a ela como sendo accidente muito pouco observado nas operações ginecologicas; chamam mais atenção para a lesão do intestino delgado ferido nas manobras de libertação deste órgão.

Procurando na literatura medica referencias a estes assunto, só encontramos comentarios sobre fistulas post-operatorias do reto, todas de prognostico benigno dada a facilidade com que elas fecham de per se, ao contrario das fistulas do intestino delgado, que não tem tendencias ao fechamento espontaneo, e devem ser atendidas com certa urgencia, dada a grande desidrataçào e cachexia que trazem ao doente.

Assim Faure e Siredey, Pozzi, Graves, Stoeckel, Vignes e Cotte nada relatam em seus tratados sobre lesões graves do reto nas histerectomias laboriosas. Douay, chefe do serviço de ginecologia do Professor Faure, em uma aula que ouvimos no Hospital Broca, em Paris, sobre accidentes post-operatorios em ginecologia, fazendo referencias ás lesões dos órgãos visinhos, relatava como sendo as mais frequentes as lesões da bexiga,

ureteres e intestino delgado com as respectivas fistulas secundarias, e quanto a lesões do reto, dizia que esta era muito rara e menos grave do que a do intestino delgado.

Da nossa observação, no serviço de ginecologia onde laboramos ha 11 anos, poucos são os casos de lesão do reto que temos conhecimento, todas elas insignificantes, prontamente atendidas, sem consequencias desagradaveis; tivemos ocasião em duas hysterectomias muito dificeis, de verificar ligeira efracção do reto, ambas foram suturadas immediatamente, uma delas foi seguida de uma fistuleta estercoral que fechou completamente no fim de dez dias, a outra não deu accidentes.

Temos grande pratica destas operações, pois como acentuamos no inicio da presente exposição já praticamos nestes ultimos 11 anos cerca de duzentas hysterectomias e este foi o primeiro accidente grave do reto que observamos. A raridade de lesões deste conduto, nas operações pelvicas vem da grande resistencia que este órgão apresenta ás dilacerações, o que não se dá com o intestino delgado que se rompe facilmente nas trações e manuseamentos operatorios.

No nosso caso acreditamos que o accidente foi provocado pela intensidade de adherencias, entre a massa anexial fortemente alterada pelo processo inflammatorio e o reto, e ainda pela grande friabilidade deste órgão, cuja resistencia diminuida pelas infiltrações flegmaticas da vizinhança, deixou-se facilmente romper durante as manobras de descolamento do tumor anexial.

Essa friabilidade, foi confirmada quando tentamos refazer o conduto intestinal, logo após o accidente, pois todas as pinças e fios lançados sobre o segmento final do reto pelvico, rompiam e dilaceravam as tunicas deste conduto.

Consideramos de grande raridade, este accidente grave do reto que temos a coragem de relatar, e dado o exito que teve a nossa operada, cremos que existe um interesse pratico neste trabalho que justifica a sua publicação.

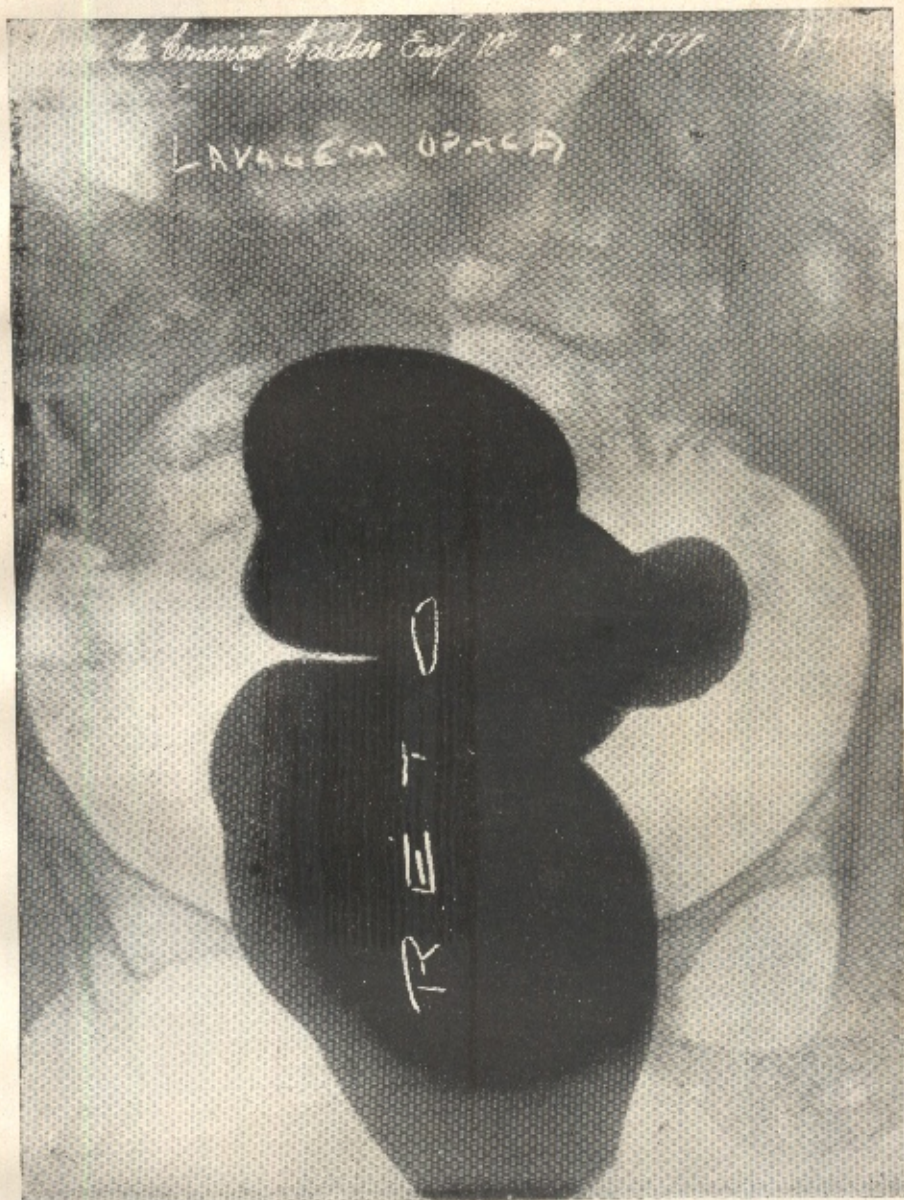


Fig. I

Radiografia pre-operatória. Porção restante do reto distendida pelo enema opaco.



Fig. 11

Radiografia post-operatoria mostrando o ótimo funcionamento da anastomose. O líquido opaco injectado pelo reto passa facilmente para o colo ascendente e transverso.

## Infarto do myocardio

### Resumo de duas observações

por

Thomaz Mariane  
Cathedratico de Clinica Medica

A questão do infareto do myocardio pôde ser considerada como uma das que, de momento, mais tem sido tratada pelos cardiologistas e o apparente augmento dos casos observados resulta antes do melhor conhecimento que della temos, principalmente em funecção dos progressos da electro-cardiographia, que nos trouxe não só valioso auxilio para o diagnostico das consequencias da obstrucção das coronarias, como veiu permittir a sua localisação topographica. Devido á premencia de tempo limitar-me-ei apenas a relatar duas interessantes observações de infareto do myocardio que nestes 3 ultimos mezes tive a oportunidade de acompanhar e que, por um feliz acaso representam os dois typos principaes de localisação apontados por Padilla e Cossio, o typo ponta e o typo base.

#### *Infareto do myocardio, typo ponta*

F. A., com 68 annos, casado, natural deste Estado, de profissão commerciante. Foi um homem sempre methodico e sobrio, tendo gosado de bôa saude até cerca de 3 annos quando foi acometido de grave pneumonia que se arrastou por uns 10 dias, se fazendo acompanhar de escarros hemoptoicos. A 31 de Agosto p. p., ao subir as escadas de um dos Bancos desta Capital sentiu dôr na altura de ambos cotovelos, face interna, dôr que se irradiou braço acima e atravessando o thorax se foi localisar atrás do esterno, sendo acompanhada de sensação desagradavel de oppressão e máo estar, mas, desapparecendo após alguns minutos de repouso, de modo que, de natural optimista, não deu maior importancia ao facto. No dia seguinte novo accesso doloroso surgia em circumstancias identicas, mas, menos intenso e mais curto. A 2 de Setembro, pela manhã, andando a compras pelo Mercado, foi assaltado novamente pela dôr, desta vez mais intensa, a ponto de obrigar-o a parar e a encostar-se a uma parede. Após alguns minutos, já mais alliviado, recolheu-se á casa. Na hora do almoço, a dôr reaparece, leve, por isso, diminuiu um pouco a refeição, limitando-a a uma posta de peixe e um prato de macarrão. Logo

depois de terminado o almoço, a dôr se foi intensificando, acompanhada de impressão de aperto do thorax e sensação de morte imminente. Chamado nessa ocasião, encontrei-o sentado, pallido, desfigurado, face profundamente angustiada, soffrendo dôres terríveis e dizendo estar prestes a morrer. A dôr era violenta, retro-esternal, com propagação para os braços e cotovelos. Pulso frequente, irregular, batendo 108 vezes por minuto, tensão arterial Mx 23 e, Mn 13, bulhas bem audíveis, mas, irregulares. Não notei o menor attrito pericordico. Fizeram-se logo injeções de cardiazol e sedol, porém, as dôres continuaram. Surgem estertores asthmáticos em ambos os pulmões, o estado se agrava minuto a minuto, intalla-se rythmo de galope esquerdo, o paciente vomita abundantemente tudo o que havia almoçado. Conseguidas ampolas de ouabaina, era domingo, injecta-se 1 cc na veia, e, como a dôr resista ao tratamento, faz-se uma applicação de diathermia, vinte minutos. Os padecimentos, porém, continuam intensos, terríveis, sobrevem intensa hemoptysc, sangue vivo, rutilante, cerca de um litro. A dypnéa allivia, a dôr, porém, é implacável e só vai cessar cerca de meia-noite, após duas injeções de solução Dastre, quando o doente consegue repousar. Na manhã seguinte o quadro melhorára muito, a dôr não voltára, a temperatura era de 36, o pulso a 108, havia cahido a pressão sanguinea arterial para Mx 12 e Mn 8, nitido galope E. Novas injeções de ouabaina e cardiazol. O paciente continua melhorando, sente-se bem, porém, continua a queda da tensão arterial que, em breve, chega a Mx 9 e Mn 6, e persistem os escarros hemoptoicos. Ante a marcha dos accidentes, fixa-se o diagnostico de infareto do myocardio e são pedidos exames complementares de laboratorio. E' de notar que a temperatura, tomada na axilla, apenas, no 3.º dia alcançou pouco mais de 37º, nos outros mantendo-se sempre em redor de 36. Nunca foram notados ou sópro ou attrito pericardico, mas, persistem os escarros hemoptoicos. Os exames laboratoriais deram o seguinte: uréa: 0,775% — chloretos: 5,615% — cholesterol: 2gr,720 % — glycose: 1gr150% — creatinina: 2 milligr. 14% — havia moderada leucocytose — 13.156 mm<sub>3</sub> — sedimentação globular muito augmentada — 110 mm na 1.ª hora. As urinas continham albumina, sangue, cylindros, etc. Laboratorialmente havia sido confirmado o diagnostico na verificação da leucocytose e do augmento da velocidade da sedimentação globular, e revelados disturbios metabolicos pronunciados. Seis dias após o inicio do mal foi tomado, pelo competente electrocardiologista, Dr. Pedro Maciel, o primeiro electrocardiograma, que, como se vê, não só reaffirmou o diagnostico, como permittiu precisal-o, indicando a localisação da lesão. Electrocardiograma (cliché n.º 1). Os complexos auriculares se succedem com intervallos regulares.

Derivação I — Onda P positiva, bifida, de boa amplitude. Espaço PR — 0,20". Complexo ventricular: Onda R positiva. Espaço Q. R. S. — 0,07. Alteração característica da onda T, nascendo do ramo descendente de R, acima da linha da base, em forma de cupola (dôme).

Derivação II — Onda P. positiva, de boa amplitude. Espaço P. R.

— 0,20". Onda T se iniciando abaixo da linha isoelectrica e de concavidade superior.

Derivação III — Onda P negativa. Onda T com os caracteres observados em II. Rythmo ventricular 100 p. m.

Conclusão — As modificações electrocardiographicas assignaladas, correspondem ás denominadas T 1.<sup>a</sup> por Parkinson e Bedford e são observadas nos casos de *infarcto do myocardio typo ponta* (occlusão do ramo descendente anterior da coronaria E ou seus collateraes), 1.<sup>o</sup> periodo, que se observa nos primeiros dias após o accidente até uma semana ou mais.

O paciente continuou melhorando, porém, sempre hypotenso e com escarros hemoptoicos, a escuta revelando além de um rythmo ventricular em 3 tempos, sópro inspiratorio na região interescapulo-vertebral e estertores bulhosos finos, em ambas as bases pulmonares, mais abundantes á D. Trinta e quatro dias após (cliché n.<sup>o</sup> 2) faz-se novo electrocardiograma, que revela: os complexos ventriculares se succedem com intervallos regulares.

I Derivação — Onda P. isoelectrica, substituida por uma linha de aspecto denticado. Complexo ventricular de pequena voltagem. Segmento R. S. T. com fórma de cupola inicial terminando com onda T invertida. II e III derivações com voltagem muito reduzida, apenas se percebendo a onda R. A modificação observada no segmento R S T é característica do 2.<sup>o</sup> periodo electrico do infarcto do myocardio, typo ponta. Signaes de fibrillação auricular são presentes.

E' notavel o valor prognostico do aspecto desse electrocardiograma, pois, como dizem Padilla e Cossio, a baixa voltagem em curvas successivas, a hypotensão inicial accentuada, etc., são signaes desfavoraveis. Levy julga peor, quanto ao prognostico, a pequena voltagem de Q R S do que o alargamento de sua base, presença de colehetes, etc. Nestas condições estabeleceu-se conflicto entre o aspecto clinico do caso, apparentando franca melhora, bom somno, bom appetite, respiração normal, urinas abundantes, etc., e o electrocardiograma, tão severo em seu aspecto.

Na verdade havia sempre, pela manhã um escarro hemoptoico, e a tensão apenas chegára a Mx 10 e Mn 7.

Cincoenta e dois dias após o inicio do mal um terceiro electrocardiograma, mostrára-se mais favoravel, os accidentes (cliché n.<sup>o</sup> 3) auriculares e ventriculares de voltagem mais elevada; a perda do aspecto em abobada do segmento R S O, a negatividade de T em 1.<sup>a</sup> derivação, bi-phasica em II e positiva em III, indicam estarmos entre o 2.<sup>o</sup> e o 3.<sup>o</sup> periodos electricos. As melhoras apparentes continuam, o paciente sente-se como que curado, só o impressionando a persistencia dos escarros hemoptoicos matinaes. A tensão arterial tende a subir, a Mx, por vezes, chega a 11 e a Mn a 7, o rythmo cardiaco parece normalisar-se, as bases quasi limpas, porém, o electrocardiograma, tomado 100 dias após o co-

meço do mal, de novo apresenta, agora em I derivação, mais nitidamente, accentuada diminuição da voltagem, o resto com o mesmo aspecto no 3.<sup>o</sup> (eliché n.<sup>o</sup> 5). Releva notar que este electrocardiograma foi obtido quando o paciente estava passando muito bem, tendo até sahido a passeio de auto e, o que é mais, tambem ha contradição com o exame radiologico do coração, absolutamente sem o menor signal de dilatação cardiaca, ao contrario, de dimensões perfeitamente normaes. Outra face interessante do caso, e que explica a persistencia dos escarros hemoptoicos, se encontra no aspecto radiologico do pulmão: uma esurite á D. acompanhada, de começo, de infiltração de base e a seguir, de base e de apice, com signaes de estase na pequena circulação, mais pronunciada á D. de fibrose diffusa. E' provavel a lesão, que deve datar do processo pneumonico, pois, desde então, como consegui saber, tinha sempre pela manhã tosse com expectoração, chicoteada pelo accidente cardiaco, tomasse uma tendencia evolutiva.

De momento não me é possivel maiores minucias sobre o caso, que continua em observação, mas, em um proximo trabalho, tenciono, novamente abordar o assumpto, com elementos de laboratorio que talvez venham tornar mais precisa a etiologia do processo pulmonar, até agora negativo, no tocante ao h. Koch.

#### *Infarcto do myocardio, typo base*

A outra observação tambem se refere a um commerciante, J. H., com 61 annos de idade, casado, natural deste Estado. No seu passado morbido são dignos de nota um estado espasmodico do esophago e dôres retroesternaes, que sempre desapareciam com o uso da endoioidina. Homem trabalhador, morigerado, não fuma. E' de temperamento muito emotivo. A 26 de Outubro p.p. pela madrugada teve uma violenta crise dolorosa retroesternal, com sensação de aperto no thorax e grande agonia. A crise levou algumas horas a ceder, sendo necessarias varias injeções de sol. Dastre para que tal fosse conseguido. A seguir os seus medicos Prof. Pereira F.<sup>o</sup> e Dr. Carlos Bento, iniciaram um tratamento cardiotonico e diathermico, porém, continuava a dôr, não violenta, mas, profunda, continua, tenaz, com surtos paroxysticos, ora pela manhã, ora á tarde, razão pela qual fui chamado a vel-o em conferencia com esses distinctos collegas. Trata-se de um senhor bem conservado, pelle clara, face levemente côrada, boa physionomia, biotipo brevilineo esthenico, com leve gráo de hypernutrição. Pulso arhythmico, com falhas, batendo 78 vezes por minuto, tensão Mx 11, Mn 6½. (logo no inicio do mal era de Mx 14 e Mn 8), nem sôpro, nem atrito pericardico, hyperphonese da 2.<sup>a</sup> bulha no fóco aortico, extrasystoles relativamente frequentes. Pelo Dr. Pêgas, competente collaborador do Dr. Pedro Maciel, fôra, 23 dias após os primeiros symptomas apresentados por J. H. tomado o primeiro electrocardiogramma, que revelou o seguinte: complexos auriculares e



ventriculares se sucedendo com intervallos irregulares, não se notando extrasystoles (cliché n.º 9).

*1.ª derivação:* onda P positiva, bifida, de pouca amplitude. Espaço P R — 0,17". Complexo ventricular: onda R positiva. Espaço Q R S — 0,07", espaço R T — 0,35". Alteração característica do segmento S T, nascendo do ramo ascendente de S, abaixo da linha isoelectrica formando uma cupola de convexidade inferior e se terminando numa onda T, ponteguda e ampla.

*2.ª derivação:* Onda P positiva. Segmento S T isoelectrico. Onda T apenas esboçada.

*3.ª derivação:* Onda P negativa. Segmento S T nascendo do ramo descendente de S, acima da linha isoelectrica, formando uma cupola de convexidade para cima e se terminando em uma onda T negativa (onda T de Pardee). Havia, pois, aspecto electrocardiographico de arhythmia sinusal e alterações do complexo ventricular (segmento R S T) correspondentes ás denominadas "T<sub>3</sub>" por Parkinson e Bedford e verificaveis nos casos de infarcto do myocardio, typo base (3.ª variedade de Padilla e Cossie). Segundo Barnes e Whitten, os traçados que pertencem ao typo T<sub>3</sub>, são proprios a infarctos da zona de distribuição da arteria coronaria D, (face posterior do ventriculo E, raramente do D). O laboratorio, revelando moderada leucocytose, 8.200 mm<sup>3</sup> e augmento da velocidade de sedimentação das hematias, 15 mm em uma e 22 mm em 2 horas, eram concordes, com o electrocardiograma, em confirmar o diagnostico clinico, já feito, de infarcto do myocardio. Neste caso, como no anterior, a temperatura axillar, só um dia foi além de 37º, de resto mantendo-se dentro da normalidade.

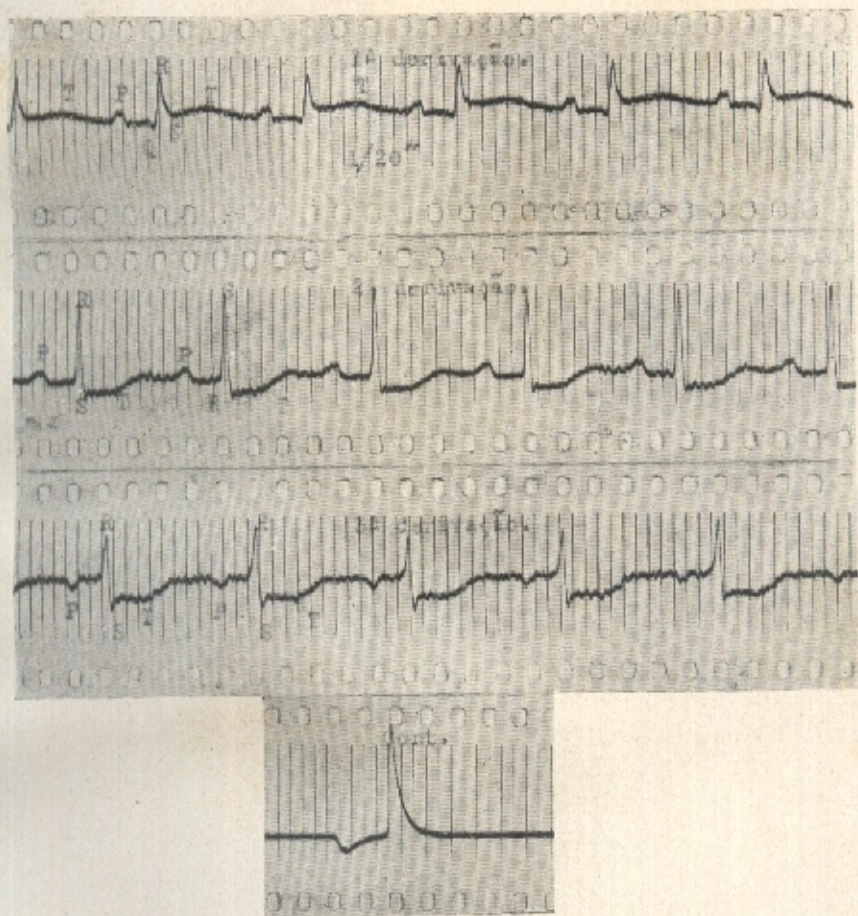
E' possível que si houvessemos tomado a temperatura rectal, o resultado fosse outro, pois, chamam os auctores a attenção para essa discordancia, de baixa ou normal temperatura axillar e elevação thermica rectal, por vaso-constricção peripherica.

Exame radiologico feito pouco antes do accidente inicial (cliché n.º 10 e 11) havia demonstrado augmento dos diametros cardiacos, assim como dos aorticos.

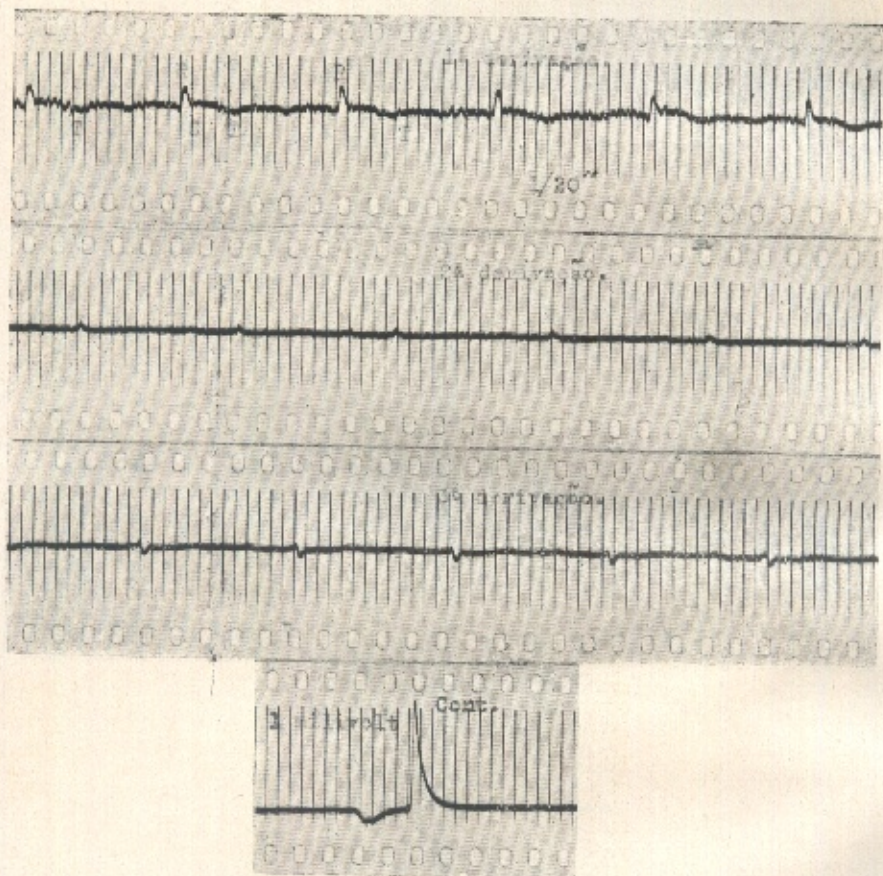
Apesar do tratamento: repouso, diathermia, gardenal, cardiotonicos, etc., houve reaparecimento da dôr, por algumas vezes, tendo, na madrugada de 28 de Novembro, tomado maior vulto, necessitando, novas injeções de morphina e uobaina. A seguir as melhoras se foram accentuando, a tensão começou de subir, tendo alcançado, nos ultimos dias, Mx 13 e Mn 8, isto no 50.º dia de molestia. Novo exame electrocardiographico (cliché n.º ), feito, 20 dias após o primeiro, confirmou os resultados daquelle, revelando as mesmas modificações do complexo ventricular. Em 2.ª derivação as ondas P e T são positivas e de pequena amplitude. Não

ha modificações nos tempos de condução auriculo-ventricular. O exame radiológico, também então feito, igualmente confirmou o anterior no augmento dos diâmetros cardio-vasculares. (Clichés 13 e 14).

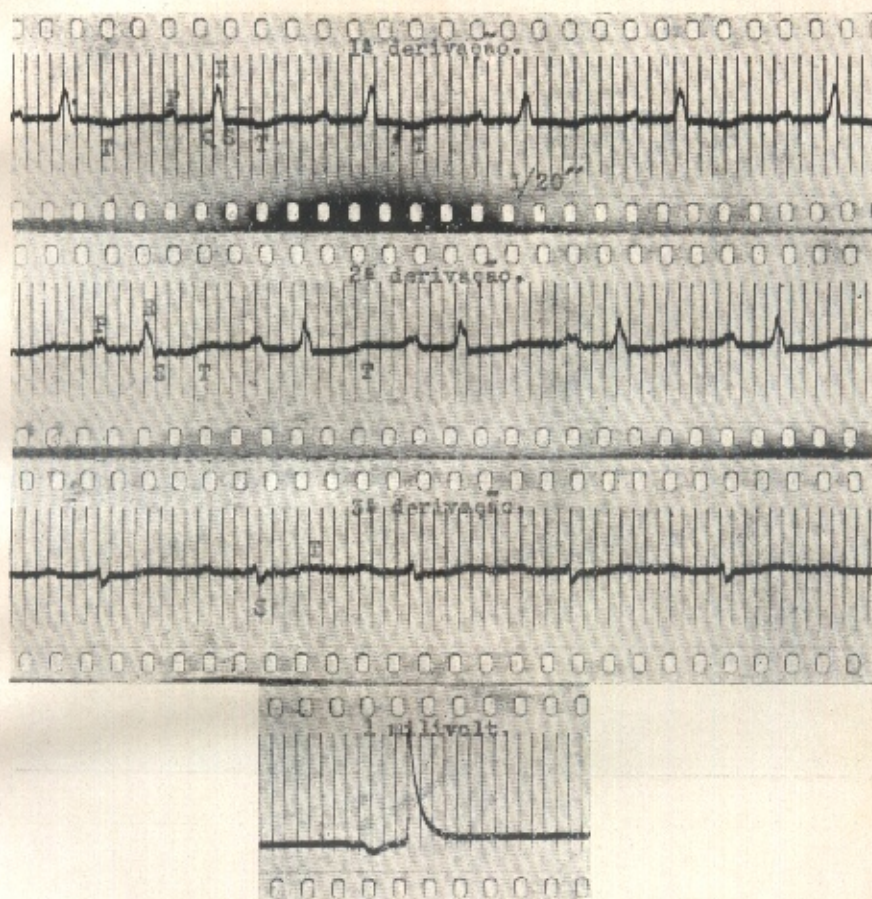
Apresentando estas duas observações de infarcto do myocardio, necessariamente incompletas por ainda estarem os pacientes em tratamento, foi meu desejo apenas chamar a attenção dos collegas para o assumpto, ficando para breve mais minucioso e completo trabalho sobre este capitulo da pathologia, imprescindivel de bem conhecer, dada a sua grande importancia pratica.



1.º electrocardiograma — F. A. 8-9-34.



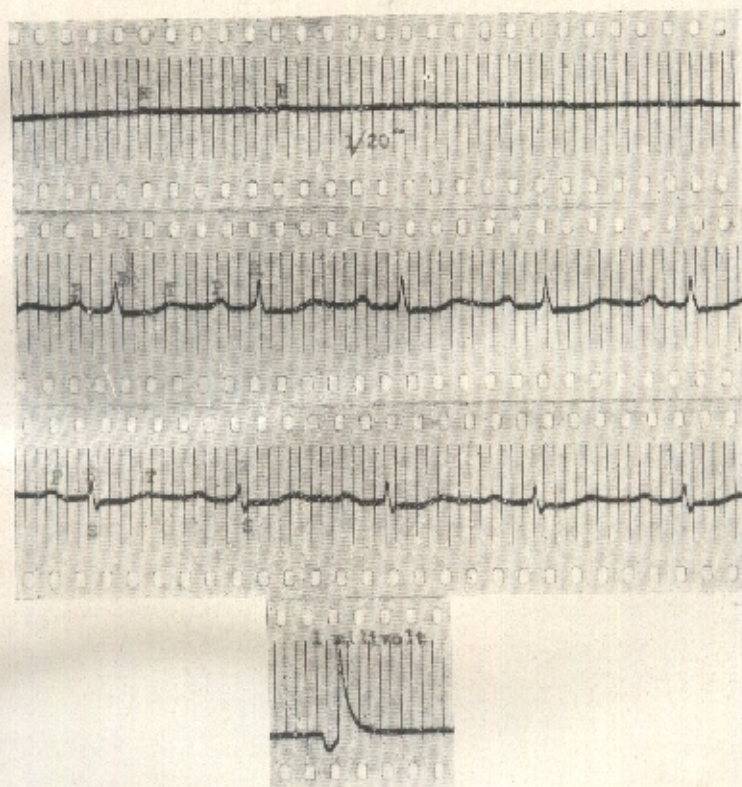
2.º electrocardiograma — F. A. 6-10-34.



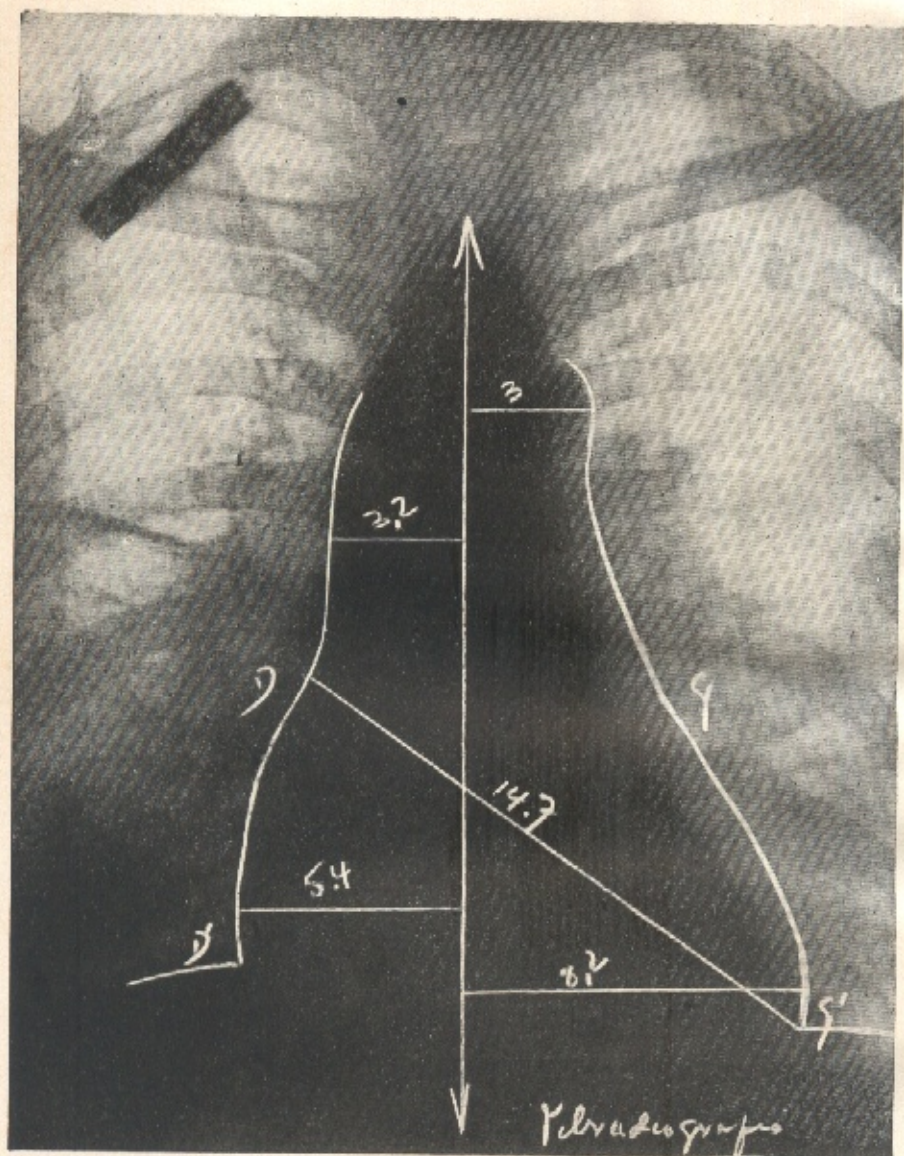
3.º electrocardiograma — F. H. 24—10—34.



F. A. — 1.ª radiographia em 24-10-34, na altura do 3.º electrocardiogramu.

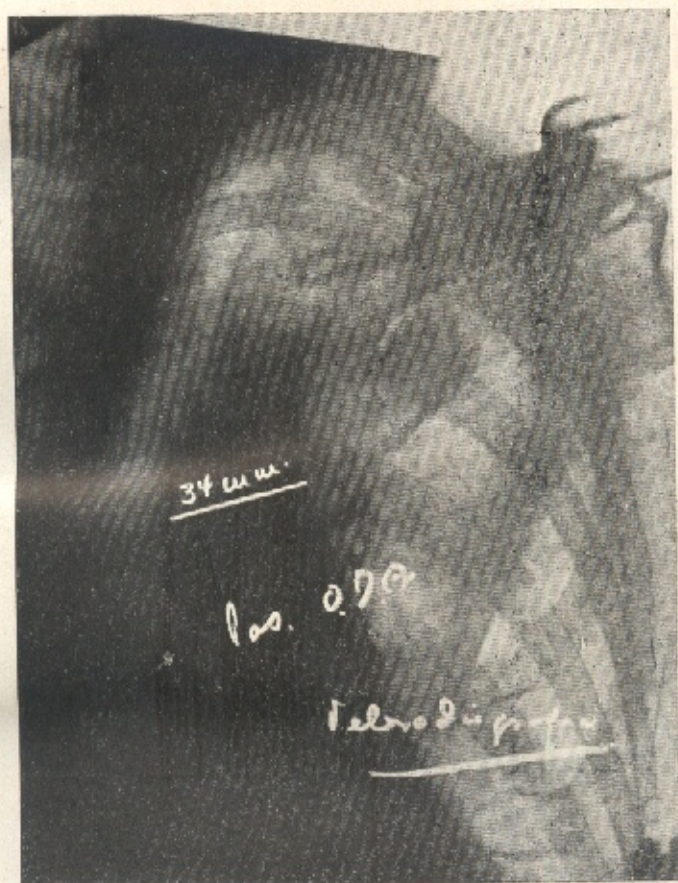


4.º electrocardiograma — F. A.

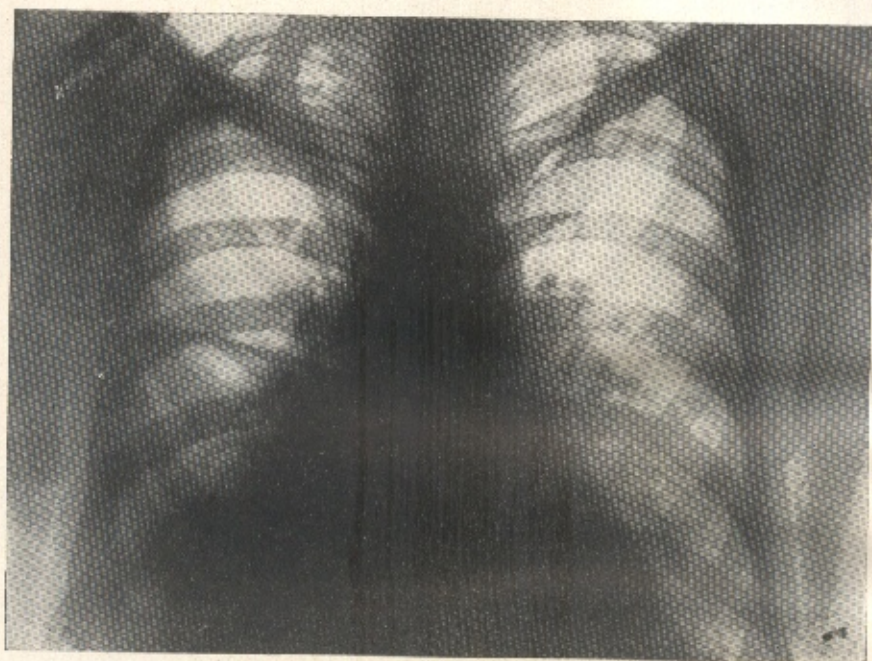


2.<sup>a</sup> teleradiographia coração e vasos da base de F. A.

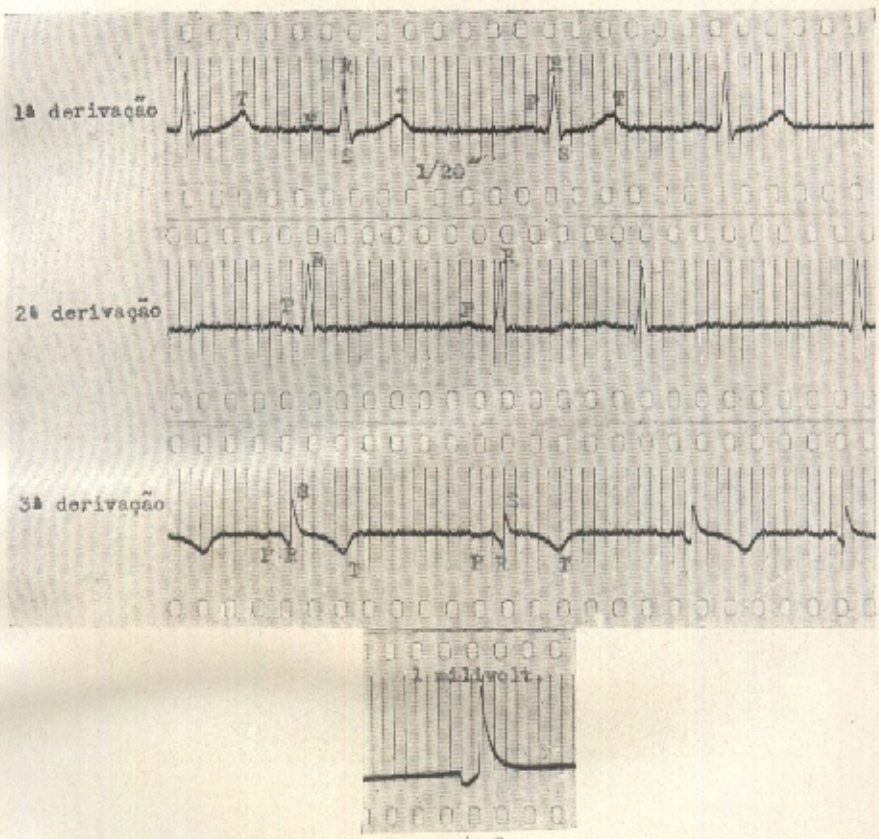




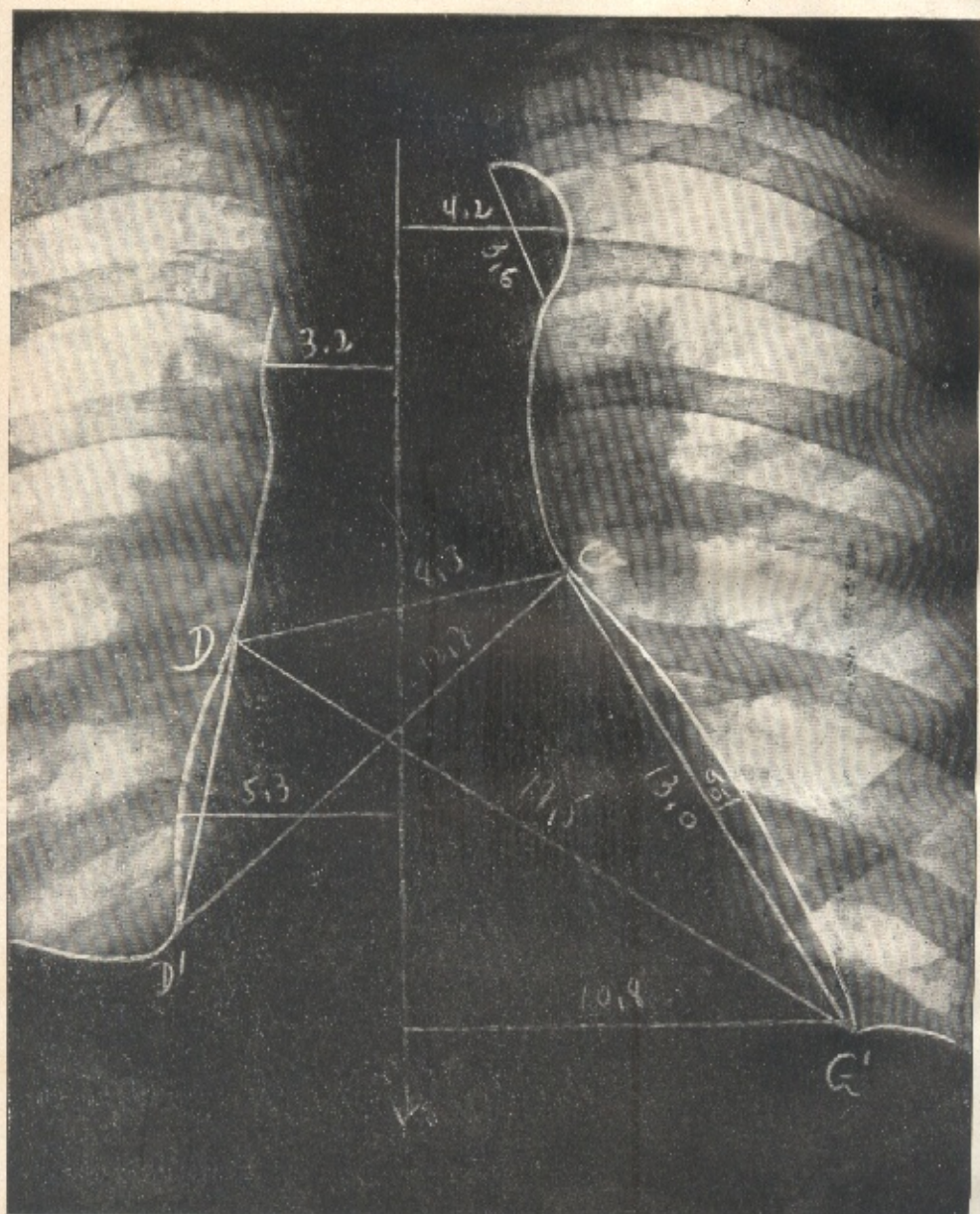
2.ª teleradiographia do coração e vasos da base — F. A.



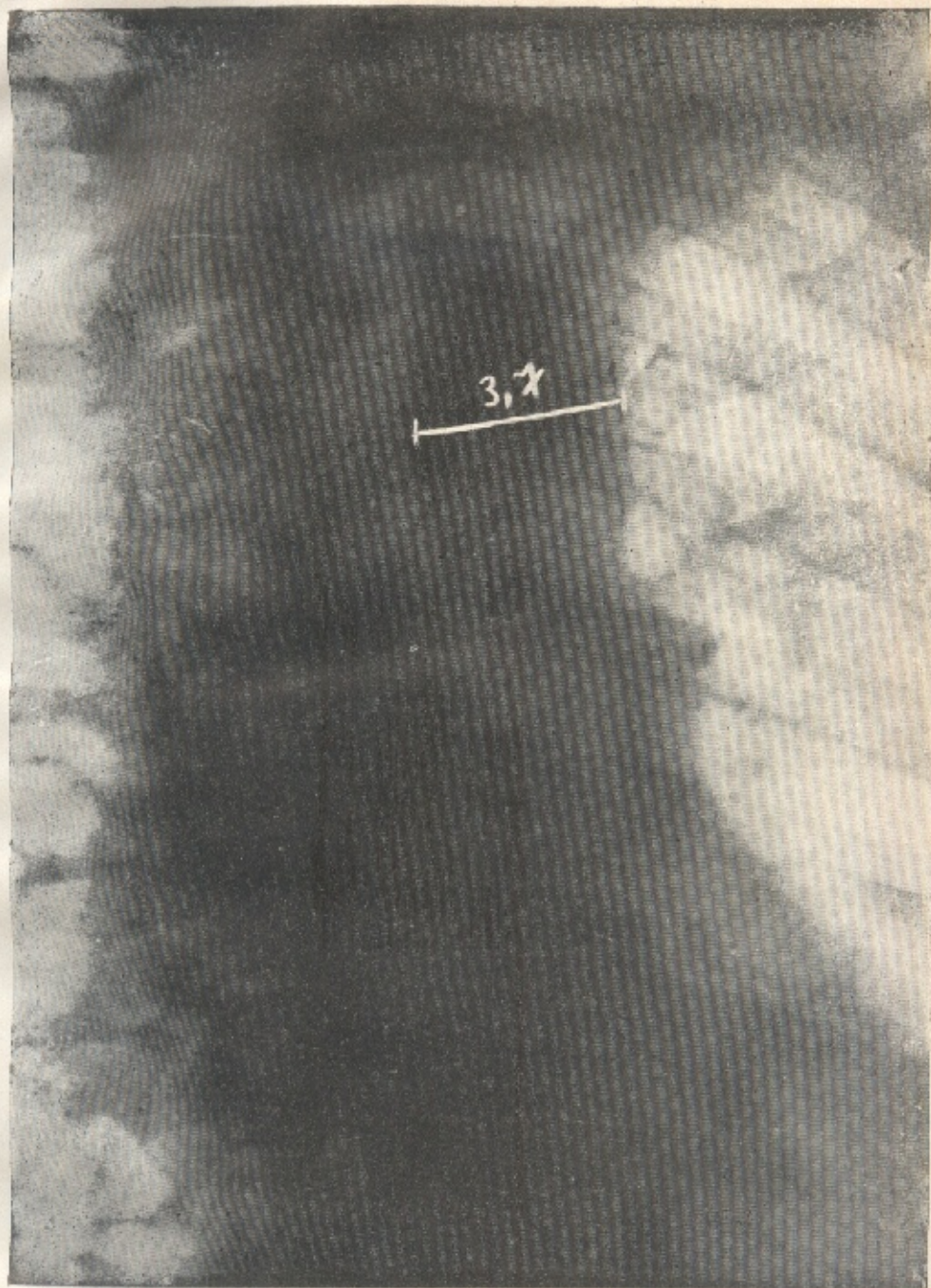
2.ª radiographia do pulmão — F. A.



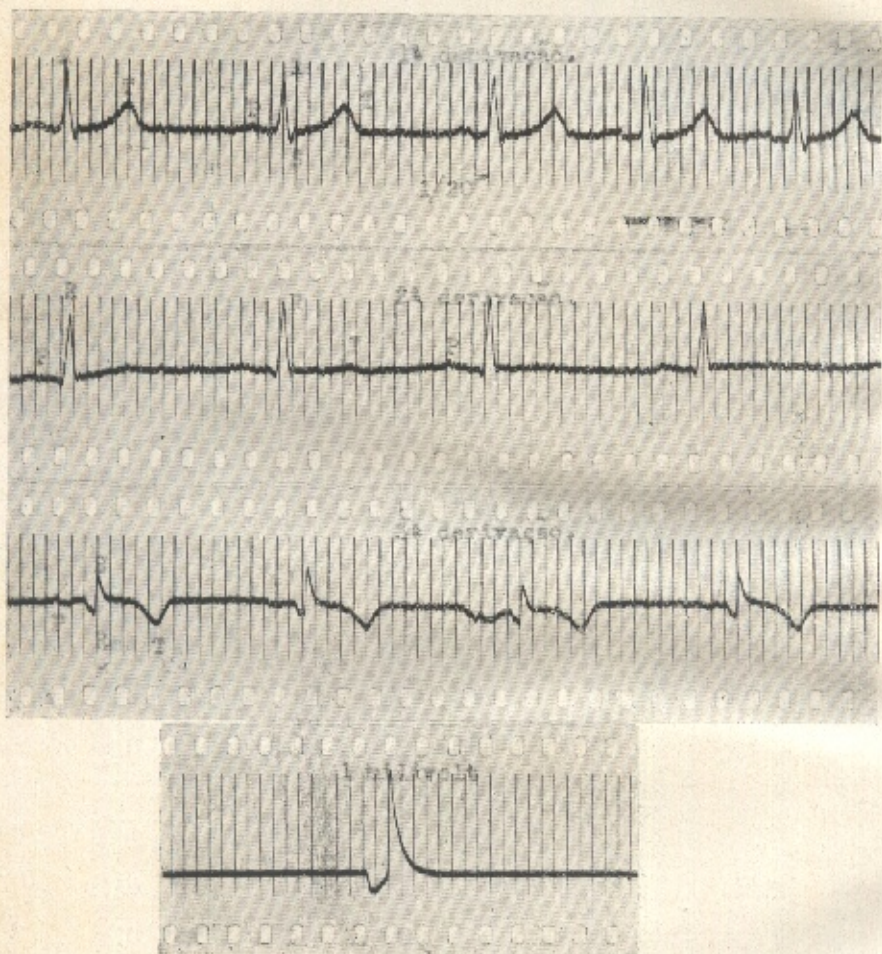
1.º electrocardiograma — J. H. F.º — 18-11-34.



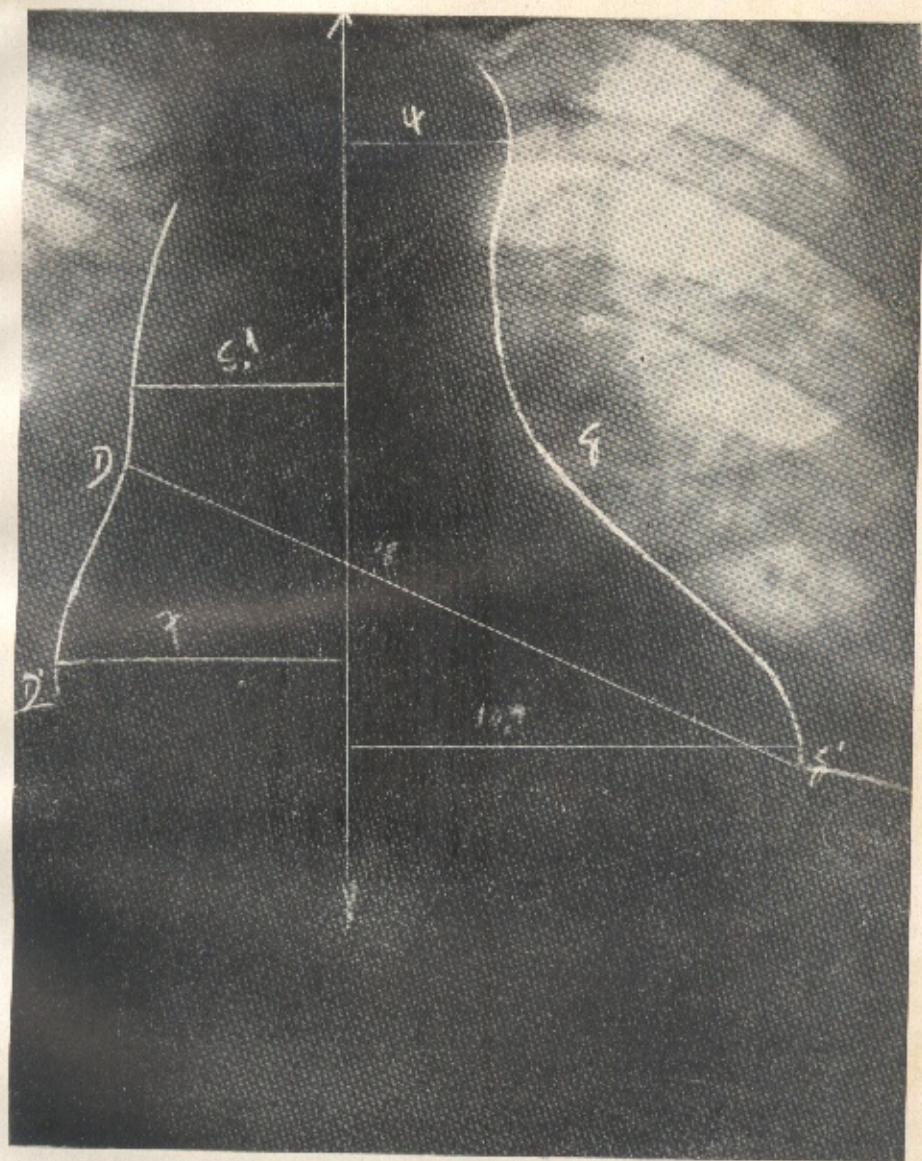
1.ª teleradiographia coração e vasos da base de J. H. F.ª



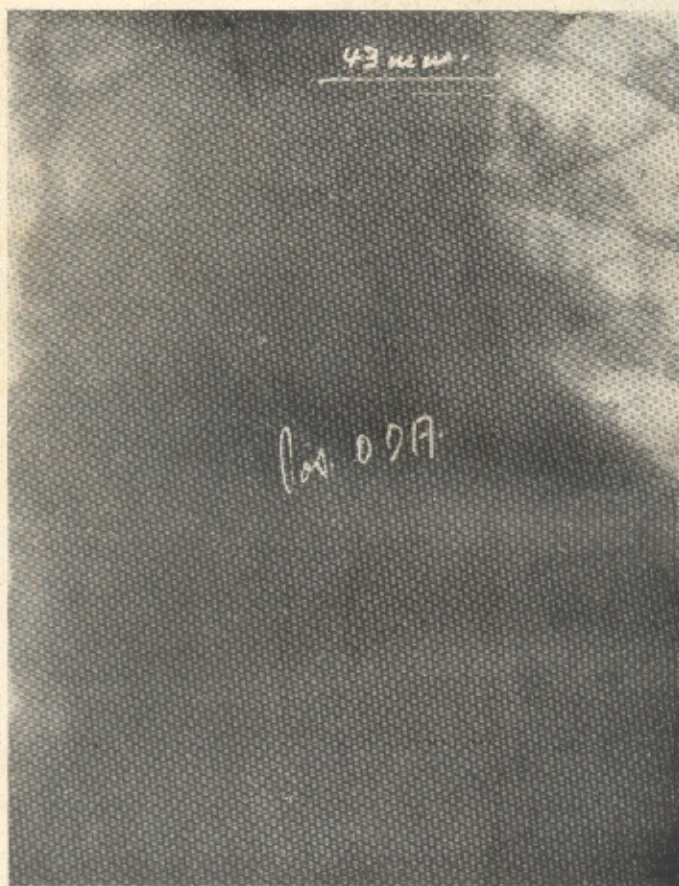
1.<sup>a</sup> teleradiographia erosão e vasos da base de J. H. P.<sup>o</sup>



2.º electrocardiograma — J. H. F.º



2.ª teleradiographia do coração e vasos da base de J. H. P.º



2.ª teleradiographia coração e vasos da base de J. H. F.º



## Considerações em torno da therapeutica do tetano

por

R. di Primio

Docente e chefe de Laboratorio de Parasitologia

A observação e tratamento de tres dezenas, approximadamente, de tetano, doença relativamente rara entre nós e tendente á diminuição dos meios preventivos cada vez mais vulgarizados, serviram de base ao presente trabalho.

Somente aqui vão assignalados os tetanicos tratados em 1934, em numero de seis, todos curados.

Nesta exigua relação não figura o doente P. R. N. que entrou para o meu serviço, Isolamento da Santa Casa, em 30—XI—1934, já em estado adiantado de evolução da doença e morreu inopinadamente antes de 24 horas de hospitalização em consequencia da forma aguda e grave da infecção tetanica.

Os que anteriormente foram tratados tambem com alto indice de cura tiveram a mesma orientação therapeutica, com algumas variantes dependentes dos factores individuaes e morbidos.

Comquanto a estatistica total citada, não offereça media necessaria para permittir largas conclusões, apresenta, dentro de toda a relatividade, considerações praticas em torno: do aspecto e localização dos ferimentos; da apparente benignidade das feridas tetanigenas, natureza dos corpos productores da infecção (vidro, ossos, fragmentos de madeiras, etc.).

Com referencia ao individuo fixam-se as seguintes particularidades: idade, cor, profissão e outras.

Finalmente, quanto á doença, os periodos variaveis de incubação, as formas clinicas differentes no aspecto e intensidade, predominancia de alguns symptomas, o tempo de duração da doença, a evolução pyretica ou apyretica, são factores, para só citar os principaes, que orientaram a therapeutica, fixando as doses do sôro, vias de introdução, medicação auxiliar ou coadjuvante, expectativa armada aos traçozeiros accidentes da anaphylaxia ou da doença serica, etc.

Preliminarmente foi attenta a necessidade já classica, da precocidade e administração das doses massiças de sôro.

E' obvio que, na clinica hospitalar, nem sempre é possivel surprehender a doença no seu inicio.

Da observação nas 24 ou 48 horas após a primeira injeção do sôro anti-tetanico, dependeu a principal conducta do tratamento sorotherapico, com referencia especial aos intervallos e ás doses consecutivas de sôro, o ponto mais delicado, para não recahir na deficiencia deste agente

medicamentoso ou no seu exaggero, prejudicial o primeiro ao doente e incidindo o segundo na parte economica.

Doença que apresenta toda variabilidade evolutiva, das formas agudas fataes até as de prolongada marcha, pode ter complicações ou ser accrescida de outras, tornando assim a therapeutica mais complexa.

As feridas tetanigenas reclamaram cuidados especiaes: extracção dos elementos extranhos responsaveis pelas infecções, debridamento, medidas de antiseptia, etc.

Para todos os doentes foi prefixada a dualidade das vias de introdução, venosa e subcutanea, de preferencia a outras indicadas nas condições especiaes ou personalissimas.

A via venosa, de mais rapida acção e que justifica menor e relativa media total, foi a preferida, motivo porque na somma geral, deve ser especificada.

Em nenhum caso foi dispensado o tratamento symptomatico ou coadjuvante.

Não houve, entre os tetanicos, doença serica ou manifestações anaphylacticas de grande monta, mesmo no caso da doentinha da observação V, cujo organismo, por força das circumstancias anteriores, era passivel de sensibilidade ou predisposição para tal.

Apenas em um caso, observação VI, sobreveio um accidente á injeção endophlebica, fugaz e sem consequencias.

Attentos, e de accordo com as occurrencias e condições pessoaes, foram todos os methodos geraes empregados no tratamento dos processos agudos infecciosos, exigencia mais rigorosa no tetano, doença de evolução afflietiva, ameaçadora e grave, cujo tratamento encontra base na serotherapie e medicações auxiliares.

As observações seguintes ampliam essas considerações.

### OBSERVAÇÃO I

M. P. F., 35 annos, branco, casado, jardineiro, residente na Tristeza, natural deste Estado.

*Antecedentes hereditarios* — Pai fallecido ha 19 annos, de uma affecção que não precisa. A mãe, conta 66 annos e goza boa saude. Tem 5 irmãos todos fortes.

*Antecedentes pessoaes* — Affeito ao amanho da terra desde a idade de 16 annos, sempre foi um homem sadio.

Sabe, apenas, que na primeira infancia teve sarampo e aos 18 annos, pneumonia dupla.

Pela natureza da sua profissão, soffreu continuamente ferimentos ou traumatismos, sem maiores consequencias.

Não accusa no seu passado morbido doenças venereas. Não apresenta estigmas lueticos.

*Historia da doença actual* — Quando abria uma valleta espetou um fragmento de madeira na face interna do pequeno dedo do

pé esquerdo. Tal foi a profundidade de penetração, que não conseguiu retirar-o, apesar de innumeras tentativas. A este accidente seguiram-se forte reacção inflammatoria e dores quando caminhava.

Decorridos 15 dias sentiu os primeiros symptomas da doença actual, relatados chronologicamente da seguinte maneira: ligeiros signaes prodromicos e imprecisos; difficuldade de mover o membro inferior esquerdo, que culminou dois dias depois pela absoluta immobildade; dôr forte e abrupta na parte inferior e posterior do thorax; mastigação difficil, tornando-se impossivel dois dias após. Deglutição penosa e somente para os liquidos.

Foi então chamado um pharmaceutico que alarmado diante do impressionante quadro morbido pediu a interferencia de um medico, que diagnosticou uma affecção completamente esdruxula.

Solicitada a intervenção da Assistencia Publica, o tecnico que examinou o doente, diagnosticou tetano, conduzindo-o para o meu serviço hospitalar da Santa Casa.

Individuo de estatura mediana, compleição robusta, entrou para o meu serviço com os symptomas anteriormente assignalados e manifestamente aggravados. Os membros, o tronco e a cabeça, formavam uma só peça rigida; trismo pronunciado; contracturas amiudadas e dolorosas, provocadas e exaltadas ao menor motivo; deglutição difficil; não articulava palavras; ventre deprimido e parede tensa; constipação; retenção urinaria que obrigou á sondagem nos dois primeiros dias; photophobia; estado mental bom, tendo conhecimento de tudo, com observação nitida do ambiente, impressionando-se com o seu estado que reputava gravissimo, motivo porque procurava estudar a physionomia dos que o cercavam.

*Apparelho circulatorio* — Bulhas normaes.

*Apparelho respiratorio* — Sem anomalias apreciaveis.

*Apparelho urinario* — Urinas carregadas, escassas, com traços de albumina, nos primeiros dias da infecção.

#### *Tratamento.*

Iniciei o tratamento combatendo intensivamente a infecção pelas injeções de soro anti-tetânico, a principio pela via venosa e em seguida pela subcutanea, ao mesmo tempo que attendi aos symptomas, no caso, verdadeiramente penosos, e á porta de entrada dos germens.

Com ligeiras alternativas, tendentes a sensiveis melhoras, decorreram os tres primeiros dias, depois do que os symptomas geraes deram mais treguas ao doente: curtos promissorios periodos de somno; dysphagia menos accentuada; diurese

melhor; paroxysmos contracturas cada vez mais espaçados, até desaparecimento total.

Durante o tempo que esteve sob a minha observação, com excepção dos quatro primeiros dias nos quaes a temperatura oscillou entre 37 a 38°, a infecção evoluiu de modo apyretico, com o pulso regular e tachycardico.

Mez de Junho:

*Serotherapie.*

Dia 27	— 85.000 U. A.	via venosa
" 28	— 50.000 " "	" "
" "	— 10.000 " "	" subcutanea
" 29	— 50.000 " "	" venosa
" 30	— 40.000 " "	" "

Mez de Julho:

Dia 1	— 30.000 U. A.	via venosa
" 2	— 20.000 " "	" "
" 3	— 10.000 " "	" "
" 4	— 10.000 " "	" subcutanea
" 5	— 3.000 " "	" "
" 6	— 3.000 " "	" "

*Medicação auxiliar.*

Dia 7	— 20 cc. de sulfato de magnésio 10%
8	— —————
9	— 20 cc. de sulfato de magnésio 10%
10	— " " " " " " " "
11	— " " " " " " " "

Como medicação symptomatica, foram administrados os seguintes medicamentos: brometo de potassio, chloral, morphina e somnifeno, dados no periodo agudo e paulatinamente retirados á proporção que se accentuavam as melhoras do doente.

*Alta* — Após 20 dias de tratamento teve alta do meu serviço já em franca convalescência, indo para casa onde recuperou o estado hygido um mez depois. O estado physico se refez, o somno voltou reconfortador, o appetite automaticamente recuperou o desgaste, que no caso não foi aparentemente grande. Já decorrido algum tempo, apenas algumas dores o assaltavam esporadicamente.

— Nesta, como nas outras observações, as injeções de soro foram administradas com intervalos de 12 ou 24 horas.

## OBSERVAÇÃO II

O. M., 24 annos, pardo, solteiro, trabalhador braçal, natural deste Estado. Fig. 1.

*Antecedentes hereditarios* — Pac fallecido ha pouco tempo de uma affecção gastrica. A mãe falleceu ha muitos annos de tuberculose

pulmonar. Perdeu um irmão, cuja "causa-mortis" desconhece. Tem somente um irmão que goza boa saúde.

*Antecedentes pessoais* — Ignora ter contrahido doenças peculiares á infancia. Não teve doenças venereas. Não apresenta estigmas lueticos. Foi vacinado contra a variola.

Sempre forte e entregue aos trabalhos que demandam robustez physica, o que faz ha muitos annos, não se lembra de ter sido accommettido de doenças infecciosas e outras.

*Historia da doença actual* — Quando trabalhava na construcção de uma casa, como servente de obras, espetou no dia 28 de Junho do corrente anno uma lasca de madeira no dedo grande do pé esquerdo.

Retirando-a na mesma occasião nada fez com o objectivo de desinfecar o ferimento, não lhe despertando este accidente maior attenção, porque fugaz e de pouca monta foi a reacção inflammatoria local.

Informa que dois dias depois sentiu dôres no thorax, lingua ligeiramente presa, signaes esses que, de inicio, já apresentavam tendencias á exacerbação nocturna.

Entrou para o meu serviço hospitalar em 2 de Julho ás 16 horas, apresentando então: trismo, ligeiro opisthotono, ventre em batel, facies caracteristico, photophobia, não fallava, gemia e rangia os dentes durante as violentas crises dolorosas, contracturas sub-intrantes, não deglutia bem, constipação, diurese diminuida, urina com traços de albumina, curva thermica com oscillações em torno de 37°, pulso regular e frequente.

*Tratamento* — Immediatamente institui e iniciei o tratamento sorotherapico, de accordo com a seguinte relação referente á dosagem e vias de penetração.

Julho de 1934:

Dia	2	—	80.000	U. A.	Via	venosa
"	3	—	60.000	" "	"	"
"	4	—	40.000	" "	"	"
"	5	—	30.000	" "	"	subcutanea
"	6	—	30.000	" "	"	venosa
"	7	—	20.000	" "	"	"
"	8	—	20.000	" "	"	"
"	9	—	20.000	" "	"	"
"	10	—	20.000	" "	"	subcutanea
"	11	—	20.000	" "	"	"
"	12	—	10.000	" "	"	"
"	13	—	10.000	" "	"	"
"	14	—	10.000	" "	"	"

Concomitantemente foram empregados medicamentos au-

xiliares, symptomaticos, em doses proporecionaes á intensidade das manifestações morbidas, decrescentes á medida que essas se attenuavam até a suppressão com a dissipação dos phenomenos mais alarmantes, graves ou incommodativos.

Com este objectivo o doente tomou: brometo de potassio, chloral, morphina, algumas empolas de somnifeno e uma injeccão de 20 cc. de sulfato de magnésio a 10%.

Durante a primeira semana, as melhoras processaram-se lentamente, porém de maneira progressiva, desaparecendo então os symptomatos mais afflictivos.



Fig. 1 — Doente O. M. — Observação II

*Alta* — Caminhando relativamente bem, teve alta em 22 de Julho, indo para casa, onde depois de passar 20 dias de repouso, retomou o seu arduo e habitual serviço, sem nenhum resquicio da doença, que pouco tempo antes de maneira estrepitosa e grave atormentava a sua vida periclitante.

### OBSERVAÇÃO III

J. E., 6 annos, typo indiatico, sexo masculino, natural deste Estado.

*Antecedentes hereditarios* — Carecem de importancia.

*Antecedentes pessoas* — Sempre foi sadio e forte.

*Habito externo* — Compleição robusta.

*Historia da doença actual* — Não ficou evidenciada a porta de entrada do bacillo de Nicolaer.

O exame da superficie cutanea revelou pequenas cicatrizes recentes e soluções de continuidade em alguns pontos dos pés, em via de reparação. Feria-se seguidamente e sempre andava descalço.

De 3 para 4 dias antes da sua hospitalização foi de maneira insidiosa assaltado por symptomas, a principio vagos, leves e que, depois de ligeiramente exacerbados, diminuíram, dando impressão de proxima e radical melhora.

Tratava-se, então, com um medico, que não vislumbrou a gravidade do caso.

De inopino a situação se modificou obrigando a interferencia de um pediatra, cujo diagnostico foi de tetano.

Quando o vi pela primeira vez, apresentava os membros, tronco e cabeça, completamente rigidos, em posição rectilinea; trismo; physionomia simiesca; não fallava, apenas gemia de dores e rangia os dentes quando era assaltado a miudo, pelas contracturas, despertadas por qualquer motivo; ventre excavado; deglutição difficil; suores abundantes; insomnia; exacerbação dos symptomas á noite.

Pulso, frequente e regular. Evolução apyretica, durante a estada no hospital.

Urina sem elementos anormaes de importancia.

#### *Tratamento.*

Julho de 1934:

Dia 25	—	28.000	U. A.	Via venosa
" 26	—	20.000	" "	" "
" "	—	6.000	" "	" subcutanea
" 27	—	15.000	" "	" venosa
" 28	—	15.000	" "	" "
" 29	—	15.000	" "	" "
" 30	—	10.000	" "	" "
" 31	—	10.000	" "	" "

O doente tomou, após o tratamento pelo sôro uma injeção de sulfato de magnesia.

No periodo mais agudo dos seus soffrimentos esteve sob a acção, em doses proporcionaes e decrescentes de chloral, brometo de potassio e morphina. No inicio fez "somniafene".

*Alta* — Teve alta em 7 de Agosto de 1934. A convalescença se fez rapidamente, não tendo surgido, após varios dias, nenhum symptoma que se relacionasse com a infecção, que não deixou nenhum resquicio.

## OBSERVAÇÃO IV

J. F. C., branco, casado, 29 annos, agricultor, natural de Portugal.  
Fig. 2.

*Antecedentes hereditarios* — Carecem de importancia.

*Antecedentes pessoais* — Não ha, no seu passado morbido, doenças infecciosas.

Além de outros accidentes sem interesse no caso, soffreu um traumatismo no dedo medio da mão esquerda.

Já estava em Porto Alegre, quando de uma feita espetou uma vareta de guarda chuva, suja de terra, no pé direito, não sobrevindo deste facto, nada de anormal.

*Habito externo* — Individuo de altura mediana e de compleição robusta.

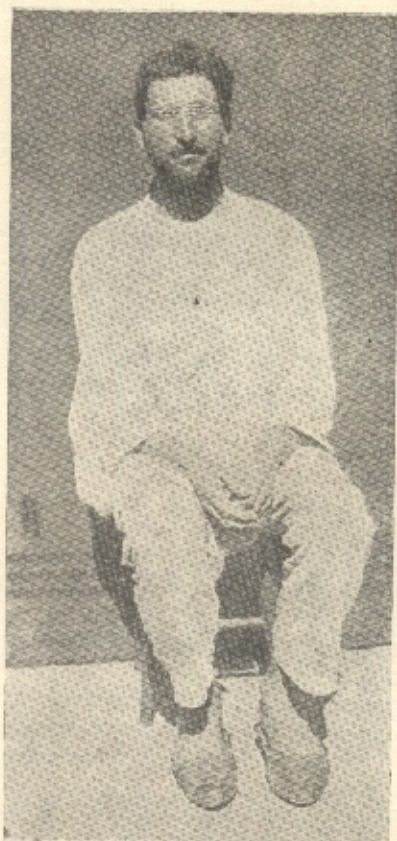


Fig. 2 — Doente J. F. C. — Observação IV



*Historia da doença actual* — No dia 30 de Julho, quando trabalhava, enterrou uma ponta de osso na região plantar do pé direito, tendo, então, feito uma desinfectação a seu modo.

Continuou nos seus affazeres habituaes.

No dia 9 para 10 de Agosto, sentiu difficuldade ao mastigar, e no dia seguinte sensação de compressão no thorax, produzindo-lhe angustia e dyspnéa. Edema no pé, na perna e um cordão lymphatico correspondendo á ferida tetanigena, que algumas vezes, provocava dores fortes.

No dia 14 os symptommas anteriores se accentuaram; surgiam as contracturas, trismo esboçado, constipação, aspecto caracteristico do abdomen, perturbações da marcha e outros.

*Entrada no Hospital* — No dia 15 de Agosto deu entrada no meu serviço hospitalar, locomovendo-se com difficuldade.

Nos dois primeiros dias de hospitalização o estado geral tornou-se mais impressionante: as contracturas tornaram-se mais dolorosas, sub-intrantes, trismo accentuado, ventre excavado, suores abundantes, urinas escassas e carregadas, com traços de albumina.

Pulso regular e rapido. Estado apyretico. Tremores no lado direito do membro inferior. Exacerbação nocturna de alguns symptommas.

*Tratamento* — O tratamento serotherapico se fez de accordo com a seguinte descriminação:

Dia 15	— 20.000 U. A.	Via venosa
“ “	— 5.000 “ “	“ subcutanea
“ 16	— 30.000 “ “	“ venosa
“ 17	— 30.000 “ “	“ “
“ 18	— 30.000 “ “	“ “
“ 19	— 20.000 “ “	“ “
“ 20	— 20.000 “ “	“ “
“ 21	— .....	.....
“ 22	— 10.000 U. A.	Via venosa
“ 23	— 20.000 “ “	“ subcutanea

O doente tomou, ao todo 165.000 U. A. de sôro anti-tetânico, e foi submettido á medicação symptomatica: brometo de potassio, chloral e morphina.

*Alta* — No dia 25 iniciou, titubeante, os primeiros passos e a 2 de Setembro teve alta, arrastando ligeiramente uma perna, particularidade que se accentuava quando sob a influencia de uma circularidade que se accentuava sob a influencia de qualquer circumstancia.

O exame posterior do paciente, não revelou nenhuma sequella da doença, notadamente para o lado do systema nervoso.

## OBSERVAÇÃO V

L. K., 6 annos, branca, natural desta capital, onde reside á Avenida Pernambuco. Fig. 3.

*Antecedentes hereditarios* — Sem importancia.

*Antecedentes pessoais* — As informações prestadas pelos circumstantes não evidenciam doenças graves anteriores, salvo — o que representa especial valor no caso — uma infecção diphtherica, occorrida ha dois annos.



Fig. 3 — Doente L. K. — Observação V

*Historia da doença actual* — Deu entrada no meu serviço hospitalar da Santa Casa em 15—9—1934.

Informam os parentes que dias antes, em data que não podem precisar, a pequena doente, ao transpor uma valleta feriu-se com a ponta de uma taquara na face anterior da coxa direita.

Para os de sua familia, a apparente banalidade do ferimento não determinou mais do que simples cuidados de limpeza local.

As primeiras manifestações do mal, apparecidas dias antes, foram consideradas sem importancia até o momento que signaes mais graves motivaram a intervenção de um facultativo que, diante do quadro clinico caracteristico, diagnosticou tetano.

*Entrada no hospital* — Ao primeiro exame apresentava: riso sardonico, trismo de media intensidade, contracturas sobrevindo com intervallos irregulares; equinismo; ventre excavado; lingua saburrosa; constipação obstinada; deglutição difficil.

Nada de anormal para o lado do apparelho urinario.

Estado mental perfeito.

*Tratamento* — Na vespera o medico que a atendeu fez uma injeção de sôro anti-tetânico de 3.000 U. Nada de anormal occorreu, attendendo ao estado de possivel sensibilização do organismo pelo tratamento anti-diphtherico anteriormente feito. Seguindo a technica preventiva dos accidentes anaphylacticos, foi iniciada a soroterapia seguinte:

Setembro de 1934:

Dia 15	—	40.000 U. A.	Via venosa
" 16	—	40.000 " "	" subcutanea
" 17	—	30.000 " "	" "
" 18	—	30.000 " "	" "
" 19	—	30.000 " "	" "
" 20	—	30.000 " "	" "
" 21	—	20.000 " "	" "
" 22	—	10.000 " "	" "

A dose total injectada foi de 233.000 U. A., incluída a dose do dia anterior.

A marcha e occorrencias no decurso da doença, em resumo, foram:

Após 48 horas da primeira injeção, a melhora se esboçou, com a attenuação das contracturas.

Nesta phase apresentava: contracturas, equinismo, dôr mais pronunciada no membro direito, ventre excavado, contractura dos musculos rectos do abdomen, deglutição difficil, physionomia simiesca, reacção febril, pulso hypotenso, regular e 132 por minuto.

Nos dias 17 e 18, apresentou oscillações de todos os phenomenos, com tendencia para attenuação. Desta data até o dia 22, diminuição lenta, mas progressiva dos symptomas mais penosos e alarmantes.

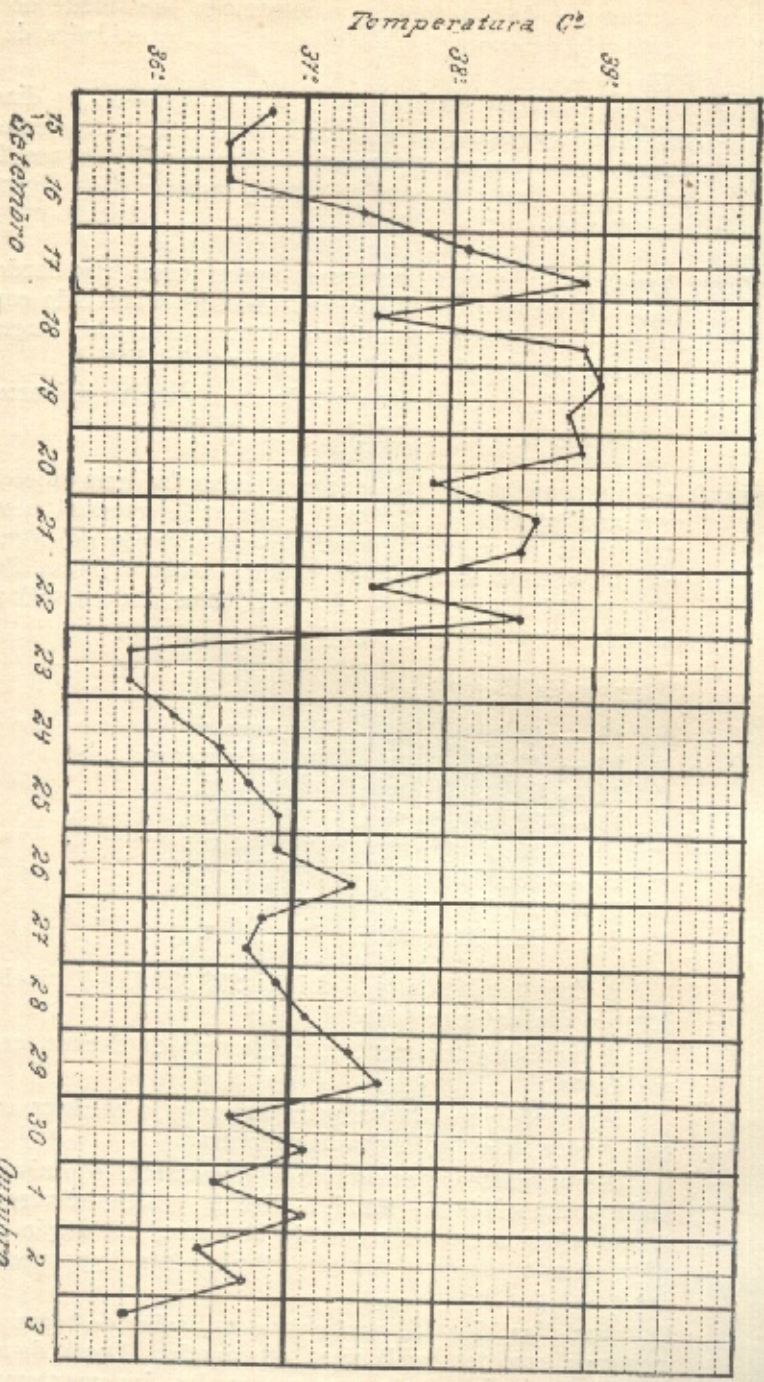


Fig. 4 — Graphico da curva thermica da doente L. K. — Observação V

O graphico da figura n.º 4 demonstra as oscillações thermicas no decurso da doença.

- Dia 27 — Sensação de bem estar geral. Movimentos faceis. Mastiga lentamente. Parede abdominal menos tensa. Lingua menos saburrosa.
- Dia 28 — Melhora de todos os symptomas. Pulso, entretanto, a 130.
- Dia 29 — Somno normal. Movimentos mais faceis. Pulso a 120.
- Dia 30 — Senta-se pela primeira vez.
- Dia 1 — Passou bem, tendo permanecido longo tempo sentada. Pulso 90.
- Dia 2 — Nada de anormal. Tentativas dos primeiros passos.
- Alta* — Pela primeira vez, caminha sem arrimo, tendo alta em 3 de Outubro.

### OBSERVAÇÃO VI

W. P., 11 annos, côr mixta, sexo masculino, natural deste Estado.

*Antecedentes hereditarios* — Sem interesse no caso.

*Antecedentes pessoais* — Foi sempre forte, figurando no seu passado morbido, apenas: sarampo, varicella, coqueluche, e algumas doenças transitorias.

*Historia da doença actual* — No dia 13 de Outubro do corrente anno, quando brincava, descalço, entrou um fragmento de osso na parte media da região plantar do pé direito, o que motivou, na occasião um simples curativo.

Com ligeira reacção local decorreu precisamente uma semana quando, no dia 20, teve os primeiros signaes da infecção tetanica.

Como na manhã de 22, apresentasse aggravação de todos symptomas iniciaes e outros, dando um conjuncto impressionante, resolveram os paes hospitalizar o menino. Deu entrada nesse mesmo dia no meu serviço de contagiosos da Santa Casa, em maca, apresentando, então, o quadro caracteristico, sobrelevando o trismo, posição rectilinea do corpo, contracturas dolorosas, suores, ventre escavado, constipação, tudo contrastando com a conservação da intelligencia.

#### *Tratamento.*

Outubro de 1934:

Dia 22	— 40.000 U. A.	Via venosa
“ “	— 20.000 “ “	“ subcutanea
“ 23	— 40.000 “ “	“ venosa

"	"	— 20.000	"	"	"	subcutanea
"	24	— 40.000	"	"	"	venosa
"	"	— 10.000	"	"	"	subcutanea
"	25	— 25.000	"	"	"	venosa
"	"	— 10.000	"	"	"	subcutanea
"	26	— Nenhuma.				
"	27	— 30.000	U. A.		Via	subcutanea
"	28	— 20.000	"	"	"	"
"	29	— Nenhuma.				
"	30	—	"			
"	31	— 10.000	U. A.		Via	subcutanea

Além de medicação pelo sôro, cujo total attingiu 265.000 U. A., dose alta em relação á idade do paciente, esteve sob acção de brometo de potássio, chloral, morphina, adrenalina, e outras medicações indicadas pelas contingencias.

Noite de 23, inteiramente sem contracturas. Estado geral bom. Lingua ainda muito saburrosa. Impossibilidade de mover os membros inferiores.

Pulso, 112 por minuto.

Com tendencia para a cura, decorre o tempo até o dia 26, quando as melhoras são sensiveis. O pulso, a 120 por minuto, apresenta-se regular. A bocca abre-se com facilidade, sem dôr e deixa ver a lingua que se conserva saburrosa.

Pela primeira vez consegue a flexão dos membros inferiores, notadamente para o lado opposto ao da ferida tetanigena.

Desapparecimento do aspecto simiesco.

*Exame de urina* — Como elementos anormaes na urina, foram assignalados, traços leves de urobilina e de acetona e traços de glicose.

A marcha e as principaes occorrencias na phase aguda da doença foram:

Dia 23 — Pela manhã contracturas dolorosas, sub-intrantes e, á tarde, menos frequentes.

Sensorio bom. Falla com difficuldade. Não se move. Urina pouco. Constipação.

Pulso 116 e temperatura: 37°,4.

Dia 24 — Movimentos ainda impossiveis. Contracturas dolorosas menos frequentes pela manhã, raras á tarde e exacerbadas á Cabeça, tronco e membros formam um todo rigido.

Rigidez geral menos accentuada. Sonno interrompido.

Pulso 102 e temperatura 37°,3.

Dia 25 — Contracturas repetidas. Mordedura da lingua. Estado syn-copal, após a injeccão endovenosa de sôro.

Dia 26 — Maior frequencia e intensidade das contraturas, acompanha-

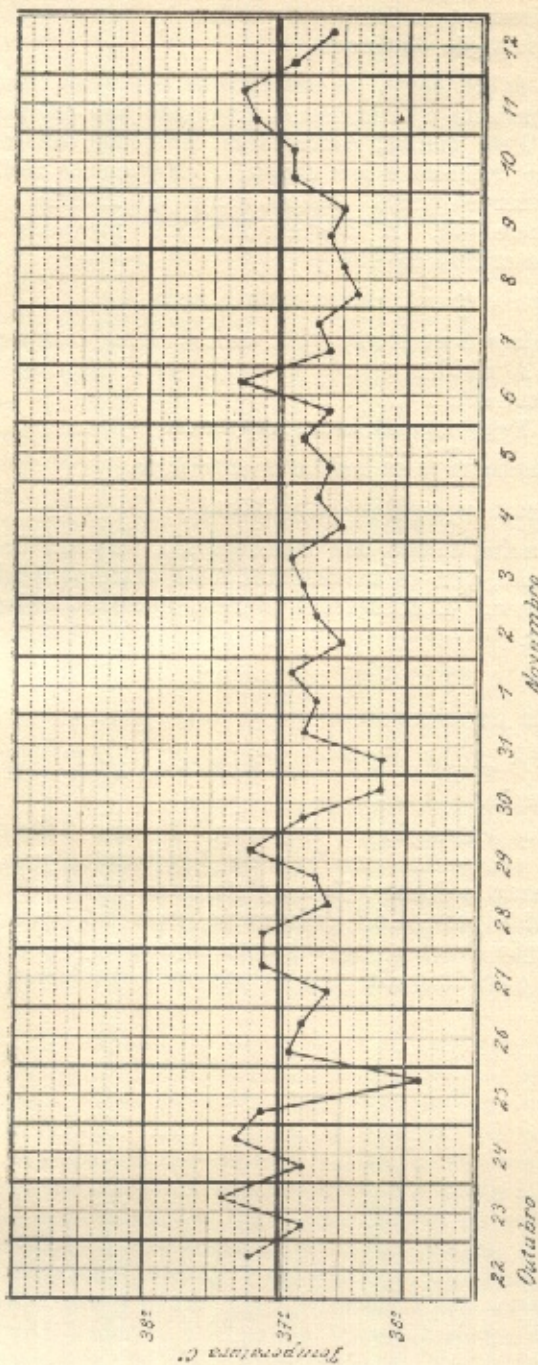


Fig. 5 — Graphico da curva thermica do doente W. P. — Observação VI

das de dyspnéa. Não se movimenta sosinho; apenas flexiona ligeiramente o joelho esquerdo.

Constipação obstinada.

Dia 27 — Até ás 24 horas, as contraturas dolorosas foram irregulares em numero e intensidade, depois do que amainaram.

Pela manhã, contraturas espaçadas, de menos duração, menos penosas e sem dyspnéa. Movimenta melhor o membro inferior esquerdo. Estado geral satisfatorio. Sensorio bom. Diurese boa. A lavagem intestinal provocou eliminação de fezes endurecidas.

Dia 28 — Somno natural, calmo, toda a noite.

Dia 29 — Ligeiras contraturas pela manhã, leves e espaçadas á tarde. A rigidez começa a se dissipar. Auxiliado, movimentase sem dôr.

Estado geral bom. Apyrexia.

Dia 30 — Accentuam-se as melhoras anteriores.

Dia 1 — Leves e espaçadas contracturas.

Dia 2 — A' noite, somno não interrompido. Apesar de não se virar sosinho, tem os movimentos mais desemparagados; abre bem a bocca. Evacuações e diurese, normaes. Sensação de bem estar.

Dia 3 — Leves e esporadicas contracturas.

Dia 4 — Nada de anormal.

O graphico n.º 5 nos mostra a curva thermica durante a infecção.

*Alta* — Como a extracção do fragmento do osso feita anteriormente, não apresentasse melhora na ferida tetanigena, como era de esperar, o doente, já completamente curado do tetano, foi removido para a 8.<sup>a</sup> enfermaria, onde foi operado para a extracção de uma pequenissima esquirola, profundamente situada, e evidenciada pelo exame radiographico.



## A Escola Constitucionalista Bahiana

por

José B. F. Flores Soares

1.<sup>o</sup> assistente da 1.<sup>a</sup> clinica medica da Faculdade

Si a Escola Constitucionalista Italiana encontrou na Universidade do Rio de Janeiro, por intermedio dos professores Rocha Vaz e Berardinelli e seus discipulos, o foco de irradiação para os demais nucleos de cultura medica do paiz, não é menos verdade que o espirito da Escola Constitucionalista Francesa tem tido no professor Prado Valladares, da Faculdade de Medicina da Bahia, o seu esforçado e intelligente pregador na nossa terra.

Desse modo, mais uma vez o Rio de Janeiro e a Bahia estão confirmando o papel que têm desempenhado na evolução da sciencia medica nacional, como principaes centros de propagação, no Brasil, dos conhecimentos da medicina universal.

A differença, no caso particular da doutrina constitucionalista, está, a meu ver, em que o Rio de Janeiro, salvo alguns retoques sem maior importancia, tem se mantido integralmente dentro do quadro traçado pela Escola Italiana, emquanto que a Bahia, estribando-se embora nos principios fundamentaes da Escola Francesa, soube refundil-a, melhorando-a consideravelmente.

Apesar de adoptar, até agora pelo menos, exclusivamente as idéas e methodos da Escola Italiana, julgo util e patriótico dar a conhecer aos collegas riograndenses a orientação que está imprimindo aos seus trabalhos sobre esse assumpto a Escola Bahiana, chefiada pelo professor Valladares, ainda completa ou quasi completamente ignorada entre nós, ao ao passo que se acham amplamente divulgadas em nosso meio as publicações da Escola do Rio, dirigida pelos professores Rocha Vaz e Berardinelli.

Para a Escola Bahiana, a Morphologia Clinica tem por objectivo a determinação da constituição, do temperamento e do caracter dos individuos, empregando essas expressões fundamentaes na accepção que lhes dá a Escola Francesa. Assim, para constituição admite o professor Valladares a definição de Bouchard: "é tudo o que concerne ás variações individuaes, no arcabouço e na architectura do corpo, na proporção dos orgãos, dos aparelhos, do organismo inteiro, na adaptação physiologica de cada parte á sua função, na repartição da materia, seja na totalidade do organismo, seja em cada elemento. A constituição está em relação, portanto, com a estrutura do corpo, é uma característica *estatica*". O professor bahiano acompanha o mesmo auctor francês no conceito de temperamento: "é tudo o que concerne ás variações individuaes da actividade nutritiva e funcional. E, como para um mesmo organis-

mo ou um mesmo elemento a intensidade da vida e do funcionamento se liga á intensidade das transformações da materia, o temperamento é tudo o que concerne ás variações individuaes na intensidade das metamorphoses da materia viva. O temperamento está em relação, portanto, com a actividade do organismo, *é uma característica dinamica*". Finalmente, caracter é — para a Escola Bahiana, como para a Francesa, que segue nesse particular a Kretschmer — o conjunto de condições psychicas individuaes.

Considerando que na organização da Morphologia Clinica se devem encarar sómente os elementos de conformação exterior, de modo que a conformação interna seja deducção da Morphologia Clinica, o professor Valladares erige o angulo de Charpy ou angulo de abertura sub-thoracica de Fróes da Fonseca em principal elemento para a sua classificação individual. E, sem qualquer auxilio instrumental, pela simples inspecção do angulo formado pelas ultimas costellas na sua implantação sobre o externo, divide logo os individuos em tres grandes grupos: acutangulos, rectangulos e obtusangulos, de accordo com o aspecto da abertura do angulo costal.

Esses tres typos principaes, conforme a Escola Bahiana, estão em absoluta correspondencia com os das diversas classificações estrangeiras.

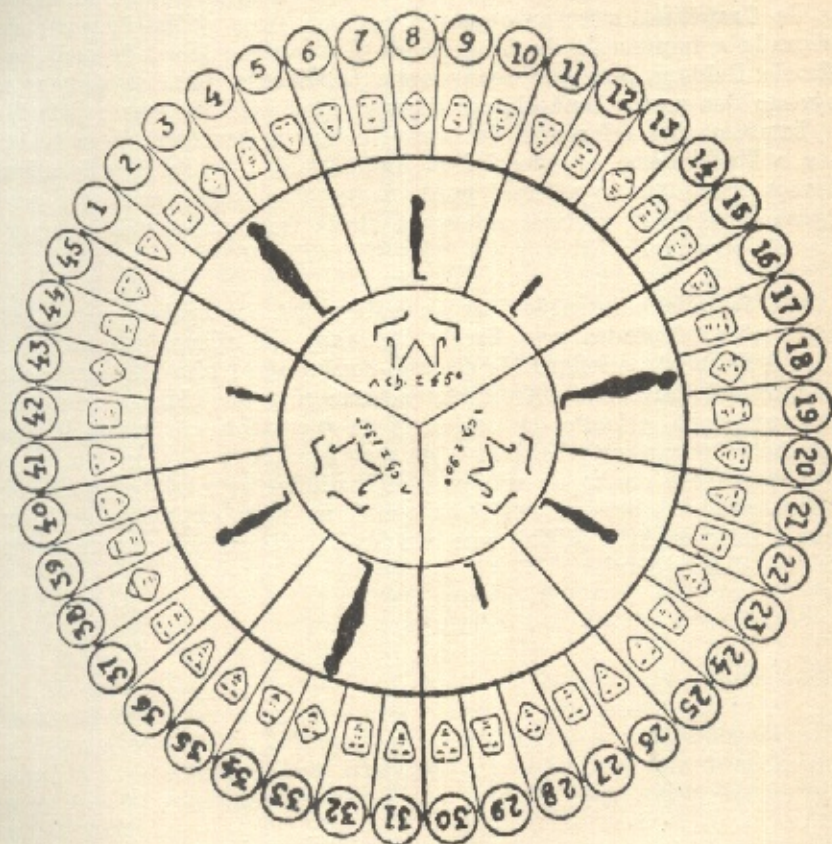
Assim: o *acutangulo* de Valladares seria o longilíneo de Pende, o longitypo de Viola, o hyposthenico e o asthenico de Mills, o leptosomico de Kretschmer, a primeira combinação de Barbára, a primeira combinação morphologica de De Giovanni, a primeira combinação anatomica de Benecke, o respiratorio e o cerebral de Sigaud, o thoracico de Hallé, etc.; o *rectangulo* de Valladares seria o normolíneo de Pende, o normotypo de Viola, o mesosthenico de Mills, a segunda e a quarta combinações de Barbára, a combinação ideal e a segunda combinação morphologica de De Giovanni, o muscular de Sigaud, o muscular de Hallé, etc.; o *obtusangulo* de Valladares seria o brevilíneo de Pende, o brachytypo de Viola, o hypersthenico de Mills, o pyenico de Kretschmer, a terceira combinação de Barbára, a terceira combinação morphologica de De Giovanni, a segunda combinação anatomica de Benecke, o digestivo de Sigaud, o abdominal de Hallé, etc.

Estabelecidas essas tres grandes classes e tendo verificado que dentro de cada uma dellas cabiam individuos com estaturas as mais diversas, resolveu o professor Valladares, tomando esse caracteristico morphologico para indice differencial, subdividir cada um dos tres grupos anteriormente obtidos em outros tantos subgrupos: individuos de pequena, media e grande estatura.

Não satisfeito com isso, desejando levar mais longe o criterio analytico da morphologia individual e tornar mais precisa a classificação, o eminente semiologo patricio utilizou a conformação facial como elemento de distincção e dividiu mais uma vez cada um desses sub-grupos em cinco secções, conforme os typos faciaes mais geralmente verificaveis e que são: face triangular de base superior, face quadrangular, face trapezoidal, face losangica e face pentagonal.

Ainda mais, de accordo com esse criterio e dando-lhe uma representação graphica, que permite classificar facilmente os individuos por nu-

meros em serie de 1 a 45, o illustre professor bahiano construiu um quadro, conhecido com a designação justissima de Tryptico de Prado Valladares, que se vê abaixo, tão simples e claro que dispensa qualquer descripção:



Tryptico de Prado Valladares  
(Cfme. Julio F. Costa)

Classificada, por esse methodo, a constituição individual no sentido em que a encara Bouchard, a Escola Bahiana procura, agora, verificar a sua correspondencia com o temperamento, tambem na acepção de Bouchard, e o caracter, no conceito de Kretschmer, de modo que, conhecida a morphologia individual, se possam desde logo deduzir as caracteristicas funcionaes e psychicas do individuo.

Nesse sentido, os constitucionalistas nortistas já aventaram as hypotheses de que os acutangulos, obtusangulos e rectangulos sejam, respectivamente, sob o ponto de vista do systema neuro-vegetativo, sympathicotonicos, orthotonicos e vagotonicos, e quanto ao metabolismo, tachytrophicos, orthotrophicos e bradytrophicos.

Como se vê, os bahianos adoptam as idéas e a classificação de Eppinger e Hess, quanto ao systema vegetativo, e de Landouzy, com referencia ao metabolismo, completando-as com as classes dos orthotonicos e orthotrophicos, respectivamente, que são neologismos criados pelo professor Valladares, com significação facil de se deduzir. Depois dos trabalhos de Castellino, entretanto, parece-me que ficou definitivamente demonstrada a imprecisão da doutrina de Eppinger e Hess, de modo que a Escola Bahiana terá que abandonal-a fatalmente, para se adaptar ao progresso dos nossos conhecimentos nesse intrincado systema vegetativo.

Tambem com referencia ás possiveis correlações entre a morphologia e o biochimismo e endocrinismo individuaes, os constitucionalistas bahianos formulam hypotheses muito seductoras, cuja verificacão seria de grande interesse pratico; talvez eu ainda venha tratar do assumpto em outra occasião.

Não foi minha intenção fazer a critica das concepções, methodos e classificações adoptadas pela Escola Bahiana, que apenas procurei synthetica e fielmente divulgar, de accordo com o que tenho lido a respeito, para que os leitores dos "Archivos" possam julgal-a. Mas o que desde logo impressiona, criando um ambiente de sympathia em torno da obra do eminente propedeuta bahiano e de seus auxiliares, é o seu aneio de simplificação e o cunho de relativa originalidade que estão imprimindo aos seus estudos sobre um problema que é, na justa expressão de Viola, "o mais complicado e difficil que a sciencia medica contemporanea jamais teve diante de si."

## Brucelloses

por

Norman M. Sefton

Docente-livre de M. Legal.

Ultimamente appareceu um magnifico trabalho sobre esta entidade morbida, lançada por Spiros Levierato, no qual aquelle autor vem dizer que, pesquisando em torno do assumpto, verificou que já Hipocrates descrevera esta doença com a sua symptomatologia clinica classica de um módo admirável.

Assim, podemos vêr, que a Medicina Moderna, tratando desta entidade morbida, nada mais faz do que evidenciar um mal que já era conhecido pelo grande Pai da Medicina.

A Brucellose, assim chamada em homenagem a Bruce, tambem tem sido denominada de Febre Capricieuse por Ch. Nicolle que a considerou como sendo uma molestia do futuro; Febre de Malta por haver sido estudada pela primeira vez, pela medicina moderna, na ilha que tem aquelle nome; febre ondulante, tomando como caracteristica sua curva thermica; febre do Mediterraneo, por parecer grassar, principalmente, na bacia daquelle mar; e, finalmente, ainda, por alguns autores ella tem sido chamada de melitococcia.

E' uma doença infectuosa, commum ao homem e a alguns animaes, mais especialmente ás cabras, aos vaccuns e aos suinos.

Sua transmissão pode-se fazer directamente dos animaes ao homem, como já foi assignalado nos veterinarios e individuos que lidam com animaes doentes, ou, indirectamente, por meio do leite e seus derivados não esterilizados.

Tambem foram verificadas contaminações pelo sangue, carne e urinas de animaes infectados e, nos laboratorios, as infecções são frequentes e o microbio de Bruce é considerado extremamente perigoso sob tal ponto de vista.

O agente pathogenico é um micrococco Gram-negativo que offerece tres variedades: o micrococcus melitensis de Bruce descoberto por aquelle autor em 1866—1887; o micrococcus de Bang ou Brucella abortus bovis, descoberto por este autor em 1896; e a Brucella suis, identificada por Traum em 1914. E' de notar que esta ultima tem caracteres muito chegados aos da Brucella abortus bovis.

Enquanto que no Mediterraneo predominam as infecções pelo micrococcus melitensis e nos E. Unidos pela variedade suis, aqui entre nós e na America do Sul temos registrado as infecções pela variedade Brucella abortus bovis como predominantes.

Nas immediações desta capital verificam-se, com certa frequencia, o aborto epizootico das vaccas.

Sem nos determos mais demoradamente sobre o estudo etiologico desta entidade morbida, passaremos, agora, para o seu estudo clinico que é o motivo principal destas linhas.

Cantaloube definiu um conjuncto de symptomas que considerou como os principaes e que foi, pelos diversos autores, denominado como sendo o bloco symptomatico de Cantaloube. São cinco estes symptomas principaes: a febre de typo ondulante; os suores; os phenomenos algicos; a constipação; e a asthenia. Ramond considera a orchite como phenomeno muito frequente e de grande valor diagnostico.

O caracteristico da "febre" só pôde ser convenientemente observado em graphicos que se extendam a um minimo de 18 a 20 dias de annotações successivas. O conjuncto deste graphico toma um aspecto ondulante, no qual verificamos um periodo de 6 a 7 dias de oscillações ascendentes, 1 a 4 dias de acmé e novo periodo de 6 a 7 dias de oscillações descendentes, as quaes podem ir á temperatura sub-febril ou mesmo á apyrexia completa; este periodo de intermittencia pôde durar de 3 a 15 dias e mesmo mais, para ser seguido de nova ondulação graphica. O acmé destas ondulações pôde attingir a 39 e 40 gráus.

Naturalmente um conjuncto thermographico como acabamos de descrever, não é observado com constancia absoluta e, muitas vezes, apresenta-se com periodos de exacerbação da febre sem, entretanto, haver, nitidamente, uma ondulação.

Outras vezes os periodos de ondulações se tornam cada vez menos intensos, não fazendo, em seu conjuncto, ondulações propriamente ditas e, sim, antes, simples periodos de exacerbações febris ou mesmo sub-febris.

Finalmente, ainda devemos registrar o facto de que certos autores já discutem e affirmam haver fórmas até de absoluta apyrexia. (Fórmas occultas de Jullien).

Os "suores" nas Brucelloses são um symptoma de quasi absoluta constancia. São nocturnos, principalmente manifestos pelas horas da madrugada; muitas vezes profusos e generalisados, ás vezes são localisados á face e ao pescoço e nuca. São de tal fórma intensos, em certos casos, que obrigam o doente a mudar suas roupas de cama varias vezes durante a noite. Outras vezes, embóra mais escassos, se intensificam com a administração do pyramidon, o que levou Cantaloube a usar este recurso como um elemento de valor diagnostico. Foi a chamada prova do pyramidon daquelle autor. Segundo Saequepéc, o suor, dos individuos attingidos desta doença, apresenta um cheiro caracteristico que aquelle autor comparou com o de palha pôdre.

As "algias" se apresentam depois de alguns dias de molestia e, certas vezes, mais tardiamente. Para o lado das articulações estes phenomenos algicos tomam, no inicio, as grandes articulações, para, mais adeante invadirem as pequenas, o que, via de regra, se dá no periodo terminal. Myalgias intensas ou não, generalisadas ou localisadas têm sido observadas. Tambem o esqueleto pôde ser attingido por estes phenomenos algicos. Elles, ainda, se pôdem manifestar por nevralgias, mais ou menos intensas ou mais ou menos extensas com localisações variadas, isoladas ou multiplas. Os doentes, conforme a maior intensidade dos phenomenos algicos ficam permanentemente, durante o periodo fe-

bril, principalmente, em condições de soffrimentos mais ou menos intensos e ininterruptos, passando a exigirem, do medico assistente, medicação analgesica continuada.

A "*constipação*" intestinal é symptoma de grande constancia e Ramond considera-o de muita importancia. Às vezes, porém, de intensa e pertinaz, pôde ser succedida ou substituida, de inicio, pela diarrhéa que pôde apparecer isoladamente, ou se alternando com os suores. A diarrhéa é, geralmente, um prenuncio de gravidade da fórma clinica apresentada pelo doente.

A par da constipação ou diarrhéa, a lingua apresenta-se saburral, secca e, outras vezes escurecida. O halito dos doentes é fétido. A anorexia é constante e rebelde. A hepatomegalia e a esplenomegalia são, frequentemente, observadas.

A "*asthenia*" é de uma constancia muito grande e quasi que se pôde dizer que nunca falta. Por isso Cantaloube presta-lhe maximo valôr para fins diagnosticos. O doente queixa-se de fadiga permanente que nunca o abandona, mesmo após horas inteiras de repouso. Ella não se limita ao lado physico e attinge, via de regra, o lado psychico.

Facto notavel, que necessitamos salientar, é o contraste, assignalado pelos diversos autores, entre esta intensa asthenia e o relativo "bom aspecto geral do doente", cujo facies, nem de longe, apresenta signaes correspondentes á temperatura e á fadiga que acomettem o paciente.

A "*orchite*", a que Ramond chama muita attenção, tem sido encontrada com muita frequencia pelos diversos autores. Às vezes ella é precoce, outras vezes é tardia. Pôde se manifestar a orchi-epididymite, bem como, já foram assignalados, phenomenos dolorosos intensos com ou sem edema escrotal.

Na mulher tambem tem sido observada a reacção da glandula genital, acompanhada de dores e dysmenorrhéa.

São estes os symptomas que constituem o bloco symptomatico de Cantaloube. Sua importancia é consideravel para ser firmado o diagnostico clinico, mas, este não pôde, por si só ficar absoluto sem a confirmação laboratorial.

Os symptomas acima referidos nem sempre são encontrados na sua totalidade e em intensidade tal que chame, de vez, a attenção do medico. A constituição do traçado thermico, a observação rigorosa da marcha da doença e as constantes indagações são, muitas vezes, indispensaveis para ser conseguida a evidencia deste conjuncto clinico. Na maior parte dos casos, podemos dizer, é indispensavel a confirmação laboratorial, pois, na pratica outros symptomas geraes são sempre encontrados. Passaremos a citar os mais importantes, por ordem de apparatus.

Podemos encontrar, muitas vezes, a epistaxis, que se pôde apresentar, com maior ou menor intensidade e repetidas vezes, no decurso da doença. Phenomenos de bronchite diffusa ou até congestão das bases, de ambos os pulmões, são frequentes. Alguns autores assignalam estes phenomenos congestivos como, de tal ordem intensos que, em certos casos, se acompanham de ligeiros phenomenos hemoptoicos. A congestão dos apices tambem tem sido assignalada. Phenomenos de auscultação iden-

ticos aos encontrados na pleurisia, pneumonia e broncho-pneumonia são citados por Ramond.

Para o lado do "*Apparelho cardio-vascular*" foram assignalados, excepcionalmente, phenomenos de comprometimento do orgão central. O pulso, geralmente é lento, mas, diz Ramond, não apresenta, via de regra, a verdadeira dissociação com a temperatura como se observa nas febres typhicas. A tachysphygmia tambem tem sido encontrada e, nos casos graves as arhythmias foram verificadas, a par de pulso pequeno e rapido, contrariando, assim, o pulso cheio e lento, que é a regra. A hypotensão arterial é commumente verificada, sendo muito accentuada, a par de intensa bradysphygmia e phenomenos de urticaria, nas fórmulas em que haja maior comprometimento das suprarenaes. Nestes casos a adrenalina e o uso do extracto total das suprarenaes são valiosos auxiliares therapeuticos.

O "*systema nervoso*", via de regra, é pouco tocado, podendo, porém, apresentar signaes meningiticos, principalmente nas creanças. A extrema sensibilidade ao frio, o que foi muito bem observado por Thiago de Almeida, é uma manifestação de valor e constitue o signal cryesthesico daquelle autor. Esta raridade de phenomenologia para o lado do systema nervoso, só foi admittida nas fórmulas classicas, mas, como veremos ao estudarmos as fórmulas clinicas, o systema nervoso pôde ser muito mais attingido, conforme se vê no notavel trabalho de Roger, no qual aquelle autor abre um grande e novo capitulo nas melitococcias. Nos seus estudos encontramos as mais variadas manifestações para o lado do systema nervoso e, podemos dizer que, hoje já a medicina tem, a enfrentar, um novo capitulo da Pathologia: as neuromelitococcias.

O "*apparelho urinario*", pouco soffre no decorrer da Brucellose. Leve albuminuria tem sido assignalada. Phenomenos de nephrite não tem sido encontrados de modo que mereça especial menção.

O "*apparelho locomotor*" é altamente attingido devido ás myalgias e arthalgias diversas. A constancia destes phenomenos, todavia, não sendo absoluta, comprehendemos, facilmente, que ha casos nos quaes o aparelho locomotor nada ou quasi nada soffre. Devemos evidenciar aqui que as suppurações articulares ou musculares não foram ainda assignaladas no decurso de manifestação algicas, destes orgãos da locomoção.

O "*tegumento*" não é, habitualmente, attingido. Não foram, nunca, encontradas manchas lenticulares ou outras manifestações, salvo um unico caso em que foi observada uma localisação, de inicio, limitada ao tegumento das mãos e ante-braços de um veterinario que attendera um aborto epizootico de uma vacca. Podemos considerar tal accidente como uma fórma cutanea e nunea como manifestação secundaria da Brucellose para o lado do tegumento.

Para o lado do "*systema endocrino*" alguns autores querem apenas assignalar as manifestações sudoraes, tachycardicas e asthenicas, como traduzindo uma disfunção das suprarenaes.

O "*exame hematologico*" nada de particular nos vem revelar. Via de regra, encontramos, no inicio da doença, uma leucocytose e polynucleo-



se, para encontrarmos, no periodo de convalescença, leucopenia com mononucleose e eosynophilia.

Finalmente, para o lado do "*apparelho genital*" devemos recordar aqui os phenomenos, quasi constantes, verificados ao nível das glandulas genitaeas, que já foram, por nós descriptos mais acima.

A phenomenologia acima descripta pôde ser encontrada no decurso de uma Febre de Malta, a qual, conforme a fôrma clinica de que se trata, pôde ter uma curta duração ou mesmo ir a anno e mais de anno de evolução. Neste ultimo caso pôde passar por uma tuberculose e se termina, via de regra, no marasmo extremo, si não se interpuzer uma complicação que arraste, mais rapidamente, o doente para a morte. A cura espontanea, todavia, tem sido assignalada.



Terminado este estudo generalisado sobre as Melitococcias, tentaremos abordar esta outra parte que se referirá ás "*Fôrmas clinicas*". E' a parte mais complexa do estudo e, não foi por outra razão que, como diz Ramond, Cantaloube lhe deu o nome de molestia das "*cem fôrmas clinicas*".

Ramond divide as melitococcias em:

- 1.<sup>o</sup> Fôrmas typicas com as subdivisões de aguda e sub-aguda ou prolongada e,
- 2.<sup>o</sup> Fôrmas attenuadas e atypicas com as subdivisões em ambulatorias e symptomaticas. Estas ultimas comprehendendo as fôrmas pulmonares, pseudo-rheumatismaes, meningéas, hemorragicas, etc.

Por sua vez Jullien, no anno passado, apresentam uma classificação das fôrmas clinicas segundo signaes mais evidentes e sua evolução. Indiscutivelmente o trabalho de Roger (de Marseilha) muito veio contribuir para completar este estudo das fôrmas clinicas.

Procuraremos aqui, de inicio, respeitar a classificação de Jullien, a qual iremos lançar de um módo synthetico, após o que procuraremos melhor organizar este capitulo, propondo, uma coordenação do mesmo.

Jullien divide em:

- 1 — F. Occultas, as quaes só são identificaveis pelos exames laboratoriaeas e que levam o facultativo á suspeita-as devido á zona donde provem o doente. Taes doentes podem ser transmissores da molestia.
- 2 — F. Simples, que elle subdivide em ambulatorias e mais ruidosas.
- 3 — F. Resistentes e complicadas, as quaes elle descreve em fôrmas resistentes aos tratamentos diversos e que, no entanto, se curam pela simples mudança de região. E as complicadas que elle considera as fôrmas que se complicam com as associações varias que pôdem apparecer no seu decurso evolutivo.

Isto exposto bem ficamos sentindo o quanto está confusa esta parte das classificações das fôrmas clinicas.

Orientando-nos eclecticamente, vamos propôr aqui uma systematisação deste estudo, arriscando-nos apresentar uma tentativa de classificação.

Assim, dividiremos as Brucelloses em quatro grupos:

1.<sup>o</sup> *Fórmias típicas* (de Ramond), as quaes, conservando a symptomatologia classica, se pôdem dividir em aguda ou prolongada, conforme a sua duração.

2.<sup>o</sup> *Fórmias atypicas*; a) que, sem nenhuma symptomatologia clinica apreciavel, serão consideradas "ocultas" (Jullien) e só diagnosticaveis por meios laboratoriales, tendo servido como suspeição a proveciencias do doente.

b) ambulatorias, as quaes, com symptomatologia escassa, levam o doente ao medico, unicamente, devido ao seu constante abatimento, ligeiras algias, etc.

c) as fórmias resistentes ao tratamento, que, principalmente no velho, terminam no marasmo e morte a par de symptomatologia pouco precisa e de fórmula muito prolongada.

3.<sup>o</sup> *Fórmias com predominancia de affecção deste ou daquelle aparelho*. São fórmias que devemos ter em conta por apresentarem a symptomatologia mascarada pelo maior ruido de symptomas peculiares a este ou aquelle aparelho. Assim teremos as fórmias: pulmonar; pseudo rheumatismal articular; supra renal; e cardiacas, conforme casos nos quaes predominaram phenomenos de endocardites como os citados por Levierato; e nervosas, estas ultimas tão bem estudadas por Roger, que as dividiu em 5 typos (1).

4.<sup>o</sup> *Fórmias complicadas e associadas*. Neste grupo consideraremos as fórmias nas quaes sobrevêm phenomenos de complicações variadas, como sejam as hemorragias, etc., bem como as fórmias mascaradas pelas diversas associações, taes como tuberculose, impaludismo, verminose, etc.

\*  
\*  
\*

Tendo em vista as fórmias clinicas, bem poderemos sentir o quanto difficil se pôde tornar o "*diagnostico clinico*" das Brucelloses.

Podemos, inicialmente, afirmar que o diagnostico desta doença, geralmente, não pôde ser feito, clinicamente, antes de 18 a 21 dias de molestia. Só a suspeição que seria permittida antes deste prazo o que nos poderia levar a diagnostico positivo pelos meios laboratoriales.

Pela natureza da febre continua, diz Ramond, podemos pensar tratar-se de uma febre do grupo typhico, dum embaraço gastrico febril, duma septicemia, duma endocardite maligna, da grippe, do impaludismo ou mesmo duma suppuração profunda.

Com as infecções de origem focal a confusão é manifesta, clinicamente. Não só já sabemos de casos taes, como ultimamente, tivemos um, no qual apenas a constipação, do bloco symptomatico de Cantaloube, nos faltou. Depois de uma prolongada observação clinica, com exames de urina que nada revelavam de notavel, foi que, negativa a cultura e ne-

(1) Os 5 typos de Melitococcias com predominancia de symptomas nervosos, descriptos por Roger, foram: Cerebraes (caso que teve falso diagnostico de demencia precoce), Meningéas, Radiculares e nevriticas e Medulares. E, ainda, dentro destas fórmias as de localizações cerebello-pyramidaes. Deixamos de nos alongar na symptomatologia destas diversas fórmias nervosas, por serem taes symptomas communs a todas localizações e disturbios destes centros nervosós.

gativas as provas serologicas, conseguimos, por puro acaso, n'uma cultura de urina encontrar germens varios, entre os quaes o estaphylococcus aureus, que nos levaram a erer n'uma infeccão de origem focal. De facto, ha pouco soubemos da existencia de onze fòcos diversos nas raizes dentarias. O tratamento de alguns dentes, a extraecão de outros e a vacinacão autogena tem feito este caso marchar para a cura.

Tambem nos poderá levar á difficuldades diagnosticos clinicas os perigos de confusão com as localisações gónococcicas articulares, ovarianas ou testiculares, bem como com o rheumatismo articular agúdo.

Ramond ainda lembra o perigo de confusão com a orquite ourliana.

Importante e muito delicado se torna ás vezes o diagnostico differencial entre a Brucellose e a tuberculose. Cantaloube já assignalou muito bem este ponto. Os suores nocturnos, a ausencia muitas vezes do bac. de Koch no escarro, as fórmulas pulmonares congestivas que pòdem ser encontradas em ambas affecções, a marcha thermica que, como vimos, na mesmpre conserva, na melitococcia, sua marcha typica, etc., pòdem trazer ao clinico os mais serios embaraços num diagnostico desta natureza.

O que acabamos de assignalar, além de tanto mais que, como sabemos, poderia ser citado, nos leva a considerar que, para um diagnostico seguro de Febre de Malta, quasi que na totalidade dos casos, o laboratorio se torna indispensavel.

E no "laboratorio" ainda devemos só dar absoluto valor á hemocultura, pois, o sero-diagnostico, até agora só admittido com valor em agglutinações muito altas, já tivemos noticia de que os technicos laboratoriologistas já lhe vão dando cada vez menos apreço e o seu valor é relativo.

O diagnostico pela melitina ou abortina necessita ser controlado pela injeccão simultanea de caldo simples.

O "prognostico" da febre de Malta, diz Rabond, sob o ponto de vista vital, é favoravel, não deixando, entretanto, de ser uma doença perigosa. Ramond assim a considera por ser ella de muito longa duração, devido á convalescença que é muito demorada e á grande asthenia a que atira o doente.

Podemos todavia dizer que o prognostico varia com a fórmula clinica considerada, isto é, de benigno que é nas fórmulas frustas e expontaneamente curavcis, elle augmenta de gravidade a ponto de ser gravissimo e mesmo fatal em certas fórmulas nervosas.

\*  
\* \*

O "tratamento" da febre ondulante comprehende, antes de mais nada, no tratamento geral applicavel aos estados infecciosos, conforme sua gravidade, sob o ponto de vista hygienico dietetico.

O tratamento medicamentoso pòde ser usado, como recurso momentaneo, sob o ponto de vista symptomatico.

A uroformina, collargol, electrargol, ouro colloidal, etc., se tem mostrado inefficazes na melitococcia.

Roziés diz ter conseguido bons resultados pelo abcesso de fixação.

Setbon diz haver obtido successo com a proteinotherapia e, outro au-

tor indica a autoseroterapia e mesmo a autophlyctenoterapia. Também foi indicada a autohemoterapia.

Os arsenobenzóis, via de regra, tem sido inefficazes nas Brucelloses.

Ramond com Lafaille se torna adepto da trypaflavina em uso endovenoso.

No terreno da therapeutica especifica verificamos a inefficacia quasi absoluta da serumtherapia, a par de choques violentos.

O mesmo não succede com a vaccinotherapia que, embóra devendo ser feita com muita cautella, e de preferencia na phase descendente da pyrexia ou na phase de apyrexia completa, tem dado muito bons resultados.

Ella tem, todavia, suas contraindicações nas fórmas hemorrhagicas e complicadas de affecções renaes ou cardiacas.

A therapeutica vencedora, é hoje a do emprego da endoproteina obtida dos bacillos mortos. Esta therapeutica se produz, segundo Cambes-sédes e Garnier, por um phenomeno de choque especifico.

\*

\* \*

Eis aqui, meus senhores, uma ligeira synthese do que parece haver de mais moderno sobre Brucelloses. Deixamos de desenvolver mais longamente alguns pontos de bastante interesse, por não comportar neste ligeiro apanhado, maiores delongas sobre este actual e palpitante assumpto.

Porto Alegre, Dezembro de 1934.

## Dosagem colorimétrica da glicose no sangue Técnica que dispensa o Colorímetro

por

Carlos M. Carrion

(do Laboratório "Waldemar Castro")

Dentre os processos conhecidos para a dosagem da glicose no sangue, o mais preciso e de técnica menos complicada é, sem duvida, o classico processo colorimétrico, no qual se utiliza o acido pírico como principal reagente. Exigindo ele, entretanto, o emprego de um Colorímetro, aparelho caro e de aplicações restritas, nem sempre nas possibilidades de um laboratório modesto, torna-se a dosagem da glicose sanguínea uma tarefa difícil quando o técnico é obrigado a recorrer a outro método qualquer.

Com a modificação de técnica que apresentamos neste trabalho, acreditamos que as dificuldades serão removidas, podendo-se assim, com um processo simples que dispensa o Colorímetro e evita os métodos de técnicas complicadas, proceder a dosagem da glicose no sangue, tão útil para o diagnostico e controle de tratamento.

Empregam-se os mesmos reagentes e parte da técnica habitual, procedendo-se, por fim, á semelhança do processo de Grigaut para a dosagem da colessterina no sangue.

Comparando-se os seus resultados com os obtidos pelo método colorimétrico, correntemente usado, notaremos, é verdade, pequenas diferenças, mas tão reduzidas que podem ser perfeitamente desprezadas em pratica clínica. Observadas rigorosamente as condições de técnica que adiante indicaremos, as divergencias entre os dois métodos raramente ultrapassam a 10 centigramas por mil. Casos tivemos, nos quais as diferenças entre os resultados de ambos atingiu apenas a 2 centigramas por mil. Aliás, com o uso do proprio Colorímetro, dosagens de glicose praticadas por técnicos diversos, no mesmo material, por vezes acusam pequenas diferenças, mau grado o rigor o perfeição do método utilizado.

Evidencia-se assim, claramente, a incontestavel utilidade da técnica que lembramos, visto ser possível sua execução pelos propios clínicos em localidades desprovidas de laboratório ou por praticos que não possuem um Colorímetro.

### *Reagentes*

Solução saturada de acido pírico:

Acido pírico em pó            12 gramas  
Água destilada q. s. p.    1.000 cc.

## Solução estalão:

Glicose pura, anhidra 1gr.50  
 Solução saturada de acido píérico q. s. p. 1.000 cc.

## Solução de carbonato de sodio:

Carbonato de sodio puro, anhidro 10 gramas  
 Agua distilada q. s. p. 100 cc.

*Técnica*

- 1) A 5 cc. do sangue total, oxalatado ou desfibrinado, adicionam-se 20 cc. da solução saturada de acido píérico. Misturar bem e, depois, acrescentar 0gr.50 de acido píérico em pó. Agitar durante 10 minutos e filtrar.  
 A 5 cc. do filtrado, adicionar 1 cc. da solução de carbonato de sodio, colocando depois a mistura em um tubo de ensaio resistente.
- 2) A 5 cc. da solução estalão, adicionar tambem 20 cc. da solução saturada de acido píérico, para que o estalão fique, como o sangue, diluido ao 1/5.  
 A 5 cc. da solução estalão assim diluida, acrescentar 1 cc da solução de carbonato de sodio, colocando a mistura em outro tubo de ensaio resistente.
- 3) Em um terceiro tubo de ensaio, irá a solução para as diluições, indispensavel á nossa técnica e que se compõe de 5 cc. da solução saturada de acido píérico, mais 1 cc. da solução de carbonato de sodio.

Os tres tubos, depois de devidamente marcados, serão colocados em banho-maria, com ebulição branda, durante 15 minutos.

Pelo aquecimento, em presença do carbonato de sodio, da glicose com o acido píérico, forma-se, em ultima combinação, o picramato de sodio, ficando o liquido com uma coloração que vae do amarelo ambar ao vermelho escuro: tanto mais intensa será a coloração, quanto maior for a quantidade de glicose no liquido contida.

Depois de resfriadas as soluções, colocar, respectivamente, em dois pequenos tubos de ensaio de uns 10 cc. de capacidade e perfeitamente iguais em diametro e na espessura de suas paredes, 2 cc. da solução correspondente ao sangue e 2 cc. da solução correspondente ao estalão.

Comparar as colorações deante de uma luz forte ou da abertura de uma janela, podendo-se utilizar o dispositivo, cujo desenho incluímos adiante.

Duas eventualidades podem-se dar:

1.<sup>a</sup> — As colorações poderão ser iguais.

2.<sup>a</sup> — As colorações poderão ser diferentes.

Neste ultimo caso, teremos que acrescentar ao tubo de coloração mais acentuada, até a igualdade das côres, a mistura da solução saturada de acido píérico com a solução de carbonato de sodio, acima referida. Anotar exatamente a quantidade de solução gasta, que será chamada N.

*Interpretação dos resultados*

— Quando as colorações forem iguais, o sangue terá 1gr.50 de glicose por litro.

— Quando as colorações forem diferentes:

A) Si se tiver de diluir a solução correspondente ao *estalão*, empregaremos a seguinte formula:

$$\frac{2 \times 1,5}{2 + N}$$

Ter-se-á a quantidade de glicose por litro de sangue.

B) Si tivermos que diluir a solução correspondente ao *sangue*, a formula será a seguinte:

$$\frac{(2+N) 1,5}{2}$$

Será obtida assim a quantidade de glicose por litro de sangue.

*Teoria do processo*

— Dissemos que, quando ha igualdade de côres, o sangue examinado terá 1gr,50 de glicose por litro.

Com efeito:

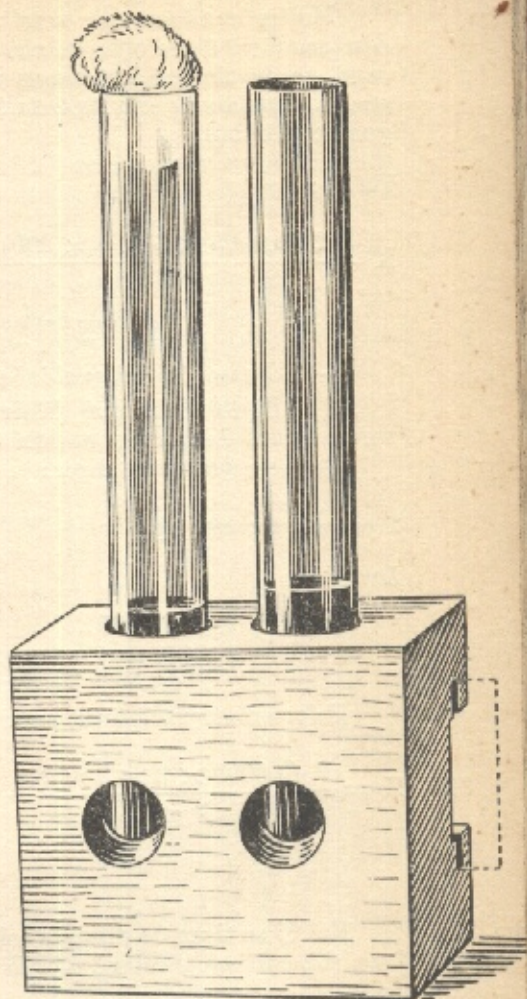
Nos 5 cc. da solução *estalão*, diluída ao 1/5, havia 0gr,0015 de glicose. Com o acrescimo de 1 cc. da solução de carbonato de sodio, o volume do liquido aumentou para 6 cc, mas a quantidade de glicose nele contida continuou a mesma. Desses 6 cc. retiraram-se 2 cc. para a prova colorimetrica, portanto, 0gr,0005 de glicose.

Visto que nos 2 cc. da solução correspondente ao *estalão* havia 0gr,0005 de glicose, poderemos estabelecer a seguinte proporção:

$$2 \text{ cc. sol. corresp. } \text{estalão} : 0,0005 :: 2 \text{ cc. sol. corresp. } \text{sangue} : X$$

Donde 
$$2 \times 0,0005$$

$$X = \frac{\quad}{2} = \text{quantidade de glicose nos 2 cc. da solução correspondente ao sangue.}$$



Suporte que facilitará a comparação colorimetrica. Em sua face posterior se adaptará uma lamina de vidro fosco, mórmente quando se trabalhar com luz artificial.

Multiplicando-se esse resultado por 3, teremos a quantidade de glicose nos 6 cc. da solução ou em 5 cc. de sangue diluído ao 1/5. Multiplicando-se depois por 5, teremos a quantidade de glicose em 5 cc. de sangue, e, finalmente, multiplicando-se por 200, teremos por litro de sangue ou por mil.

Então:

$$X = \frac{2 (0,0005 \times 3 \times 5 \times 200)}{2} = \frac{2 \times 1,5}{2} = 1,5 \text{ (quantidade de glicose por litro de sangue, sempre que houver igualdade de colorações.)}$$

— No caso da desigualdade das colorações:

A) Si tivermos que diluir a solução correspondente ao *estalão*, o volume total do líquido passará a ser  $(2 + N)$ .

Pode-se, portanto, dizer:

$$2 \text{ cc. sol. corresp. estalão} + N) : 0,0005 :: 2 \text{ cc. sol. corresp. sangue} : X$$

Donde:

$$X = \frac{2 \times 0,0005}{2 + N} = \text{quantidade de glicose nos 2 cc. da solução correspondente ao sangue.}$$

Pelo mesmo raciocínio anteriormente feito,

$$X = \frac{2 (0,0005 \times 3 \times 5 \times 200)}{2 + N} = \frac{2 \times 1,5}{2 + N} = \text{quantidade de glicose contida em um litro de sangue examinado, e que será sempre inferior a 1gr,50.}$$

B) Si se tiver de diluir a solução correspondente ao *sangue*, ter-se-á:  
2 cc. sol. corresp. estalão : 0,0005 :: (2 cc. sol. corresp. sangue + N) : X

Donde:

$$X = \frac{(2 + N) 0,0005}{2} = \text{quantidade de glicose nos 2 cc. da solução correspondente ao sangue.}$$

O, ainda:

$$X = \frac{(2 + N) \times (0,0005 \times 3 \times 5 \times 200)}{2} = \frac{(2 + N) 1,5}{2} = \text{quantidade de glicose em um litro de sangue examinado, e que será sempre superior a 1gr,50.}$$

Será de boa pratica, sempre que estivermos fazendo a diluição em um tubo, para a igualdade das côres, fecharmos a extremidade do outro com um tampão de algodão.



Si acontecer cair um excesso de liquido ao ser feita a diluição, facil scrá verificarmos esse excesso, que será representado pela quantidade de liquido necessaria para se conseguir, pela diluição no outro tubo, a igualdade das côres.

Devem-se usar 3 buretas perfeitamente iguaes, sendo suficientes de 3 cc. de capacidade, e as divisões devem ser, si possivel, em vigessimos de cc.

Para se conseguirem dois tubos perfeitamente iguais, o melhor processo é faze-los de um tubo de vidro, o que facilmente se adquire.

Todo o material deve estar bem seco, bem como, ao se gotejar a solução das diluições, deve-se evitar que as gotas deslisem pelas paredes do tubo.

## Analises de revistas

*Nova tecnica para dosagem das duas bilirrubinas directa e indirecta, dos sôros ictericos* — por Varela Fuentes e Recarte, da Sociedade de Biologia de Montevidéu (sessão de 15 de Março de 1934).

Extracto de "Comptes Rendus des Séances de la Société de Biologie de Paris", tomo 116, pg. 1193. Conforme separata gentilmente enviada pelos autores em Dezembro de 1934.

Os autores relatam modificações sobre a tecnica por eles já apresentada sobre a cromocolemimetria. Com referencia ao primitivo processo tive oportunidade de realizar uma conferencia perante a Sociedade de Medicina de Porto Alegre no decorrer deste ano. Nessa comunicação ressaltai o merito dos autores uruguaioes que souberam concatenar os diversos aperfeiçoamentos progressivos na evolução da dosagem da bilirrubina desde Van den Bergh. Varela Fuentes e Recarte, investigadores beneditinos, vêm dedicando-se particularmente de tempos a esta parte ao estudo experimental desse campo infinito que são as funções hepaticas. Todos os seus trabalhos absolutamente pessoais revestem-se de um cunho de originalidade. Muito devem a clinica e a ciencia em geral a seus descobrimentos. Nos primeiros artigos puseram em relevo o valor da dosagem da bilirrubina directa no diagnostico das ictericias. Abordaram a interessante questão da diversidade de bilirrubina pela solubilidade em diferentes liquidos. Assim firmaram a diferença das bilirrubinas, hidrosolúvel, cloroformosolúvel e eterosolúvel, com as respectivas significações patognosticas.

A tecnica empregada de início, levava muito tempo, apesar de simples. A presente é ainda mais simples e não se leva mais de vinte minutos na execução. Além disso, a extracção da bilirrubina é mais accentuada. O emprego do sulfato de sodio na extracção da bilirrubina dissolvida no sôro atinge a 80%, quando o cloroformio consegue apenas 55—60%.

E' digno de louvor o trabalho pacientissimo que tiveram na verificação de dissolventes outros habituais das provas e mesmo com diversos outros sais e soluções coloidais.

As tecnicas anteriores tornavam difficil uma leitura colorimetrica com menos de vinte miligramas de bilirrubina por litro de sôro sanguineo. Actualmente pode ser precisa mesmo com cinco mgrs. ‰, tanto no início como no declinio das ictericias.

Nos sôros hemolisados, a hemoglobina perturbava a leitura cromometrica pelo tom café que acarretava. No presente metodo, essa difficuldade é completamente removida pelo sulfato de sodio que precipita a hemoglobina.

Finalmente não empregam o eter na extracção da bilirrubina, como o faziam, mas sómente no caso de cancer da cabeça do pancreas que parece influir na formação de uma segunda bilirrubina indirecta denominada pelos autores de eterossolúvel.

Os autores recommendavam na primitiva tecnica que o sôro fosse recente e absolutamente livre de hemoglobina. Agora dispensam esse cuidado aliás custoso, dizendo, outrosim, que sôros trabalhados mesmo vinte horas depois de collido o sangue não manifestavam diferença quanto ao computo da bilirrubina.

#### A) *Separação da bilirrubina indirecta.*

Introduzir 1 cc. de sôro em tubo centrifugador (marcado previamente até 10 cc.).

Ajuntar 2 cc. de sulfato de sodio a 12% (preparado com sulfato anidro). Misturar. Ajuntar 5 cc., ou mais, de cloroformio. Agitar alguns instantes o tubo de modo energico, fechada a extremidade com o dedo. Centrifugação breve.

Vê-se o cloroformio, amarelado, sob o sôro turvo. Introduzir até o fundo do tubo a ponta afilada de uma pipeta de Pasteur (provida de bola). Aspirar todo o cloroformio (colocar sob o tubo um espelho inclinado que permita controlar o limite sôro-cloroformio).

Transferir o cloroformio para um tubo de ensaio com o diametro minimo de 2 cm.

Repetir a extracção do sôro com nova porção de cloroformio. Transferir este ultimo para tubo de ensaio.

Saindo o cloroformio apenas amarelado, o que aliás acontece geralmente, não é necessario fazer nova extracção. Mas ha casos excepcionais em que a gente é obrigado a executar até quatro extracções consecutivas.

#### B) *Dosagem da bilirrubina indirecta.*

Reunidos os extractos cloroformicos no tubo de ensaio evapora-se rapidamente o cloroformio pela trompa d'agua e mergulhando o fundo do tubo (mas agitando-o de modo continuo) em banho maria a 80°.

Dilue-se o residuo aderente com 0cc..2 de cloroformio e 1cc..7 de alcool a 96°, que dissolvem a bilirrubina.

Ajuntar em seguida 0cc..1 de reactivo diazo fresco (volume final de 2 c. c.). A côr rubim da azobilirrubina não se desenvolve completamente sinão ao cabo de dez minutos. O reactivo diazo empregado é o de Van den Bergh.

Nota: solução A: acido sulfanilico 1 gr.; acido clorhydrico (densidade = 1,19) 15 c. c.; agua distilada q. s. para 100. Solução B: Nitrito de sodio 0gr..5; agua distilada 100 c. c. Misturar pouco antes do emprego: 25 c. c. de A e 0,c.c.75 de B.

C) *Dosagem da bilirrubina directa.*

Extraída a bilirrubina indirecta em A, fica no tubo a centrifugar a mistura sôro-sulfato turva pelo cloroformio.

Ajuntar a esta mistura 0c.c.,4 do reactivo diazo utilizado em B. Agitar o tubo e deixar repousar alguns minutos, enquanto a bilirrubina vermelha já se vai formando. Completar então o volume com alcool a 96° até que atinja o nivel de 10 c. c. no tubo. Agitar. Ao cabo de alguns minutos, si a côr produzida é bem vermelha, devemos ainda ajuntar 0c.c.,2 de reactivo diazo e agitar de novo. Filtrar. Obtem-se então um filtrado vermelho completamente transparente. Corresponde este filtrado a uma diluição a  $\frac{1}{10}$  do sôro.

D) *Leituras colorimetricas.*

As leituras deverão efectuar-se á luz do dia. Nota: Tambem não é de conveniencia deixar o sôro até o outro dia para a dosagem, pois os valores das duas bilirrubinas se modificam 15 a 20 horas após a extracção do sôro.

— Deixa-se, no caso de necessidade, a bilirrubina indirecta dessecada no tubo de ensaio após a evaporação do cloroformio. A redissolução no alcool-cloroformio conforme B e o tratamento pelo diazo efectuar-se-ão antes de proceder á leitura. Quanto á bilirrubina directa, deixá-la a resguardo da luz no tubo que contém o sôro-sulfato, após a extracção da bilirrubina indirecta até o momento de fazer a leitura. E' sómente então quando se deverá executar toda a operação em C.

*Diluições* — Para fazer as leituras, será preciso diluir os liquidos assim obtidos até que se atinja coloração vermelha tão semelhante quanto possivel á do padrão. No caso da bilirrubina indirecta será sufficiente a diluição em B na maioria dos casos: 1 para 2. Si fôr preciso diluir mais, faça-se com alcool a 96°. Dará o volume final, directamente, a diluição efectuada, porque se parte de 1 c. c. de sôro. Será preciso levar em conta esta diluição ao efectuar os calculos.

Si a côr da bilirrubina directa é muito intensa, diluir-se-á uma parte do liquido final de C (que é já uma diluição do sôro a  $\frac{1}{10}$ ) com alcool a 75° (alcool mais forte ou mais fraco turvaria o liquido e seria preciso filtrar de novo). Em alguns casos deveremos diluir até  $\frac{1}{200}$ .

*Colorimetria.* Os autores empregam o colorimetro de Autenrieth, que dá resultados muito exactos, dispensando outrosim a feitura de padrões. Na falta, pode-se utilizar o colorimetro de Duboseq. O processo para preparação do padrão encontra-se em Duropt, *Micrometodos*. Pode-se tambem lançar mão do dispositivo de microcolorimetria de Duboseq.

*Resultados habituais dos autores.*

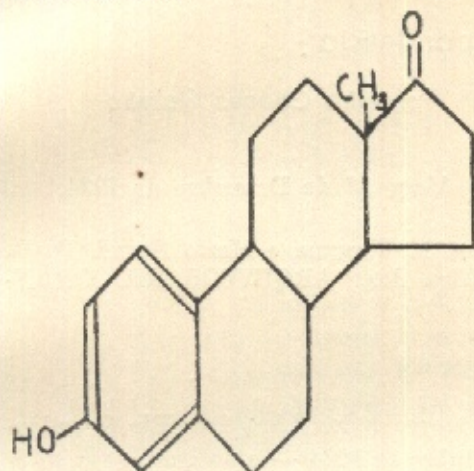
Bilirrubina indirecta: Valores entre 0,1 e 5 mgrs.% nas ictericias.

Bilirrubina directa: chegaram até 50 mgrs.%, mas sómente nas ictericias por obstrução neoplastica.

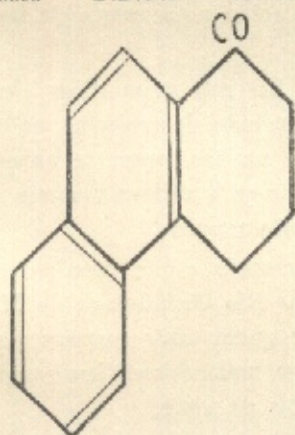
MARIO BERND.

*Compostos organicos sinteticos com ação estrogenica.* Rev. de Organoterapia, n.º 4, pag. 109, 1934.

A foliculina parece ter a mesma estrutura geral que a colessterina e os acidos biliares. Parece, conforme Butenandt, que segundo a formula empirica teria o peso molecular de 270. Considera-se um *alcohol ceto-monoammonico*. A soma de seus atomos dá  $C_{18} H_{22} O^2$ . A expressão constitucional seria



carregadas. Dependerá apenas de certos grupos das moleculas que se responsabilizam pela virtude farmaco ou organodinamica. Com o tempo quer-me parecer que a sintese quimica colocar-nos-á senhores de todos os recursos farmacologicos efficientes no tratamento das endocrinopattas. Dodds e Hemet obtiveram ação estrogenica definida por meio de 1 — ceto — 1:2:3:4 — tetrahydrofenantremio:



sangue quente, mas cuja ação ain da se desconhece.

Por outro lado Schöller e Goebel mostraram que a administração de pequenas porções de foliculina ovarica acelera o florescimento de jacin-tos, lirios, etc.

Este hidroxilio é fenolico, pois que o hormonio dá reações do fenol, eterificando-se com sulfato de metilio. Não houve, todavia, reações que desdissessem desta estrutura.

O "theelol" estreitamente relacionado com esta disposição, mas com hidroxilios superacrescentados tem a formula empirica  $C_{18} H_{24} O_3$ .

Parece que a ação estrogenica como todas as demais ações dos hormonios não é especifica dos principios segregados pelas glandulas en-

carregadas. Injectada em animais castrados, esta substancia conseguiu o mesmo efeito que o hormonio follicular ovarico.

A estrutura deste corpo sintetico parece de constituição acentuadamente semelhante á de compostos essenciais á vida.

Kogl conseguiu provar que o geo e o fototropismo plantar é devido a uma substancia que ele cristalizou e a que deu o nome de auxina.

E' um acido trioxicarbonico que existe na urina dos animais de

# Sociedade de Medicina

## Correspondencia

Carta enviada pelo Prof. Argemiro Chaves Galvão

Porto Alegre, 8 de Dezembro de 1934.

Illmos. Snrs. Drs. R. di Primio, F. Ygartua e Mario Bernd, D. D. membros da Direção Scientifica dos "ARQUIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA".

Leaes Saudares.

Tenho presente o numero 8 dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina" — Outubro de 1934 — e no qual a sua direção scientifica honrou-me com sensibilizante e expressiva homenagem.

Ao agradecer tão carinhosa demonstração de apreço, o faço sinceramente penhorado e jubiloso por ver o "Orgão Oficial da Sociedade de Medicina de Porto Alegre" ter alcançado o logar de destaque que lhe cabia no scenario da imprensa medica nacional.

Parcela insignificante que fui nos primordios de sua apagada vida, comtudo, vejo o periodo de trabalho nelle empenhado, fartamente compensado na sua presente phase, onde ao seu bello feitio material allia-se a valiosa materia scientifica que sempre estampa em cada numero.

A homenagem que me foi prestada e que excedeu ao merito do ex-director dos "Arquivos Rio Grandenses de Medicina", todavia, bastante conforta a quem tanto pugnou por um jornal medico na altura do nosso meio scientifico e agora o vê prestigiado sob todos os pontos de vista.

Reiterando pois o meu profundo reconhecimento, com distincta consideração e estima sou de vós o collega amigo att.<sup>o</sup> e obg.<sup>o</sup>

*Dr. Argemiro Galvão.*

Em resposta a essa delicada epistola foi expedido o seguinte officio:

Exmo. Sr. Prof. Argimiro Chaves Galvão.

Respeitosas saudações.

Em nome da direção científica desta Revista cumpre-me declarar-lhe que as suas palavras lisonjeiras foram um estimulo e um conforto para a mesma, porque ninguem melhor do que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, conhecedor profundo destes organismo, pode aquilatar devidamente a soma de esforços que lhe comporta o dirigir, o comando, a manutenção perseverante e progressiva.

Confessa a mesma direção científica que muito lhe serviu de catalise o entusiasmo, o denodo, o desprendimento e abnegação que V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> soube emprestar no seu tempo a este órgão da classe que é o eixo da nossa egregia Sociedade de Medicina.

Quanto á homenagem prestada a V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, é natural que fôsse recebida com a sua captivante modestia. Mas, esteja certo V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>, de que ella é muito palida em confronto de seus meritos. Muito maior é aquella que reside em nossos corações gratos e justiceiros e nos daqueles que se preocupam pelos ideais de superação em nosso meio científico. Já de ha muito ella devera ter sido executada. Bem que tardia, essa homenagem dinamizou-se, concentrou-se, nimbou-se de auréola vivida não deslustravel pela ação do tempo.

De V.<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup>

colega admirador

*Luis Rothfuchs.*

Secretario da redação.

## Atas

Ata da sessão realizada no dia 30 de Novembro de 1934 em uma das salas do Sindicato Medico.

Acha-se na presidencia o Dr. Gabino da Fonseca. Com a presença dos seguintes socios foi dado inicio a sessão: Drs. Luiz Faiet, Salvador Gonzales, Luiz Barata, Edgar Eifler, Francisco Marques Pereira, Alvaro B. Ferreira, Norman Sefton, Banuel Rosa, di Primio, Florencio Igartua, Vieira da Cunha, Helio Medeiros, Benjamin Galanternick, Mario Bernd e Kanan.

Por ordem do sr. presidente é lida a ata da sessão anterior que posta em votação não sofre emendas.

O expediente consta de um officio do prof. Raul Pila em que atendendo ao apêlo do sr. presidente, se prontifica a voltar ao seio da Sociedade de Medicina.

Em seguida é levado ao conhecimento da casa que figura ainda no expediente um trabalho intitulado "Estudo clinico da amebiose cronica" que traz o pseudonimo de "Esculapio". Destina-se ésta monografia a concorrer ao "Premio Pedro Benjamin de Oliveira". Conforme regulamento desta Instituição a comissão julgadora será eleita pela assembleia. Assim procedido, sob a fiscalisação dos drs. Alvaro B. Ferreira e Luiz Faiet, por convite do sr. presidente, o resultado foi o seguinte: comissão: profs. Tomaz Mariante, Basil Sefton e Alvaro Ferreira e drs. Plinio Gama e Luiz Faiet; suplentes: drs. Valdemar Job, Antero Lisbôa e Leonidas Escobar.

A seguir o dr. Gabino pede ao prof. Alvaro B. Ferreira para proceder á leitura de um trabalho do dr. Heitor Silveira, de Iraí, intitulado "Cornos humanos".

Pelo dr. Salvador Gonzales é apresentada a questão da teoria da fixação dos cloretos no fóco pneumonico (Anes Dias). O assunto é discutido pelos drs. Mario Bernd e Luiz Faiet. O dr. Mario Bernd lembra a dosagem dos cloretos não só no pulmão doente como referira o dr. Gonzales como ainda no cerebro.

Mais adiante o dr. Norman Sefton se estende em uma serie de considerações, principalmente de ordem clinica em torno da "febre de Malta". O trabalho do dr. Sefton é comentado pelos drs. Luiz Faiet e Helmuth Weinmann.

Dado o adiantado da hora o sr. presidente encerra a sessão.

Porto Alegre, 30 de Novembro de 1934.

*Dr. Helmuth Weinmann*

1.º secretario.

Ata da sessão realizada no dia 7 de Dezembro de 1934, em uma das salas do Sindicato Medico.

A sessão é presidida pelo dr. Gabino da Fonseca.

Acham-se presentes os seguintes socios: Drs. Salvador Gonzales, Benjamin Galanternick, José Carlos de Medeiros, Eifler, Loforte, Ho-



mero Jobim, Tomaz Mariante, Vieira da Cunha, Norman Sefton, Lupi Duarte, Manuel Rosa, Helio Medeiros, Florencio Igartua e Francisco Marques Pereira.

A ata da sessão anterior não sofre emendas.

Passando-se á votação de novos socios é aceito por unanimidade o dr. Lino Alderico de Melo e Silva proposto pelo dr. Luiz Faiet na sessão de 23 de Novembro.

Pede a palavra o prof. Tomaz Mariante para lêr um trabalho intitulado "Glomerulonefrite difusa". Começa o conferencista tecendo comentarios de ordem geral em torno do assunto. A seguir descreve em detalhes a observação referente ao caso que estuda. Jogando com dados clinicos e forte documentação laboratorial o prof. Tomaz Mariante passa a discutir o diagnostico diferencial. Termina seu interessante trabalho no terreno da therapeutica.

O dr. Homero Jobim cita provas laboratoriais de diversos casos de infeção em fóco. Descreve os resultados experimentais obtidos com culturas recentes de estreptococos inoculados em coelhos. Resalta ainda nesta mesma ordem de considerações um caso de gastrite em que o germe isolado e posteriormente inoculado em coelho reproduziu precisamente uma entidade morbida analogá.

O prof. Tomaz cita um caso de endocardite lenta produzida pelo estreptococo.

O dr. Florencio Igartua tece comentarios em torno da relação entre amigdalites e pielonefrites na infancia.

O dr. Gonzales faz referencias ao fato de muitas vezes a retirada de amigdalas infectadas trazer uma septicemia como consequencia. Refere-se em seguida a uma senhora em estado de gravidez e portadora de febricula que o dr. Gonzales atribue á amigdalite. Diz ainda que a paciente é portadora de lesão cardiaca provavelmente advinda de uma infeção tífica que tivera.

O prof. Tomaz Mariante, conhecedor do caso, atribue a referida lesão cardiaca a um processo reumatismal.

São ainda feitas algumas considerações em torno do assunto pelos drs. Igartua e Gonzales.

Dado o adiantado da hora o presidente encerra a sessão.

Porto Alegre, 7 de Dezembro de 1934.

*Dr. Helmut Weinmann*

1.º secretario.

Ata da sessão realizada no dia 14 de Dezembro de 1934, em uma das salas do Sindicato Medico do Rio Grande do Sul.

Os trabalhos são presididos pelo dr. Gabino da Fonseca com a presença dos seguintes socios: drs. Salvador Gonzales, Leonidas Escobar, Luiz Faiet, Pedro Pereira, Edgar Eifler, Homero Jobim, R. di Primio, Manuel Rosa, Pedro Mota, Francisco Marques Pereira, Antero Sarmiento, Norman Sefton, Alvaro B. Ferreira, Galanternick, Bruno Marsiaj, Plinio Gama e Decio Martins Costa.

Procedida a leitura da ata da sessão anterior nenhuma emenda é apresentada.

O expediente consta de uma carta do prof. Martin Gomes em que pede para figurar em ata o titulo de uma monografia que oportunamente apresentará á Sociedade: "O enxerto osseo no tratamento da ulcera peptica, das phobias, de dysmenorheas e da hyperesthesia vagal". A referida carta traz a data de 16 de Novembro de 1934.

A seguir o Dr. Norman Sefton pede a palavra e apresenta mais tarde á mesa um resumo de seu trabalho, conforme segue: "Pede a palavra o dr. Norman Sefton que passa a fazer uma defesa de seu trabalho apresentado á Sociedade e publicado em seus anais em Maio do ano p. p. sobre "Reação microcristalograficas em Medicina Legal". Cita uma comissão composta dos drs. prof. Anes Dias, ex-catedratico de Medicina Legal, prof. Freitas de Castro, catedratico de Higiene; Miguel Salles, diretor do Serviço de Medicina Legal do Rio de Janeiro; Antenor Costa, medico legista junto aquele Serviço e Huberto Wallau, da Policia deste Estado. Relata longamente o parecer que a referida comissão havia dado sobre aquella sua contribuição, dizendo que haviam ao julga-lo demonstrado ignorar a questão e terem deixado duvidas sobre a colaboração que honestamente havia recebido do dr. Batista Pereira, engenheiro e cristalografista em nosso meio. Salienta a circunstancia de que a comissão havia deixado de evidenciar a parte de valor do trabalho, e havia equivocadamente se limitado a dar valor de originalidade ao emprego que o autor fizera da luz polarizada, documentando fartamente que, justamente tal originalidade pertencia a outros autores que o haviam precedido. Evidencia o autor este fato que reputa como resultante do desconhecimento da comissão em assuntos que havia tentado julgar. Em seguida apresenta referencias elogiosas ao seu estudo feitas por Afranio Peixoto, Balthazard, Tanner de Abreu e Locard. Ainda pede o dr. Norman Sefton a transcrição das missivas abaixo: Do prof. Tanner de Abreu (catedratico de Medicina Legal da Faculdade do Rio de Janeiro) — Mais que todos me agradou o estudo original, inteligentemente orientado dos cristais de Teichmann, estudo feito com o microscopio cristalisador de Lehmann, de vantagens praticas indiscutíveis, porisso que proporeciona as maiores seguranças de preparo e obtenção e de mais perfeita observação dos cristais.

De Locard — Lyon, 11 de Setembro de 1934. Meu caro colega. Acabo de lêr, com vivo interesse, as brochuras que vestes a gentileza de me enviar, e em particular vosso tão notavel trabalho sobre o emprego da polarização na analise das manchas de sangue pelo metodo cristalografico. O resultado que obtivestes me parece contribuir um enorme progresso como indiquei na nona edição do Manual de Technica Policial e tambem no tomo II do Tratado de Criminalistica o metodo do bromureto de sodio com resultados regulares e muito seguros. Mas nada impediria de aplicar vossa technica da luz polarizada, seja ao metodo de Stryzowski seja ao meu, como o fizestes para o de Teichmann. Si proseguirdes vossas pesquisas neste sentido, ficarei particularmente satisfeito em conhecer-lhes os resultados. Recebei, meu caro colega, a expressão de meus sentimentos muito distinguidos e denotados."

Mais adiante o d.r Decio Martins Costa refere-se a um trabalho paulista no qual se faz um estudo sistematizado do emprego dos morruatos eupricos.

O assunto é debatido pelos d.rs. Bruno Marsiaj, Edgar Eifler, Francisco Marques Pereira, Norman Sefton e Helmuth Weinmann.

Antes de encerrar a sessão o sr. presidente marca a proxima ordem do dia: eleição da directoria que deverá dirigir os destinos da Sociedade no proximo ano.

Porto Alegre, 14 de Dezembro de 1934.

*Dr. Helmuth Weinmann*

1.º secretario.

## PAPAI NOEL,

Dae-me al-  
guma cousa!

vae ao

*Bazar  
Abelheira*

Escolhe o teu Brin-  
quedo.

ANDRADAS  
ESQ. MAL. FLORIANO



## Necrologia

---

*Cerimonia da colocação de uma placa de bronze em homenagem ao  
Prof. Octavio de Souza na Enfermaria de seu nome,  
na Santa Casa de Misericordia de Porto Alegre.*

Na presença da direcção da Santa Casa, de grande numero de professores e alumnos, amigos, admiradores, muitas senhoras e senhoritas, funcionarios hospitalares, realizou-se a cerimonia da colocação de uma placa em homenagem ao Prof. Octavio de Souza, que teve por iniciativa o Professor Manoel Pereira Filho.

“Exmo. sr. Provedor, Reverendissima Madre Superiora, exmo. sr. Director da Faculdade de Medicina, minhas senhoras, presados collegas, meus senhores.

O que foi Octavio de Souza como cidadão, como medico, como professor e como cientista, pela palavra culta e autorizada dos mais altos expoentes da classe medica, do professorado e da sciencia, já tivestes perfeito conhecimento, em sessões da mais alta solemnidade e da maior imponencia. hoje, porem, trata-se de um modesto preito de saudade e de gratidão ao mestre muito amado, por isso sómente falará o coração, neste acto, que, assim, deverá revestir-se da maior simplicidade, em harmonia com o meio — uma sala de Hospital e com os sentimentos dos que o promoveram.

Diz um velho rifão que recordar o passado é viver-o outra vez, recordemol-o, pois, que de revivel-o anciosos todos estamos, na grata illusão de novamente voltarmos a possuir aquillo que foi muito do nosso coração e que constitue, por assim dizer, uma parcella do nosso proprio eu que para traz ficou...

Certa manhã, em tempos que já lá vão, um grupo de moços, cheios de esperanças e avidos de saber, aqui aportou em busca da luz que de longe divisavam e que de longe os attrahia, cujos raios vivificantes, a todos prodigalisava, um novo perdulario de sciencia e de bondade.

Aos primeiros embates da vida, ao primeiro contacto com a dôr humana, de desanimo ante a enormidade e a complexidade da tarefa, foi a impressão que os dominou e, beirando, assim, o abysmo do desalento e do desengano, nelle se teriam precipitado, desfazendo os mais lindos sonhos e as mais fagueiras esperanças que embalavam as suas almas jovens, não fôra a mão generosa e amiga, energica e bôa, que os amparou no momento decisivo, mostrando-lhes o caminho radiante da verdade.

E, de quem foi que partiu esse auxilio? Quem foi que incutiou nessas almas ansiosas a confiança que fugia e a coragem que se exgottava?

Aquelle que desta sala fez uma escola, não sómente de arte e de sciencia, mas, mais ainda, de honestidade e de rectidão, de amor e de caridade. Aquelle que sem esmorecer, nem descançar, nem desanimar, nem parar na ardua jornada, na saude ou na doença, na ventura ou na desdita, jamais nos abandonou, nunca daqui se apartando até nos derradeiros dias, já consciente do fim que célere se approximava, na erueldade das dôres que o atormentavam, ainda aqui vinha derramar, a mãos cheias, o fructo do seu saber, o consolo da sua palavra, na mais bella demonstração de altruismo, nesse exemplo incomparavel de heroismo silencioso, mas, talvez por isso mesmo o mais admiravel, o do esquecimento do proprio padecer, do sacrificio da propria personalidade, em face da dôr alheia, que cumpria mitigar e ensinar a vencer. Nobre attitude, nunca assáz louvada, que faz do homem a imagem do seu Divino Salvador.

Não se julgue, porém, que só de complacencia era a sua maneira de nos orientar, não, de justo vigor e de energia serena, foi toda ella feita, exigindo, quem tanto dava, que tambem com alguma coisa fosse compensado e essa alguma coisa era ainda o nosso bem, o nosso maior bem — o cumprimento do dever.

Caro Mestre, esta placa que hoje inauguramos na sala onde vivestes os dias mais brilhantes da tua incomparavel carreira de professor e de medico sapientissimo, representa, no bronze incorruptivel, a gratidão infinita daquelles que de ti receberam o que de melhor possuem na profissão desposada: a noção precisa da responsabilidade e o respeito ao soffrimento e á vida dos seus semelhantes.

Poderão estas paredes tombar, poderá esta sala desapparecer, o proprio bronze poderá partir-se no deccorrer dos annos, mas o teu exemplo dignificante, a tua memoria gloriosa, para sempre ficará conservada no coração daquelles que se ufanam em dizer: fomos alumnos de Octavio de Souza.

Disse."

O Dr. José Ricaldone pronuncia então o seguinte discurso:

"Meus senhores. Os medicos de 1909, justamente os que hoje completam 25 annos de sua formatura tiveram no saudoso professor Octavio de Souza, não só um mestre, um amigo, mas o seu paranymphe.

Não o tivemos, infelizmente, connosco, no dia de hoje de tanto regosijo para nós, mas nas nossas commemorações jubilares foi incluída uma evocação espiritual áquelle que tanto nos estimava e que tanto por nós fizera.

E por isso, além de uma missa em intenção de sua alma e de um collega fallecido, o dr. Pedro Escobar, depositamos flores no tumulo do grande mestre e agora nos associamos a esta bella iniciativa do professor Pereira Filho e dos seus alumnos, inaugurando uma placa de bronze nesta enfermaria.

Assim a turma de 1909 que por intermedio deste que agora vos fala, externa toda a sua homenagem, todo o seu respeito ao amigo, ao mestre e ao nosso paranymphe.

Fala o doutorando Romeu Calderan Beltrão:

“Senhores — Neste momento de saudade, de recordação daquelle que deu seu nome a esta enfermaria e por muitos annos aqui foi sacerdote incansavel, apaixonado, sabio e bom do allivio, do consolo e da esperanza, o meu coração não poderia ficar calado e por isso vem entoar tambem o seu cantico de saudade.

Em meio do materialismo do seculo, donde o passado parece ter sido banido para dar lugar á ansia do presente e á obsessão do futuro, este acto tem qualquer coisa de sublime, de grande e de magestoso, porque reúne almas que não se deixaram contaminar com a doença do seculo. São almas que buscam, almas que se agrupam e se comprehendem; almas que se desprendem da terra e vão pelo espaço em busca de outras que aqui na terra já deixaram seu involuero material, ficando de sua passagem um rastro luminoso e a saudade no coração dos homens.

Recordando o saudoso professor Octavio de Souza e homenageando a sua memoria no mesmo recinto em que elle viveu diariamente e por tantos annos as suas mais caras e preciosas horas de cientista e de medico, sinto-o aqui e vejo-o ainda a percorrer cama por cama desta enfermaria, deixando cahir de seus labios os mais profundos ensinamentos e carinhosas palavras de consolação e de esperanza aos miseros soffredores e minha alma sente em toda a sua rudeza o passado fugidio e o presente real.

Ao se debruçar sobre o esquife do mestre, ella derramou as mais amargas lagrimas de dôr e hoje, um anno após, ella se curva reverente perante a sua memoria e com tristeza a revive.

Quem foi o professor Octavio todos o sabemos e melhor aquelles que, como eu, tiveram a ventura de mais de perto o conhecerem no internato da decima tereceira enfermaria da Santa Casa.

Para aquelles, o Professor Octavio foi o medico sabio e bondoso e para estes elle foi o mestre de cada manhã e o amigo de todas as horas, solícito no ensinar e bondoso no tratar.

Cada manhã elle aqui estava e não se cansava em attender a todos que o procuravam, assistentes e estudantes, e só deixou de comparecer á enfermaria quando a doença terrivel que o fazia soffrer no corpo e mais na alma, conseguiu obrigar-o a procurar recursos na Europa, mais pelo conselho e empenho de sua familia e de seus amigos que por vontade propria.

Nas vesperras de embarcar ainda vinha cá e afóra o abatimento produzido pela doença e que se estampava em seus rosto, apezar dos esforços que fazia para esconder o mal que o ia aniquillando dia a dia, nenhuma palavra proferiu e nem um gesto fez que revelasse seu estado de saude a nós que o rodeavamos cada dia, no convivio de hora e meia ou duas horas de trabalho hospitalar.

Certamente, em seu intimo a lucta devia ser homérica e o seu soffri-

mento espiritual attingir a proporções dantescas, porque, velho clinico e conhecedor profundo de sua profissão, seu organismo não o podia enganar e sua doença devia ser seguida passo a passo no seu evolver inexorável.

O medico de milhares de doentes, que tantas vidas acompanhara, restituira e vira apagam-se, sentia que a sua ia se extinguindo e que a doença continuava sempre mais avante, tomando-lhe cada dia mais energias e zombando de continuo dos seus cuidados e do seu esforço em combatel-a.

Acostumado a vencer a morte em tantos e renhidos combates, não acreditou que ella venceria a elle tambem e nos ultimos dias de existencia ainda contava com a victoria, agarrava-se á vida e fazia projectos para quando se visse de novo entre seus assistentes e alumnos em sua querida enfermaria.

Nunca esqueceu esta sala, na qual resôa ainda o timbre de sua voz, tem o seu nome e onde ficará esta placa para dizer aos posteros, que por aqui andou o professor Octavio alliviando dôres e enxugando lagrimas:

O exemplo de resistencia até a ultima centelha de vida só o podem dar os heroes que cahem no campo da lucta e com as armas na mão, abrigo no coração até o ultimo alento a esperança de um momento de vida que seja, para empregal-o em beneficio da Sciencia e da Humanidade.

O professor Octavio amava seus alumnos como filhos espirituaes, e no seu derradeiro olhar ao mundo, ainda brilhou em seus olhos uma faisca de esperança e de recordação por aquelles que o procuravam cada dia em busca de saber.

Tanta dedicação só podia vir, de um coração excessivamente bondoso e de um mestre insigne e porque foi bom e sabio, o professor Octavio continua a viver no coração e na memoria daquelles que o sentiram de perto. E elle não morrerá na memoria dos homens enquanto existirem de pé as paredes desta sala, porque todos os que aqui entrarem saberão que nella viveu pelos soffredores e para os seus discipulos, um homem que fez jús á gratidão e á recordação dos homens.

Outras gerações de estudantes passarão por esta enfermaria, ávidas de saber e todas encontrarão o espirito do mestre illustre pertetuado em seus discipulos. Estes leitos não se esvasiarão jamais e quantos procurarem este tecto para allivio de suas dôres e consolo para suas maguas, terão a assistencia espiritual daquelle que aqui foi medico por tantos annos.

E todos curvar-se-ão reverentes ante a memoria do professor Octavio de Souza, porque esta placa lhes dirá que elle foi bom e sabio e por isso viverá eternamente na gratidão e na saudade da Humanidade.

Por fim, tomou a palavra o Dr. Decio de Souza:

“Caros amigos,

Não me movem á palavra imposições protocolares. Nesta festa de sinceridade ecoaria mal um agradecimento.

Como poderia eu agradecer as palavras de Thomaz Mariante, Rical-

done e Beltrão, palavras que brotam para trazer mais uma vez ao nosso convívio a figura de meu Pae? si ellas são de seus discipulos e amigos.

Como poderia eu agradecer a esse querido amigo, nobre e bom, a quem, desde cedo, ensinou-me meu Pae a querer bem, que é Pereira Filho?

Como poderia eu agradecer a todos vós que comparecestes a essa enfermaria si nem viestes para exigir recompensas nem vos impelliu o desejo de brilhar, a cubiça dos premios valiosos que a sociedade reserva á hypocrisia cortezá? Reunidos em torno ao nome de meu Pae, rememoraes o amigo e o mestre. Não ha luxo de aplausos, de aclamações que tenha o valor dessa homenagem tal como brota de homens unidos pela força pura e nobre da amizade. De uma simplicidade profundamente humana essa reunião — que compartilho convosco — espelha a vida e a obra de meu Pae, a dedicação da intelligencia votada á bondade, o professorado á maneira de Soerates mais cioso de trabalhar as intelligencias moças do que de paramentar a sua personalidade scientifica como disse, em elogio perfeito, quem soube com igual esplendor continuar dele o exemplo: Thomaz Mariante.

Reunidos, vós atestaes que não foi em vão o seu sacrificio; a sua vida, semente boa que fructificou.

Não sei de recompensa mais pura porque mais espiritual de homens livres dos compromissos exteriores que impelem á acção.

Assim, eu vejo, commovido, despontar, aqui e ali, manifestações de intima saudade á memoria de meu Pae, homenagem interior que lhe prestam os seus discipulos.

O espirito de meu Pae vêla sobre essa enfermaria, onde como esculptor da medicina modelou tantas e tantas gerações á sua imagem. Que a sua saudade não esconda a certeza de sua presença em nós. Ele não morreu para o nosso convívio — venera-se a sua imagem em vós; as suas acções em vossas acções, o seu pensamento em vossa meditação. Neste instante vós — seus discipulos — o trouxestes — na eternidade do bronze — para o convívio de todas as gerações que pisarem o chão dessa enfermaria que foi o templo em que ele officiou por trinta annos.

Caros amigos!

Em sua memoria: — Bemdita seja a alegria interior desse instante!..."

Injeções indolores  
de  
**MERCURIO-GLYCEROPHOSPHATO-CACODYLATO**  
**PHOSPHARGYRIO**  
A associação tónica corrige a acção depressora do mercurio  
e combate a anemia secundaria da syphilis.  
Uma injeção diaria ou em dias alternados.  
Laboratorio Gross-Rio de Janeiro



## Carlos Chagas

Já no occaso do lugubre 1934, no qual tantas celebridades foram levadas pela mortê, estava ainda estarrecida a Sciencia com o golpe profundo e traiçoeiro que arrebatou Miguel Couto e outras figuras de relevo da Medicina brasileira e do mundo, quando outro igualmente angustioso surge: a perda de uma das maiores glorias contemporaneas, o eminente sabio nosologista brasileiro Carlos Chagas, o imperterrito continuador da grandiosa obra scientifica de Oswaldo Cruz.

Quem pretender fazer-lhe a panegyrico ficará aquem da realidade, porque a superioridade de character, de todos os actos de sua vida, a culminancia do seu saber, superam todas as palavras.

O seu renome será lembrado no Amazonas, onde labutou em alta missão prophylactica.

Será recordado com agradecimentos nos sertões de Minas, seu torrão natal e que lhe proporcionou a grandiosa descoberta, da maneira mais original, hoje universalmente conhecida pelo nome insigne de quem a descobriu e desvendou as infimas particularidades scientificas.

Será venerado com orgulho em todas as nossas regiões como expoente polymorpho da intellectualidade brasileira, como o será em todos os paizes, onde, em muitos já, soube elevar magnificientemente o nome da patria que tanto amou e a ella inteiro se dedicou.

Das vinte e cinco sociedades medicas do mundo, deve-se salientar a Academia Nacional de Medicina, Academias de Paris, Roma, Belgica, Madrid, Nova York, Argentina.

Representou o Brasil em muitos congressos internacionaes, entre os quacs: o Congresso Medico de Buenos Ayres em 1912 e em 1916 na mesma capital na Conferencia internacional de Microbiologia e Parasitologia; em Roma (1923) o Congresso da Malaria; Conferencia Sanitaria de Paris (1926); Congresso dos Hospitaes Atlantic City nos Estados Unidos; Congresso dos Hospitaes de Nova York (1927); e 7.º Congresso Pan-Americano de Montevideo (1923).

Em o nosso paiz, chefiou e presidiu varias missões e conferencias scientificas.

Dois grandes e consagrados premios recebeu o Prof. Carlos Chagas: a medalha de ouro (Premio Kummel) de Hamburgo, em 1925 e o premio Schaudinn tambem de Hamburgo, em 1912.

Fez, Chagas, numerosos estudos sobre as entidades morbidas do mais alto interesse para o nosso vastissimo paiz.

Assumindo a direcção de Manguinhos em 1917, com o prematuro fallecimento do saudoso Oswaldo Cruz, Carlos Chagas, já então, autor de celebres trabalhos scientificos, continuou a obra grandiosa do grande Mestre, desenvolvendo-a cada vez mais com o seu prestigio e o de seus insignes auxiliares. Acompanhando o evolver da sciencia e as necessidades do paiz, fundou novos serviços de reaes vantagens.

A sua brilhante administração no Departamento Nacional de Saúde Pública marcou época, pela orientação segura e moderna que inteligentemente imprimiu a todos os serviços, notadamente os que se referem á prophylaxia. Deu ao paiz um Código Sanitário considerado, então, um dos melhores.

Interessou-se pelo problema da lepra, tendo ideado e realizado o Centro de Estudos sobre a Lepra.

Como professor de clinica de doenças tropicaes e infecciosas da Universidade do Rio de Janeiro, firmou, perante as novas gerações, o brilhantismo da rara intelligencia e vasta cultura que possuia.

Estes rapidos traços biographicos não traduzem, evidentemente, toda a personalidade gloriosa do autor de grande messe de trabalhos originaes e descobridor da trypanosomiase americana que, glorificando o Brasil, foi uma das maiores dadas á Sciencia e um incalculavel bem á Humanidade.

di Primio.