

# Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XVI

JULHO DE 1937

N. 7

Publicação mensal

2361

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1937

PRESIDENTE

**MARIO TOTTA**

Cat. de Clinica Obstetrica

VICE-PRESIDENTE

**WALDEMAR NIEMEYER**

Doc. de Cl. Oftalmologica

SECRETARIO GERAL

**HELMUTH WEINMANN**

Docente de Histologia e  
Embriologia Geral

1.º SECRETARIO

**LUIS S. BARATA**

Doc. de Cl. Urologica

2.º SECRETARIO

**CARLOS CARRION**

TESOUREIRO

**CORADINO L. DUARTE**

Assistente da Maternidade

BIBLIOTECARIO

**E. J. KANAN**

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

**FLORENCIO IGARTUA**

Doc. de Cl. Pediatrica

**ELYSEU PAGLIOLI**

Doc. de Anatomia, Cirurgia  
e Obstetricia

**NOGUEIRA FLORES**

Catedrático de Clinica Cirurgica  
Infantil e Ortopedisa

SECRETARIO DA REDAÇÃO

**ADAYR FIGUEIREDO**

REDADORES

**NOGUEIRA FLORES**

**ANNES DIAS**

**E. DI PRIMIO**

**PEDRO MACIEL**

**PEREIRA FILHO**

**MARIO BERND**

**H. WALLAU**

**AMERICO VALERIO**

**ALVARO FERREIRA**

**IVO CORRÊA MEYER**

**JOÃO L. DE AZEVEDO**

**MARTIM GOMES**

**GUERRA BLESSMANN**

**D. SOARES DE SOUZA**

**WALDEMAR CASTRO**

**RAUL MOREIRA**

**J. MAYA FAILLACE**

**JACY MONTEIRO**

**FLORES SOARES**

**HUGO RIBEIRO**

**NINO MARSIAJ**

Assinaturas:

Ano: 25\$000 — 2 anos: 40\$000 — Estrangeiro ano: 40\$000

Séde da Redação:

Rua General Camara, 261

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

ULYSSES NONOHAY — Travesseiros e tuberculose .....	Pag. 283
R. di PRIMIO — Em torno de alguns transmissores de doenças no Rio Grande do Sul .....	„ 305
MARIO KROEFF — Arteriografia retrograda .....	„ 315
R. di PRIMIO — Spirochaeta Fonsecai N. SP. ....	„ 319

## Sociedade de Medicina

Atas .....	„ 321
------------	-------

## Notas terapeuticas

S. HERMETO JUNIOR — A utilização da vacina Demonchy .....	„ 325
Tratamento da blenorragia pela exotina gonococica .....	„ 328

**IODEFIS** PREPARADO COM IODOPEPTÍDIOS ABIURÉTICOS  
amps. de 2cc., contendo 10 centigrs. de iodo  
*Via intramuscular ou endovenosa*



O mais energico medicamento contra os **espasmos dolorosos** do pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos ureteres, do utero, etc.

**ATROVERAN**

**SEM ENTORPECENTE**

A base de papaverina, belladonna, meimendro e boldo.  
XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.<sup>rio</sup> Gross - Rio

F. M. P. A.  
BIBLIOTECA  
reg. n.º 2109  
13/5/61

## Graveseiros e tuberculose \*

pelo

Prof. Ulysses Monohay

Recentemente, pela autoridade de seu autor, causou alguma sensação um artigo de Augusto Lumière, afirmando que a Tuberculose não é contagiosa para o adulto.

Resumindo-o na sua "Revue Moderne de Medicine e Chirurgie", o professor Lemoine diz que os argumentos de Lumière são tão impressionantes que se é inclinado a pensar como ele.

1.º — "Os individuos, que vivem nos meios mais sujos pelo bacilo de Koch, não são contaminados. Nenhum medico de sanatorio viu jamais contagio no pessoal - e Gunard, de Bligny, pode escrever que em 25 anos não verificou um unico caso de Tuberculose no pessoal do estabelecimento, nem nas familias do pessoal, em que, no entanto, crianças nasceram, e se criaram na visinhança immediata dos doentes".

Acrescenta Lemoine: "Eu pude verificar o mesmo fato nos serviços de Tuberculose que dirigi durante quarenta anos nos hospitais de Lille. Sabe-se o que era, outrora um Serviço de tuberculosos de hospital: era o ultimo refugio dos desgraçados tísicos, que vinham aí fazer estadas sucessivas, até a que devia ser a ultima. Na mesma sala, 20 doentes tossiam, escarravam, respiravam, num meio mais ou menos arejado, sobretudo no inverno, e aí circulavam incessantemente enfermeiros, estudantes, medicos, sem tomarem a menor precaução: ora, eu não verifiquei, em quarenta anos, um unico caso de Tuberculose podendo ser levado á conta de contagio. Mas, em diversas vezes, fiz retirar mucosidades da mucosa nasal dos meus alunos e pude verificar que, na maioria deles, se achavam bacilos; apesar disto, nenhum se tornou tuberculoso. Eis, pois, como esta inoculação superficial não penetrou o organismo."

2.º — Nenhum ser humano, diz Lumière, pôde ser mais exposto á Tuberculose que o conjuge do tuberculoso. Ora, eis por que moção a V.<sup>a</sup> Assembléa Francesa de Medicina Geral fechou as suas sessões de 5 de Março de 1933: "Da longa e apaixonada discussão em que tomaram parte os melhores oradores da Medicina francesa resulta que a Tuberculose conjugal não afeta mais de 10 % de esposos expostos aos contagios por longos anos."

(\*) Do livro inédito "Novos idéias sôbre o contágio e profilaxia dos infecções respiratórias".

A este proposito, Lumière faz justamente notar que nestes 10 % estão compreendidos os esposos que se tornaram bacilares fóra do casamento. Resulta dos seus calculos que o numero destes corresponde preciamente a 10 %. Logo, para ele, o contagio é nulo.

3.º) — Uma série de fatos de observação vem ainda em apoio da tese da não contagiosidade da Tuberculose: não se vê nunca esta afecção se estender em largo fóco, assim como fazem todas as doenças contagiosas; ao contrario, a sua frequencia fica constante.

Em lugar de atingir ao acaso, como uma doença contagiosa, ela escolhe e respeita os individuos, de tal modo que se pode prever de antemão aqueles que poderão ser vitimas dela e aqueles que serão poupados.

4.º) — “A bacilose é contagiosa para as crianças de colo e para as populações em que a doença era desconhecida, mas ai toma fórmulas muito especiais: ela é fatal, sem regressão nem remissão e apresenta sempre o tipo ganglio-visceral. A Tuberculose infantil não semelha nunca á do adulto, que é essencialmente polimorfa: Doutra parte, é impossivel reproduzir experimentalmente a bacilose de tipo habitual do adulto, contaminando os animais depois do nascimento.”

Após mostrar quanto estas conclusões vêm ao encontro da descoberta de fórmulas filtrantes do bacilo, diz Lemoine “que é infinitamente provavel termos de voltar ás antigas idéias dos velhos clinicos, que faziam da Tuberculose uma afecção familiar, transmissivel por hereditariedade”.

\* \* \*

Penso que Calmette ainda pode refutar estes argumentos, que não conseguiram modificar a concepção do contagio da Tuberculose, vislumburada pela observação desde a mais remota antiguidade.

Todos eles foram, talvez, gastos na memoravel sessão da Academia Francesa de Medicina, quando Villemin teva a sua formidavel gloria!

1.º) — Si houvesse a fatalidade do contagio e não a possibilidade, certo não resistiria a especie humana.

Com efeito, cada doente tem o seu medico, o seu enfermeiro, as pessoas que o cuidam e o amam, de sorte que não demoraria a generalisação ou, antes, a universalidade da infecção.

Como não se podem ter illusões sobre as consequencia da Tuberculose, quem escaparia á hecatombe?

Parece que as observações muito exatas daquelle argumento demonstram que á aggressividade microbiana o organismo corresponde com um sistema de defesa, sobremodo eficaz.

E' por isto que o contagio direto da Tuberculose se verifica raramente, ao contrario do que querem acreditar muitos espiritos simples.

2.º) — De fato, a maior prova da raridade ou dificuldade do contagio direto está na Tuberculose dita conjugal.

Dai, porém, a que se possa considera-lo nulo, como diz Lumière, é uma conclusão muito apressada, forçada.

Necessário se faz acreditar que haja conjugues bacilares (como adquiriram, si não vêm detalhes da origem familiar?), sem o que não haveria o elemento infetante.

A percentagem entre os conjugues de fato é pequena, porém existe e, a crêr em Turner, sómente nos casais que partilham do leite.

3.º) — A extensão das doenças contagiosas em largo fóco só se verifica nas epidemias.

Nenhuma infecção atinge ao acaso, governada que é pelo numero dos germens e pela aptidão do terreno.

4.º) — Afinal, a bacilose é contagiosa para as crianças e para as populações em que a doença era desconhecida.

A Patologia Geral narra toda a gravidade das infecções nestes casos.

São classicas as hecatombes do sarampão nas populações indigenas, com formas especiais, muito diferentes das que se observam no centros civilizados.

Porque a Tuberculose fugiria a esta regra?

As razões atuais e outras que naturalmente terão sido alinhadas não nos demovem de continuar a crêr na concepção do contagio da Tuberculose.

Apenas fócamos estes argumentos a dificuldade e, com isto, o raro da sua fórmula direta, tão de acôrdo, como iremos provar, com a necessidade de um veiculo como os travesseiros.

\* \* \*

Artigos, como o de Lmière, que vimos de comentar, têm, entre outros, o merito de demonstrar que, apesar dos esforços brilhantes e dedicados dos tisiologos modernos, não se criou ainda a verdadeira mentalidade etiologica da Tuberculose.

Escaparia á finalidade deste livro focar em todos os seus aspetos aquela.

De quanto a Tuberculose é contagiosa está na verificação, incontestada e incontestavel, da Tuberculino-reacção positiva em 98 % ou mais das populações civilizadas.

Muito se tem estudado a fisiologia deste fenomeno, sob o ponto de vista experimental.

A Calmette pertence fixar nestes termos aquela reacção: “Ela resulta da ação lirica de certas substancias contidas nos humores dos sujeitos **bacilizados** sobre a Tuberculina; e esta ação dá lugar á formação de um produto especifico, toxico e hipertermisante, que é o factor essencial das reacções tuberculinicas gerais ou locais. Quando esta lise é muito intensa e brutal, pode produzir a morte por intoxicação super-aguda.”

Com isto e com a observação de que aquela reacção coincidia com um estado de saude mais ou menos perfeito dos individuos, sobreveiu a divisão da Tuberculose nos seus dois grandes termos: Tuberculose-bacilemia e Tuberculose-doença.

Na primeira, existirá a infecção sem qualquer manifestação morbida, caracterizada apenas pela reação positiva, e, anatomo-patologicamente, por lesões insignificantes, ás vezes microscópicas, mas contendo bacilos.

Na segunda, a Tuberculose apresenta o seu quadro comum, classico, de acôrdo com a fórmula clinica.

Entre estes dois extremos, cada vez mais cresce a convicção de que ha numerosos casos intermediarios.

Ninguém mais que Bezançon, em a sua obra consideravel e magnifica, pôz em relevo esse aspecto da evolução da Tuberculose.

São dele estas observações esquematicas:

“Mulher tuberculosa: primeiras manifestações discretas apparentes aos 20 anos, suficientes ,entanto, para arrastarem a contaminação do filho; cura aparente; em seguida — nascimento de quatro novos filhos, que escaparam ao contagio, reincidencia aos 60 anos da Tuberculose, que evoluiu esta vez rapidamente para a tísica. O filho contaminado apresenta como sinais sucessivos: uma hematuria, aos seis anos; uma pleuriz, aos 23 anos; um mal de Pott e uma meningite terminal, aos 35 anos. No intervalo dos accidentes, ele parecia gozar de uma saude excelente.”

Eis uma segunda observação:

“Contaminação familiar, pleuriz aos 20 anos, é considerado em toda a vida como um emfisematoso, bronquitico cronico, tendo de temer outro hemoptises; sómente aos 60 anos, em consequencia de hemoptise mais seria, entra na tísica cronica.”

Terceira observação:

“Pai tuberculoso, dois tios tuberculosos, teve na infancia acesos febris prolongados e inexplicaveis; aos dez anos — tuberculose pleuro-peritoneal, que curou, aos 20 — epididimite tuberculosa.”

Depois de dizer que, apesar da noção da Tuberculose doença cronica, se implantar cada vez mais no nosso espirito, não tiramos todas as deduções praticas afirma o seguinte:

“Uma das causas de erro vem de que temos idéias falsas sobre o valor dos sinais da evolução tuberculosa; nós não a descobrimos, sinão quando existe um certo numero de sintomas gerais que consideramos fundamentais: a febre e o emagrecimento. Ora, é preciso não esquecer que muitas lesões tuberculosas progridem isidiosamente, sem determinarem febre, muitas modalidades da infecção tuberculosa são apireticas; si a febre existe, nosso optimismo impenitente procura doutra parte, muitas vezes, atribui-la a perturbações digestivas, á simpactomia do individuo.”

E pouco abaixo:

“Para o emagrecimento acontece o mesmo: si, na maioria dos casos, uma Tuberculose evoluindo arrasta antes a perda de peso, podem existir formas torpidas, em que o peso se mantém ou, mesmo, aumenta.”

E ainda:

“Outra causa de erro, muito mais perigosa, é a importancia exagerada que damos á presença do bacilos de Koch nos escairos:”

Após mostrar que todos os sinais estetoscópicos podem falhar, que a própria radiologia fica muda e, com mais razão, nada ou quase nada podemos esperar do laboratório, Bezançon diz o seguinte:

“Ebem! Eu o digo altamente: a Tuberculose é já muito antiga, quando verificamos manifestações bronco-pulmonares, caracterizadas por estertores e catarros bacilíferos: crêr que nesse momento nós assistimos ao começo pulmonar da Tuberculose é um erro grave. Como eu sustento, com Braun, a Tuberculose do adulto, na forma broncopneumônica, é precedida, ás mais vezes, de uma fase, mais ou menos longa, de Tuberculose intersticial (da trama pulmonar. Em outros casos, a Tuberculose não terá nenhuma manifestação tangível.”

Já não são poucos, em Ciência, os casos de bacilemia simples, isto é, de expetoração bacilífera, sem lesão pulmonar, clínica ou radiológica.

Muito expressiva é a observação seguinte de Ch. Kudelski, L. Lerouz e Ed. Kudelski: “Trata-se de um jovem de 18 anos<sup>a</sup> Is..., Edouard, aprendiz de ourives, que vem consultar, pela primeira vez, no Centro de Triagem, em 29 de Março de 1933. Até então ele se sentia muito bem e nada havia a assinalar em seus antecedentes pessoais e colaterais. Quando ele veio consultar, tossia e expetorava (tosse e expetoração muito moderada) desde alguns mezes. Ele já estivera no dispensário do seu distrito, e o exame que lá fizemos confirmou exatamente o que já se constatára, a saber: nenhum sinal clínico do lado do aparelho respiratório; uma radiografia pulmonar absolutamente normal; mas a presença de bacilos de Koch nos escarros.

Depois de Abril de 1933, portanto depois de mais de 8 mezes, nós acompanhamos regularmente este doente, que vem nos vêr, mais ou menos, todos os 15 ou 20 dias.

Tosse sempre um pouco, sobretudo pela manhã, e a expetoração é verdadeiramente pouco abundante.

Com mais frequência, o exame clínico do aparelho pulmonar mostrou-o completamente normal, mas muitas vezes se notaram sinais de bronquite nos dois campos pulmonares.

Os exames de escarro foram multiplicados: todos foram positivos.

Não existe nenhum outro sintoma em nosso jovem, que diz achar-se bem: sem febre; sem emagrecimento; seu estado geral é excelente.

Todas as precauções foram tomadas para afastarem todo o embuste: e ele se portou bem:.

Por outro lado — bacilos virulentos, pois que a inoculação em coabaia (Julho de 1933) foi positiva, dando um bellissimo campo de inoculação, com ganglio inguinal, e nela foram achadas numerosas grânulações nos pulmões, fígado e baço...

Duas broncoscopias foram feitas no nosso doente (por M. Ledoux): uma em 29 de Outubro, logo que o doente apresentou rouquidão e sibilos. O exame broncoscópico mostrou uma congestão difusa da mucosa da traquéa e dos bronquios, sem lesão característica. Mucosidades abundantes se viam nos bronquios. A colheita destas mucosidades é feita separadamente, com as precauções de costume para

cada bronquio. O exame bacteriologico mostrou bacilos de Koch nos dois lados.

Em 17 de Novembro, quando, pela auscultação, nada se constata-va — segunda broncoscopia.

O endoscopia mostrou, então, a mucosa traque-bronquica normal-mente rosada e não mais congestionada, como anteriormente.

Não mais havia mucosidades no bronquio esquerdo, e extremamente poucas em o direito.

Fez-se de novo uma colheita em cada bronquio separadamente e na traquéa, mas desta vez não se pode achar bacilos de Koch em nenhum dos tres.

— Tal é a historia do nosso doente.

Sem duvida, de outra vez se classificará este caso nas bronqui-tes tuberculosas, formas que Bard, depois Marotte, Dumarest, tinham descrito; mas se viu, posteriormente, sobretudo, que os exames radio-graficos são feitos sistematicamente, que essas bronquites nada mais eram, em realidade, que epi-fenomenos de importancia variavel, pa-recendo, ás vezes, ocuparem o primeiro plano, mas de fato sempre subordinados a uma tuberculose pulmonar.

Pensamos bem que existe uma lesão no nosso jovem escarrador de bacilos, porém lesão de tal geito que nem o exame clinico, nem, sobretudo, o exame radiografico, praticado sistematica e regular-mente, depois de mais de oito mezes, puderam revelar.

Estes casos, na verdade pouco frequentes, são interessantes de conhecer, e a questão se cinge á conduta a obedecer em todos os se-melhantes.”

Por sua vez, na Sessão de 9 de Dezembro de 1933 da Sociedade de Estudos Cientificos sobre a Tuberculose, Bezangon, Paul Braun e André Meyer apresentaram uma comunicação sobre os escarradores de bacilos de Koch sem lesões aparentes.

Em resumo, dizem que, já ha alguns anos, têm tido ocasião de observarem doentes que expetoram bacilos de Koch, então que os filmes radiograficos e os sinais de auscultação não revelam nenhum sinal patologico ou apenas alguns sinais, minimos efemeros.

Antes já tinham, em 1930, apresentado dua observações.

No IV.º Congresso de Tuberculose Pulmonar, Cordier fez um relatorio sobre o assunto.

Cardio e Jannette apresentaram dois casos semelhantes á Socie-dade dos Medicos, de Lyon (Sessão de 12 de Outubro de 1931).

A fisionomia geral destes casos é a seguinte:

a) — **Presença dos bacilos.** Sobre um numero consideravel de exames feitos sistematicamente no Centro de Triagem, foram encon-trados 23 casos de bacilos acido-resistentes, ao exame direto ou após homogeinisação. Na maior parte dos casos, os exames foram comple-tados pela cultura e pela inoculação. Em 5 deles, a cultura e a ino-culação foram positivas; em 1 — só a inoculação; em 2 — a cultura positiva e a inoculação negativa ou em curso; em 10 — ambas em curso; em 1 — a inoculação em curso e a cultura negativa; em 1 — ambas negativas; em 3 — não puderam ser feitas. Em geral os ba-



cilos eram em pequenas quantidades e só obtidos com homogeneinização, o que dificultava as verificações de controle, pela presença e observação efemeras; outras vezes eram abundantes, continuando mudos os sinais radiologicos.

b) — **Ausencia de sinais radiologicos anormais.** A ausencia é tão grande que as radiografias unanimemente seriam consideradas normais.

c) — **Sinais de auscultação.** Na maior parte dos casos, o exame do torax nada mostra de anormal.

d) — **Evolução.** A evolução impressiona pela benignidade. Trata-se de gente valida, segundo a expressão de Cordier, sem evolução tuberculosa posterior. No maximo, alguns apresentaram pequenas lesões discretas, outros — bronquite cronica, esclerose pulmonar ou emfisema.

e) — **Antecedentes.** Havia-os com antecedentes tuberculosos familiares, ganglionares e oste-articulares; outros eram velhos tuberculosos, que guardavam a expetoração bacilifera como reliquia.

#### **Objeções bacteriologicas:**

1.º — Foram tomadas todas as precauções contra erro;

2.º) — A inoculação positiva basta para afirmar que não se tratava de bacilos pseudo-tuberculosos;

3.º) — Nada permite negar que os bacilos encontrados fossem saprofitas.

#### **Objeções radiologicas:**

A multiplicação de radiografias e radioscopas, mudança de aparelhos, poses diversas, evolução dos casos, não conseguiram modificar a impressão.

Para que fossem extra-pulmonares, o laringe e as vias respiratorias superiores nada revelaram.

#### **Hipoteses:**

1.º) — Si não são saprofitas os bacilos, deve haver uma região em que existem lesões discretas, mas a sua densidade é tal que não se distinguem do parenquima visinho.

2.º) — Perfilam-se talvez ao longo do desenho radiologico normal do pulmão. Terão a sua séde ao longo dos linfaticos, na trama do pulmão, abaixo do limite de visibilidade radiologica, e por ocasião de fenomenos congestivos e fluxionarios deixam escapar bacilos. Estes casos seriam diminutivos, na realidade, destas fórmias, tão frequentemente observadas, de Tuberculose discreta, de bacilos raros e intermitentes, sobre as quais os autores, em diversas ocasiões, chamaram a atenção.

Certas alterações, antigas e esclerosas, tornam-se suscetiveis de não mais se desenharem sobre os filmes e, entretanto, são capazes de determinarem o aparecimento de bacilos nos escarros.

E' o caso de antigos tuberculosos, que guardam como reliquia esta expetoração bacilar, ou de outros, em que os bacilos provêm de cicatriz antiga e latente, a "séquelle" de Leon Bernard.

Algumas observações entram nos tipos de bronquites tuberculosa, pseudo-gripal de Marfan, e abrem de novo a debatida questão da bronquite tuberculosa.

Deve-se pensar tambem em certas hemoptises isoladas, que se presume referir á Tuberculose Pulmonar?

Não se poderiam aproximar as espetorações bacilíferas a pseudopatias banais, de que existem tantas observações?

Enfim, referindo-se ás conclusões praticas, encarecem os autores a necessidade das pesquisas, mesmo na ausencia dos sinais radiologicos.

Perguntam ainda si se deve trata-los como grandes doentes, quando os casos são benignos e quais devem ser as medidas de profilaxia.

Na discussão, Doubrow<sup>a</sup> depois de interrogar Bezançon sobre detalhes radiologicos e a cuti-relação, não praticada, refere um caso na Alemanha, em que um professor ,aparentemente são, contaminou toda uma escola primaria.

Biderusan citou um doente, convalescente de Tuberculose Peritoneal que apresentou durante sete mezes baciloscopias positivas, com imagens radiograficas pulmonares numerosas e sempre normais.

Para André Martin, a hipotese de portadores de germens deve ser aceita com reservas, porque nos dispensarios anti-tuberculosos é raro encontrar bacilos sem Tuberculose.

Os erros de laboratorio são sempre possiveis; as lesões esclerosas podem dar lugar á expetoração bacilifera.

De toda a fórmula é raro o fenomeno.

Em 425 baciliferos, só 4 apresentavam imagens radiologicos que pareciam normais.

Stephani admite que nas mais finas radiografias podem ficar lesões invisiveis e incompreensiveis.

Weiller lembra tres casos já comunicados de escarradores de bacilos, sem lesão pulmonar, audível e visivel.

Tal é o resumo da memoravel Sessão, pela "Revue de Tuberculose".

Tambem Messermann, em artigo recente, diz que um certo numero de Tuberculosos Pulmonares, com lesões ativas, dando lugar a emissões bacilares, pode conservar todas as aparencias de saude: são os portadores validos de bacilos tuberculosos, cuja Tuberculose fica, mais ou menos tempo, ignorada.

Ao lado destes portadores, o autor estima que ha verdadeiros portadores são de bacilos, isto é, individuos suscetiveis de emitirem bacilos, embora não apresentem nenhuma lesão tuberculosa.

\* \* \*

E' ainla a Bezançon que cabe a gloria de haver posto em relevo que, como infecção cronica, a Tuberculose tem marcha tambem cro-

nica, muitas vezes ponteada de acidentes mais ou menos graves, tal como se observa na Sífilis, no Paludismo e na Lepra.

Além das observações citadas neste Capítulo, por sua eloquente expressão convém transcrever estes períodos:

“Nós sabemos, com efeito, que, num grande numero de casos, antes de uma lesão tuberculosa se manifestar, seja pelos sinais de auscultação, seja sob a fórmula de um acidente tal como a hemoptise, a pleuriz, etc., existe um período latente, mais ou menos longo, que precede a manifestação tuberculosa típica.

Este período, quando se o estuda de perto, é, na realidade, um período menos latente do que tem aspeto, e no curso do qual se verificam, ás vezes, todas pequenas manifestações patológicas, pouco importantes na aparência, e cujo valor absoluto é reconhecido ulteriormente pela aparição de um sistema maior, que mostra que se tratava já de manifestações devidas á infecção tuberculosa.

Este estado é feito de pequenos sintomas, pequeno emagrecimento, pequena perda de apetite, pequenas perturbações digestivas, pequena febre, pequenos suores, pequena tosse, pequena expetoração, pequena bronquites multiplas, pequenas modificações respiratorias na auscultação, pequena modificação da sombra radioscopica, em suma, pequenos sintomas que, por eles sós, não têm nenhuma valor diagnostico preciso.

Neste momento, ainda, o exame local, o exame radioscopico o exame radiografico, o exame dos catarros, não apresentam elemento algum sufficiente de diagnostico.

Este estado pode-se ver no adulto antes da eclosão de um incidente tuberculoso, porém se observa, em particular, frequentemente, no adolescente, no momento do crescimento e muitas vezes pôde-se dizer durante quasi toda a infancia: trata-se de crianças delicadas, infeluzando-se facilmente bronquites, desenvolvendo-se mal, palidas, ficando magras.

Este conjunto de sintomas pode se resumir nisto: estado delicado prolongado, com pequeno declinio de saude, quando o exame objetivo não dá nenhum ensinamento.”

\* \* \*

Tambem Oscar Aguilar, no Volume Iº dos Anais do Centro de Investigações Tisiologicas de Buenos Aires, apresenta uma estatística comentada de 240 doentes (120 homens e 120 mulheres), de 15 a 35 anos, em que as fórmulas de começo evolutivo **brusco**, **progressivo** e **insidioso** assim se repartem:

<b>Brusco</b> — gripal, intestinal, pneumotorax expontaneo, pleural, hemoptoica, angina catarral	46,6 %
Progressivo	38 %
Insidioso	37,5 %

\* \* \*

Têm sido muitos os trabalhos aparecidos, em que o metodo de Lo-

ewestein tem revelado os chamados bacilos de saída, nas mais diversas infecções e afecções, independentes da Tuberculose.

Sobre isto assim se manifestam Bronynaghe e Adont no Boletim da Academia Real de Medicina da Belgica:

“Os autores descrevem o metodo de Loewestein e os resultados obtidos por numerosos pesquisadores. Eles confirmam a excelencia deste meio de cultura, que lhes deu resultados constantemente positivos. Concluem que se pode isolar com frequencia do sangue de certas categorias de doentes bacilos acido-resistentes, mas que a postura em evidencia duma bacilemia tuberculosa não implica, por seu fato, a origem tuberculosa do estado pathologico apresentado.”

D'Hollander assinala em 10 casos sobre 12 a presença de bacilos de Koch no liquido cefalo-raquiano de dementes precoces, parecendo que o problema das relações entra a demencia e a Tuberculose se precisa cada vez mais.

\* \* \*

Até aqui vimos pondo em relevo os aspetos principais do problema da Tuberculose, desde a dificuldade e com isto o raro do seu contagio direto, que levaram Augusto Lumière e Lemoine a arriscarem a negativa absoluta do contagio nos adultos, á evolução da infecção, crônica como natureza e ponteada de acidentés, até á existencia de bacilemias fora de qualquer manifestação de Tuberculose, como os casos, que se vêm multiplicando, de escarradores de bacilos e daqueles que o vêm revelando em circulação no sangue.

Resta-nos agora concluir destes fatos de observação e de experimentação para estabelecer quanto eles confirmam a tese deste livro, relativamente ao contagio, casando-se admiravelmente á demonstração feita através das suas paginas.

\* \* \*

1.º) — O CONTAGIO DIRETO E' MUITO RARO, SENÃO EXCEPCIONAL, E DEVE SE OBSERVAR QUASI QUE SÓ NÁS PRIMO-INFECÇÕES.

As observações a que se refere o trabalho de Lumière, são inteiramente exatas, porque não escaparam á todos os observadores. Em primeiro lugar, si o contagio direto não fosse raro ou existisse entre adultos, a extensão da Tuberculose seria tal, tão grande pela sua frequencia que o flagelo atual, como o conhecemos, com toda a sua tragedia, seria coisa de somenos, quasi nada...

Com efeito, admitindo justamente para os que cuidam dos doentes, ou na Tuberculose conjugal, não nas proporções da fatalidade em que todos fossem vitimas, porém nas que se aproximassem de 25 %, de 50 %, a hecatombe seria sem exemplo em toda a pathologia humana.

Quantos casos se irradiariam de cada caso?

Com a sua multiplicação, qual seria, em pouco tempo, toda a sua progressão?

Em segundo lugar, domina a patologia geral da Tuberculose o fenómeno de Koch.

Para que este se verifique é necessario que as colheitas de bacilos sejam minimos, quantos bastem para excitarem a defesa e crearem a allergia.

E' o que confirmam todos os fatos de observação e de experimentação.

A inspiração dos germens tem de ser feita quando eles excretados de fresco (Calmette) e quando incluídos nas particulas liquidas (perdigotos).

Soltos no ar, dissecados e misturados ás poeiras, como querem alguns autores, e ainda mesmo quando incluídos nas goticulas, a sua inspiração é problematica.

Fica sujeita ás correntes de ar e dependendo das vias de penetração do organismo.

Já em um dos Capitulos anteriores demonstrámos que as hipoteses de infecção respiratorias não têm levado em conta as diferenças de densidade.

Como elementos unicelulares, os germens só têm a dos corpos em que estão incluídos: ar, poeiras ou goticulas liquidas.

Compreende-se, assim, que a sua penetração no organismo fique dependendo, em suma, da agitação das correntes aereas.

Dado que, em geral, aquela é insignificante, pelo menos no quarto dos doentes, tem-se a admitir que a inspiração do contagio seja sobremodo difficil, quando não impossivel.

Muitas experiencias se hão feito sobre a possibilidade de infecção pelos perdigotos, incluindo bacilos, as quais vêm referidas, entre outros, no livro de Calmete: "A infecção bacilar".

Na impossibilidade, ou, antes, desnecessidade de referi-las todas, em principio diz ele:

"Parece que para que os bacilos possam penetrar seguramente até os alveolos, seja preciso, como mostrei com C. Guerin, que eles sejam projetados na traquéa, até á bifureação dos bronquios — isto é, em zona não excitavel, sob o ponto de vista do reflexo da tosse, com a ajuda de uma sonda flexivel e no estado de emulsão fina num grande volume dagua."

"Chaussé, diz ainda Calmette, estudou, como j átinha feito Sanguer, as condições puramente fisicas, segundo ele, que permitiriam a penetração das particulas liquidas no pulmão. Ele estabeleceu, por experiencias, aliás, engenhosas, que sómente as particulas de 12 a 15 microns, mais ou menos, de diametro, são respiraveis, porque elas ficam em suspensão durante muito tempo (até 7 horas) na atmosfera e porque podem ser refletidas pelos planos que detem as particulas mais volumosas."

Segundo este experimentador, que se trate de saliva ou de escarro, a ventilação superficial, mesmo na velocidade inicial de 90 metros por segundo, não destaca senão um numero muito fraco de particulas respiraveis.

Fazendo 31 cobaias respirar todo um volume de 600 litros de ar,

atravessando no aparelho de inalação líquidos bacilares, um unico animal contraiu um euberculo pulmonar primitivo, embora, sob a influencia desta forte velocidade, houvesse borbotões e rompimento de bolhas.

Com velocidades iniciais, inferiores ou iguais a 35 metros por segundo, a ventilação profunda dos catarros deu, em 5 experiencias sobre 33 cobaias, uma unica Tuberculose.

1 cobaia sobre 22 foi infetada por uma velocidade de 36,5 metros.

Uma outra experiencia, á velocidade de 80 metros, foi inteiramente negativa.

Das suas experiencias, Chaussé concluiu que o contato do ar, a velocidades inferiores ou iguais a 30 metros por segundo não pode destacar dos escarros ou da saliva senão um pequeno numero de particulas respiraveis.

**“Contrariamente ao que supunha Pflügger, a maior parte das goticulas levadas pela ventilação são muito volumosas para serem arrastadas depois de inhaladas, e as que são finas não contém geralmente bacilos.” (Chaussé).**

Fique, assim, fixada, para o desenvolvimento da nossa argumentação, quanto as particulas liquidas são de difficil formação, pela violencia da corrente de ar que exigem para se destacarem do catarro ou da saliva, e quanto as que já saem formadas carecem ser pequenas, de 2 a 15 microns, para que sejam respiraveis.

Admitindo-as neste carater, vejamos agora as dificuldades que vão encontrar para levarem a infecção aos individuos.

A inalação só se pode dar pelo nariz ou pela boca.

Sobre a mucosa nasal, diz Calmette:

**“A mucosa nasal sã, apesar da riqueza da sua rêde linfatica e venosa, apesar da enorme quantidade de poeiras de todas as especies que ai se acumulam a cada inspiração, não se deixa tão facilmente quanto se poderia crêr penetrar pelo bacilo tuberculoso, e é facil compreender a razão: é que estas poeiras — microbianas, vegetais ou minerais — exercem, pela maior parte, uma quimio-taxia positiva para os leucocitos; estes saem por diapedése dos capilares e dos lagos linfaticos submucosos para engloba-los, mas muitos deles são imobilizados, capturados na superficie da mucosa, nas dobras das cornetas, pela especie de mucilagem secretada pelas glandulas de mucus: Os germens se tornam, então, incapazes de atravessarem de novo a mucosa para entrarem na circulação, e o unico destino que se oferece a eles é o de serem expulsos com as mucosidades.”**

Como prova que é bem assim que as coisas se passam, Calmette cita os fatos de individuos apresentarem bacilos de Koch no nariz, sem ficarem tuberculosos; as experiencias negativas de contagio por essa via; a não existencia da infecção primitiva do nariz, ao contrario da secundaria; isto é, quando a allergia decaiu e a energia para o bacilo fez ruir todas as rsistencias naturais.

Devemos crêr que a mucosa doente, nas rinites, não ofereça as mesmas barreiras, e os bacilos realizem a sua penetração local ou geral, á custa, muitas vezes, da onda liquida do catarro.

Si a mucosa buco-faríngea apresenta, ainda conforme Calmette, os mesmos obstaculos á penetração dos bacilos que a nasal, as amígdalas constituem o ponto fraco do sistema de defesa organica.

Tambem na mucosa buco-faríngea os bacilos poderão ser deglutidos e, com isto, levar a infecção ao organismo, seguindo a via habitual do contágio tuberculoso.

\* \* \*

Emquanto isto, Ziesché, citado por Calmette, afirma: "No laboratorio de Pflügger poude se convencer de que mais ou menos 30 % a 40 % dos tísicos emitem, tossindo, até uma distancia de 40 a 80 centímetros, particulas salivares mais ou menos ricas de bacilos. Recolhendo estas em caixas de Pétri, convenientemente dispostas, ele poude contar o numero de bacilos eliminados em meia hora, por exemplo, e este numero oscilou, em 20 % dos casos positivos, de 4400 a 20.000 bacilos. E' evidente que estas particulas bacilíferas que se depõem sobre todos os objetos — particularmente sobre os alimentos — e que vão sujar, ás vezes, a pele do rosto ou as mãos das pessoas obrigadas a viverem na visinhança dos doentes, tossidores e escarradores, constituem uma fonte de contágio continuo dos mais graves.

**Forém, diz ele, não parece que, na maior parte das circunstancias, a absorção dos elementos virulentos assim discriminados se efetue pelo ar respirado; ela se realiza mais facilmente e mais seguramente pelas mucosas, pela conjuntiva ocular, pela boca e pelo tubo digestivo.**

No laboratorio de Pflügger, igualmente, Hippke diz ter podido infetar cobaias, fazendo tísicos tossir diante destes animais durante cinco minutos e meia hora.

Numa destas experiencias, a Tuberculose começou pelo olho.

Depois de haver demonstrado que a vitalidade do bacilo é, nas condições ordinarias das habitações, tal que permite a transmissão da Tuberculose com os exputos recentes, Chaussé ha de fato podido estabelecer que **não só o sacudir dasroupas contaminadas com exputos secos, mas ainda a simples agitação dos lenços e das roupas brancas infetadas, é capaz de mobilizar uma quantidade notavel de particulas secas, respiraveis e virulentas.**

Lange confirmou a infetabilidade das poeiras bacilíferas levantadas das roupas brancas e outras, tapetes, e reclama em particular a atenção sobre um ponto importante, isto é, sobre o perigo extremo das pequenas e pequenissimas quantidades de expetorado infetante.

Elas secam rapidamente e, por ação mecanica, que muito facilmente ha na vida quotidiana, destacam particulas finissimas, contendo obacilos vivos e virulentos.

Lange e Keschmann, admitindo limite superior á grandeza das goticulas (finas, a 20 microns, e, por exceção, até 100 microns) são levados a considerar na pratica muito reduzida a possibilidade de inalação direta das goticulas.

**"Entanto, deve ser presente o fato de que, ainda que as particulas liquidas não venham, por qualquer causa, a serem inhaladas ou,**

em geral, absorvidas diretamente pelo organismo, caem a infetar o rosto, a barba, as roupas, o leito do doente, suas mãos, livros, objetos pessoais, as paredes, o pavimento em torno." (Gardenghi — "Tratado de Devoto").

Retomando a questão em 1926, Lange se coloca contra a escola de Pflügger e ao lado de Cornet e Chaussé: põe fora de discussão a possibilidade, rara, a seu juízo, de uma infecção por inalação direta de goticulas.

Parece-lhe que é mais fácil uma infecção por contato das goticulas por via naso-faríngea ou conjuntival (Caso de Kepke?), mas sobretudo retém que delas seja de esperar-se um efeito danoso a todos os indivíduos receptivos que fiquem expostos á inalação dos bacilos nelas contidos, após previa secura e pulverisação.

E si a boa higiene e educação tornam raras ou evitem que a massa global dos exputos se espalhe no ambiente, não poderão impedir que pequenas porções deles e goticulas se dispersem em torno do doente, com fácil e pronta dissecação.

O ar expirado pelos tuberculosos não contém germens.

\* \* \*

Eis, pois, toda uma vasta documentação de ordem dogmatica e de ordem experimental afirmando:

1.º) — O contágio direto é raro ou excepcional, só, talvez, se verificando nas Primo-infecções.

2.º) — O contágio vem sempre do doente tuberculoso, quando simples bacilêmico, nas fases de atividade, durante os acidentes que pon-teiam a marcha cronica da infecção, ou quando doente por ocasião dos periodos de caseificação bronco-pulmonar.

3.º) — Causas, puramente fisicas e de ordem pratica, concorrem para evitarem o contágio massivo, sem impedirem que ele se faça em pequenas doses.

4.º) — Causas de natureza fisiologica, ligadas ao sistema de defesa organica, mostram á saciedade que, em regra, a infecção penetra pela boca, donde, através da corrente sanguinea e partindo das amigdalas, vai realizar as suas localizações viscerais, ou onde os bacilos serão deglutidos para seguirem a via de absorção digestiva.

\* \* \*

De acordo com estes postulados, tudo leva a crêr:

1.º) — Que o fenomeno de Koch domina toda a patologia geral da tuberculose.

2.º) — Que os germens, colhidos em pequeno numero, geralmente, muitas vezes incapazes, por isso, de provocarem de vez a alergia, são babados no stravesseiros, que contaminarão, e donde diariamente serão respirados em uma rumação que, fecunda, segundo Bezançon, para a infecção, nada indica que não o seja menos para a criação da alergia.



3.º) — Creada a basilemia, isto é, a infecção contida pela alergia, a regra é que esse estado persistia sempre, em menor numero de casos, porém, as superinfecções continuas, sob o estímulo, ás vezes, das causas anergisantes do terreno, provocam o acender da tuberculose-doença cuja rapidez de evolução é então, governada pela intolerancia ao germen, segundo o fenomeno de Koch. Com isto, ha maior eliminação de bacilos, maior contaminação do travesseiro, maior inalação deles, mais intensas superinfecções.

### I.º POSTULADO

O contágio direto é raro ou excepcional, só, talvez, se verificando nas primo-infecções.

São tão eloquentes os fatos de observação que inspiraram o absolutismo de Lumière, tão eloquentes os da experimentação demonstrando a impossibilidade de um contágio massivo, seja pela goticula de Pflügger, seja pelos germens dissecados e soltos no ambiente, que só a sua lembrança basta para evidenciar a profunda verdade deste postulado.

O contágio direto deve se verificar nas primo-infecções, porque estas exigem menor numero de bacilos (e é o numero que governa, principalmente, o contágio) e porque, quando se trata de crianças, ha as maiores facilidades para que ele se dê.

A prova mais frisante vem do chamado contágio familiar, onde, quando a mãe é tuberculosa, as proporções de sua realização sobem vertiginosamente, indo além de dois terços dos casos.

Compreende-se que durante as mamaduras, em que a mãe, sentada ou deitada, tem o filho nos braços, ao alcance dos seus perdigotos, durante as doenças, em que ele volta carinhosamente ao colo, quando a mãe experimenta o bico ou o calor das mamadeiras, etc., ha todas as oportunidades de um contágio massivo.

Ainda assim, quem nos diz que não possa haver a contaminação dos travesseiros da criança, pelas regorgitações, pela baba, carregadas dos germens da boca, concorrendo mais fortemente para a infecção aguda, porque a inspiração dela passa a se fazer sobre um foco de germens frescos e virulentos?

Não se alegue que, em plena infecção, tomem os pais cuidados necessarios para evita-la ao filho.

A questão é que, muitas vezes, o contagiante não tem, nem pode ter, a consciencia do seu estado, quando os proprios medicos ainda talvez não possuíssem elementos para fazerem o diagnostico real.

Sem falar nos casos de bacilemia pura, cujo numero cresce dia a dia, na observação medica, as eliminações intermitentes, de que já falára Calmette, nestas Tuberculoses alergicadas, ha a evolução da Tuberculose como infecção cronica, em cujas fases de atividade, por ocasião dos accidentes, deve ser mais fertil o contágio.

Muito expressiva, neste sentido, é a seguinte observação de Bezançon:

“Jovem mulher, na apparencia em saude (“bien portante”); ela teve uma adenite na suainfancia; durante a adolescencia uma pequena

reação pleural; depois ela casa, suporta bem a sua primeira e mesmo a sua segunda gravidez; porém na terceira é mais fatigada, faz uma pequena hemoptise com ligeira bronquite, que se acalmaram com um pouco de repouso; depois deste episodio a saúde voltou, na aparência. Esta mulher terá sido contagiosa durante um tempo provavelmente curto, suficiente para contaminar seus filhos, talvez sómente o menor”.

## II.º POSTULADO

**O contagio vem sempre do doente tuberculoso, quando simples bacilêmico, nas fases de atividade, durante os acidentes que ponteam a marcha cronica da infecção, ou quando doente, por ocasião dos periodos de caseificação bronco-pulmonar.**

É ponto pacifico que o bacilo tuberculoso, seja considerado uma bactéria, seja um streptothrix (Mitchinikoff) tem vida preearia fóra do organismo dos animais.

Si ele se conserva algum tempo dissecado e até enterrado, como querem alguns autores, certo é que a sua biologia natural só se faz bem no meio organico.

Pela facilidade e pela continuidade convém, entanto, acentuar que determinados objetos, desde muito, vêm sendo acusados de servirem ao contagio mediato.

Entre eles, as roupas, principalmete de cama (“literie”), são os mais incriminados.

A titulo documentario, eis os termos de um edito de Julho de 1699, do Conselho Geral de Saúde da Republica de Lucca, e outro de 1754, expedido por Pedro Leopoldo.

O primeiro dispunha que se devesse de todo modo procurar que “neld avvenire non segua danno, ne pregiudizio alla salute dei corpi umani per causa delle robe, che restano doppo la morte de personi, infecta da male de tisia e altre simili...”

O segundo contém a proibição expressa da venda ou da exportação de tudo quanto haja pertencido aos doentes de tísica, sem que sejam feitos os necessarios expurgos.

Notavel é a prescrição contida neste edito, segundo a qual, depois de recomendar de deixarem, de temgo, o tísico em ar livre, manda obriga-los a escarrarem só em vasos de vidro ou de terra vidrada...

Depois da morte, deve ser lavada em agua quente e sabão, pelo menos duas vezes (!), toda a roupa branca que tenha servido ao tísico, e o mesmo deve ser feito aos panos de lã lavaveis “ed ai gusei de materasse e dei guanciali...” (Devoto — “Tratado de Tuberculose”).

Por sua vez, Grasset diz o seguinte:

“Eu não insisto sobre o detalhe dos objetos que servem para o contagio mediato (Tuberculose): especialmente os linhos, roupas e objetos de “literie”.”

Não importam, porém, estes elementos de contagio mediato, quando antes daquele está a contaminação e esta vem do individuo.

Pela generalização da Tuberculose pode-se avaliar, como fazem to-

dos os autores, o seu dominio abrangendo 98 % das populações civilizadas.

Deste numero, talvez sem erro ou exagero, 10 % fazem a Tuberculose-doença, pulmonar na imensa maioria dos casos e com as diversas evoluções de aguda (granulosa), sub-aguda ou cronica.

Os demais têm a simples bacilemia sem manifestações, ou ponteada de accidentes, ás vezes separados por longos intervalos de anos.

Compreende-se como seja grande e continuo o poder infetante da Tuberculose-doença, cuja eliminaação de bacilos se conta por bilhões (Fraenkel) cada 24 horas.

Tambem, desaparecida a allergia, sobrevém a intolerancia pelos germens (fenomeno de Koch) — o que explica esta enorme eliminaação.

Por sua vez, os simples bacilemicos, intermitentemente, lançam no ar os seus germens, bem como aqueles cujja tuberculose segue marcha cronica a cada accidente fazem expulsão profusa, de forma que em toda a parte estará a infecção.

Para prova, já Sergeant, na sessão de 16 de Dezembro de 1932, da Sociedade Medica dos Hospitais de Paris, disse que os bacilos, chamados de saída, são, em realidade, bacilos postos em liberdade pela reativação da evolução de um fóco bacilar, em consequencia de uma infecção não tuberculosa, ou de outra causa dela independente.

Tambem já é ponto pacifico em Ciencia quanto certas formas cronicas da Tuberculose dos velhos bronqueectasicos, enfisematosos, etc., são prodigas de eliminaação dos bacilos.

Dos antigos aos mais modernos autores não escapou o perigo do contagio pelas roupas e obetos de cama.

Aquelas são lavadas ou, então, vem os germens nelas depositos, a morrer em menos de duas horas, conforme demonstração experimental.

Os travesseiros os conservam em plena vitalidade, pois a experimentação feita no laboratorio do professor Pereira Filho, demonstrou que aquelas utilidades, contaminadas pelo bacilo, se conservam, quasi indefinidamente, virulentas.

E, praticamente, qual o objeto proprio do homem mais sujeito a receber a contaminação direta?

Qual, por outro lado, fóco de infecção, permite melhor esta, ou superfecções, pois sobre o travesseiro se respira horas e horas a fir, cada dia?

### III.º POSTULADO

**Causas puramente fisicas e de ordem pratica concorrem para evitar o contagio massivo, sem impedirem que ele se faça em pequenas doses.**

Fóra de preferencias pela corrente de experimentadores que vê no bacilo solto pela dissecação das xcreções que o contêm o elemento principal de contagio, ou pela de Pflügger e seu adherentes, através das particulas liquidas, pois parece que, sob qualquer das formas, a infecção é transmissivel, a verdade deste postulado resalta inteira das experiencias realizadas e já antes referidas.

Em segundo lugar, quando se trata de particulas liquidas, são eloquentes as experimentações de Chaussé, demonstrando a grande velocidade e volume de ar necessarios para destaca-las das excreções.

Sendo estas condições de difficil realização na pratica, isto é, espontaneamente, as goticulas liquidas, os perdigotos, que já venham formados pelo acesso de tosse, ou serão muito grandes e não tardarão a procurar o sólo, por sua densidade, maior que a do ar, ou, então, pequenas, flutuarão naquele fluido, cujas correntes, muitas vezes, as desviarão de serem inhaladas.

É possível que só uma ou outra possa, apesar disto, penetrar na boca — via unica em condições normais para se fazer o contagio — ou mesmo pelo nariz, que em occasiões patologicas (rinites) lhes permitia a ascensão.

Ainda assib, é difficil crêr que elas vão penetrar diretamente no alveolo pulmonar, pelas resistencias fisiologicas ou pelo proprio tamanho da goticula.

Por todas estas razões, a bôa logica manda afirmar que, em natureza ou incluídos em goticulas, os bacilos chegarão á boca ou ao faringe em pequena quantidade, que será deglutida ou inspirada, e conduzidas pela via sanguinea se fixarão em qualquer ganglio do seu trajeto, onde apenas crearão a lesão microscopica que acompanha as tuberculoses allergicas.

#### IV.º POSTULADO

**Causas de natureza fisiologica, ligadas ao sistema de defesa organica, mostram que, em regra, a infecção tuberculosa penetra pela boca, donde, através da corrente sanguinea, partindo das amigdalas, vai realizar as suas localizações viscerais, ou onde os bacilos serão deglutidos para seguirem a via de absorção digestiva.**

A inspiração simples dos germens ficará sempre uma exceção rara desta regra, bastando para isto nos lembrarmos de como é, por assim dizer, impossivel a penetração da infecção pelo nariz.

Invadindo pela boca, o que não é sempre facil, os germens encontrarão aquele sistema de defesa já referido, que concorrerá altamente para a diminuição do seu poder infetante.

Ainda assim eles têm duas vias para prosseguirem na sua marcha pelo interior do organismo.

Nestes trajetos encontrarão ganglios que os hão de reter, fagocitose que terá de destrui-los, todo um sistema de defesa fisico e quimico que culminará na criação da allergia, com a parada definitiva da infecção, que, em vez da doença, ficará a simples bacilemia, cuja unica expressão clinica será a positividade das reações á tuberculina.

#### I.º CONCLUSÃO

**O fenomeno de Koch domina toda a fatologia geral da Tuberculose.**

Clinicamente, o fenomeno de Koch se mostra na Tuberculose dominando as duas fórmulas de bacilemia e de doença.

Quando a infecção, inevitável na frase de Calmette, é recebida pelo organismo em forma não massiça, porém em doses pequenas e frequentes, cria um estado de resistencia, de alergia, que, por assim dizer, fixa o Mal, evita sua evolução e o seu progresso.

Porém, si as superinfecções continuam e em doses mais consideráveis, ou se processam a largos intervalos, a anergia substitue a alergia e a doença inicia a sua marcha normal.

Inutil seria citar as experimentações que confirmaram esta conclusão clinica.

Triboulet, citado por Calmette, diz que os accidentes tuberculosos localizados conferem, ás vezes, ao organismo, este "quid ignotum", em virtude do qual, á cura do accidente local, succede para todo o organismo um poder de resistencia manifesta á tuberculisação posterior.

Por sua vez, Calmette escreve o seguinte:

"Nós vimos que a infecção tuberculosa, sobretudo na idade nova, de 1 a 5 anos, parece quasi inevitável, pelo menos nas nossas cidades. Si está infecção ficar localizada no sistema ganglionar — o que é, felizmente, o caso mais frequente — e que não seja muito massiça, ella pode conferir á criança sinão a imuidade, pelo menos um estado de resistencia, manifestado pela aptidão de eliminar os bacilos, que se oferecerão a elle mais tarde, no momento de novas superinfecções. Mas o que é preciso impedir por todos os meios são as ocasiões de superinfecções se tornarem frequentemente repetidas; porque, então, a sua aptidão de eliminar bacilos, crescendo cada vez mais, aumenta a intolerancia, determina a fusão puruleta rapida dos focos tuberculosos e faz, inevitavelmente, um tísico, mais perigoso para outrem do que o seu Mal é para elle mesmo!"

## II.º CONCLUSÃO

Que os germens colhidos em pequeno numero geralmente muitas vezes por isto capazes de provocarem a alergia, são babados nos travesseiros, que contaminarão, e donde diariamente serão inspirados, em uma ruminacão que, fecunda, segundo Bezançon, para a infecção, nada indica que não seja menos para a creação da alergia.

E' ponto pacifico que cerca de 98 % das populações civilisadas apresentam tuberculino-reação positiva, o que indica a existencia de bacilemias.

Por outro lado, sómente contagios minimos, repetidos a pequenos intervalos, podem fixar deste modo a infecção tuberculosa.

Por mais abundantes e possiveis que aqueles sejam, não se comprehende que se possam dar, vindos sempre de tuberculosos em evolução ou mesmo de bacilemicos simples, com eliminacão intermitente, pois os contactos não serão bastante demorados para os permitirem.

Tor nar-se-ia necessario todo um conjunto de circunstancias, de coincidencias, que, a ser acreditado, seria vago, impreciso, metafisico.

Enquanto isto, não se pode contestar que os germens terão de penetrar, na grande maioria das vezes, pela boca; ai parte, sinão todos, ficará retida algum tumpo, multiplicanddo-se ou não, e serão elimina-

dos pelos meios naturais para o exterior pela saliva, pela boca, por qualquer excreção natural ou morbida.

A pequenos intervalos, a bente vai se servindo do seu travesseiro; porque este não será contaminado?

Contaminado, os germes começarão a ser inspirados e novamente voltarão a aumentar o numero daqueles que deverão, de um lado, criar a lesão minima, que trará a alergia, e, doutro, conservar pelo mesmo mecanismo o fóco em aquela atividade.

Si ele se conservar pequeno, a Tuberculose se fará bacilemica; si a contaminação se tornar consideravel, a doença explodirá.

### III.º CONCLUSÃO

Creada a bacilemia, isto é, a infecção contida pela alergia, a regra é que este estado persista sempre. Em menor numero, porém, de casos, as superinfecções continuas, sob o estímulo, ás vezes, das causas anergisantes do terreno, provocam o acender da Tuberculose-doença, cuja rapidez de evolução é, então, governada pela intolerancia ao germen, segundo o fenomeno de Koch. Com isto, ha maior eliminação de bacilos, maior contaminação do travesseiro, e, em consequencia, maior inalação e superinfecção dos individuos.

Quanto mais se reflete sobre a physio-patologia da Tuberculose, mais a gente se convence de que, ao envez das demais cepticemias, de toxinas eminentemente soluveis, que invadem o organismo de fórma brutal e rapida, aquele flagelo age como estas aguas de infiltração, que, lentamente, são minando as resistencias do sólo, e elimina as resistencias organicas até faze-las enfraquecer e cair.

A agressão dos seus bacilos é como a destes arietes da Idade Média, que avançavam, recuavam, até que, com esforço de novos elementos conseguiam abrir a priemira brecha.

Com efeito, ninguem contesta que, quando se tornam diagnosticaveis as suas formas mais comuns, bronco-pulmonares, o contagio já datava de ha muito, a evolução da infecção se fizera insidiosa ou silenciosa de todo.

E sempre o pequeno numero de bacilos que provoca a alergia; são sempre as superinfecções que transformam a Tuberculose de latente em ativa.

Não ha infecção em que a observação medica deixasse de fixar o seu periodo de incubação.

Só a Tuberculose e sua parenta proxima, pela semelhança dos germens, a Lepra, não o tem ainda limitado.

Assim é que a Tuberculose alergisada (julgo preferivel esta qualificação á bacilemia) se faz por inalação de pequenas quantidades de germens, **inhalações continuadas e frequentes**, como as que realizaram experimentalmente o fenomeno de Koch.

Si ssas inalações se tornarem mais espaçadas, a experimentação demonstrou que, em vez de concorrerem para fixarem a infecção contribuem para criar a sensibilidade e, com isto, favorecem o desenvolvimento do processo morbido.

Si 98 % das populações civilizadas têm, pois, a sua Tuberculose inerte, apenas caracterizada pela tuberculino-reação positiva, em acordo com lesões infimas, que as estatísticas necropsicas confirmaram — manda a bôa logica admitir que, conforme a experimentação, esse estado alergico só poderia ser constituído por pequenas infecções e superinfecções **contínuadas e frequentes**.

E' posivel que estas superinfecções sejam colhidas em atmosferas contaminadas.

Ninguém negará, porém, que a sua **continuidade**, diante do que a experimentação demonstrou de difeíl, sinão impossivel<sup>a</sup> nesta colheita, será muito mais **regular, razoavel, normal**, quando se creia que germens de primeira infecção foram em parte babados e com isto contaminaram os travesseiros, donde serão diariamente reinspirados, **tornando assim o fato clinico uma superposição do fato experimental — inalação expontanea, calcando-se exatamente sobre a inoculação feita**.

Desta premissa incontestavel flue naturalmente toda a transformação em Tuberculose-doença.

Seja que o fóco dos travesseiros contaminados os germens se desenvolvam espontaneamente, como em um caldo de cultura, seja que aquele fóco venha a ser acrescido de novas contaminações, tão facilmente acreditaveis pela extensão do contagio tuberculoso, seja que o organismo, como terreno, tenha as suas resistencias diminuidas, fisiologica ou patologicamente — inspiração dos bacilos, horas a fio, durante o sono, criará a intolerancia para eles, na forma do fenomeno de Koch.

Então a sua eliminação será mais profusa, a contaminação da utilidade se intensificará nas mesmas proporções, as superinfecções serão muito mais violentas — com tudo isto o arieto avançará, abrirá as brechas organicas, e a Tuberculose se fará doença, com a sua marcha fatal para a Morte!

\* \* \*

Em artigo na "Revista de Tisiologia" (Janeiro e Fevereiro de 1934), sobre contagio da Tuberculose, Ameuillé e mlle. Simon dizem que tres mecanismos podem ser incriminados: a) — passagem do virus do adulto ao fêto (circulação intr-placentaria); b) — passagem do virus do adulto ao filho são; e) — transmissão de adulto a adulto.

O primeiro é a hereditariedade com primo-infecção grave e mortal; o segundo, muitas vezes latente, causa a allergia; bacilos asilados em qualquer canto do organismo e inativos (ganglios do mediastino), atinge a quasi todos os membros da comunidade; o terceiro, enfim, é mais proprio dos adultos sem primo-nfecção da infancia, como os das regiões livres de Tuberculose.

Fora deste caso "o adulto não doente, mas submetido já á primo-infecção, alergisado, não se tornaria tuberculoso por contagio exogeno, ficando admitido que a Tuberculose dos adultos é um despertar daquela infancia.

**Esta interpretação parece justificada em alguns casos, porém modernamente se vem demonstrando que o organismo relativamente imu-**

nisado pela primo- infecção não fica indiferente aos ataques exogeo-  
os, que realizam verdadeiras "pousées novas".

Ameuillé e mille. Simon<sup>a</sup> cujas autoridades se afirmam cada vez  
mais e com tanto brilho, em uma síntese do mecanismo do contagio da  
Tuberculose, fazem ressurgir a velha e profunda observação de que  
aquela infecção seja, nos adultos, o despertar de uma infecção da in-  
fancia.

Admitem essa interpretação, porém, sómente em alguns casos, re-  
servando todos os demais aos novos ataques exogenos.

Sempre será assim que as coisas se hão de passar.

Da mesma fórmula que vem a primeira agressão, outras virão, por-  
que nada indica que as condições gerais, que fazem o contagio, se mo-  
difiquem por aquele motivo.

Como o organismo inhala, tambem expulsa os germens.

Nenhum objeto, pela sua proximidade, pelo seu uso, portudo, me-  
lhor que o travesseiro, tem todas as condições para receber aqueles,  
conserva-los e (quem sabe?) cultiva-los.

Tornado assim fóco de infecção, sobre ele o organismo passará  
a respirar, horas a fio, com a boca aberta numa ou noutra vez, quando  
não seja durante todo aquele tempo.

Pela compressão da cabeça, a cada movimento, o ar que é contido  
nas malhas do travesseiro, em rajadas maiores ou menores, subirá, ar-  
rastando os germens para serem inspirados.

Fisiologicamente, durante o sono, a capacidade puenmatica pul-  
monar chega a inhalar fragmentos solidos do contendo daquela utili-  
dade, com tal força que atravessam as malhas cerradas dos tecidos das  
capas e das fronhas.

Poderão, por acaso, os germens escaparem a esta inspiração?

Tudo indica, pois, que o travesseiro tem de ser o centro de ciclo  
do contagio tuberculoso, que, ao mesmo tempo que depositado nela, dela  
será inalado, para vir a causar superinfecções continuas e frequentes  
(Não fossem os bacilos de Koch sem ubiquidade e, por isto, encontra-  
dos onde são depositos, na frase de Calmete).

As superifecções serão pequenas: a allergia se conservará integra.

Maiores — e a Tuberculose-doença explodirá mais ou menos vio-  
lentamente.

**NEURILAN**

*Poderoso calmante do  
systema neuro-vegetativo.*

*Indicado na excitação nervosa,  
nos desequilíbrios vasompa-  
thicos, palpitações, insonância,  
dyspepsia nervosa.*

*À base de estroncio bromado,  
crataegus, leptolobium, meimendo.*

*Dose: 1 a 2 colheres das de chá em agua  
assucarada às refeições.*

**NÃO DEPRIMENTE**

**NEURILAN**

rio  
Lab. Gross - Rio



## Em torno de alguns transmissores de doenças no Rio Grande do Sul.\*

R. di Primio

A higiene moderna, mais do que as condições ambientes, visa as que se referem ao indivíduo.

Assim orientada, volta-se para as verdadeiras fontes de contágio, para os portadores de germens, para os reservatórios de virus, para os hospedeiros intermediários responsáveis pela disseminação de muitas parasitoses e doenças infectuosas, que a tecnica moderna procura desvendar cada vez mais a transmissão, interceptando a sucessão dos casos que antes tão enigmáticamente surgiam.

Já vai longe o preconceito ou a esdruxula concepção das casas malditas, para justificar o aparecimento das doenças infectuosas ocorridas sob um mesmo tecto.

Resultantes das modernas aquisições científicas, desta feliz era nova, surgiram os métodos para desvendar os portadores de germens; as pesquisas para descobrir os reservatórios de virus, cujo número aumenta com o aperfeiçoamento da tecnica e expansão das experimentações e processos multifários; os meios para evidenciar os organismos receptíveis; os inumeros recursos preventivos ou as imunizações ativas e passivas; o estudo biológico dos múltiplos veiculadores nos seus mais admiraveis e complexos mecanismos de transmissão, específicos ou não; os fenômenos de hiperparasitismo; as decorrentes medidas profilacticas, na prática de desinfecções concorrentes e, sobretudo, das desinfestações e demais factores, actuando todos, enfim, em tôrno dos germens ou parasitos animais ou vegetais que polimórficamente incidem sôbre o homem.

Este estudo mais avulta de importancia diante dos modernos e ultra rápidos meios de comunicação, do que a presença do *Anopheles gambiae* de importação relativamente recente, constitúe, de maneira contrastadora, um exemplo típico.

Transportado este parasito da costa africana para Natal, por intermédio dos "aviso-correios", depressa ele se radicou, modificando, em lapso de tempo relativamente curto e de maneira profunda, a epidemiologia da febre palustre, em uma grande extensão do nordeste brasileiro, pela facilidade que apresenta ou faculdade que lhe é inerente de transmitir a malária dentro das cidades.

Quem fixar a atenção no desenvolvimento da aviação nos últimos tempos e particularmente no Rio Grande do Sul, bem poderá avaliar as surpresas epidemiológicas para o nosso vasto território, de aspectos e climas tão diversos.

\* Conferencia realizada na S. de Medicina de P. Alegre, em 16—10—36.

De Torres, precisamente do ponto de aterrissagem dos aviões, capturei em épocas diversas, grande quantidade de culicídeos, notadamente anofelinas. Estabelece-se, durante o verão, na época mais propícia ao desenvolvimento dos mosquitos e do impaludismo, forte intercâmbio de passageiros com a nossa Capital, de onde se dispersam para os diferentes pontos do Estado.

Reportando a épocas anteriores, cujas condições não ofereciam as mesmas facilidades de transporte como as actuaes, muitas localidades e regiões, até então isentas de determinados parasitos, foram dominadas abruptamente por eles, como aconteceu com certas especies de mosquitos domiciliários, quando foi da expansão da nossa Viação Ferrea. Baseia-se esta asserção, na observação e dados resultantes do inquérito epidemiológico que realizei em época anterior, em grande parte da nossa região colonial.

Esta surprehendente facilidade de comunicação assume hoje valor incalculavelmente maior do que na era dos antigos meios de locomoção, onde a duração das viagens, como as transoceanicas, ultrapassando o período de incubação de muitos males, produzia eclosões epidêmicas que logo determinavam as rigorosas medidas profilacticas, de acordo com os conhecimentos ou possibilidades de então, dissipando-se, muitas vezes, o maior perigo do contágio no longo, acidentado ou tétrico trajecto.

Hoje, em horas ou fracções de hora, podem à longas distancias serem transportados com a máxima facilidade e de maneira despercebida, tanto os veiculadores como os doentes incubados, determinando muitas vezes, dificuldades insuperaveis, quando não a absoluta impossibilidade da execução de rigorosas, precoces e imprescindíveis medidas profilacticas em certos casos.

Com essas considerações, desnecessário é salientar a grande importancia do conhecimento prévio ou como denomino, do levantamento parasitológico de uma determinada região, com estudos detalhados de todos os factores mesológicos de influência directa ou indirecta, constituindo esses e outros, polimorfos e auxiliares elementos de diagnóstico, indispensaveis na previsão epidemiológica, e, sobretudo, de valor profilactico incontestavel, porque formam a base de todas as aquisições modernas no combate aos diversos males transmissíveis.

### VEÍCULAÇÃO PARASITÁRIA E OS FENÔMENOS CÓSMICOS

Não basta a presença de um hospedador intermediário ao lado da fonte de contagio para que haja imminente perigo de transmissão da respectiva doença, quando o ciclo evolutivo do parasito está ligado estritamente ás condições mesológicas, maximê as que dependem dos factores térmicos.

Várias especies de parasitos evidenciam o fenómeno.

A acalmia malárica como se verifica entre nós, constitue exemplo que de modo particular nos interessa.

Precisamente o Rio Grande do Sul apresenta diversidade quanto á topografia, formação geográfica, clima, vegetação, actividades dos seus habitantes, emfim um conjunto que directa ou indirectamente intervêm

sob múltiplos aspectos nas parasitoses, na vida dos hospedadores e diferente de outros pontos do Brasil.

São os factores meteorológicos, climatéricos, que melhor governam a distribuição geográfica dos transmissores, dando ao mesmo tempo aspectos nosológicos originaes a certas doenças.

Si evidente e facil é a interpretação da estricte subordinação de certos veiculadores aos fenômenos cósmicos, mais complexa e muitas vezes enigmática é a que se refere á influencia desses fenômenos sobre alguns parasitos do organismo humano, onde deveriam encontrar condições intrínsecas mais estáveis.

Revertendo ao mesmo exemplo do plasmodio, cuja evolução nas anofelinas é tão sensível ás temperaturas ambientes, interceptada ou paralisada quando inferior de 15°, como explicar as modificações que se operam na evolução do impaludismo sob o ponto de vista clínico, quando os doentes se transportam para outros lugares, muitos dos quais classicamente reconhecidos como verdadeiros auxiliares terapêuticos?

Corroborando este fenômeno cito o que ocorreu com os tres maláricos que trouxe para esta Capital, para se fazer pela primeira vez, entre nós, a malariotepia, que deu os melhores resultados nos doentes de paralisia geral que, então, foram inoculados.

Com acessos febris típicos e comprovação parasitológica realizada em plena zona da nossa endemia palustre, quando aqui chegaram, dois não tiveram mais reacções febris, ficando sómente um como doador de hematozoario para a prática do moderno processo de piroterapia.

Na filariose, exemplo de uma doença cujo agente etiológico vive no recôndito do organismo, si o prognóstico é grave como cita Brumpt, nos doentes expostos ás novas inoculações, ha tendência á cura, com provavel morte dos parasitos, para os que abandonam as zonas endêmicas.

Neste caso, interfere essencialmente, mais do que a influencia mesológica sobre o organismo, o mecanismo de transmissão, cuja falta do hospedador intermediário, como consequência das condições locais impróprias a ele nessas regiões, age como auxiliar de cura, interceptando novas inoculações e simultaneamente favorecendo ou despertando as defesas do organismo.

Idêntico facto é assignalado pelo Prof. João A. G. Frões, da Faculdade de Medicina da Baía, no seu livro "Lições de Clínica Médica", com referência á mesma doença, nos seguintes termos: "Os indivíduos infectados devem mudar de clima, procurando as regiões temperadas ou frias e aí permanecendo por muito tempo; eis a fórmula geral e única digna de confiança na maioria dos casos." Esses exemplos dispensam outros justificativos do mesmo fenômeno.

## TRANSMISSORES COSMOPOLITAS

Das minhas contribuições anteriores e referentes aos hospedadores intermediários ou transmissores de doenças no Rio Grande do Sul, inferem-se perspectivas epidemiológicas que devem ser assinaladas em estudo de conjunto.

Além dos transmissores cosmopolitas naturalmente aqui encontrados, outros merecem menção e considerações especiais.

Mesmo conservando o caracter de cosmopolitismo, muitas doenças apresentam variações de intensidade, de aspecto, que as tornam diferentes quando incidem em outras regiões, cujas condições mesológicas são diversas das nossas, determinando uma nosologia própria.

Em rápida revista, serão analisados os transmissores de doenças no Rio Grande do Sul, que merecem, por vários motivos, referências particulares.

### ORNITHODORUS BRASILIENSIS

A presença do *Ornithodoros brasiliensis* Aragão, 1926, em São Francisco de Paula, constitue factor epidemiológico de grande importancia local.

A exemplo de outras especies do mesmo gênero, reconhecidamente transmissoras de febres recorrentes, a que foi descrita pelo ilustre sábio de Manguinhos é possível veicular a espiroquetose, da qual o *Spirochaeta venezuelensis* já tem o seu domínio na Venezuela, Colombia e Panamá, para só citar o que interessa diretamente ao continente americano.

Dados os hábitos desta especie e, de modo particular, o seu ubiquismo, prevê-se a sua maior distribuição ou expansão geográfica.

O seu reconhecimento em determinada região não é de todo difícil por causa dos característicos morfológicos e biológicos deste arthropode denominado entre nós — “bicho mouro”, e que despertam logo atenção aos naturais, afeitos á vida rural, cuja observação se aguça para os factos que se relacionam com a singeleza do ambiente rústico em que vivem.

Da vida de tão interessante carrapato, devo citar aqui a particularidade que já assinalai, e que constitue facto inédito: a longa longevidade e prolongado jejum, do *Ornithodoros brasiliensis*, fenómeno que ainda está em observação, mas que já atinge extraordinário lapso de tempo.

Mas não se fixa aqui sómente o interêsse epidemiológico deste arthropode. Ele produz, segundo as observações de Cesar Pinto e R. di Primo, ulcerações torpidas, de aspecto característico, determinadas pelas picadas dos ornithodoros com repercussão para o estado geral.

Como já fiz referência á possibilidade dos *O. brasilliensis* veicularem entidades mórbidas ou ao pretender-se extingui-los por causa das suas incômodas picadas e úlceras que produzem, a desinfestação desses parasitos apresenta entraves que a seguir vão novamente resumidos:

- 1) — Dificuldade de surpreende-los na terra em consequência do mimetismo.
- 2) — Ubiquismo na alimentação.
- 3) — Longevidade e resistência ao jejum.
- 4) — Resistência aos diversos agentes externos, destacando-se de todos, a temperatura.

Completando essas considerações, transcrevo a seguinte previsão que fiz sôbre este ornithodoro: “A essas circunstancias bastante fortes para

assegurarem sérias dificuldades profiláticas, ainda poderão ser acrescentadas ou complicadas de outras, si ficar demonstrada a hereditariedade dos espiroquetas patogênicos, através das diversas fases evolutivas desses carrapatos, si tanto me é permitido avançar."

### TRIATOMAS

A larga distribuição geográfica dos triatomas no Rio Grande do Sul, conhecida através do trabalho do ilustre Dr. Gastão de Oliveira, mostra a facilidade de vida que esses hemipteros aqui encontram.

Aliás o facto se observa em idênticas condições de latitudes e outros factores na Argentina e Uruguái, onde diversas especies de triatomas foram assinaladas.

Eu próprio tive oportunidade de observar nas margens do rio Uruguái, no município de São Borja, em 1932, o alto grau de infestação desses transmissores em casas de barro cujas frestas abrigavam surpreendente quantidade de "*Triatoma infestans*", a especie mais disseminada no nosso Estado.

Cesar Pinto e R. di Primio verificaram em 1931, a presença, em Belém Novo, de exemplares de *Triatoma megista* infestados, de "*Schyzotrypanum cruzi*".

Ao contrário de muitas zonas com alto índice desses transmissores, não os encontrei no litoral, pelo menos durante a excursão que realizei em 1931 em São José do Norte (proximidades de Mostardas), Conceição do Arrôio, Santo Antonio da Patrulha e Torres.

De outras feitas, pesquisas reiteradas, particularmente em Torres e Conceição do Arrôio, resultaram igualmente negativas.

Investigações em outras épocas do ano e localidades diversas, ou nas mesmas, talvez poderão dar resultados contrários dos que obtive até então.

Provavelmente as condições do litoral não são próprias á vida dos triatomas, de "habitat" adverso, á semelhança do que ocorre com outros artrópodes, ou que ainda não foram transportados para essas regiões.

### PHLEBOTOMUS FISCHERI PINTO, 1926

A constatação do *Phlebotomus fisheri* Pinto, 1926, em Osório (Conceição do Arrôio), demonstra que as condições mesológicas daquela zona não são infensas á vida dos transmissores de tres males que em pontos diversos do mundo interessam á patologia humana: febre de Pappataci ou febre dos tres dias; a verruga peruana ou doença de Carrion e as leishmanioses.

E' indubitavelmente esta última que apresenta maior interêsse para nós, maximê no momento que empolgam o meio científico brasileiro as verificações no norte do país, da leishmaniose visceral com aspectos patogênicos muito interessantes fazendo crêr tratar-se de uma nova especie ou modalidade de kala-azar.

### CULICIDEOS

Mais comprometedora é a presença das especies de culicídeos que

assinalei na Capital e em diversos municípios do Rio Grande do Sul, onde quatro entidades mórvidas encontram os respectivos transmissores específicos: febre amarela, dengue, filariose e impaludismo, essas duas últimas em franca endemia entre nós e para cujo conhecimento e distribuição geográfica percorri zonas extensas nas margens do rio Uruguái, no litoral e outras regiões do nosso Estado.

### ANOFELINAS

Estão consignados nos meus trabalhos anteriores: as zonas de impaludismo; a parte territorial de anofelismo sem malária; o estudo dos fenômenos meteorológicos e outros na zona endemo-epidêmica; o particular e característico evoluer do nosso impaludismo, com os interregnos epidemiológicos subordinados ás diversas estações do ano; a invasão insidiosa e progressiva do mal; o conjunto dos factores decorrentes da latitude no Rio Grande do Sul; o seu original relevo topográfico e outras particularidades.

A simples enumeração das anofelinas registradas no meu trabalho "Alguns culicídeos do Rio Grande do Sul — Considerações nosológicas a respeito", evidencia a gravidade da situação dos pontos dominados pela malária, e outros ainda sem gametoforos. São as seguintes:

- Nyssorhynchus (N.) tarsimaculatus*  
 " (N.) *albitarsis*  
 " (*Kerteszia*) *cruzi*  
*Anopheles (Arribalzagaia) maculipes*  
*Nyssorhynchus (N.) bachmanni*  
*Chagasia fajardi*  
*Nyssorhynchus (Myzorhynchella) lutzii*  
*Anopheles (N.) evansi.*

Um dos factos mais interessantes, com referência á grande resistência dos mosquitos aos fenômenos meteorológicos, notadamente ao frio, é a presença desses artropodes em Gramado, situado a 827 metros acima do nível do mar. Nos meses mais frios o termômetro atinge oito graus centígrados, abaixo de zero.

Nas matas existentes nos arredores de Gramado, Cesar Pinto e R. di Primio capturaram adultos das seguintes especies: *Chagasi fajardi* — *Anopheles lutzii* — *Anopheles evansi* — *Psorophora (Janthinosoma) ferox* — *Psorophora (Grahamia) varinervis* — *Aedes (Ochlerotatus) scapularis* — *Haemagogus leucomelas* e *Goeldia pallidiventer*.

Talice, estudando a larga distribuição de anofelinas no Uruguái, onde se destacam as quatro especies, cujo poder de transmissibilidade malárica é conhecido: *Anopheles argyrotarsis* Robineau — Desviudy, 1827; *Anopheles albitarsis* Arribalzaga, 1878; *Anopheles annulipalpis* Arribalzaga, 1878 e *Anopheles maculipes* (Theobald, 1903), declara que o Uruguái é o único país da America do Sul, onde não se encontra o impaludismo autochtone, a despeito da sua posição geográfica, encravado, com está, entre dois países maláricos e da importação de casos, tra-

tados nos hospitais de Montevidéo, como aliás, isso tem ocorrido em Porto Alegre.

Justifica este autor a ausência do sezonismo naquele país limitrofe, onde a temperatura média é de 17°, na Capital e superior a 20° na parte norte, com uma densidade humana de 1.000 habitantes por quilometro quadrado no Departamento de Montevidéo e de 5 habitantes por quilometro quadrado no resto do país, pela zoofelia predominante de anofelinas selvagens em consequência da forte densidade animal e a fraca densidade humana na campanha, ao mesmo tempo que se verifica a falta, nesses lugares, de forte gametismo de importação, e, finalmente, as condições meteorológicas, que seriam diferentes dos países vizinhos.

Dentro do nosso Estado, o aspecto topográfico difere si se trata do litoral, centro, norte, sul, nordeste, onde, particularmente, neste último sector, as condições mesológicas são, pelo menos em determinadas épocas do ano, francamente favoráveis ao desenvolvimento da malária.

Si na nossa campanha, nas grandes planícies, nas extensas coxilhas, varridas constantemente pelos ventos dominantes, sem vegetação alta, com factores impróprios á vida das anofelinas, a radicação do impaldismo, *a priori*, não encontra factores favoráveis, em regiões correspondendo ás mesmas latitudes e condições mesológicas diferentes, as previsões epidemiológicas devem ser, evidentemente, diversas.

A presença do "*Plasmodium falciparum*" em pleno interior do município de Torres, na colonia de São Pedro de Alcantara, na forma endêmica, em caracter autochtone, como assinala (Brasil-Médico, 18-4-26), torna mais complexo o problema sanitário deste flagelo rural.

Isto no que se refere á zona de comprovada endemicidade do mal.

Si em regiões contíguas ou afastadas onde encontrei especies de anofelinas transmissoras, indubitavelmente temíveis, do *Plasmodium falciparum* e outros, como em todo o município de Torres, Osório (Conceição do Arrôio), Santo Antonio da Patrulha, São José do Norte (Mostardas), Gravataí e Porto Alegre, para sómente citar o litoral e zona baixa do Estado, cujas condições locais não se distanciam das que ocorrem nas circunserições de plena endemia malárica, as perspectivas epidemiológicas são muito mais graves.

Estudando os culicídeos do Rio Grande do Sul, e, de modo particular, os transmissores da malária, fiz simultaneamente um paralelo com as principais especies encontradas na Argentina, Uruguái e Paraguái, visando interêsse científico, mútuo ou relativo.

Justificam essa orientação, questões atinentes ás latitudes, semelhança de raças, costumes, facilidade de comunicação, e de vizinhança com a Argentina e o Uruguái.

Por este motivo, tem para nós especial interêsse epidemiológico o que ocorre no último país citado, pela sua situação geográfica, continuidade de terreno, sem barreiras naturais ou diferentes accidentes geográficos, e, corolariamente, com os maiores factores de probabilidades de infestações ou contaminações recíprocas.

## POSSIBILIDADE DO TIPO URBANO DA FEBRE AMARELA NO RIO GRANDE DO SUL

As referências sôbre a existência do "*Aedes aegypti*" na cidade do Rio Grande do em 1900 e sua posterior identificação (1918) por Lutz, Fonseca e Souza Araujo, indicam que as condições mesológicas da parte sul e litoral do Estado, não são inteiramente infensas á vida deste transmissor em determinadas épocas do ano.

Como prova dessa asserção, pagou a cidade do Rio Grande o seu tétrico tributo á solução desses problemas, com um surto de febre amarela ocorrido em 1900. Segundo A. Duprat, do total de 80 pessoas acometidas morreram 26, sendo 20 nacionais e 6 estrangeiros.

Em latitudes diferentes do Rio Grande, mais baixas ou mais altas, no Uruguái, Argentina e Paraguái, foram assinalados estegomyias e a incidência, em diversas épocas, de epidemias mortíferas do mesmo mal.

## POSSIBILIDADE DA FEBRE AMARELA SILVESTRE

A febre amarela, combatida de modo eficaz nas grandes cidades e no litoral, incidiu nas pequenas populações, onde as medidas anti-larvárias erradicaram-na, sendo recalçada para o interior, para as florestas, caracterizando-se pela mais fácil disseminação, em zonas completamente índenes e até então consideradas livres do mal.

E' o novo aspecto da febre amarela, o tipo denominado de "febre amarela silvestre", que irrompeu em 1932, no Estado de Espirito Santo, assunto bem estudado pelo ilustre Dr. Fred. L. Soper, que salientou o desenvolvimento do mal amarílico e as novas modalidades clínicas, bem diversas do tipo chamado urbano, em zonas absolutamente sem o *Aedes aegypti*.

Aquí interfere outra questão do mais alto valor epidemiológico: o acometimento em condições naturais dos macacos, muitos dos quais ficam imunizados e que provavelmente desempenham o papel de reservatórios de virus na natureza.

Seria, pois, a febre amarela uma zoonose, no caso, doença propria dos macacos ou de um hospedador intermediário, vertebrado, e que acidentalmente acometera o homem a principio sob a forma clássica. Ainda, no mesmo terreno das hipóteses, levanta-se a da maior permanencia do virus nos mosquitos ou que o agente etiológico, o virus, possa se transmitir de geração em geração, ao pretender-se demonstrar a rápida propagação da doença nas zonas florestais.

Desse tipo, assinalam-se nos últimos tempos surtos mais ou menos íntensos e extensos, no Brasil em: Espirito Santo, Mato Grosso, Goiás, zona ocidental de Minas Gerais, São Paulo e ultimamente no Paraná.

## SOMBRIAS PERSPETIVAS EPIDEMIOLÓGICAS PARA O RIO GRANDE DO SUL

A epidemiologia da febre amarela se modificou desde 1928, com os resultados das experiências de J. H. Bauer, demonstrando que, além do "*Aedes aegypti*", outros mosquitos podem transmiti-la.



Em 1929 Davis e Shannon provaram a possibilidade de transmissão da febre amarela ao "*Macacus rhesus*", pela picada e inoculação da trituração do "*Aedes (Ochlerotatus) scapularis* (Rondani, 1848).

A presença deste mosquito em algumas zonas do Rio Grande do Sul reveste, pois, um caracter todo especial de gravidade, e a despeito da sua situação geográfica, dos correlativos fenômenos meteorológicos e de outros factores, não se poderá afastar a possibilidade de um novo acoetimento do mal amarelado em nosso Estado".

Em excursões realizadas em Taquara, Gramado e outras zonas, Cesar Pinto e R. di Primio encontraram exemplares de "*Aedes (Ochlerotatus) scapularis*" (Rondani, 1848), ao lado de outros de *Haemagogus Stegonocops leucomelas* (Lutz, 1908).

Posteriormente em outros pontos do litoral, São José do Norte, Conceição do Arrôio, Torres e Porto Alegre, encontrei numerosos exemplares, nas épocas quentes do ano, de *Aedes (Ochlerotatus) scapularis*.

Uma particularidade deve ser assinalada, porque constitue factor epidemiológico de monta. E' a adaptação progressiva desses dípteros ás habitações, como já os encontrei em minha residência, no jardim e interior de domicílio.

A presença, pois, destes culicídeos já em uma grande area, demonstra a possibilidade de eclosão da febre amarela, quiçá em circunstancias graves.

## DENGUE

A presença do *Aedes aegypti* no Rio Grande do Sul, deixa prever também a possibilidade da incidência do dengue.

Mais robustece esta asserção ou previsão epidemiológica, o facto de ter se manifestado o dengue em estado epidêmico em 1916, segundo Barbieri, nas provincias argentinas de Entre Rios e Corrientes, o que pela posição de visinhança em que tais regiões se encontram, tem o maior valor para nós.

Como assinala Cesar Pinto, os estegomyias infectados podem viver pelo menos duzentos dias, quando mantidos em boas condições, conservando o poder transmissor com temperatura acima de 18° e desaparecendo quando a média térmica cai abaixo de 18° C, sem entretanto ser destruído, porque o poder infectante reaparece com a volta da temperatura ótima.

Esta particularidade biológica indica, a possibilidade do mal na zona limítrofe com a da Republica Argentina, pela semelhança de todos os factores que facilitam a disseminação e evolução do dengue.

## FILARIOSE

A filariose, distribuida em condições absolutamente diversas, de accordo com os diferentes factores epidemiológicos, em todo o Brasil, pôde assumir entre nós, como já referi em trabalho anterior, diante da abundância e a larga distribuição geográfica do *Culex quinquefasciatus*, proporções inquietadoras.

Das principais cidades do Brasil, é, talvez, Porto Alegre, a que apresenta um dos maiores indícios culicidianos.

---

Com os modernos e ultra-rápidos meios de comunicação, com as múltiplas e penosas actividades exigidas pela civilização moderna e outros factores, a epidemiologia e profilaxia apresentam novos aspectos que determinam orientação oposta da que era antes seguida ou ainda imprópriamente em prática.

Verifica-se que a decantada salubridade do Rio Grande do Sul, apresenta hoje situação diferente de anos atrás, porque alguns males insidiosamente invadiram o seu território, onde, entre outros elementos de propagação e disseminação de entidades mórbidas, hematofagos de muitas espécies, distribuídos em várias zonas, podem transmitir e radicar graves parasitoses e doenças infectuosas.

## Arteriografia retrograda (\*)

por

Mario Kroeff

Agradecendo as palavras elogiosas de vosso ilustrado presidente, meu querido mestre, Mario Tota, devo confessar que reconheço nelas não o mérito enaltecido generosamente, mas o reflexo de uma bondade que acolhe um conterrâneo, um colega que moureja na mesma lida profissional, em terra estranha.

Essa bondade é bem igual àquela que diviso a transparecer na fisionomia de cada um de vós, todos, patricios, amigos, pacientes ao me ouvir.

Essa generosidade tranquilisa-me o ânimo para falar numa assembléia tão ilustrada.

O assunto que me traz hoje á esta douta Sociedade é médico, um pouco cirurgico, dêsses que pairam no limiar das especializações da Medicina, onde o cirurgião não dispensa o clínico e êste não passa, na prática, sem a colaboração do radiologista.

### ARTERIOGRAFIA RETROGRADA

Escolhi êste assunto na intenção de vos apresentar talvez alguma cousa nova, pois que se trata de um processo de exploração arterial que venho ensaiando ultimamente, e sôbre o qual os colegas da capital me reconheceram prioridade.

Antes, porém, de abordar essa tese, quero mostrar aos ilustrados colegas desta casa, algumas chapas obtidas pelo processo comum da arteriografia descendente, essa que torna visível aos raios X, um segmento de arteria, emquanto se injeta uma substância opaca na luz do canal sanguíneo, a favor da corrente.

Meu processo é diferente: o líquido contraste sóbe contra a corrente arterial. Vê-lo-emos daqui a pouco.

Daí projeta o conferencista, na tela, uma série de chapas, as mais variadas, sôbre arteriografia descendente, tecendo, a propósito de cada uma delas, comentários interessantes.

Confronta o aspecto dos arteriogramas na doença de Leo Buerger e na arterio-esclerose, mostra vários tipos de obliteração arterial e diversas formas de circulação colateral, desenvolvidas por suplência irrigatória.

Demonstra as vantagens da arteriografia como meio de diagnóstico. Fala sôbre a cirurgia arterial, principalmente do simpático, peri-arterial, peri-neural e abdominal, estabelecendo confrontos.

---

(\*) Conferência do Dr. Mario Kroeff na Sociedade de Medicina.

Chega, enfim, ao processo de sua autoria — arteriografia retrograda —, mostrando belos casos, onde o seu emprego veio trazer informações propedêuticas de alto valor.

Diz: Aqui no Sul, pelo que tenho lido e ouvido, agora, no convívio dos colegas, as doenças arteriais são mais comuns do que no norte do país. Sei que da Faculdade saíram várias teses sobre arteriografia orientadas por Saint-Pastous e uma sobre aortografia, pelo Dr. Huberto Wallau.

Em B. Aires ha mesmo serviços hospitalares especializados para tratamento dos arteriais.

Na Capital, os nossos casos são raros, por isso, talvez, minha experiência seja menor do que a dos que vêm observando aqui com mais frequência. Será o frio?...

Nesses casos de arteriopatias, para elucidação diagnóstica, não ha processo de exploração arterial que se compare á arteriografia!

Ela mostra o aspecto das lesões processadas nos vasos, esclarece si ha obliteração ou não, si esta é completa ou incompleta ou si se trata de simples espasmo arterial, sem obstrução da luz vascular.

Aponta a séde do obstaculo no tronco arterial, indicando o tipo de operação a ser praticada, si direta sobre o vaso, si indireta sobre os nervos simpáticos. Decide sobre operações radicais nos membros affectados, precisando o nivel de amputação, para evitar reproduções, oferecendo intervenções econômicas.

Enquanto que os outros processos semiológicos são falhos e multiplicam-se com provas várias de exploração funcional, para preencher as lacunas uns dos outros, a arteriografia, desenhando toda a arvore arterial de uma região ou órgão qualquer, esclarece sobre as condições da circulação da região explorada, sobre a permeabilidade e sobre a direção do tronco principal, sobre o valor da circulação colateral em caso de obstrução e, ipso facto, sobre as anormalidades e alterações que se passam nos tecidos.

E' um método de propedêutica objetivo, destinado a revolucionar alguns dos nossos conhecimentos, trazendo revelações verdadeiramente sugestivas nas chapas radiográficas, devendo, por isso, merecer toda a nossa atenção.

A medicina tende, em nossos dias a fugir dos sinais propedêuticos falazes, para procurar provas reais de indicação terapêutica, principalmente quando esta fôr de ordem cirúrgica.

Ao lado dos sinais clínicos, ela exige pesquisas de laboratório de toda a ordem e provas radiográficas das mais aperfeiçoadas.

Como meio de diagnóstico, chega-se a introduzir substâncias opacas no canal raquidiano, nas trompas e no cérebro, para que possam ser radiografadas (ventrículografia com ar e com torotrast).

Nas artérias, com mais forte razão, póde-se tambem injetar um líquido para contrasta-las sem prejuizo, porque êste se dilue e se elimina rapidamente, levado pela corrente circulatória.

E, assim, por meio da circulação, uma série imensa de problemas médicos podem ser estudados convenientemente, tanto nos membros, como no abdomen e no encéfalo.

## ARTERIOGRAFIA DOS MEMBROS

Eu deixarei de lado a encefalografia e a aortografia para mostrar daqui a pouco alguns arteriogramas dos membros.

As primeiras arteriografias, como se sabe, foram praticadas nos membros em casos de gangrena, visando-se especialmente localizar a séde da obliteração arterial, afim de que pudesse ser indicado o nível para a amputação.

Ela deve, porém, ter emprego mais amplo, surpreender os estados mórbidos iniciais, antes do aparecimento do encêfalo.

Para evidenciar as pequenas modificações patológicas das artérias, não ha processo, repito, que se compare á arteriografia.

Pelo estudo de um arteriograma, que mostre toda a rêde circulatória de uma região, desde o tronco arterial até as arteriolas, pôde-se diferenciar fâcilmente o que é normal, do que deve ser patológico.

Ha uma série de estados mórbidos dos membros, onde a prova da arteriografia tem a sua perfeita indicação clínica, sobrepujando inegavelmente os meios usuais de exploração arterial.

Gangrenas, estados asfíxicos, artério-esclerose, doença de Raynaud, síndrome de Raynaud, paralisia isquêmica, aneurismas, lesões dos óssos, tumores etc.

São, ás vezes, casos discretos de embaraço circulatório, que se manifestam por acrocianose, por algias que simulam as nevrites, por claudicações intermitentes que se confundem com as de origem medular... São as fases várias do síndrome de Raynaud... E' a sensação de "pé esquecido", de pés frios, pé morto, caimbras, etc., até os estados gangrenosos.

E todos os métodos de exploração funcional das artérias não oferecem, como a prova arteriográfica, dados tão positivos.

Nem as provas da pressão arterial, da oscilometria, da tomada da pulsação e outras tantas, como a prova de Moskowick, a prova de Cosacesco, o test de Aldrich e Mac-clure, a prova do banho quente, da massagem arterial; trazem ensinamentos comparáveis aos de uma chapa arteriográfica.

---

Agora, depois de pleitear em favor da arteriografia descendente, da arteriografia em geral, vamos projetar algumas figuras na tela e a propósito de cada uma delas ajuntar mais algumas considerações, para chegar depois ao processo da arteriografia retrograda, que constitue o assunto da nossa palestra de hoje.

Assim, meus Snrs., o processo da arteriografia em geral, por meio de tecnicas cada vez mais aperfeiçoadas, quer descendentes, quer retrogradadas, melhorando talvez as substâncias de contraste, modificando um detalhe ou outro, ha de em breve cinstituir-se em recurso de alta valia,

para estudos acurados e investigações delicadas, tanto na propedêutica, como na biologia humana.

Em casos de gangrena, por ex., poderá mostrar até *nuances* de patologia, processadas na transição de vitalidade, onde o sangue estaca por falta de contração da parede arterial, já e mtcedido de necrobiose.

Ainda aqui, a circulação arterial, base fundamental para a vida das regiões do corpo sumano, uma vez graduada com detalhes de fina estrutura, será capaz de revelar o mecanismo de certos fenômenos biológicos, cujo estudo no vivo deve ser, por certo, bem diferente do que fôr praticado no morto.

Assim, estou certo que novos horizontes se abrem ao processo da contrasteação das arterias, si nós o estudarmos em minucia, aperfeiçoando-o cada vez mais, porque pode ir até desvendar os escaninhos, onde vivem os tecidos.

A arteriografia é digna, pois, dos nossos estudos.

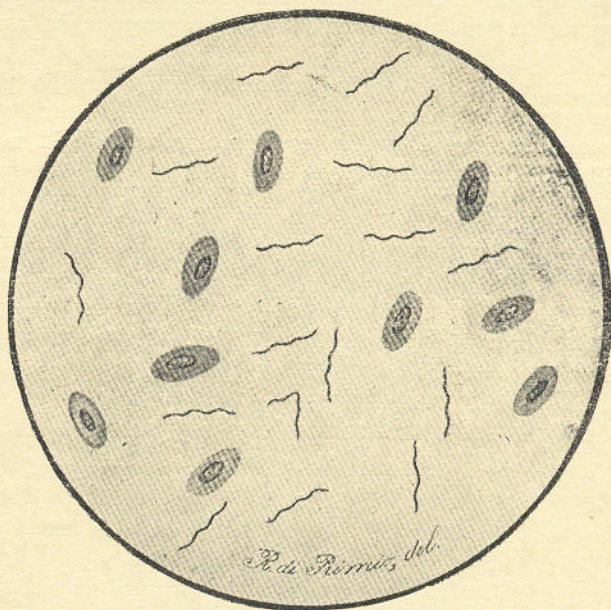
---

Para a tosse e suas funestas  
consequencias, uzar sómente  
**Peitoral de Angico Pelotense.**  
E' tiro e queda.

## Spirochæta Fonsecai N. SP. \*

R. di Primio

Examinando esfregaços de pulmão e de fígado de diversas aves de São Francisco de Paula e de Gramado, no Estado do Rio Grande do Sul, em 93 lâminas de 42 autópsias realizadas para estudo de hemo-parasitos, encontrei um espiroqueta em 11 preparações. Exceto uma, as demais não apresentaram contaminação, o que prova bem a exâta localização do parasito na intimidade do fígado e do baço. De acôrdo com as possibilidades de então, todo o material foi fixado pelo alcool metílico e corado



Lamina 26. Oc. 6. Obj. 1/12.

pelo processo clássico de Giemsa, motivo porque outras referências e pesquisas não vão aqui assinaladas.

Compulsando tanto quanto possível a bibliografia sôbre o assunto, não achei nenhuma descrição semelhante ao parasito em apreço. Ante-

\* Transcrito do Brasil-Médico, n.º 17, de 24 de Abril de 1937.

riormente em 382 preparações de esfregaços de cerca de 70 espécies de aves de Mato Grosso não encontrei nenhum espiroqueta.

Esta espécie é dedicada ao Prof. Olimpio da Fonseca Filho.

### DESCRIÇÃO

Espiroqueta encontrado em esfregaços de pulmão e de fígado de *Tyrannus melancholicus melancholicus* e de *Elaenia sp.*

Isolados ou às vezes reunidos, formando grupos, raros em algumas preparações ou abundantes em outras, onde podem aparecer em número de 10 a 20 elementos para cada campo microscópico, apresentam estes espiroquetas uma relativa constancia na forma.

O corpo é na grande maioria de direcção rectilínea ou ligeiramente curva, podendo-se observar exemplares com uma extremidade enrolada ou enrolamento completo de uma metade sobre a outra. Nas preparações tratadas pelo Giemsa, não se nota nenhum cílio ou outra formação nas extremidades, cujo aspecto arredondado é frequente.

As espiras, em número de 4 a 5, são geralmente regulares. A largura é uniforme, salvo em alguns exemplares onde uma extremidade pode apresentar ligeira diferença da outra. Observam-se algumas variações na largura de tais elementos na mesma preparação ou em outras lâminas.

O protoplasma, que se cora facilmente em vermelho pelo Giemsa, apresenta aspecto homogêneo.

Tem como dimensões as seguintes: comprimento de 12 micra a 15,5; largura: 0,60 a 0,80 micra.



# Sociedade de Medicina

## Atas

ATA DA SESSÃO REALIZADA EM 21 DE MAIO DE 1937, EM  
SUA SÉDE SOCIAL, Á RUA GENERAL CAMARA, 261.

Com a presença dos socios: Flôres Soares, Saint-Pastous, Cauduro, Salvador Gonzales, Mario Bernd, Edgar Eifler, Rothfuchs, Decio de Souza, Godinho, Mingione, Carrion, Sadi Hofmeister, Manoel Rosa, Lupi Duarte, Alfredo Hofmeister, Poli Espirito, Ritter, Paglioli, Mario Assis Brasil, Eiras de Araujo, Kanan, Jaci Monteiro, José Hofmeister, e Borba Lupi, o Professor Mario Tota abriu a sessão que foi por mim secretariada.

Lida a áta da sessão anterior, que foi aprovada sem sofrer emendas, passou-se por falta de expediente, á votação da proposta para socio efetivo do Dr. Agostinho Fausto, que foi aceito unanimemente.

A seguir o sr. Presidente deu a palavra ao orador inscrito em ordem do dia, Prof. Saint-Pastous, que dissertou sobre "Organização Universitaria do Rio Grande do Sul".

Finda a palestra do Prof. Saint-Pastous, que recebeu calorosos aplausos da assistencia, o sr. Presidente felicitou o orador pelo brilhantismo com que havia tratado tão relevante problema. Usaram ainda da palavra comentando o trabalho que acabava de ser ouvido os drs. Elyseu Paglioli e Adair Eiras de Araujo. Como ninguem mais quizesse fazer uso da palavra, o sr. Presidente encerrou a sessão.

**Dr. Luis Sarmiento Barata**

1.º secretario

ATA DA SESSÃO REALIZADA EM 28 DE MAIO DE 1937, EM  
SUA SÉDE SOCIAL, Á RUA GENERAL CAMARA, 261.

Com a presença dos socios: Valentim, Salvador Gonzales, Eiras de Araujo, Godinho, Weber, Helio B. Ferreira, João Amaral, Rothfuchs, Ygartua, José Hofmeister, Lupi Duarte, Sadi Hofmeister, Alvaro B. Ferreira, Basil Sefton, Carrion, Cauduro, Kanan, Elyseu Paglioli, Antero Sarmiento, Rosa, Mingione, Adair Figueiredo, o secreta-

rio geral — dr. Helmuth Weinmann —, depois de participar a ausencia do presidente e do vice-presidente, deu inicio aos trabalhos que foram por mim secretariados.

Lida a ata da sessão anterior, que foi aprovada sem sofrer emendas, passou-se á leitura do expediente seguinte: Carta do consulado alemão enviando informações sobre a 2.<sup>a</sup> Viagem Oficial á Alemanha para medicos e estudantes de medicina.

Foram aceitos por proposta do Dr. Henrique Failace, para socios correspondentes estrangeiros, os Drs. Raul Vacarrezza, Alejandro Paulovsky, Pedro Cantonet, de Buenos Aires.

A seguir, como não houvesse orador inscrito em ordem do dia, o sr. presidente deu a palavra ao dr. Kanan, que leu um trabalho intitulado "Disostose cleido-craniana".

Depois de algumas considerações de ordem geral, o dr. Kanan disse em resumo o seguinte: a disostose cleido-craniana é uma anomalia ossea congenita muito rara caracterizada pelos seguintes sinais: a) aplasia clavicular; b) aumento de volume do craneo; c) retardamento da ossificação das fontanelas e d) carater hereditario e familiar. O carater hereditario é negado por alguns autores. A transmissão é diréta e continua, sendo efetuada pelo pai ou pela mãe, indiferentemente, aos dois sexos.

A musculatura das espaduas é suficiente para manter os côtos dos ombros, e permitindo a sua projeção para a frente do torax, a ponto de se tocarem lado a lado, dando ao corpo aspeto bizarro.

Essa feição, diz o dr. Kanan, é geralmente acompanhada de outras malformações osseas congenitas espaceadas pelas diversas partes do corpo.

Após aborda o dr. Kanan as hipoteses que tentam explicar a origem da Disostose cleidocraniana:

1) A Teoria infecciosa, de Léri, que considera a anomalia cleido-craniana como causada por uma infecção difusa, ocorrida durante a vida intra-uterina:

2) A teoria do oligo-hidranios, de Mutel e Fourche, que permite o musculo uterino fazer uma pressão exagerada sobre as partes salientes do fêto (cranio-clavicular), determinando uma perturbação da ossificação por isquemia.

A sífilis é incriminada na formação do hidranios.

O dr. Kanan apresentou tres casos dessa malformação verificados na mesma familia, lendo as suas respectivas observações acompanhadas de radiografias e croquis, que foram projetados com a devida explicação das malformações. Esses casos acompanhavam-se de outras deformidades interessantes.

Em torno da comunicação do dr. Kanan, fizeram comentarios ressaltando o valor do trabalho que acabava de ser lido, os consocios drs. Alvaro B. Ferreira e Florencio Ygartua.

O orador seguinte — prof. Basil Sefton — depois de relatar mais um caso de malaria maligna em seu serviço hospitalar, em um empregado de vapor procedente do norte do país, chamou a atenção para as possiveis reproduções desse fato com graves riscos para a po-

pulação, uma vez que já foi encontrado na nossa capital, o veiculador de tão funesto mal.

A seguir o prof. Sefton péde sua inscrição para a 2.ª sexta-feira de junho, para comunicar um caso de "Spirochetose ictero-hemorrágica", o primeiro talvez encontrado no Brasil.

Finalmente, o Prof. Sefton solicitou do sr. presidente a transcrição em áta do seu trabalho lido em sessão do dia 31 de Julho do ano p. p., para o que passava á mesa copia do mesmo.

O sr. Presidente declarou que, de acôrdo com as disposições estatutarias, o Prof. Sefton seria atendido.

O dr. Florencio Ygartua propoz um voto de pesar em ata pelo falecimento do prof. Prudencio Pena, catedratico de cirurgia infantil, em Montevideú e que se enviassem pezames á familia do illustre morto e á Sociedade de Pediatria de Montevideú.

Como ninguem mais quizesse fazer uso da palavra, o sr. presidente, antes de encerrar a sessão, nomeou a seguinte ordem do dia, para a proxima sessão: conferencia pelo dr. Vidal de Oliveira, subordinada ao titulo: "Estudo critico da amebiase".

Farão comunicação os drs. Salvador Gonzales, sobre: "Fistula bilio-duodenal expontanea" e Mario de Assis Brasil.

Porto Alegre, 28 de Maio de 1937.

Dr. Luis Sarmiento Barata  
1.º secretario



# Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

Braça Senador Florencio, 21 - Edificio Wilson - 1.º andar

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Bêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas  
e Ultra-Curtas

Injeções indolores  
de  
**MERCURIO - GLYCOSADO - IODADO - CACODIATO**  
**PHOSPHARGYRO**  
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

**GLYCOSORO**

O melhor contra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada  
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENIADO  
COM OU SEM  
ESTRYCHNINA

Laboratorio  
**Gross**  
Rio de Janeiro

# Notas terapeuticas

## A utilização da vacina Demonchy

**Dr. S. Hermeto Junior** — Publicações Medicas, ano VIII, n.º 7  
fevereiro de 1937.

A razão de ser do trabalho do A., — assim diz ele que é Livre-Do-cente de Clínica Cirurgica e Assistente de Technica Cirurgica na Faculdade de Medicina de S. Paulo, — está na sua experiencia pessoal com a vacina Demonchy, como terapeutica das infeções genococicas e suas complicações.

Usou a vacina Demonchy em 50 doentes, submetidos a cuidadoso estudo clinico, constando dos protocolos os seguintes elementos:

- 1) Identificação do doente e dados gerais;
- 2) Anamnese, quanto ao passado genital atual e remoto (historia progressa);
- 3) Exame urológico (com exclusão das provas de laboratorio);
- 4) Exames de laboratorio (exame sistematico da gota antes do inicio do tratamento, no fim ou no decurso do mesmo, e espermo-cultura final);
- 5) Tratamento local;
- 6) Condições em que teve a alta.

A vacina Demonchy foi usada com a seguinte tecnica:

- a) Iicialmente meia ampola, ao nivel do tecido celular subcutaneo profundo do quadrante externo da região glutea;
- b) Após, com intervalo de um dia de descanso, injeta-se 1 cc."
- c) Em média, foram utilizados 10 a 12 injeções.

Eis a discriminação dos casos tratados pelo A., segundo diagnostico:

1) Uretrites anteriores agudas .....	12 casos
2) Uretrites cronicas + Prostatite cronica + Vesiculite cronica .....	16 casos
3) Uretrite cronica + Prostatite cronica .....	8 casos
4) Uretrite cronica + Prostatite cronica + Infeção urinaria .....	1 caso
5) Uretrite cronica + Orquiepidimite .....	1 caso
6) Uretrite cronica + Prostatite cronica + Orquiepidimite .....	1 caso

7) Uretrite cronica + Prostatite cronica + Astmia sexual .....	7 casos
8) Uretrite aguda + Prostatite aguda .....	1 caso
9) Uretrite cronica + Prostatite cronica + Vesiculite cronica + Foliculite .....	2 casos
10) Artrite do joelho .....	1 caso

O tratamento local, usado sempre juntamente com a vacinação pela Demonchy, foi representada pelas grandes lavagens uretro-vesicais, diatermia da prostata (nos doentes portadores de prostatite aguda ou cronica), dilatações e, mui raramente, instilações uretrais.

A totalidade dos doentes, ao iniciar-se o tratamento, ainda não havia sido submetida á vacina Demonchy.

Dos seus 50 doentes 36 eram portadores de uretrite gonococica cronica confirmada bacteriologicamente pelo exame da gota.

Em sua maioria, apresentavam eles complicações, principalmente prostatite e vesiculite cronicas. No fim do tratamento obtiveram a alta nas condições de cura clinica, isto é, não possuíam mais gota, a espermocultura era negativa para a gonorréa, as provas classicas da bebida não davam exsudação de especie alguma ou, quando dava, a mesma não continha **germens** e, finalmente, a uretroscopia não revelava lesões diagnosticaveis.

Em todos os periodos da afeecção, o tratamento local foi aliado á vacino-terapia e o A., justificando a sua conduta, mostranos que ele não impossibilita a apreciação dos efeitos da vacinação, dada a diversidade de mecanismo da ação de um e de outro meios de tratamentos.

A utilização da vacina Demonchy em 50 doentes e o seu estudo minucioso permitiram ao A. deduzir **alguns fatos**, de utilidade pratica:

1) O tratamento pela vacina Demonchy deve ser sempre aliado ao tratamento local da infeccção, não existindo jamais incompatibilidade da associação;

2) A vacina Demonchy determina reações gerais que não ocasionam lesão em nenhum órgão da economia, embora conduzam os doentes a um estado gripal;

3) A maior ação da vacina Demonchy se nota sobre as mucosas infetadas consistindo numa redução dos fenomenos de exsudação, qualquer que seja o periodo da afeecção;

4) As doses de 25 bilhões de germes (1 cc.) são de uma ação nitida sobre a mucosa uretral;

5) A vacina Demonchy age estimulando energeticamente o **messenquima ativo** (S. R. E. local) e, tambem, os grandes centros do sistema reticulo endotelial;

6) E', nos periodos de infeccções agudas, que a vacina Demonchy tem o seu maximo de ação, fazendo-se mais lentamente nos processos infecciosos neisserianos cronicos;

7) Não ha inconveniencia de associar-se a vacina Demonchy e as lavagens uretrais nos periodos agudos da afeecção;

8) O tratamento abortivo da gonococia no homem é eficaz, quando associamos a vacinação intensiva pela Demonchy ás grandes lavagens de permanganato;

9) Nas uretrites crônicas, a vacinação pela Demonchy é um auxiliar do tratamento local;

10) As prostatites e vesiculites crônicas são beneficiadas pela vacinação em alta dose (desde que se alie também o tratamento local);

11) a vacinação pela Demonchy diminue a dor nas epididimites agudas, e sua utilização intensiva evita a formação ulterior do nódulo sobre o epididimo;

12) As artrites agudas, recentes, são influenciadas de maneira apreciável pela vacina Demonchy.

Registre-se ainda a copiosa literatura, citada pelo A.

ARTUR RAMOS

## (970) LOUCURA E CRIME

Biblioteca de Investigação e Cultura — Vol. n.º I

Formato: 15 x 23 cms. — Páginas: 300, aprox. — Preço: 15\$000, aprox.

O dr. Artur Ramos, professor de Psicologia Social da Universidade do Distrito Federal, chefe do serviço de Higiene Mental do Departamento de Educação do Rio de Janeiro, Docente Livre de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Baía — abre a Biblioteca de Investigação e Cultura com um notável livro que foca questões de psiquiatria, medicina forense e psicologia social. A primeira parte, que trata da neuro-psiquiatria clínica divide-se nos seguintes capítulos: **O Conceito de "Totalidade" e a Noção do "Arcaico" em Patologia Mental; As Psicoses reacionais; A Angústia (Ensaio Psicanalítico)**. Segue-se a parte de Psiquiatria Forense e Psicologia Social, com as seguintes divisões: Psicose Artério-esclerótica e Reação-taxoicida; Debilidade Mental e Kleptomania; Epilepsia e Criminalidade; Alcoolismo Crônico, síndrome de Korsakoff e Criminalidade; O Crime dos Esquizofrênicos; Automatismo Homicida e Esquizofrenia de Início; O Problema Psicológico do Curandeirismo. Seguem-se documentos interessantíssimos.

A última parte do livro se intitula Medicina Legal e Criminologia e trata dos **Suicídios de Crianças**; do Hipergenitalismo e Criminalidade, A Tragédia da Casa Guanabara. A parte final é de Crítica e Polêmica.

Éis um livro interessantíssimo, admiravelmente bem escrito, que interessa a médicos, advogados e estudiosos em geral.

## Tratamento da blenorrágia pela exotina gonocócica

Seguiu-se na tribuna o dr. Mario Magalhães, que apresentou uma nota prévia sobre o tratamento da blenorrágia pela exotina gonocócica.

Depois de agradecer aos que o auxiliaram nesse estudo e cujos nomes citou, o dr. Mario Magalhães diz que o assunto de que vai tratar não constitue uma novidade. Enumera, a seguir, os varios processos empregados no tratamento da blenorrágia, desde largos anos atrás, até chegar aos nossos dias.

O orador passa, então, a expor o seu processo. Foi uma explanação longa e erudita, que manteve o dr. Magalhães na tribuna por mais de 1 hora. Ofereceu estatísticas, concluindo que, no decorrer de pouco mais de um mez, obteve um resultado de 50 % de curas, do ponto de vista clinico.

Ao descer da tribuna, o dr. Mario Magalhães disse, ainda, que o seu processo não é applicavel somente á blenorrágia, mas tambem em relação ao tratameto da infecção gonocócica extra-ocular.

O dr. Rolando Monteiro comentou a comunicação, resaltando as vantagens do processo empregado pelo dr. Mario Magalhães.

No decorrer de seu comentario, o dr. Rolando Monteiro teve oportunidade de se referir á excellencia dos Laboratorios Raul Leite, dizendo: o mais completo dos nossos estabelecimentos nacionais.

Tambem o dr. Pitanga Santos teceu comentarios á comunicação, elogiando o rigor científico dos trabalhos daqueles laboratorios.

Ocupando a tribuna, o dr. Leonel Gonzaga salienta a importancia da comunicação para o pediatria. Cita a proposito o caso das crianças nas quais não se sabe explicar a proveniencia da blenorrágia das meninas. Atendendo á solicitação do dr. Mario Magalhães poz a sua clinica á disposição do autor da comunicação.

O dr. Hélio Póvoa tambem falou para levar os seus cumprimentos não só ao dr. Mario Magalhães como ao dr. Raul Leite.

---

Dr. JOSUE' DE CASTRO

### A alimentação brasileira á luz da geografia humana

Formato: 15 x 23 cms. — Gravuras: 15 — Paginas: 200 — Preço: 12\$000, aprox.

O dr. Josué de Castro é uma das nossas autoridades em matéria de alimentação. Escritor e médico, seus livros são literariamente bem compostos e de leitura agradabilissima. A respeito do último trabalho do dr. Josué de Castro sobre o mesmo assunto, assim se manifestou o eminente crítico paulista, dr. Plínio Barreto: "Acredito que os espíritos mais frívolos perceberão a importância da questão examinada pelo sr. Josué de Castro, reconhecendo que o seu esforço para modificar o que existe no Brasil sobre alimentação pública, constitue uma obra não só de patriotismo como de humanidade. Se eu tivesse alguma influência nos meios políticos, obrigaria os nossos homens de govêrno a lerem o livro e a tomarem em mãos, com decisão de resolvê-lo, o grave problema que o livro examina". Outro crítico ilustre, Jaime de Barros, escreveu o que segue: "Na aparência, parece seduzir só aos especialistas, aos médicos, quando devia estar, antes, espalhado na mão do povo, numa distribuição gratuita intensa no Brasil".

Eis um livro que recomendamos a toda gente.