

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade de Medicina de Porto Alegre — 1938

PRESIDENTE

FLORENCIO YGARTUA

Doc. de Cl. Pediatrica

VICE-PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

SECRETARIO GERAL

RAUL DI PRIMIO

Doc. de Parasitologia

1.º SECRETARIO

CARLOS DE B. VELHO

2.º SECRETARIO

SALVADOR GONZALES

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

E. J. KANAN

Doc. de Ortopedia e Cirurgia Infantil

DIREÇÃO CIENTIFICA

TOMAZ MARIANTE

Cat. de Cl. Medica

A. SAINT-PASTOUS

Cat. de Cl. Medica

ELYSEU PAGLIOLI

Cat. de Cl. Propedêutica Cirurgica
(Interino)

SECRETARIO DA REDAÇÃO

SADI HOFMEISTER

REDADORES

GABINO DA FONSECA

MARIO TOTA

NOGUEIRA FLÔRES

ANES DIAS

PEDRO MACIEL

PEREIRA FILHO

MARIO BERND

J. MAIA FAILACE

AMERICO VALERIO

ALVARO B. FERREIRA

IVO JORRÊA MEYER

JOÃO G. VALENTIM

HELMUTH WEINMANN

WALDEMAR NIEMEYER

MARTIM GOMES

GUERRA BLESSMANN

D. SOARES DE SOUZA

VALDEMAR CASTRO

RAUL MOREIRA

JACI MONTEIRO

J. L. T. FLÔRES SOARES

NINO MARSIAJ

CARLOS CARRION

J. LISBÔA DE AZEVEDO

C. LUPI DUARTE

LUIS S. BARATA

ANTONIO LOUZADA

GERENTE: **ALMANZOR ALVES**

ASSINATURAS:

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

Séde da Redação:

RUA GENERAL CAMARA, 261

Caixa postal, 872

Sumario

Trabalhos originaes

LASSÈRE — Pneumoconioses	Pg. 529
BORBA LUPI — Diagnostico diferencial entre a cura clinica da tuberculose pulmonar e cura anatomica das lesões, pela tomografia ou radiografia em secções	Pg. 537
MANUEL LOFORTE GONÇALVES — Terapeutica da Febre Tifoide	„ 547
Revista de novos livros	„ 559
Noticiario	„ 580

Sociedade de Medicina

Sociedade de Medicina — Atas	„ 561
------------------------------------	-------

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**

Tônico geral - Remineralizador - Reconstituinte - Estimulador
— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — 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



Pneumoconioses

(Concepções actuaes)

(conferencia feita pelo Dr. Cassèrre na Sociedade de Medicina em Agosto de 1938)

O capítulo das pneumoconioses foi objeto, nestes últimos anos, de numerosos trabalhos; já muito interessante sob o ponto de vista da anatomia patológica e da etiologia, êle se transportou ao plano da medicina social e ao da medicina legal.

Agrupa-se sob o termo genérico de pneumoconioses, um conjunto de fatos clínicos de patogenia complexa e ainda discutida mas que, todos têm um carater comum: são as síndromes anátomo-clínicas resultantes da inalação de poeiras e de sua fixação no parenquima pulmonar.

Seu estudo se nos apresenta a encarar sob um triplo interêsse: anátomo-clínico por causa da tuberculose, patogênico e *prático*: si, com effeito, as pneumoconioses são consideradas como moléstias profissionais, tal acarreta consequências econômicas consideráveis.

Farei um estudo muito succinto da questão, o que é bem difficil, porque, si numerosos trabalhos foram publicados nestes últimos tempos, êles são as mais das vezes contraditórios. Tentarei, entretanto, expôr o assunto o mais simples e o mais didático possível.

Antes da era bacteriológica, com Laennec, attribuia-se tudo ás poeiras de carvão, á antracose.

Atualmente, desde a era bacteriológica, attribue-se tudo á silicose, e é a questão das relações entre a silicose e a tuberculose que se nos apresenta com toda a sua acuidade. Quando nos achamos em presença de um doente, de um mineiro, por exemplo, tres questões se nos deparam:

- 1.º trata-se de uma pneumoconiose pura?
- 2.º “ “ “ pneumoconio-tuberculose?
- 3.º “ “ “ tubérculo-coniose?

O dia em que estas questões forem resolvidas, não haverá mais problema das pneumoconioses ou, mais exatamente, êle estará solucionado.

Todos, atualmente, admitem a nocividade da inalação das poeiras, mas diferem sôbre seu modo de ação.

1 — Certos autores baseiam sua teoria sôbre a ação físico-química das poeiras; estas prejudicariam por ação mecânica ou quimio-tóxica, por conseguinte a tuberculose não seria sinão uma complicação da pneumoconiose.

2 — Ao contrário, outros autores pretendem que a infecção é tudo, a poeira nada. A infecção tuberculosa do pulmão permite a êste fixar a sílica, e cita-se para demonstração, o exemplo dos árabes que vivem no

Sahara, respiram continuamente areia e sílica e não apresentam, no entretanto, pneumoconiose.

Sternberg, por ocasião de um recente congresso, expôs que a ação das poeiras podia depender de vários fatores: sua ação poderia ser alérgica, cromática, microquímica, coloidal ou infecciosa.

Mais simplesmente, na hora atual, admite-se, com Agasse Lafont, que ha pneumotoniões agudas e crônicas.

As pneumoconioses agudas não nos interessam. Elas são provocadas por poeiras ativas, tóxicas, cáusticas (bicromato de potássio) ou infecciosas (bateridia de Davani).

As pneumoconioses crônicas são provocadas por poeiras inertes que podem ser ou moles e maleáveis (a lã, por exemplo) que não nos interessam, ou por poeiras duras e vulneráveis: são as verdadeiras pneumoconioses crônicas, as únicas de que nos ocuparemos.

Ha, segundo o tipo da poeira em causa, um número consideravel de pneumoconioses. Estudaremos unicamente os dois primeiros tipos: a antracose e a silicose.

Entretanto, quero enumerar as pneumoconioses mais importantes:

Origem mineral	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Siderose (poeira de ferro)} \\ \text{Chistose (ardosia)} \\ \text{Gipsose (gêsso)} \\ \text{Argirose (prata)} \\ \text{Asbestose (amianto)} \end{array} \right.$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Poeira de marmore} \\ \text{" " argila} \\ \text{" " cimento} \\ \text{" " vidro} \\ \text{" " lapis-lazuli} \\ \text{" " lava} \end{array} \right.$						
			Origem vegetal	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Dissinose (algodão).} \\ \text{Tabacose (indenizavel no Brasil. — Entidade clínica} \\ \text{Linho e canhamo.} \end{array} \right.$	$\left. \begin{array}{l} \\ \\ \end{array} \right\}$ ainda não provada).			
						Origem animal	$\left. \begin{array}{l} \\ \end{array} \right\}$	$\left. \begin{array}{l} \text{Lã, Sede.} \\ \text{Pêlos, Ossos, Madreperola.} \end{array} \right.$

Não as estudarei, fazendo notar que estas poeiras só serão nocivas quando contiverem sílica, silicatos, serisita e, neste caso, elas entram no capítulo da silicose.

ANTRACOSE

A tendência atual é a de negar qualquer papel nocivo ás poeiras de carvão.

A antracose foi individualisada em 1819 por Laennec. Posteriormente os autores a consideraram primeiro como um estigma e depois como uma doença profissional, como uma doença clínica evoluindo para a tísica negra com grandes distúrbios funcionais cardio-pulmonares e formação de cavernas.

Presentemente a antracose não é mais considerada com uma doença autônoma, mas como um simples depósito, uma tatuagem dos pulmões,

sem interesse patológico. Certos autores vão mais longe e pretendem que nem mesmo a coloração negra dos pulmões é devida ao carvão, mas a um pigmento ferruginoso de origem hemática.

Entretanto, não é menos certo que na autopsia dos pulmões de certos mineiros acha-se esclerose e mesmo, frequentemente, tuberculose.

Para certos autores (Rist, Policard), a tuberculose, muitas vezes fibrosa, não tem nenhuma relação com a inalação de carvão. Para outros (Jousset), a inalação acarreta a esclerose pulmonar mas em nada modifica a evolução da tuberculose. Para outros autores enfim, não é mais o carvão que é nocivo, mas a sílica. Si a mina, onde trabalha o operário, é de carvão de pedra puro, haverá só uma tatuagem antracósica do pulmão; si a mina, ao contrário, atravessa camadas de rochas silicosas, haverá doença.

Em conclusão: 1.º — a antracose pura, tatuagem do pulmão não é uma doença;

2.º — a antraco-silicose é uma doença, pois, o mais das vezes, quando o operário vem consultar, é uma antraco-sílico-tuberculose.

Podemos, agora que o terreno está esclarecido, estudar mais demoradamente a silicose e saber o que se entende por sílico-tuberculose.

Na hora atual, com efeito, a questão das pneumoconioses se confunde, em interesse, com a da sílico-tuberculose.

SILICOSE

(Sinônimos: doença dos trabalhadores em porcelana, dos trabalhadores em quartzo, doença de "Saint Roch", chalicose, tisia dos trabalhadores em pedra, "cailloutite").

O interesse da questão, prático evidente, é de saber si existe uma silicose pura ou não, si se trata sempre de uma sílico-tuberculose ou não.

Estabeleceremos, no decurso de nossa discussão, os seguintes fatos: ha, nos trabalhadores em sílica, uma afecção especial, traduzida por um cortejo de sintomas radio-clínicos; muitas vezes, mas não sempre, acha-se uma tuberculose associada. Mas, ou a tuberculose é uma complicação da silicose, ou então a silicose só se desenvolve sob a influência associada da sílica e do bacilo de Koch.

Tal é o problema. Estudemo-lo primeiro sob o ponto de vista clínico, fazendo notar desde já, que não ha nenhuma diferença essencial entre a silicose pura e a sílico-tuberculose.

CLÍNICA

Início: após um tempo de exposição ás poeiras de 1 á 20anos, aperece a tosse, quintosa, com expetorações mucosas cotendo sílica (revelada pela microespectroscopia).

Fase radiológica: (sem sinais clínicos) traduz-se por:

- um engurgitamento linfático do hilo, de onde partem arborizações bronco-vasculares;
- algumas granulações como nas granulias frias.

Fase de confluência fibrosa e de aparecimento dos sinais clínicos:

- Poucos sintomas gerais;
- Como sintomas funcionais nota-se: a dispnéa, as mais das vezes asmatiforme, cianose; tosse acompanhada de dores torácicas; expectoração mucosa, aerada, hemoptoica, cujo exame microscópico revela a presença de células epiteliais descamadas, polinucleares, células com pó de sílica e poucos bacilos de Koch.
- Os sinais físicos, sem originalidade, são os de esclerose pulmonar com enfisema e bronquite.
- A Radiografia mostra vários tipos, várias formas:
- miliar pura, em tempestade de neve;
- “ com pneumotórax espontâneo: pneumotorax sem sinais clínicos;
- “ associada a grandes manchas esfumadas: tipo de bronco-pneumonia tuberculosa mas sem imagem areolar;
- pseudo-tumoral: é, muitas vezes a resultante de uma miliar.

Estado terminal: o doente morre ou de tuberculose pulmonar (com cavernas, ou tísica melânica); ou cardíaco (cardíaco azul ou asistolia direita).

ANATOMIA PATOLÓGICA

Exame macroscópico: o pulmão é duro, não crepita.

O corte mostra:

- os grandes brônquios dilatados, cheios de pús,
- os gânglios aumentados de volume, com traços cinza escuro,
- tiras de esclerose,
- pleura espessada.

As cavidades direitas do coração estão dilatadas.

Exame microscópico:

- lâminas de esclerose se continuando nos septos inter-alveolares,
- alveolos ás vezes pequenos mas, mais frequentemente existe zonas de enfisema com esclerose,
- os alveolos estão cheios de macroblastos carregados de poeiras,
- os vasos: grossos, ás vezes infiltrados,
- as lesões especificamente tuberculosas são excepcionais, salvo cavernas fibrosas e negras,
- nódulos: recentes, de centro fibro-hialino, avascular, rodeado de fibroblastos, ou antigos, de mesmo aspeto, mas rodeados de zonas congestivas e hemorrágicas.

Ao lado dêste nódulo silicósico puro existe um nódulo sílico-tuberculoso, com células gigantes e caseose.

Para Policard, o nódulo silicósico puro é simplesmente um nódulo sílico-tuberculoso cicatricial. A questão é muito difficil a resolver. Em todo o caso é impossivel reproduzir experimentalmente o nódulo silicósico puro.

P A T O G E N I A

Proust, no fim do século passado, no seu tratado de higiene industrial, já estimava que se apresentavam os problemas da silicose pura, da sílico-tuberculose e de tubérculo-silicose. Uma idéa dominava então a questão: a sílica, acreditava-se, transformava a tuberculose em uma tuberculose de marcha lenta; pensava-se que a sílico-tuberculose se desenvolvia em 3 fases:

- 1 — ulcerações do pulmão pela sílica e fixação do bacilo,
- 2 — período de escarificação das lesões pulmonares pela sílica,
- 3 — período de esclerose, ou cicatriz. Morte por esclerose, tuberculose, insuficiência cardíaca.

Atualmente a questão não parece tão simples. A ação da sílica sobre o tecido pulmonar não é mecânica como se pensava. Trata-se antes, de uma combinação química, a sílica sendo transformada em silicato e em sílica coloidal.

Aliás, é pouca a sílica que age: quando um mineiro respira poeiras, uma parte da sílica inalada é rejeitada sob forma de sílica expirada (nasal e brônquica); só conta a sílica alveolar formada dos grãos mais finos.

Qual é, pois, o comportamento da sílica nos alveolos pulmonares e nos linfáticos? Os grandes mononucleares ou células de poeiras, envolvem a sílica. E, por esta razão as células se mumificam e formam vastas camadas (Mavrocordato e Policard). Estas, penetradas por elementos conjuntivos, histocitos, fibroblastos, elementos colagenos, terminam no granuloma, esboço do nódulo silicoso.

A silicose poderá pois se observar em todos os indivíduos expostos á poeira de pedras; mas uma série de circunstâncias fazem variar a intensidade do perigo:

— Antes de tudo a riqueza da rocha considerada em sílica. Os homens que trabalham só na derruba não correm perigo algum. Ao contrário, os que perfuram os bancos de rochas que sepaam as veias de carvão estarão em contato da sílica. Segundo as regiões mineiras, as rochas apresentam quantidades variáveis de sílica.

— Deve-se também encarar a concentração das poeiras na atmosfera, o que varia muito com a ventilação e a humidificação da mina e o momento do trabalho: depois de uma explosão provocada, por exemplo, a concentração aumenta.

— Aliás só as partículas de um tamanho inferior a 10 microns seriam nocivas. Por conseguinte, a nocividade depende do modo de ataque da rocha: a picareta não é nociva, a perfuradora o é muito.

Estudamos até agora a questão da silicose em geral. Vejamos em que termos ela coexiste com a tuberculose.

Já dissemos que a tuberculose é quasi constante e que a silicose raramente possui uma entidade própria. Demais a tuberculose é muito diversamente apreciada segundo os autores e segundo as minas. Certos autores pretendem que a influência da silicose sobre a tuberculose é mínima; outros, ao contrário, pretendem que os operários são então condenados á morte.

Rist sustenta que a silicose não constitue uma entidade nosológica real. Para êle, com efeito, os aspectos radiológicos de doença não são característicos: o mais das vezes trata-se de um tipo de granulía fria; por outra parte, clinicamente, é a euberculose que faz a gravidade da silicose. Enfim, ponto capital, muitos trabalhadores em sílica não apresentam silicose. E Rist e sua escola, dizendo que silicose é tuberculose, concluem que não é uma doença profissional e que não se deve, pois, indenizar o operário. Na realidade esta opinião é talvez um pouco exagerada e pode-se melhor dizer que: nem todos os operários apresentam silicose, mas a frequência desta depende da natureza da rocha. A tuberculose é frequente, mas não constante.

Entretanto, estas discussões médicas tiveram repercussões práticas:

— Na França, o médico deve declarar uma pneumoconiose, mas esta doença não é indenizada a título de doença profissional.

— Em vários paizes e em particular no Brasil, na Argentina, na Bolívia, no Chile, a pneumoconiose é indenizada.

Como praticamente, deve-se solucionar a questão. Cada caso patológico é, evidentemente, um caso particular, mas vejamos em que quadro um doente pode ser incluído.

Um mineiro, por exemplo, vem pedir a um médico, u certificado constatando que tem uma pneumoconiose e que tem direito á indenização. Que fará o médico?

Em primeiro lugar deve-se conhecer os seguintes dados: idade, desde quando está na mina, que trabalho faz, qual era seu estado de saúde antes de trabalhar na sílica e enfim qual é o tipo da rocha onde êle trabalha: é ou não silicosa?

Isto feito, o exame clínico e radiológico do doente permite de situarlo em tal quadro nosológico.

1 — Num primeiro caso pode-se eliminar qualquer idéia de pneumoconiose: E' quando a radiografia mostra unicamente fibrose (desconfiar dos reivindicadores), mas neste caso o médico deve aproveitar da ocasião que se lhe oferece e dizer ao doente que terá, mais tard uma pneumoconiose e proibir-lhe de trabalhar na mina. Além disso deveria-se, em cada mina, fazer periodicamente um exame radiológico que permitiria separar os operários que poderão ter uma pneumoconiose e muda-los de ocupação.

2 — Num segundo caso, trata-se, clínica e radiologicamente, de uma pneumoconiose:

Duas eventualidades devem então ser tomadas em consideração:

a — A natureza da pneumoconiose parece pura: não se pode pôr em evidência a tuberculose: isto é raríssimo. Neste caso deve-se indenizar como doença profissional. Mas é preciso muita prudência pois, como vimos, a individualização dessa forma não é admitida por todos.

b — Segunda eventualidade, de muito a mais frequente: trata-se de uma sílico-tuberculose: que deve-se fazer? Considerar o doente não exatamente como atacado por uma doença profissional, mas como estando atacado de uma tuberculose agravada pela profissão. Deve-se, pois, de-

terminar exatamente a parte que toca ao traumatismo respiratório para poder esclarecer o juiz e lhe indicar e percentagem que deve ser atribuída á silicose.

A prática que se estabeleceu ha alguns anos, de bem examinar radiologicamente cada doente antes de autoriza-lo a trabalhar na mina, de verificar sua resistência ao bacilo de Koch, permitirá, daqui poucos anos, de reduzir ao mínimo esta categoria de sílico-tuberculose.

Vê-se, pois, que toda a atenção do médico deve tender a fazer um diagnóstico de uma precisão extrema afim de bem informar o juiz encarregado de concluir a peritagem. Cada caso é um caso particular e o médico deve resolve-lo com sua consciência. Quer dizer tambem que o diagnóstico exato da forma deve ser bem estabelecido e baseado sobre um conjunto de sintomas clínicos e de laboratório que permitirão resolver exatamente as seguintes questões: é uma pneumoconiose? qual é sua forma clínica? qual é a parte que toca á tuberculose?

Isso tem tambem uma importância não sómente legal mas ainda terapêutica. Não insistirei sobre êste ponto. Assinalemos que na hora atual estão bem focadas a terapêutica preventiva: boa aeração da mina, exame afim de descobrir os doentes na entrada; e a terapêutica curativa: no período de início lutar-se-á contra a infecção, ajudar-se-á o doente a respirar e no período do estado é o tratamento da asma, da bronquite crônica, do enfisema, da tuberculose, da insuficiência cardíaca que se nos depara.

Tal é, esquematizada ao extremo, a concepção atual das pneumoconioses. Vê-se que, a seu respeito, teorias completamente opostas se enfrentam. E, no estado atual das coisas, enquanto a questão não puder ser mais esclarecida, não se pode legislar sobre a pneumoconiose. Entretanto, parece-nos, que inspirando-se de algumas regras racionais e encarando honestamente a questão, o médico e o juiz poderão resolve-la para cada caso em particular sem lesar o patrão e o operário, um em detrimento do outro.



CELLONA

A APERFEIÇOADA ATADURA
GESSADA ALEMÃ

- ① PRONTA PARA USO IMEDIATO
- ② METADE DO PESO
- ③ APLICAÇÃO LIMPA
- ④ MUITO ECONOMICA
- ⑤ CORTADA, O RESTO CONSERVA-SE BEM NA LATA

LATAS DE FOLHA COM 1 E 12 PEÇAS NOS TAMAHHOS USUAIS

O HODIERNO CIRURGIÃO APLICA SÓMENTE ATADURAS GESSADAS "CELLONA"

LABORATORIO PHARMACEUTICO INDUSTRIAL "CAMARGO MENDES S/A -

SOLITARIA

O extracto ethereo de feto macho associado ao chloroformio, constitue a base das

Capsulas
TENIFUGAS
DE
"Camargo Mendes"

RUA FRANCISCO LEITÃO 48 - caixa 3413 - S. Paulo

Diagnostico diferencial entre a cura clinica da tuberculose pulmonar e cura anatomica das lesões, pela tomografia ou radiografia em secções

Dr. Borba Lupi

Para quem faz clínica fisiológica, impõe-se muitas vezes a solução de uma equação, cuja incognita é o diagnóstico de cura dos processos anatomo-patológicos da afecção bacilar pulmonar. Começa, então, para o médico a insistência junto ao seu doente, pois, embora o seu estado geral seja ótimo, cheio de euforia e bem estar, as suas lesões não atingiram ainda ao ponto de serem curadas e assim, pelo abandono do tratamento, médico ou cirúrgico e higieno-dietético, a que se tiver submetido, poderão entrar em atividade, retomando a sua virulência. Ainda quando a baciloscopia se tenha tornado negativa e os exames hematológicos não mais confirmem um processo evolutivo, pode acontecer que as lesões entrem em atividade, reacendendo-se em virtude de não ter o processo cicatricial atingido o seu estadio, definitivamente constituído de processos de cura anatômica. E' que na tuberculose pulmonar se passa o inverso daquilo que se observa em outras infecções agudas: "Na febre tifoide, por exemplo, a cura da moléstia local procede a convalescença. E' quando o doente chega ao último gráu de exgotamento que as lesões curam e que o estado geral do doente começa a melhorar.

Na tuberculose pulmonar, ao contrário, a convalescença precede, muitas vezes, enquanto as lesões pódem estar em franca atividade. Há uma trégua enganadora, com a qual os doentes se deixam facilmente impressionar e que comprometem o processo definitivo de cura. E' então que, baseando-se sôbre a cura das lesões, se decidirá da cura do doente (Jaquerot). A radiografia deve mostrar uma diminuição progressiva das manchas pulmonares e, á medida que os ruidos anormais de ausculta diminuem e que os escarros desaparecem e sòmente quando o doente ficou, durante longo tempo, sem expectorar, é que se pode começar a falar de cura. Importa ser-se prudente antes de pronunciar esta palavra: A melhora do estado geral é de uma grande importância no processo da cura. Em geral, todo doente que engorda melhora. Todavia o aumento de pêso não está sempre em proporção com a melhora das lesões pulmonares" (Jaquerot). Na tuberculose pulmonar não ha uma linha de demarcação nitida entre o, estado de doença e o estado de cura. As reações hematológicas pódem ser negativas, a sedimentação normal e isso não é senão um indício de que o doente não está em estado toxicêmico, de que não há difusão de toxinas em circulação, de que o processo está localizado, de que o organismo está em defesa, de que as lesões estão, muitas vezes, envolvidas por tecido produtivo ou já de fibróse, ainda não atin-

gida á sua terminação e que guarda, engloba, no seu seio, fôcos ainda em exudação. E' muitas vezes difficil dizer, com certeza, se um doente está realmente curado ou se se trata de um tecido cicatricial ou de um fôco tuberculoso, momentaneamente fechado, duma tuberculose latente (Rieux), podendo despertar em qualquer dia. Já se vê que nos referimos a processos que não atingiram a sua finalidade definitiva de cura anatômica não a processo definitivo de cura em doentes tidos como realmente curados, que exacerbem suas lesões e a doença entra em atividade por causas que todos vós conheceis. Achamos de fundamental importância estas considerações, pois que ainda depois da cura clínica e anátomo-radiológica, o paciente só poderá entregar-se ás suas occupações habituais e a uma vida normal quando houver decorrido um ano de tratamento de consolidação e um ano de observação." O termo e cura da tuberculose pulmonar, no sentido mais restrito não são uma realidade em patologia.

Ainda nos processos tuberculosos, onde uma evolução muito favorável faz presumir uma verdadeira cura, por não mais ser possível o menor vestigio da afeção anterior, a prova biológica da reação á tuberculina permite comprovar a sua positividade. Esta reação positiva denuncia, como é sabido, a existência de bacilos vivos, os quais, apesar da simbiose com o organismo em que vivem, mantem em potencial condições de virulência enquanto durar a vida do que o alberga.

Por outra parte, ainda quando esta cura se expréssa por uma cicatrização perfeita das lesões ao nível dessas sequélas cicatriciais, sejam cirróticas ou cretáceas, é possível descobrir bacilos vivos com certo gráu de virulência." (Sayago, Cordoba). Si nos separarmos do juízo de cura, em sentido biológico ou bacteriológico restrito, para formar critérios fundamentados entre a estabilidade ou a inatividade dos fôcos tuberculosos, poderemos dizer com R. C. Sweany (Am. Rev. Of. Tub. XXX — II — 544) que não existe uma lesão tuberculosa patologicamente inativa. "A própria calcificação lesional, como nos é possível comprovar pela radiografia pôde chegar á reabsorção sem interromper a cura clínica alcançada."

"As cicatrizes mais antigas não reconhecem limites dentro de sua evolução detratil e, ainda que alcançados os grãos mais intensos de retração cicatricial, um despertar no sentido da atividade morbida pôde, de novo, acontecer.

"Conhecer as circunstâncias que favorecem a evolução regressiva das lesões mais ativas, no sentido de cura clínica, assim como estudar as causas que favorecem a exarcebção das mesmas, representa em sua essência realizar o estudo das questões de mais importância que servem para fomentar o problema dos mecanismos de cura da tuberculose pulmonar, a idéia do prognóstico estando sempre presente e com razões de não menor importância para o tratamento." (Sayago).

A cicatriz de uma lesão constitue um processo de cura com defeito, tanto no sentido específico como no physio-patológico: No sentido específico, se deduz pela frequência com que ao nível das zonas de cicatriz apparecem exarcebções próprias do processo tuberculoso, assim como dessas mesmas zonas cicatriciais pôdem determinar, á distância, o apparecimen-

to, por via hematogena ou linfogená, de novos focos de doença. A cura com efeito, no sentido physio-patológico, se compreenderá facilmente si pensarmos nas multiplas alterações que se operam nas zonas vizinhas do processo cicatricial.

São lesões compensadoras do paréquima pulmonar, devidas a nova formação cicatricial, alterações que muitas vezes rebaixam os limites do physiologo para adquirir um verdadeiro sentido patológico.

TOMOGRÁFIA

A tomografia pulmonar ou radiografia por côrtes é uma nova técnica para exploração radiológica de quasi todo o organismo e, em particular, para o estudo das lesões pulmonares." Todos os médicos familiarizados com a exploração radiológica torácica compreendem que, embora a exploração radiológica corrente, e que poderíamos chamar clássica, haja prestado e venha prestando extraordinários serviços para o estudo das afecções pulmonares, não é menos certo que oferece, entretanto, grandes lacunas para uma interpretação inteiramente científica. Essas lacunas dependem da técnica em si, pois um film radiográfico é uma projecção plana dos inumeros elementos anatômicos microscópicos normais e patológicos contidos em todo o torax; porém, como o torax tem uma considerável espessura superpõe-se uma infinidade de planos e de tal maneira que a análise é, muitas vezes, impossível; daí uma chapa de pulmão normal apresentar um número de detalhes que não têm uma tradução correta e que muitos autores designam com nomes que não correspondem a realidade." (Felix R. Leborgne).

As projeções radiográficas correntes já não investigam de modo exato, pois elas representam uma soma de contrastes inumeros colocados em planos diferentes. Pódem ser comparadas á sombra que uma árvore, com ramos e flôres, projecta sobre uma parede. Uma análise dos ramos e folhas, em particular, torna-se impossível, pela justa posição de imagens, podendo-se somente deduzir alguns dados sobre a estrutura da predita árvore. Inumeros elementos anatômicos contidos no torax são projetados numa chapa radiográfica. Si a disposição bronco alveolar com ar oferece boas condições de contrastes pela sua transparência, as veias e as arterias oferecem dificuldades grandes para o estudo das imagens inseridas na chapa. A radiografia de um côrte da espessura de um centimetro torna mais simples as imagens projetadas. O mesmo se passa com o objeto vivo, empregando o tomografo, e no pulmão normal é possível estudar as arterias e veias com precisão maior, pois nestas condições apresentam um contraste notável como si fossem projetadas num líquido opaco". As tomografias pulmonares apresentam um detalhe da árvore vascular realmente interessante, de onde pode apreciar-se o gráo de sclerose arterial e as deformações dos referidos vasos consequentes a processos patológicos. E' evidente o contraste bronquicos e nas steletasias êle é notável, o que é lógico, pois, o bronquio, cheio de ar, contrasta sobre o campo pulmonar ateleasiado. E' um processo interessante a possibilidade de individualização e estudo de vasos e bronquios, permi-

tindo uma análise que poderá ser semelhante, talvez superior, á lipio-broneçografia.

A TOMOGRAFIA NO ESTUDO DA TUBERCULOSE PULMONAR

Em uma radiografia clássica, as infiltrações tuberculosas são, em geral, de uma interpretação completa e si bem que, para o diagnóstico, os trabalhos interpretativos, muito meritorios e numerosos, chegaram a dar uma interpretação sufficiente, não é menos certo que falta, muitas vezes, precisão de detalhes, pois si as cavernas são, em geral, de uma interpretação exata, os processos de alveolite não se traduzem fielmente. Não vemos numa radiografia o processo elementar do caso, tal como pode ser feito pelo anatomo-patologista de uma maneira iniludível, e é uma aspiração lógica levar a ciência da radiologia a uma representação absolutamente fiel da anatomia patológica pulmonar.

Os tomogramas de infiltração dos focos de bronco-alveolite de um modo novo e interessante aparecem.

Tudo isso pode referir-se ao processo das granulias, pois todos reêmhecem á obscuridade de interpretação correta que existe nas imagens obtidas nessas lesões. A radiografia por planos permite, também, eliminar os elementos que fazem sempre sombra, quer sejam osseos ou viscerais. Deste modo, temos uma aplicação prática e imediata para o estudo do vertice pulmonar, onde as costelas e clavicula impedem, muitas vezes, uma projecção, e de onde as radiografias de perfil são quasi impossíveis. O mais interessante é a descoberta, a determinação da localização e da profundidade da caverna ou cavidades do abcesso no meio de um bloco pulmonar que, por sua grande densidade, atelectasia, condensação ou pleurisia impêdem a visibilidade da cavidade. A tomografia nos conduz á solução clara, evidente e certa, da investigação de cavernas, como aquelas que em dois dos nossos casos foram permeáveis aos raios pela teleradiografia em que o processo de radiografia em secções evidenciou uma cavidade. Muito concludente será, ainda, nas condensações do infiltrado precoce infra-clavicular de Assmann, pois, se admite, com a maioria dos autores, que a caverna pre-exista á sua visibilidade aos R. X. Falta a expressão do caseum quando não se deu ainda a expulsão dos tecidos em necrobiose, existindo já a cavidade. (Resumo com alterações do trabalho: Tomografia pulmonar, de Felix E. Leborgne-Revisa "Tuberculose del Uruguay" tomo V, n.º 4). Segundo concepção que fizemos do processo de radiografia pulmonar por córtes secções ou planos, tomografia, achamos que a síntese abaixo explica as modificações que este processo trouxe á radiologia:

1º — Dissecção, em planos; 2º — Dissociação, de imagens; 3º — Diferenciação, de tecidos e elementos anatômicos; 4º — Localização em profundidade.

INDICAÇÕES

- I) Nas intervenções torocoplásticas.
 - a) Localização exata da lesão.
 - b) Exame do outro lado possível contra-indicação da intervenção.

- e) Facilita ao operador avaliar da extensão em que deve intervir.
- II) Na plumbagem parafinica.
 - a) Nas cavernas encobertas, pouco ou nada visíveis.
 - b) Operações preparatorias de outras intervenções torácicas.
- III) Processos ocultos por
 - a) espessamentos pleurais.
 - b) exudados e empiemas.
 - c) oleotorax, etc....
- IV) Contrôlo da frenico-exerese.
- V) Para as adherencias não é de grande valor porque, geralmente, as adherencias não são paralelas ao film.
- VI) Localização exata de corpos extranhos na caixa torax. O A. faz aqui uma ressalva: si o corpo estiver justamente no limite entre a zona focalizada e a desfocalizada, formar-se-á outra imagem. Apresenta uma observação de um corpo classificado, que se apresenta ao tomograma como um exudato, devido á localização. E por isso o A. afirma que a radiografia normal é o complemento indispensável do tomograma.
- VII) Prefere a broncografia á tomografia para o diagnóstico das bronquietasias.
- VIII) Indicação da operabilidade de tumores do torax." (Dr. Dimitrije M. Juzbazic. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 50: 2037-2041-11-12-936.

CONCLUSÃO

Pela inspeção comparativa que fizestes entre teleradiografia e tomografia, batidas na mesma ocasião, pudestes verificar que em doentes tidos como clinicamente curados, pela negatividade de todos os exames hematológicos a que procedemos, e pela radiografia comum, ficou evidenciada a existência de uma pequena caverna profunda. Cumpre-nos agradecer ao ilustre e competente dr. Carlos Osorio Lopes, assistente da Secção de Radiologia da enfermaria dirigida pelo professor Thomas Mariante, assim como ao seu dedicado auxiliar dr. Augusto Andrade, a contribuição que nos prestaram, fazendo as tomografias dos nossos doentes, as quaes serviram para esta nota previa em nosso meio clínico especializado e que será continuado em trabalho subsequente.

Devemos, ainda, referir que cabe ao primeiro daqueles radiologistas a primasia da tomografia em nosso Estado, de que já fez a comunicação á Faculdade de Medicina.

As últimas palavras do conferencista foram saudadas por longa salva de palmas. Teceu comentários o presidente, elogiando o trabalho do dr. Borba Lupi, que é o primeiro tisiólogo que, em nosso meio lançou mão da tomografia, como processo de exame pulmonar. Conceitou-o a continuar trazendo a sua valiosa colaboração e felicitou a casa pela magnifica conferência que havia tido a oportunidade de ouvir.

CASO N.º 1

Teleradiografia	}	Aspecto radiológico de lobite superior direito.
11/11/37		
Teleradiografia	}	Aspecto radiológico de fibrose do lóbo superior direito.
2/5/38		

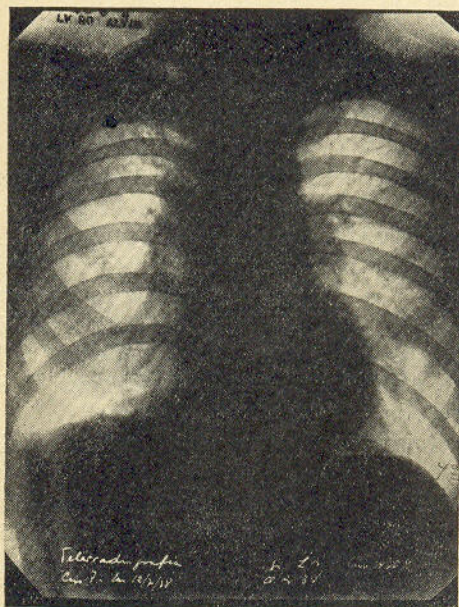


Fig. n.º 1



Fig. n.º 2

Teleradiografia 12/7/38	}	Infiltração produtiva exsudativa, com provavel escavação central na região infraclavicular direita.
Cliché n.º 1		
Tomografia 12/7/38	}	Pequena espelunca descoberta pelo ectractigrama, no mesmo dia da radiografia anterior.
Cliché n.º 2 e 3		

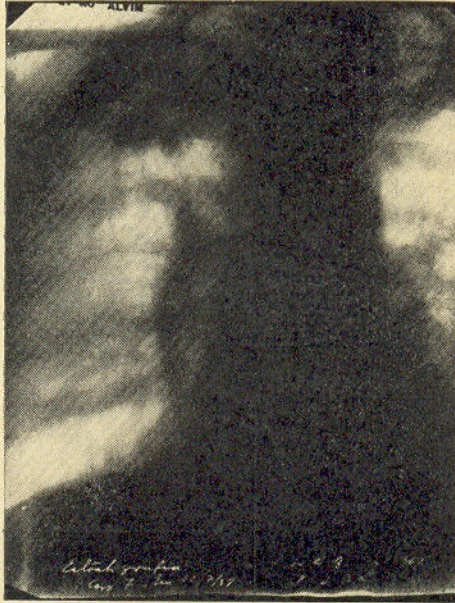


Fig. n.º 3

EXAMES DE LABORATORIO

Em 11/11/37	} — B. K. Positivo	SEDIMENTAÇÃO	VELEZ
		20 mm. em 1 hora	35-39-22-3-1.
		48 mm. em 2 horas	
		Indice: 34 —	
Em 6/4/38	}	SEDIMENTAÇÃO	
		18 mm. em 1 hora	
		45 mm. em 2 horas	
		Indice: 31,1.	
Em 6/7/38	}	SEDIMENTAÇÃO	VELEZ
		8 mm. em 1 hora.	5-13-50-30-2. G.G.G.G.g.g. sp. sp. 1 . —
Em 12/7/38	}	O doente não elimina secreção para proceder a baciloscopia. Não tosse. Aumento de peso: 12 kgs.	

CASO N.º 2

- Início: Janeiro — 1937... { Infiltrado precoce infra-clavicular direito, não ulcerado.
- Tomografia a 4 cms. do plano dorsal { Não revelou ulceração. Confirma a teleradiografia, no mesmo momento.
Cliché n.º 4
- Tomografia a 6 cms. do plano dorsal { Fóco caseo-ulceroso e respectivo bronquio de drenagem, limitado por duas linhas densas limfangite peri-bronquica—ridigindo-se da lesão apontada ao hilo que da mesma forma que o esquerdo se apresenta bastante espessado.
Cliché n.º 5
- Teleradiografia Cliché n.º 6 { Camara pneumotorácica, na região do apice e contorno supero externo. Aspecto **fibro-nodular** localizado ao nível da porção interna do lóbo superior.
- Teleradiografia 19/11/1938 { Fóco fibro-exsudativo no lóbo superior direito.
- Tomografia a 6 e a 10 cms. do plano dorsal { No film, a 6 e a 10 cms. do plano dorsal, percebe-se o inter-lóbo superior deiscendo simulando uma pequena cavidade elíptica.
Clichés 7 e 8

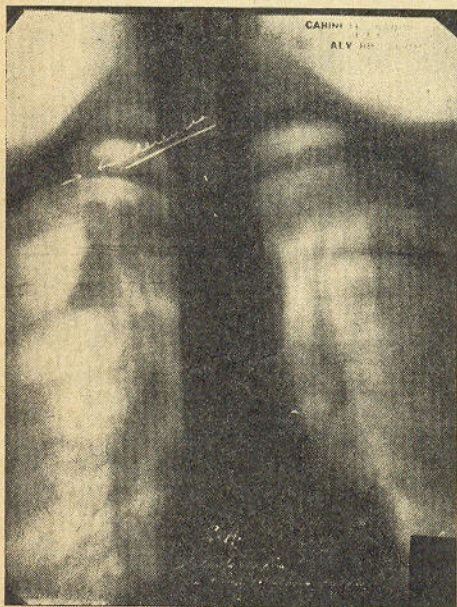


Fig. n.º 4

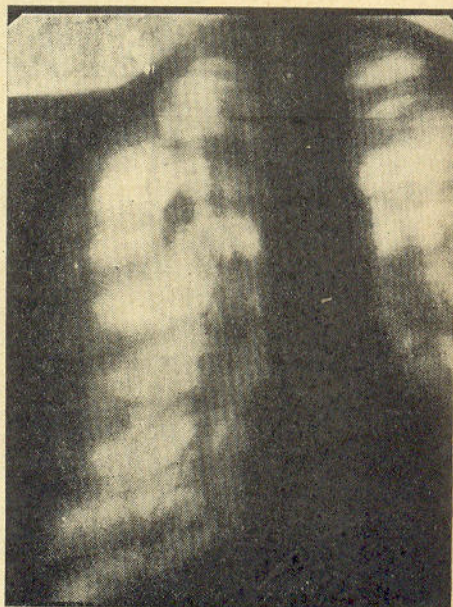


Fig. n.º 5

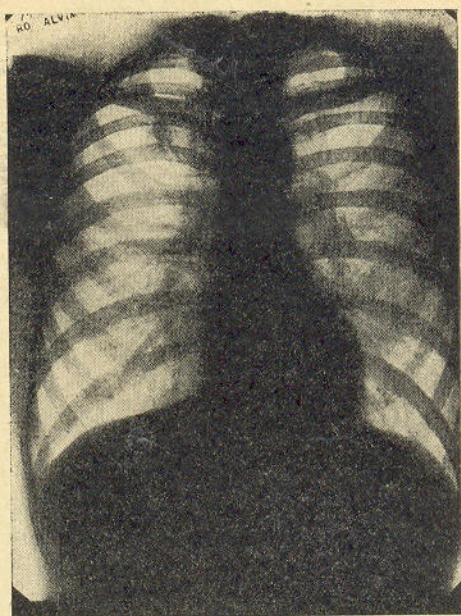


Fig. n.º 6

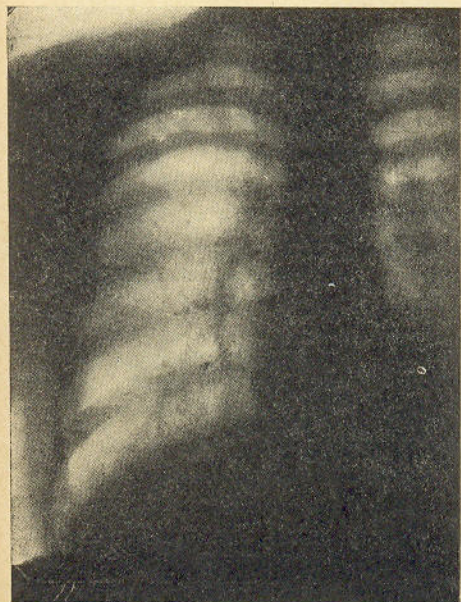


Fig. n.º 7

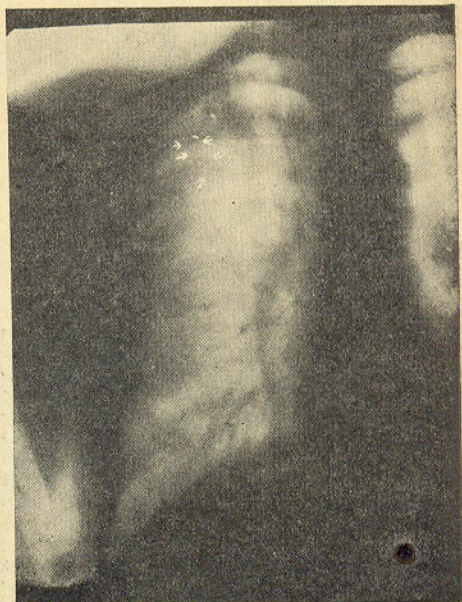


Fig. n.º 8

EXAMES DE LABORATORIO

Em 1/2/38	{	ERITROSEDIMENTAÇÃO	VELEZ	B. K.
		39 mm. em 1 hora.	20-30-37-11-2.	Positivo
Em 13/4/38	{	SEDIMENTAÇÃO		
		11 mm. em 1 hora		
		30 mm. em 2 horas		
		Indice: 20,5.		
Em 22/6/38	{	SEDIMENTAÇÃO	VELEZ	WELTMANN
		6 mm. em 1 hora	5-18-38-33-6	G.G.G.G.G.G.G.
				g.sp.4 —
Em 1/12/38	{	SEDIMENTAÇÃO	VELEZ	WELTMANN
		7 mm em 1 hora	2-18-44-31-5.	C.C.C.C.C.e.v.5—
		19 mm. em 2 horas		
		Indice: 13.		
		B. K.		
		Negativo.		

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

À base de papaverina, belladona, meimendo e boldo.

XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

Lab.^{rio} Gross - Rio

Terapêutica da Febre Tifoide

pelo

Dr. Manuel Loforte Gonçalves

Certificado contendo "ipsis litteris" o teor do ponto sorteado e descrito no concurso de livre-docente de Terapêutica Clínica pelo Assistente em Comissão e atual Livre-Docente Dr. Manuel Loforte Gonçalves, em 4 de Novembro de 1935.

A banca examinadora era constituída pelos profs. Drs. Fernando de Paula Esteves, Lafayette Rodrigues Pereira, Argymiro Dornelles Galvão, Nino Marsiaj e Waldemar Job.

Certifico em cumprimento ao despacho exarado pelo Snr. Professor Diretor desta Faculdade, no requerimento do Dr. Manuel Loforte Gonçalves, que fica arquivado, que revendo no Arquivo os documentos relativos ao concurso para docência livre da cadeira de Terapêutica Clínica, dêles consta a prova escrita feita pelo requerente, que é do teor seguinte: Terapêutica da Febre Tifoide." A febre tifoide é uma moléstia infecto-contagiosa, endemo-epidêmica, cujo agente causal é o báculo de Eberth. Confundida com outros estados infecciosos, ela era englobada no grupo das doenças "miasmáticas" e, como todas as fórmias morbidas, sofreu os efeitos favoráveis e desfavoráveis das diversas escolas médicas. Hoje completamente isolada como entidade nosológica distinta, melhor seria, no dizer de grande número de autores, chamá-la dotienteria. Considerada como doença local, pela observação das alterações evidentes do tecido linfoide das placas de Payer, o seu estudo mais minucioso levou a considerá-la como uma septicemia que, secundariamente, localizava seus micro-organismos no intestino. A incubação leva tempo variável — dependendo talvez da diferença individual dos vários doentes e da virulência do próprio germen. Fixa-se geralmente em 7 (sete) a 20 (vinte) dias. No período de incubação os sintomas são quasi nulos, apenas devendo o doente ter sentido mau-estar, inapetencia, anorexia, algumas crises óra de diarréia óra de constipação intestinal tenáz, vômitos biliosos, língua saburrosa. Grande número de vezes são individuos forasteiros os primeiros atacados, como se os residentes já se encontrassem num relativo estado de imunidade. As águas são as grandes transmissoras do mal, muito especialmente quando retiradas de fontes que pôdem ser contaminadas pelas defecações dos doentes. As frutas, os legumes são outros tantos fatores de propagação do mal, se forem retirados de plantações adubadas recentemente, maximé, com defecações humanas.

A pesquisa do micro-organismo de Eberth é no entanto difficil e difficilmente é êle isolado dessas origens; preferindo-se pesquisar as rea-

ções do báculo coli, companheiro inseparável e a quem muitos já o quizeram indentificar, considerando o Eberth como um coli modificado e tornado altamente patogênico e virulento. Pesquisas minuciosas infirmaram mais ou menos completamente este modo de encarar este microbio, bem que as teorias unicistas microbianas tudo tenham feito para manter essa opinião. Agente morbigênico de virulência iminentemente variável, é acompanhado ás vezes, por dois outros micro-organismos, bem estudados e individualizados por Saquepée, os paratíficos A e B, que tem características próprias de cultura e imunizadoras, pois sabe-se que, conquanto as coaglutininas tíficas mais ou menos imunizem em alguns casos o individuo para os paratíficos, o mesmo não se dá com os últimos.

Um mesmo doente pode, não só, não ficar imunizado para o germen que lhe produzia a primeira infecção, como, frequentemente, pôde ser atingido pelas duas outras categorias. Raramente ataca a criança e o velho; os adolescentes e o adulto porém, são em geral os que maior tributo lhe pagam. Olintho de Oliveira, no entanto, entre outros mestres brasileiros, cita casos de dotieneria infantil mesmo dentro dos primeiros meses de vida. Da mesma opinião são Czerny e Finkelstein. Talvez, nestes casos, a imunidade materna seja tão pequena, ou nula, que não evite a infecção. E' uma hipótese razoável e que merece ser levada em consideração, sabendo-se que a imunidade materna transmite-se por via transplacentar ao fêto. Nós mesmos tivemos ocasião de há alguns anos observar um caso de febre tifoide, juntamente com um colega pediatra desta Capital, numa criança de ano e meio. Segundo grande número de pediatras, não é tão rara quanto parece, devendo-se sempre pensar nessa infecção numa febre infantil de caráter arrastado. Indiscutivelmente, entretanto, é a puberdade a idade mais atacada, não havendo maior sensibilidade dum ou doutro sexo. O adulto moço sofre das mesmas predileções que a puberdade.

Sintomatologia e evolução da febre tifoide. Costuma-se para maior clareza de descrição, dividir a evolução da dotieneria em três periodos distintos: o periodo de invasão; o periodo de estagio; o periodo defervescência e de convalescença. Casos há em que êstes periodos que na fórmula comum evoluem dentro de um quadro morbido que se estende entre 20 e 25 dias, se encurtam ou se alongam com uma evolução de maior ou menor benignidade, de acôrdo com o maior ou menor número de complicações. No periodo de invasão, o mau estar geral prodrômico se accentua, a anorexia torna-se absoluta, a língua saburrosa, o paladar perverte-se (gôsto amargo), tonturas, cefalalgia, crises diarréicas ou constipação — mais frequente entre nós que na Europa em que é comum áquele sintoma (diarréia) — as urinas são escassas, coradas fortemente, com ácido úrico e bilirubinogênio aumentados.

A's vezes uma ou mais epistaxis enriquecem o quadro clínico, atestando desde logo a discrasia sanguínea motivada pela intoxicação proveniente das tóxicas microbianas. Objetivamente constata-se desequilíbrio acentuado entre o pulso e a tempertura — um pulso concorde com a temperatura atesta quasi sempre a gravidade do caso. A temperatura eleva-se em "escada", por oscillações de 1 a 2 graus aumentando sempre á tarde e não se distanciando, a temperatura vespéral, mais de

1 a 2 graus da matinal. De início pôde-se constatar nos flancos, parte inferior do abdomen e face interna das coxas, pequenas manchas, petequias, que conquanto não sejam patognomônicas são um bom sinal de probabilidade. Pelo exame do aparelho digestivo encontra-se uma língua fortemente saburrosa em seu centro e corada em seu rebordo, sendo ás vezes negra, próximo ás papilas do V lingual. O cavo apresenta frequentemente um enantema leve e nos pilares anteriores pôde-se encontrar uma pequena erosão da mucosa que corresponde á angina de Duguet. A palpação do ventre mostra-nos em geral, um fígado levemente aumentado de volume. Ponto cístico doloroso, assim como a zona coledocopancreático-duodenal de Chauffard. Há pequeno meteorismo. Gargarejo frequente da fossa iliaca direita. O baço é percutível e ás vezes palpável atestando a toxi-infecção por um lado, o ataque hepático por outro (pontos dolorosos cístico e de Chauffard). Tôres Homem dizia que a esplenomegalia no estado tífico era quasi patognômica da doti-enteria. Como sintomatologia acessoria, podemos constatar para o lado do aparelho respiratório sinais de bronquite difusa. No circulatório há ás vezes retumbância, hiperfonése do segundo tom aórtico, bradicardia, e entre o primeiro e o segundo septenário um dirotismo do pulso que, para alguns autores, já é testemunha de lesão cardiaca quiçá de feixe de His. Êste periodo dura em geral de 7 a 9 dias. O segundo periodo — de estado — a temperatura mantem-se em planalto ao redor de 39—40 graus. Nos casos benignos a 38 graus.

A cefalalgia em geral atenua-se, o doente apresenta acentuações do meteorismo. Nas fórmias ataxo-adinâmicas há, óra carfologia óra delirio violento. E' em geral ao final deste periodo que aparecem as três mais terríveis complicações da doti-enteria: perfuração intestinal, hemorragia e miocardite. Todos os sinais somáticos se acentuam mais particularmente para o aparelho gastro-intestinal. Há um estado de toxi-infecção grave. Deste periodo em diante começa o declínio. A's vezes crise têmica e humoral o que é raro. Mais frequentemente em lisis e o doente entra em convalescença, trazendo muitas vezes a estigmatizar-lhe o organismo como prova da grave infecção porque passou as lesões cardiacas orificiais ou angio colecistites arrastadas. Digamos aquí que as três mais graves complicações são em geral apanagio do segundo e terceiro septenários sendo a hemorragia ás vezes assinalada por precoce quêda de temperatura e a perfuração por essa mesma quêda seguida de meteorismo exagerado e sinais de peritonite. A miocardite se exteriorisa pela grande tendência ao colapso e á sincope desses doentes. Outras complicações pôdem ainda ser observadas. Para o lado do aparelho locomotor as *artrites e muito especialmente as osteomielites eletivamente das costelas*. Para o lado do aparelho respiratório, as pneumonias, as broncopneumonias, mais raramente os abscessos pulmonares.

Para o aparelho circulatório, além das miocardites, as endo e pericardites, as arterites e flebitis. As nefrites não são raras, podendo ser seguidas por fórmias de nefrose grave. As psicastenias post-tíficas pôdem fazer seu aparecimento. As otites supuradas são relativamente frequentes.

O *diagnóstico* é em geral fácil nas formas comuns e com floridã sintomatologia. Mais difícil é o diagnóstico no início que pode ser confundido com qualquer moléstia toxi-infecciosa e com as formas paratíficas com as quais tem grande afinidade. E' nesses casos difíceis que o laboratório em muito pode ajudar o clínico. A hemocultura dentro do primeiro e início do segundo septenários, positiva é a confirmação absoluta do diagnóstico. A reação de Widal a partir do segundo, igualmente quando positiva é um ótimo meio de confirmação diagnóstica. Quando negativa pode ser apenas a demonstração cabal de uma falta de reação do organismo ao germen causal, capaz de ser verificado pelo Widal. A diasoreação de Erlich dá resultados mais aleatorios. O prognóstico é sempre grave dependendo não só da maior ou menor capacidade de reação do organismo do doente, como também das meio pragias funcionais anteriores de seus órgãos e muito especialmente da gravidade das complicações que sempre ensombrecem o quadro clínico.

Terapêutica. Feitas estas rápidas considerações sôbre o quadro clínico que em geral reveste a dotienenteria, digamos o que de mais importante sabemos de sua terapêutica e profilaxia. Não possuindo ainda hoje um tratamento específico prôpriamente dito, pois que a soroterapia dá neste caso resultados muito duvidosos, tem no entanto uma profilaxia bem estudada, e, de que falaremos ao final, não só nos cuidados higiênicos com a água e as substâncias alimentares, como também na vacinação parenteral ou bucal, preventivas. Sergent diz que a terapêutica da febre tifoide percorreu três periodos distintos que ainda hoje temos que percorrer para um perfeito tratamento higiênico-dietético e medicamentoso. Um primeiro periodo expetante em que se observava a evolução do mal auxiliando o organismo a reagir quando se enfraquece. Um segundo, biológico, em que o emprêgo do sôro e vaccino-terapia fez furor. Um terceiro, higiênico-dietético, no qual por uma hygiene bem dirigida e uma técnica bem estudada e estabelecida, colocamos o doente nas melhores condições de reagir. *Higiene Geral.* O doente deve ser acamado desde o início em leito fôfo para evitar as escaras que se poderão produzir pelo decubito dorsal muito prolongado. A escara sacra, sabe-se, é uma terrível complicação que pode levar a morte por ser uma porta de entrada a nova infecção que pode tomar o aspecto septicémico. O quarto deve ser arejado, se possível localizado para o nascente a-fim-de que o doente possa receber os beneficios dos raios solares. Nos casos ataxo-adinâmicos, entretanto, seria quasi um crime obrigar esses doentes a suportar a luz intensa e a semi-obscuridade é também favorável aos grandes delirantes. O menor número de móveis possível, nenhum tapete ou cortina. As defecções, as urinas, os escarros devem ser imediatamente esterilizadas com formol ou cal, creolim, lisol, enfim qualquer antisético. O mesmo se fará com as roupas de leito ou peças internas que deverão ser fervidas antes de ser lavadas. Serão proibidas as entradas de visitas ou longas palestras. Poucas pessoas devem se dedicar a enfermagem desses enfermos e se possível pessoas vacinadas ou imunizadas. Enfim, as pessoas que conviverem com os doentes devem ser vacinadas, excepto, para alguns, se suspeitas de já estarem em periodo de incubação.

A máxima higiene é o que é requerido. A desinfecção das cavidades naturais deve ser minuciosa. O aparelho respiratório, nariz, cavum, bôa, devem ser cuidadosamente lavados, sendo recomendável a instillação de substâncias antisépticas, como oleo gomenolado, eucaliptolado mentolado ou os colírios de argirol, sulfato de zinco, oxicianureto de mercurio, todos em doses não irritantes, são recommendáveis maximé quando algo se suspeite para o lado do aparelho respiratório. Os gargarejos com soluções antisépticas, fenosalil, clorato de potassio, salicilato de sódio, água boricada ou oxigenada, são muito recommendáveis. Nas mulheres de cabelos longos esses devem ser aparados e amarrados em tranças. Cuidados especiais devem ser tidos com o aparelho uro-genital principalmente das mulheres gravidas, pois que o aborto frequente, aliás, deve ser ao máximo evitado e caso se processe, curado o utero de urgência a-fim-de evitar a infecção, curando-se diariamente, mesmo deixando dreno e curativo de demora. A questão de regimen alimentar muito tem sido discutida. Enquanto que a escola Franceza e mesmo a Alemã preconizam um regimen quasi lacteo absoluto, levemente mitigado, a escola americana tendo á frente therapeutas como Beckmann, alimentam seus doentes de maneira a administrar-lhes um regimen integral. isto é, completo, contendo albuminas, hidratos de carbono e graxas, de maneira que o doente receba no mínimo 1800 a 2000 calorias por dia. Este regimen escasso para um individuo são é no entanto, suficiente e mesmo demasiado para alguns, para os individuos em clinostatismo ou acamados, enquanto que os doentes submetidos ao regimen lacteo mitigado se levantam magros, quasi caqueticos, os submetidas ao regimen total chegam mesmo a engordar. Os francezes dizem não valer a pena produzir um maior engorde nos doentes sob risco de provocar complicações como a hemorragia e a perfuração. Os americanos acham que as complicações são tão frequentes nesses como noutros, apenas parecendo aumentar nestes últimos as probabilidades de recaídas. Bekmann no entanto, diz que são tão pequenos os inconvenientes e tão grandes as vantagens de colocar os doentes nas melhores condições de reagir que considera a maior conquista da terapêutica moderna. No Brasil, bem que haja adeptos de um e outro método, na generalidade, o médico brasileiro indica uma fórmula ecletica. Alimentam sem prejudicar o doente. Deverão ser dadas por exemplo., a um doente de 60 quilos uma grama de albumina por quilo, o mesmo de graxas, e 5 gramas de hidratos de carbono por quilo. Sabendo-se que cada grama de albumina dá 4,9 calorias, uma de gorduras 9, uma de hidratos de carbono 4,5 calorias, resulta que o doente tomando 60 gramas de albumina, o mesmo de lipideos e 300 de hidratos de carbono recebe mais ou menos: 294 calorias de albumina, 540 de graxas e 1.350 de hidratos de carbono. Total 2.184. E' mais que suficiente para manter o doente num relativo equilibrio como se estivesse são. O leite, alimento completo, pode ser administrado até 2 litros por dia. Póde ás vezes produzir fermentação intestinais e noutros doentes constipação, havendo mesmo alguns casos de completa idiosincrasia. Quando produz diarréia ou constipação com meteorismo procuraremos remediar êsse defeito pela adjução das águas alcalinas e da água de cal, Deve ser dado em pequenas doses e várias vezes ao dia pois que no dizer

de Theohari é um colagogo, melhor talvez, um aperitivo biliar de primeira ordem e assim aumenta a eliminação dos báculos de Eberth que como se sabe se eliminam em grande quantidade pela bilis. Os purés, os mingaus de batata, sagú, tapioca, maisena, de abobora, as frutas cozidas ou assadas bem maduras constituem a principal fonte de regimen dos tíficos. Aguas alcalinas, tisanas diuréticas, o chá, o café, que para Torres Homem era mesmo curativo, o malte, devem ser administrados em abundância quasi produzindo uma terapêutica de lavagem renal.

Os doentes que não pôdem por condições financeiras fazer uso das águas alcalinas, como as de Vichy, Vitel, Cachambú, Lambary, São Lourenço ou Irahay, podemos receitar a formula de Bouguet. — Bicarbonato de Sódio — 8 Fosfato de Sódio — 4 — Sulfato de Sódio — 2. Para dissolver num litro de água. Desde que aumente a diarréia eliminar o sulfato de sódio. Estas aguas alcalinas além de serem diuréticas evitam o estado de acidose que muitas vezes pode ser constatado nos tíficos graves e evidenciado pela presença da acetona, ácido cloracetico ou B-oxibutirico nas urinas.

Balneoterapia. Um outro cuidado higiênico e que constitue mesmo talvez o melhor meio terapêutico contra a febre tifoide é a balneoterapia. Foi Brand quem verdadeiramente criou o tratamento pela balneoterapia na febre tifoide. Os banhos devem ser dados a 22° (vinte e dois graus) e mesmo a 16° (dezesseis graus) para os individuos robustos. E' portanto a balneoterapia fria. Nos debilitados são recomendáveis os banhos a 32° (trinta e dois graus) ou 28° (vinte e oito graus) frios, ainda para os febricitantes. E' sabido que o grau térmico indiferente para a água acha-se a 34° (trinta e quatro graus), temperatura na qual as reações orgânicas são nulas talvez agindo o banho, unicamente, pela massagem superficial que produz nos tecidos pela compressão que se exerce em qualquer corpo imerso num líquido de acôrdo com o principio de Pascal, no dizer de Krause e Garrée. A banheira deve estar collocado no quarto de tal fórma que a cabeceira da banheira corresponde aos pés do leito e separada e retirada da vista do doente por um anteparo. O banho deve cobrir todo o corpo excepto o a cabeça. A água caso não fique suja não necessita ser renovada sinão de 24 em 24 horas, retirando-se de cada banho a quantidade necessaria que é preciso adicionar para a collocar numa determinada temperatura, em geral 22 (vinte e dois) graus. Preparado o banho o doente é apanhado pelas costas e região poplitea, enlaçando-se ao pescoço do enfermeiro. Deposita-se-o lentamente no banho e asperge-se a face, nuca e parte superior do tronco com água mais fria. Nessa ocasião o enfermeiro deve fazer uma massagem forte nos membros inferiores e superiores e se o doente assim mesmo sente intenso calefrio se lhe administrarão tônicos alcoolicos que facilitarão a reacção de rubefação. Brand manda dár um banho frio todas as vezes que a temperatura rectal atinge 39° (trinta e nove graus). A temperatura deve ser tomada de 3 em 3 horas e após o banho. Uma forte quéda de temperatura corresponde em geral, a um bom prognóstico. Enquanto se dá o banho outro auxiliar prepara a cama do doente. Uma toalha e por fóra dela um cobertor se possível aquecido. No fim de 10 a 15

minutos o doente é retirado do banho e envolvido na toalha e cobertor extendendo-se sobre elle as cobertas da cama.

Espera-se a reacção e administra-se ao doente estimulantes: café forte, um pouco de alcool. Em geral após o banho o doente se sente perfeitamente bem e dorme. A temperatura cai. Retira-se as toalhas, veste-se o doente que em geral dorme. O tratamento pelo método de Brand é o melhor auxiliar do regimen higiênico-dietético mas alguns doentes não reagem da mesma maneira. Doentes há que não se habituem ao banho frio apresentando uma verdadeira idiosincrasia. São contra-indicações do banho frio; os lesões cardiacas com tendência ao colapso, a cachexia, a velhice, um completo estado de adinamia. A estes, no entanto, que não suportam a balneoterapia fria, nós poderemos recomendar outros métodos que conquanto não dêem tão ótimos resultados muito auxiliaram no seu tratamento. O método de Leduc e Deleardi ou seja a crioterapia precordial tem indicação absoluta nos casos em que se suspeitam lesões cardiacas ou mesmo depois de confirmadas. Leduc e Deleardi achavam que a hipertermia predispõe ás lesões cardiacas e por isso indicavam a bolsa de gelo desde o inicio do tratamento. Nos casos com grande meteorismo, suspeita de hemorragia, ou perfuração intestinal, a crioterapia abdominal tem formal indicação. Os banhos pregrissivamente resfriados de Chantemesse e Bouchard tem a mais perfeita indicação. As grandes faixas frias tomando a totalidade do corpo dão bons resultados o mesmo se podendo dizer do método de Preissnitz. Ambos obrigam no entanto a movimentar muito o doente o que pode ter graves inconvenientes para os tíficos com miocardite. Foi por isso que Lissauer recomendou as faixas frias abdomino-toraxicas anteriores, incluindo os membros superiores e inferiores. Neste processo o doente não é enrolado nas faixas. As compressas humidas são extendidas sobre o doente do pescoço aos pés tomando toda a face anterior do corpo e as laterais.

Terapêutica medicamentosa: Compreendemos por êste título o tratamento pelos sôros, pelas vaccinas, pelos coloides, proteínas, pioterapia, sôros de convalescentes e medicamentos por via buccal. A sôroterapia muito recomendada de inicio por um grande número de autores tem sido contra-indicada em absoluto por outros. Renon acha que os resultados são nulos mas temos que concordar que conquanto seja um sôro anti-microbiano, conseqüentemente de fraca ação, sendo constituido de albuminas extranhas, o choque proteinoterápico parece ter utilidade. Os resultados no entanto não tem sido brilhantes e poucos médicos o recomendam atualmente. Em casos de hemorragia, no entretanto, como veremos é indicado, pois vai agir por suas qualidades coagulantes. A vacçinoterapia muito condenada por uns, muito elogiada por outros, parece influir especialmente sobre as complicações de maneira favorável. Produz reacções gerais intensas que num individuo de coração meio-pragico pode levar á morte. A vaccina autogena parece dar melhores resultados que a stock, mas digamos de passagem que, como toda a vaccina, dando, uma reacção local, geral e focal, por esta última, dadas as lesões graves que em geral se assentam sobre as placas de Peyer, pode produzir

uma maior flogose e, conseqüentemente, maior afluxo de sangue e conseqüente hemorragia.

Aquí temos de colocar igualmente a imuno-transfusão utilíssima nos casos de hemorragia intestinal, ela parece não deixar de ser útil na evolução da febre tifoide, maximé quando o doador fôr vaccinado com vaccinas feitas com o báculo de Eberth cultivado do sangue do doente. Os abcessos de fixação, óra tem sido muito recomendados óra muito contraindicados pela dôr que produzem. Bem que não se possa admitir no dizer de Loepper, na maior parte das vezes, a teoria da derivação, parece que os fermentos leucocytarios, macro ou micro citases tem uma função leucogena importante estimulando assim as defezas do organismo. Faz-se em geral uma única injeção de 1 cc. de terebentina esterilizada que geralmente deve ser ionizada á luz solar ou a lampada de ultravioleta, pois quando esterilizada perde a sua ionização e não permite a formação do abcesso. O emprego do pús esterilizado de abcessos de fixação em cavalos tem dado alguns resultados. O sôro de convalescentes empregado primeiramente no sarampo e na escarlatina por Gabritschewisky, foi tentado na febre tifoide. Os resultados são relativamente bons sendo seu principal defeito a dificuldade de obtenção.

Deve ser retirado de um individuo com 20 a 40 dias de cura de um tifo da mesma natureza. As doses devem ser de 20 a 40 cc. O sôro dos individuos vaccinados deveria ser ehpregado em dôse dupla segundo Krause. As proteínas tem sido indicadas. O leite, as peptonas, as proteoses, as proteínas de origem vegetal ou animal tem sido indicadas. Os resultados são incertos e mesmo em alguns casos parece ter agravado o estado do doente. Proteino e proteoseterapia, enfim terapêuaica inespecífica só deveria ser empregada de acôrdo com Beckmann, nos casos em que não existam taras individuais e complicações que coloquem o doente em estado de menor sensibilidade, digo, de menor resistência.

A coloidoterapia, muito especialmente pela prata tem sido recomendada. O colargol nunca deveria ser empregado por via parenteral, pois segundo De Belme, da mesma maneira que anilinas e o nankin produziria um verdadeiro bloqueio do sistema reticulo-endotelial e conseqüente prejuizo das defezas do organismo. As fricções de pomada de colargol a 15% são no entanto recomendadas mas seus efeitos muito duvidosos. O emprego do colargol por via buccal é sem valor sob o ponto de vista coloidotápico pois as micelas em contato com suco gástrico entram em estado de gel e consecutiva formação parcial de um cloreto de prata, sendo o restante da medicação eliminado em natureza. O eletrargol é talvez o único coloide de prata recomendavel e em injeção subcutanea mais raramente intramuscular e nunca endovenosa pelo temor das fortes reações que pode provocar. O rhodio coloidal ou Lantol daria bons resultados e não daria tão fortes reações. As colobiasas de ouro ou mesmo electrauroal são formalmente contra indicados pois empregadas em alguns casos as reações foram de tal ordem que prejudicaram os doentes levando alguns mesma á morte. O carbono coloidal foi indicado últimamente, Colobiase (Ravina).

Arsenoterapia: O arsénico em estado de neosalvarsan foi já indicado como específico da febre tifoide. A contraindicação principal

é a insuficiência hepática. As doses devem ser pequenas 0,15 a 0,30 egr. sempre se facteando a sensibilidade do doente.

Por via bucal. Desinfetantes intestinais: Muito indicados antigamente, hoje se usam o menos possível. Assim o benzonaftol, o salol, os sais de bismuto, os derivados do tanino, como a tannalbina e o tannigeno foram já muito indicados.

Hoje excepto os alcalinos como os citrato de sódio ou magnésio, que parecem agir como alcalinizantes e colagogos mais que desinfetantes, a urotropina na dose de uma grama e meia tem sido empregada. Nestas doses no entanto e muito prolongada a sua administração pôde produzir disuria. O helmitol tem nestes casos a sua melhor indicação. A hexalmethilenotetramina pode ser empregada por via endovenosa e a escola argentina foi quem iniciou essa técnica terapêutica obtendo ótimos resultados. Loeper foi quem a recomendou na França e Theohari na Rumania. Pelo formol que produz é um desinfectante enérgico e como sua eliminação se faz em grande parte pela bilis, é um desinfectante electivo das vias biliares. As pioctaninas, como o azul de methyleno, o verde de methyla, tem tido seus apologistas. Em soluções a 1% por via endovenosa não parecem dar grandes reações. A solução de mercúrio cromo na dose de 0,18 centigramas por quilo de individuo até 20 quilos e 0,15 centigramas por quilo dá para cima, muito tem sido recomendada pela escola americana (Young) com alguns resultados. Os derivados acridinicos — tripaflavina — foram aconselhados pela escola alemã.

Digamos agora alguma cousa das complicações. A mais frequente das complicações da febre tifoide é a hemorragia intestinal. Sua therapêutica deve ser de urgência e preventiva. Preventiva pelo emprego dos sais de calcio que como provou Arthus é fator capital na coagulação do sangue. De mais a mais o calcio ou melhor o ion calcio reforça a tonicidade do miocardio enquanto que o potassio tem uma ação contrária. São diuréticos e os americanos os empregam mesmo em doses enormes, até 18,0 por dia, bem que Umber e a escola européia o contra indiquem.

Os sais mais empregados são o cloreto de calcio, o lactato de calcio e gliconato de calcio. Podem ser empregados por via buccal nas doses de 3 a 6 gramas e mesmo mais. Diremos no entanto temer as grandes doses de cloreto de calcio que, além de poderem irritar o rim, parecem favorecer a acidose. A ergotina por via buccal ou parenteral em pequenas doses dá bons resultados. O mesmo se pode dizer da emetina que é mais indicada nas hemoptises. Os sôros anti-tíficos e na sua falta qualquer sôro medicamentoso, e especialmente o hematopoiético pela trombokinase que levam ao organismo do doente, são ótimos coagulantes. Nas grandes hemorragias, levados em conta os grupos sanguineos, a transfusão de sangue tanto citratado como não tem indicação absoluta.

A solução de citrato de sódio a 5% tem "in vivo" uma ação exatamente contrária a que possui "in vitro". E' coagulante. Os opiaceos para diminuir o peristaltismo intestinal, o repouso absoluto, a crimoterapia abdominal, agirão como ótima auxoterapia. Os sôros glicosados e fisiológico tem a máxima indicação, assim como os sôros hipertonicos.

Na perfuração intestinal confirmada, a indicação absoluta é a laparotomia. Antes que seja realizada, a crimoterapia, o opio, os séros artificiais. Nas miocardites os métodos de Ledue e Delerdi, digo, Ledue e Delardi.

As pequenas doses de digital ou a digitalina tem a máxima indicação para alguns autores, sendo por outros condenadas. A ouabaina de Arnaud, todas as vezes que ha tendência ao colapso ou síncope, na dose de um quarto de miligrama por via endovenosa tem a melhor das indicações. Os pequenos tonicocardiacos podem ser empregados. A terapêutica açucar insulina teria utilidade segundo Loepper em todos os casos de desfalecimento cardíaco. O açucar é o alimento do coração. Um coração com miocardite é pobre de glicogenio. Dê-se-lhe portanto açucar no estado de xarope de glicose que contem 50% de glicose pura e fixe-se essa glicose por meio da insulina. Esse tratamento foi recomendado por Umber nas insuficiências hepáticas e aqui teria uma das suas melhores indicações. Nos casos acompanhados de hipotensão, taquicardia perturbações gastricas acentuadas, linha branca de Trousseau facilmente determinada, isto é, sintomas de insuficiência supra-renal, a adrenalina por via bucal até 0,003 pode dar bons resultados. A dioxifenilpara etanolmetilamina de Takamine, no entanto tem uma ação unicamente hipertensiva enquanto que o extrato total de supra renal, pela colesterina, que é anti-tóxica, o enxôfre neutro Loepper, o filatião e o glutatião de Binet agiriam como anti-tóxicos enérgicos. Na dose de 0,30 — 3 vezes ao dia — temos a sua melhor indicação. E' este em resumo o tratamento da dotiententeria que se baseia antes no regimen higiênico-dietético auxiliado pela balneoterapia. As restantes medicações, devem ser usadas com a máxima moderação.

Profilaxia: A desinfecção das águas pelo cloro, a cálc e o alumen faz com que desapareçam os casos de febre tifoide. As aguas quando não forem assim tratadas só devem ser tomadas depois de fervidas e filtradas.

A vaccinoterapia preventiva pelo T A B (bácilos tífico, paratíficos A e B) dá imunizações perfeitas em alguns casos. Em outros é uma imunização relativa pois o doente ainda pode se contagiar, mas nestes casos a evolução é sempre benigna. As injeções endoflebicas são irrealisaveis por determinarem reações violentissimas. Por via subcutanea ou intramuscular as reações ainda são fortes mas melhor suportadas. As mulheres regradas, as crianças com menos de 10 anos, os cardiacos, os renais não devem ser vacinados desta maneira. A bili-vaccina em que a administração de bilis, alcalinizando o suco gastrico e permitindo a passagem dos báculos sem ser destruidos no estomago, realiza uma vacinação local na mesma corrente de idéias que as de Besredka. Pôrto Alegre, 4 de Novembro de 1935.

Dr. *Manoel Loforte Gonçalves.*

— Era o que se continha na prova escrita do concurso acima mencionado que para aquí foi bem e fielmente transcrita, do que para constar eu, Belmiro Ourique de Menezes, escriturario da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, passei a presente certidão aos 20 (vinte) dias do

mês de Novembro de 1937, que assino. Belmiro Ourique de Menezes. Em tempo: A palavra emendada na primeira linha de fôlhas nove desta certidão, foi para a ionizada, que fica valendo, e a entrelinha contida naquela folha (nove) vale e diz: e na escarlatina por Gabritschewsky. Belmiro Ourique de Menezes, escriptuario.

Secretaria da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre, 29 de Janeiro de 1938. O secretário Dr. Felisberto Soares Rath.

Visto: Luiz Francisco Guerra Blessmann, diretor.
SELADO COM 83\$200 (OITENTA E TRES MIL E DUZENTOS RÉIS) — As firmas estão reconhecidas.

Arsaminol

Arsenico pentavalente injectavel
contendo 0,05 de Arsenico por cc.

Tolerancia perfeita — Segurança em doses elevadas. Rigosamente indolor pelas vias: sub-cutanea e intra-muscular.

**SYPHILIS — LEISHMANIOSE —
ESPIROCHETOSE — TRYPANOSOMIASE**

Empolas de 3 e de 5 cc. (adultos). Empolas de 1½ cc. (creanças)
Caixas com 6 empolas (adultos) e 10 empolas (infantil).

MEDICAÇÃO ARSENICO MERCURIAL

ENESOL

Salicylarsinato de Mercurio

SYPHILIS em todas as suas manifestações.

Caixas de 10 empolas de 2 cc.
Dóse média: 1 empola de 2 cc. por dia

INJECCÃO INTRAMUSCULAR.

LABORATORIOS CLIN. COMAR & Cie - Paris
Seys, Plerre & Co. Ltda. -- Caixa Postal 489 -- Rio de Janeiro

Revista de Novos livros

VENTRICULOGRAFIA — Dr. Eliseu Paglioli (tese de concurso para a cadeira de Propedeutica Cirurgica da Faculdade de Medicina)

Eliseu Paglioli, uma das pujantes afirmações medicas brasileira, escreveu uma monografia intitulada "Ventriculografia". Foi tambem a brilhante tese, com que conquistou sem concorrente mais um titulo de catedratico da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre. E' um volume de quasi 400 paginas, com apresentação distinta, em papel gessado, cujo acabamento honra as oficinas graficas da Editora Globo.

Obra de folego, "Ventriculografia" representa, sem duvida, uma contribuição preciosissima para a elucidação dos diagnósticos e tumores cerebrais mal localizados pelos sinais clinicos. E' tambem escrita em linguagem clara e a distribuição do assunto obedeceu sistematica, expositiva, que caracteriza francamente as qualidades didaticas do autor.

Eliseu Paglioli, quebrando a velha praxe seguida, quasi sem exceções, pelos que escrevem sobre assuntos scientificos, não cita autores. Ele afirma, baseado em suas observações. E' uma autoridade que fala. Livre docente de anatomia, livre docente de clinica obstetrica, livre docente de clinica propedeutica cirurgica e agora professor catedratico, da Clinica Propedeutica Cirurgica da Faculdade de Medicina da Universidade de Porto Alegre.

Seus titulos, por si só, recomendariam sua monografia, se não viesse ela, como vem, cheia de subsidios preciosos e mesmo de novidades sobre o assunto versado.

E como isso não bastasse, tem a prefaciar o seu trabalho, uma das maiores autoridades mundiais em neuro-cirurgia. Diz De Martel, na sua apresentação do livro do dr. Eliseu Paglioli:

"Este livro escrito por um excelente cirurgião, muito instruido das coisas de neuro-cirurgia, e do qual pude apreciar as incomparaveis qualidades, então, quando, foi meu assistente em 1931, interessará não só aos medicos como tambem aos cirurgiões e os esclarecerá sobre uma questão que não é muito familiar á maior parte deles."

Sociedade de Medicina

ATA DA SESSÃO REALIZADA NO DIA 7 DE OUTUBRO DE 1938

Sob a presidência do prof. Florencio Ygartua e secretariada pelo 2º secretário, dr. Salvator Gonzales, realizou-se mais uma sessão ordinária da Sociedade de Medicina, tendo comparecido os seguintes socios: Nogueira Flôres, José Gerbase, Samuel Barros, Carlos Carrion, Lupi Duarte, Nelson Souza, Orlando Biancamano, Luis Faiet, Antéro Sarmento, Almiro Coimbra, Alvaro B. Ferreira, Paulo Louzada, José Vasconcelos, Lanes Xavier, Rubens Maciel, Alfredo Hofmeister, Edgar Eifler, Ulices Nonoái, João Valentim, E. J. Kanan, João Amaral e Helio Ferreira.

Aberta a sessão foi lida e aprovada a ata da anterior.

Como nada constasse no expediente, passou-se ás propostas para novos associados, tendo sido proposto para socio o dr. Aldeir Lima Esteves, pelo consocio dr. E. J. Kanan.

Antes de serem iniciados os trabalhos, o prof. Nogueira Flôres péde á casa um voto de pesar pela morte do professor Eduardo Meireles, voto que é aceito unanimemente.

A seguir o sr. Presidente dá início aos trabalhos concedendo a palavra ao dr. Hugo Ribeiro, que em seu nome e no do seu colega dr. Carlos Thiethböehl, faz uma interessante comunicação sôbre dois casos de eritema nodoso.

O dr. Hugo Ribeiro após relatar as observações clínicas dos dois doentes se estende em considerações étio-patogênicas.

Faz um estudo sucinto das diversas teorias propostas para explicar a étio-patogenia da doença em estudo.

Resalta que apesar do número das mesmas, nenhuma das propostas explica satisfatoriamente a etiologia da afecção.

Citou o caso de dois doentes, o primeiro com um eritema nodoso envolvendo ao lado em sífilis secundária evolutiva e o segundo com eritema nodoso concomitantemente com lesões típicas de eritema polimôrfo.

Ao terminar sua comunicação o dr. Hugo Ribeiro foi aplaudido por todos os presentes.

A seguir o sr. Presidente põe o trabalho dos drs. Ribeiro e Thiethböehl em discussão.

Extenderam-se em comunicações sôbre o mesmo o dr. Gerbase, os profs. Nonoái, Nogueira Flôres, Ygartua e Alvaro B. Ferreira, que teceram comentarios elogiosos á comunicação do sdrs. Ribeiro e Thiethböehl.

A seguir com a palavra o dr. Hugo Ribeiro que agradece os comentarios feitos em torno do seu trabalho.

Como ninguém quizesse fazer uso da palavra o sr. Presidente antes de dar por encerrada a sessão leu uma carta do dr. João G. Valentim, solicitando a interferência da Sociedade de Medicina junto ao Benemérito Governo do Estado para que seja doada á Santa Casa de Misericórdia desta Capital, uma grama de rádio.

A próxima ordem do dia estará a cargo do dr. Luis Osmundo de Medeiros, que fará uma conferencia sôbre: Problema médico-social da Lepre na 7.ª região de saúde (Paraná, S. Catarina e Rio Grande do Sul).

Pôrto Alegre, 7 de Outubro de 1938

Dr. Salvador Gonzales 2º secretário.

Noticiário

Significativa homenagem ao professor Pitanga

Os discursos do prof. Saint Pastous e do homenageado

Realizou-se, na noite de 14 de Julho pp., no Hotel Carraro o anunciado banquete de despedida que as sociedades médicas e os médicos desta capital ofereceram ao professor Raul Pitanga Santos, que, depois de ter proferido uma série de brilhantes preleções científicas, regressara para o Rio de Janeiro.

A's 21 horas teve início a homenagem, com a presença de cerca de cem médicos, sendo o prof. Pitanga Santos, ao chegar ao recinto do banquete, recebido sob palmas.

Tomando assento á mesa, o homenageado ficou ladeado pelos professores Antonio Saint Pastous, Nogueira Flôres, Argemiro Dorneles, Florencio Ygartua, Ivo Corrêa Meier, Eliseu Paglioli e Raul Moreira, sendo os demais lugares ocupados por professores da Faculdade de Medicina, médicos, academicos e representantes da imprensa.

Servido o cardapio, saudou o prof. Pitanga Santos o prof. Saint Pastous, diretor da Faculdade de Medicina, que pronunciou o seguinte discurso:

“Ha cerca de vinte anos passados, ainda com a idade das ilusões mais belas da quietude anônima da vida profissional, no longínquo rincão natal eu aportava á Cidade-Luz, seduzido pelo prestígio de Widal e de sua Escola.

Precisamente ás 11 horas de brumosa manhã do outono europeu em uma das salas do Hospital Cachin entre uma multidão de médicos, de países e de civilizações diversas, com o coração oprimido de jubilosa emoção, eu anciava por escutar, de viva voz a palavra e o ensinamento que diuturnamente costumava haurir com sofreguidão nas obras do supremo “leader” da Medicina Contemporanea.

Ao ter conhecimento de que a aula daquêlle dia versaria sôbre um caso de orqui-epidimite, senti-me tomado dêsse angustioso estado de espírito que succede ou que antecede a uma ilusão que se desfaz.

Pareceu-me assunto por demais vulgar para uma preleção de Widal e sem interesse para a presunção da minha ignorancia. Até hoje, guardo ainda o extáse dêssea lição magistral.

Mêses empós, já nos hospitais de Berlim o acaso me collocava em face do mágico bisturi do professor Bum, esculpindo no perineo de uma joven a escultural firmiação de órgãos genitais ausentes.

Em outra feita, do violino tangido pelo arco subtil de um cérebro privilegiado, ouvi todo o ritual bucólico de um casamento na roça, interpretado com a nostalgia e com a doce amargura dos que sofrem pelos desencantos da arte de curar.

A Medicina tanto tem de ciência como de arte.

Mas nem todo médico possui com o engenho da arte os talentos da sabedoria.

Widal, "leader" de uma época da história da Medicina era também príncipe da eloquência.

Bum, chefe da escola ginecológica germânica, dissecando tecidos vivos de um perineo virgem confundia-se com a própria alma da arte escultural e decorativa, de que era também exímio cultor.

A palavra que professa, o buril que cinzela, a corda de místico Stradivarius, são apenas mutações do genio humano.

"Inata é a tendência nos homens inteligentes, afirma Marañon, que vivem sujeitos ao exercício de uma profissão a compensar sua monotonia com a prática ostensiva ou o secreto cultivo de outras atividades; os novelas e os contos de Cajal são desenhos em Pasteur e fermatas de violino em Einstein; o instinto da imortalidade que alenta o fundo de todo ser humano de superior categoria, volta-se com ânsia que, sendo excelsa, perdura para sempre na memória do homem."

Como é sabido o conceito letamendiano de que o médico que só sabe medicina, não sabe nem sequer medicina.

Dia a dia, essa verdade filosófica toma maiores proporções de realidade.

Da segunda metade do século XIX até nós, a tendência de Medicina tem se orientado sob o signo de espírito analítico, compreendido e praticado por forma excessiva e obsidente. A crise econômica e a crise de cultura geraram o vício e o exagero das especializações mecanizadas.

Do conceito analítico resultou a civilização estatística, de números, de peças e de órgãos.

E' o domínio do cálculo e o peso das cifras, colhidas e amontoadas por grupos e categorias substituindo ou sobrepondo-se ao senso do raciocínio da intuição, da síntese e da cultura genérica.

E' a standardização do pensamento humano, fragmentado, dissociado, diminuído e subordinado.

Os últimos tempos, porém, assinalam um movimento em sentido contrário.

Libertando-se do predomínio absoluto da era microbiana, a Medicina retorna ao conceito hipocrático de terreno constitucional.

O substrato anatômico cede a vez ao fundamento psicológico. A concepção atomística da matéria e da própria vida reintegra os destinos da Medicina ao macrocosmo universal.

A física energética rasgou as fronteiras da matéria e da metafísica, num sentido de perfeita unidade na vida do homem e do universo.

No pensamento de Chermot, "o homem é e deve permanecer um cosmo, isto é fazer expandir em si mesmo tanto a abundância dos dons quanto a beleza da ordem. — O fim do humanismo é o homem — O humanismo é uma disciplina destinada a fazer do homem de um dia o homem de todos os tempos passados pela cultura e de todos os lugares pela civilização."

Em suma, o pensamento humano ancia pela restauração da cul-

tura filosófica na formação das élites intelectuais dentro da ciência médica.

Referindo-se ao ensino da Medicina, Delore afirma ser o conhecimento da sua história o caminho mais direto e o mais fecundo.

Em verdade, a evocação do passado e a meditação sobre as ideias e os princípios da doutrina hipocrática, o sucessivo movimento de criação de olvido e de renovação, revelam á evidência a verdadeira medida e o sentido exato da evolução e do progresso da Medicina, desde as éras pre-históricas até nossos dias.

Em nota prévia sobre a patogenia endócrino-genital da gota Maranhão confessa que os resultados de suas pesquisas e ensaios terapêuticos apenas confirmavam no século XX, aquilo que Hipócrates havia concebido ha mais de dois mil anos.

Meus senhores:

Todos nós que tivemos a fortuna de seguir, nêstes dias inolvidáveis, as conferências de Protologia proferidos nos recintos da Faculdade e da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre, pelo eminente professor Raul Pitanga Santos, enriquecemos nossos conhecimentos nesse setor da patologia humana.

Da proficiência e dos benefícios dêssa série de lições magistrais, de modo eloquente a frequência considerável e dia a dia crescente do seletto auditorio em que se confundiam no mesmo interêsse de aprender, alunos, colegas e professores.

A' medida que, atentos e enlevados escutavamos a palavra e o conceito da sabedoria e da experiência daquêle que, incontestavelmente, creou na Medicina ascensional a sua Escola protológica, foi-nos dado o ensejo grato de surpreender e de apreciar os fulgores de um espírito brilhante pela inteligência e pela cultura.

E nos foi fácil compreender que só em aparência é trivial e sem esplendor o programa da especialidade protológica.

Na difícil e nobre missão de ensinar, não basta ser sabio ou ter o domínio da ciência, mas cumpre também possuir a arte de saber transmitir a outrem o dom da própria sabedoria.

A virtude da faculdade didática é de aquisição custosa e longa, quando não inacessível mesmo a professores de rara competência.

Ser didata não consta apenas em expôr com método e com clareza o objeto de ensino.

Mas consiste também em ser bom psicólogo.

Sendo a psicologia um departamento da filosofia, e sendo a filosofia e a história as correntes eternas que conduzem pelo infinito das civilizações a verdade científica ser professor importa em possuir a cultura filosófica de que a história da humanidade é inexaurível repositório.

Ha, além disso, uma outra finalidade nos destinos do magisterio.

O chefe da Escola, o arauto de doutrina nova, os paladinos de reforma e renascenças, devem possuir a alma iluminada pela chama purificadora e imperecível da fé e do entusiasmo, do estoicismo e do amor ao próximo.

Já Hipócrates considerava o médico uma verosimilhança divina.

O pregoeiro de doutrinas médicas em terreno sáfaro é sem dúvida, um misto de magister e de apóstolo.

No domínio aparentemente árido e desinteressante da patologia anorectal, o professor Pitanga Santos encontra motivos novos e fascinantes para empolgar na vitoriosa campanha de vulgarização a projeção destacada que compete á Protologia no ensino e na terapêutica da Medicina.

A segurança do seus conhecimentos, aumentada com a experiência própria e a contribuição original de conceitos e de técnicas a eloquência tumultuante e fértil, a vibração e a veemência do raciocínio e da exposição, os preciosos recursos de rara cultura e de íntima familiaridade com a história da Medicina, de cujos ensinamentos se socorre com frequência e com oportunidade conferem ao dr. Pitanga Santos legítimas credenciais de Professor, de Chefe de Escola e de Paladino de importante especialização da ciência médica.

Assim compreendendo e assim sentindo é que todas as Instituições e Corporações médicas da Capital do Rio Grande do Sul aqui representadas pela Faculdade de Medicina, pela Sociedade de Medicina, pelo Sindicato Médico, pelas Sociedades de Cirurgia, de Oftalmologia, de Pediatria, de Ortopedia e Farmacologia, e pelo corpo docente da Faculdade de Medicina, entenderam de direito e de justiça prestar esta modesta tomenagem de alto apreço e de cordial agradecimento ao ilustre Professor Pitanga Santos pela generosa e brilhante contribuição científica de sua breve permanencia em nosso meio, da qual o Rio Grande médico conservará indelevel e gratissima recordação.

A ORAÇÃO DO HOMENAGEADO

A seguir, agradecendo o banquete que lhe era oferecido, levantou-se o prof. Pitanga Santos, que disse:

“Meus amigos:

Apezar de esmagado pela generosidade imensa do Prof. Saint Pastous, ainda consigo, reunindo o último folego fazer um desesperado esforço para esclarecer os verdadeiros motivos dèssa festa de hoje. Não a considero de modo algum como uma homenagem, porque se assim fosse éla não teria razão de existir. Aceitei com muito prazer a lembrança de um jantar de despedida, porque era para mim uma oportunidade de confraternizar com a classe médica de Pôrto Alegre, de modo a que pudesse, rompendo o protocolo, oferecer a cada um, de despedida, não a taça de estilo, mas um pedaço do meu coração.

Ouvindo o belo discurso do professor Saint Pastous, estava recordando os meus tempos de infância, quando me contavam ao anoitecer, lindas histórias de fadas, cheias de encanto e sedução. Minha meniníce indiscreta já não se iludia com as fadas, mas eu pensava sempre ao terminar o conto: Que pena, seria tão bom se fosse verdade.

Não me chega a audacia, para aceitar como uma homenagem, o gesto de vossos corações hospitaleiros e generosos, mas no íntimo, porque toda a creatura humana, erige num canto escondido de seu coração, um templo

votivo á esperança, senti quando sou a última palavra, como se fôra o relógio da gata borralheira, a saudade daquilo que eu fui nesses minutos de sonho que me proporcionou o prof. Saint Pastous, e suspirei como na minha infância: Que lindo se isso fosse verdade! Fez mal o brilhante mestre em me mostrar, no espêlho mágico de sua linguagem generosa, aquêl que eu poderia ser. Preferia guardar a felicidade tranquila de aspirar a ser apenas o que sou, simples abelha operária da nossa grande colmeia. Nésta festa de hoje, em que vejo reunidos amigos que já me são caros ao coração e de cuja amisade me orgulho, e mestres ilustres de que se orgulha a ciência nacional a palavra homenagem só teria uma significação: é aquêla, simbólica, que anualmente os grandes prestam aos pequenos na qual os chefes, em grande gala, em meio aos batalhões formados, levam suas flôres ao soldado desconhecido... Mas não vale a pena despertar do sonho. E vamos aproveitá-lo para divagar um pouco sôbre as âncias que afligem nossa profissão. E como no sonho tudo é permitido, tentemos algumas sugestões aos jovens médicos, cheios de vida e de ambição, mas talvez mal guiados pela vertigem de progresso.

A CRISE DA MEDICINA

Ouvimos todos os dias queixas e as fisionomias inquietas parecem temer o dia de amanhã... Será a crise, realmente de natureza externa? Olhemos o panorama da classe médica. A medicina vem sofrendo a influência que o rumo acelerado do progresso imprimiu a todas as cousas. O século da velocidade modificando o ritmo da vida, aproximou a arte médica da ciência pura, aperfeiçoou-lhe os meios de tratamento mas afastou o médico do doente. Despindo-lhe as vestes sacerdotais, transformou-o física e moralmente. Olhando para trás nesses últimos 20 anos, vejo uma grande diferença na medicina e nos médicos do meu tempo. Não sei si me devo alegrar, pelos progressos alcançados. Noto de fato, modificações, no cenário da medicina. O sistema reticulo-endotelial substituiu a teoria leococitaria; o aparelho vegetativo e as glandulas de secreção interna, substituíram algumas doenças infecciosas. Os recentes trabalhos de Sicard, fazendo cessar reações inflamatórias e perturbações circulatórias mecânicas, com intervenções nos glanglios simpáticos já prenuncia uma modificação no eixo da patologia, que perdendo o respeito a anatomia patológica, já começa a flirtar a biodinâmica e a Cosmobiologia.

Será que progredimos com éstas modificações?

Com éssa ou aquêla téoria a medicina é a mesma de todos os tempos, curando os doentes do mesmo modo. Durante 15 séculos afirmou-se sôbre a fé de Hipócrates, que havia no organismo 4 humores.

Ésta téoria foi a estrela polar de 30 gerações. Todos os príncipes da medicina, Herophyxlo, Galeno, Avicene, Averrhoes, com éla curaram os seus doentes! Nossa perplexidade hoje, será a de nossos netos quando citarem a teoria microbiana.

As teorias valem pelas épocas em que são criadas e os remedios não

escapam a ação valorizadora da moda: O antimônio teve seu período de glória.

Hoje repousa no arquivo histórico da terapêutica esperando com paciência e malícia a companhia do cálcio daqui ha alguns anos.

E' verdade que algumas doenças foram dominadas: mas outras surgiram automaticamente, para completar o prato da balança da humanidade sofredora. Venceu-se a sífilis, o paludismo, a disenteria, e a tifóide, mas surgiram a hipertensão, as cardiopatias e as doenças nervosas. Não são as teorias, nem os remedios que curam. Ambos são apenas elementos da equação. Falta a incógnita que é o médico. Através de todas as gerações, êle vem vencendo a doença, com as teorias e os remédios de cada época.

A AÇÃO DO MÉDICO

Como poderemos explicar isto? Será que o médico tem também propriedades curativas como o quinino ou o mercúrio? Não! mas êle tem uma ação catalítica, indispensável ao sucesso de todo tratamento empreendido. Sob sua assistência imediata, os remedios, adquirem uma ação curativa, que não possuem longe do seu interesse e de seus cuidados. O fato é que a sua presença á cabeceira do doente, restitue o socego a fisionomia angustiada, regularisa o pulso, dá ritmo á respiração.

Quem não conhece êsses milagres que realiza a presença do médico Quem já não sentiu os efluvios que emanam a figura respeitável do clínico, quando sentado a nossa cabeceira, êle nos conforta e nos anima. Infelizmente porém éssa figura venerável, esse misto de saber, bondade, perspicacia e dedicação, tende a desaparecer. O século atual tem os que já possui. A geração futura não os conhecerá mais.

A marcha vertiginosa do progresso não lhe permitirá lugar, no tempo e no espaço. Em seu lugar vai surgindo o técnico, mecanizado, frio e utilitário. Com a rapidez das comunicações e os progressos da ciência, o médico torna-se hoje, rapidamente, um sabio, mas nunca um sacerdote.

Êle já não precisa meditar na cabeceira do doente. Basta decompô-lo e enviar as peças para serem analisadas. O diagnóstico, surge depois automaticamente, na soma dos resultados recebidos. A namnese despreza sua imaginação. Êla é confiada á exatidão de aparelhos mecânicos infalíveis. A terapêutica e a arte de formular, que constituíam o orgulho da geração passada, não entra mais nas cogitações dos doutorandos de hoje. A indústria farmacêutica encarrega-se de fornecer-lhe, já manipuladas, todas as combinações de que necessita. Aumentou-se com isso a eficiência, mas diminuiu-se o prestígio do médico.

De depositário exclusivo dos segredos da terapêutica, que tanto prestígio lhe dava perante o doente, passou, êle á simples intermediário entre o enfermo e o droguista.

Como consequência imediata, os doentes passaram a estudar as bulas farmacêuticas, e milhares dêles, fugindo aos consultórios, vão diretamente ao balcão das drogarias, buscando por sua iniciativa, remedios para seus males.

RESTRINGE-SE O CAMPO DA ATIVIDADE MÉDICA

Enquanto isso o campo da atividade médica, cada vez mais restringe. A traumatologia, a muito saiu do domínio da clínica, passando a ser exercida gratuitamente pelos poderes públicos. O que resta da clínica, está sendo esfacelado. As associações de classe garantem aos seus associados serviços médicos gratuitas. Ferroviarios, bancarios, marítimos, comerciarios, etc. etc., já não precisam dos serviços do clínico. O que nos espera? Os govêrnos já cogitam mesmo de transformar os médicos em funcionários do Estado. Nos Estados Unidos o presidente Roosevelt já consultou a A. M. A. sob a possibilidade de uma campanha de organização da medicina. Se isso se realizar o Estado controlará o tratamento do indivíduo doente, como já controla a higiene, a vigilância sanitaria e os accidentes do trabalho. Teremos assim uma medicina official, com tratamento por decreto e formulas no Código Cívil. Será um bem, será um mal? Só os doentes poderão responder. A ciência pura nunca resolverá o problema da doença, consequência da luta do homem com o meio. Do homem pouco se sabe, porque só agora, experimenta os primeiros passos a ciência do homem normal, e o meio, difficilmente pôde ser modificado. Haverá sempre doenças e médicos. Apenas o médico transformado no século de velocidade, vai perdendo o seu feitio humano e adquirindo a forma de máquina. E' o grande êrro da época. Êle pode adotar os progressos da mecânica e da biologia, mas não deve esquecer no tratamento do doente a contribuição importante e indispensável do coração. Sem 50% do coração o médico será sempre uma máquina de curar. Não nos iludamos. Trabalhamos nêsse rochedo de Sisifo que é o edificio da ciência. Ele nunca será terminado. Não deixemos, por isso que desapareça do nosso hábito profissional, aquêlas qualidades de carinho, interêsse e dedicação com que todos os tempos, o médico venceu a doença. Êle pôde evoluir na indumentaria e dispensar o manto e o chapéu preto, mas não pôde perder o seu feitio humanitário, para tornar-se uma máquina de curar. O resultado immediato dêssa transformação é o divorcio do doente, que não conhecendo mais o seu salvador, abandona os consultórios. Os Médicos com M grande, aquêles que conservaram a mística do sacerdote, não tem dêssas aflições. Os doentes não os abandonam. E' essa para mim a explicação dessa crise de que tanto se houve falar.

Meus amigos:

E' possivel que tenha delirado muito durante êsse meu sonho.

E' melhor despertar".

O discurso do prof. Pitanga Santos foi muito aplaudido. Após, levantaram-se os presentes encerrando-se a homenagem, que constituiu uma sugestiva prova de simpatia ao illustre cientista visitante, que foi muito cumprimentado.

COLITES - DIARRHEIAS NAS CRIANÇAS - GASTRO ENTERITIS - ACNÉ - MELHORA A DERMATOSE - IMPEDE FERMENTAÇÕES PUTRIDAS NO INTESTINO - EVITA A AUTO-INTOXICAÇÃO INTESTINAL

COMPRIMIDOS COMPRIMIDOS

BIOLATOL

FERMENTO LACTICO

PREPARADO NO

LABORATORIO CHIMICO BIOLOGICO

PORTO ALEGRE

HERBERT

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o

Café 35

do
famoso

Café Nacional