

Arquivos Rio Grandenses de Medicina

ANO XIX

JUNHO DE 1940

N. 6

Publicação mensal

Diretoria da Sociedade Medicina de Porto Alegre — 1940

PRESIDENTE

HUGO RIBEIRO

Dermatologista da S. Casa

VICE-PRESIDENTE

JACI C. MONTEIRO

Cat. Int. de Cl. Cirúrgica

SECRETARIO GERAL

SALVADOR GONZALES

1.º SECRETARIO

RUBENS MACIEL

2.º SECRETARIO

ALFREDO HOFMEISTER

TESOUREIRO

ANTÉRO SARMENTO

BIBLIOTECARIO

LUIZ SARMENTO BARATA

Doc. Livre de Cl. Urológica

NINO MARSIAJ

Cat. Int. de Cl. Médica

DIREÇÃO CIENTIFICA

MARTIM GOMES

Cat. de Ginecologia

RAUL MOREIRA

Cat. de Cl. Pediátrica Méd.

SECRETARIO DA REDAÇÃO

RUBENS MACIEL

REDADORES

GABINO DA FONSECA
MARIO TOTA
FLORENCIO YGARTUA
NOGUEIRA FLÔRES
VALDEMAR CASTRO
PEDRO MACIEL
JACI MONTEIRO
MARIO BERND
NINO MARSIAJ
AMÉRICO VALERIO
J. LISBOA DE AZEVEDO
IVO CORRÊA MEYER
LUIZ S. BARATA
HELMUTH WEINMANN
RAUL DI PRIMIO

MARTIM GOMES
GUERRA BLESSMANN
DECIO DE SOUZA
ANES DIAS
RAUL MOREIRA
PEREIRA FILHO
J. L. T. FLÔRES SOARES
J. MAIA FAILACE
CARLOS CARRION
ÁLVARO B. FERREIRA
C. LUPI DUARTE
JOÃO G. VALENTIM
ANTONIO LOUZADA
VALDEMAR NIEMEYER
E. J. KANAN

GERENTE: ALMANZOR ALVES

ASSINATURAS:

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

Séde da Redação: Rua dos Andradas n. 1117

Caixa postal, 872

Sumario

Homenagem Prof. Eduardo Rabello pg. 173

Trabalhos originais

| | |
|---|-------|
| A luta contra a lepra no Rio Grande do Sul | “ 179 |
| HUGO RIBEIRO — Aspétos do Granuloma Venéreo na mulher | “ 189 |
| MARIA CLARA MARIANO DA ROCHA — Dermatite Fitogénica. Hipersensibilidade ás Aroeiras | “ 203 |
| J. MAYA FAILLACE — A Vacina BCG no plano de luta antituberculosa do Departamento Estadual de Saude do Rio Grande do Sul | “ 215 |

Sociedade de Medicina

Sociedade de Medicina — Sessões “ 223

Nas convalescenças: **Serum Neuro-Trófico**
Tônico geral - Remineralizador - Reconstituente - Estimulador
— MEDICAÇÃO SERIADA —

Instituto Terapêutico Orlando Rangel
Rua Ferreira Pontes, 148 — Rio de Janeiro



NEURILAN

*Poderoso calmante do
sistema neuro-vegetativo.*

*Indicado na excitação nervosa,
nos desequilíbrios vasosympa-
thicos, palpitações, insônia,
dyspepsia nervosa.*

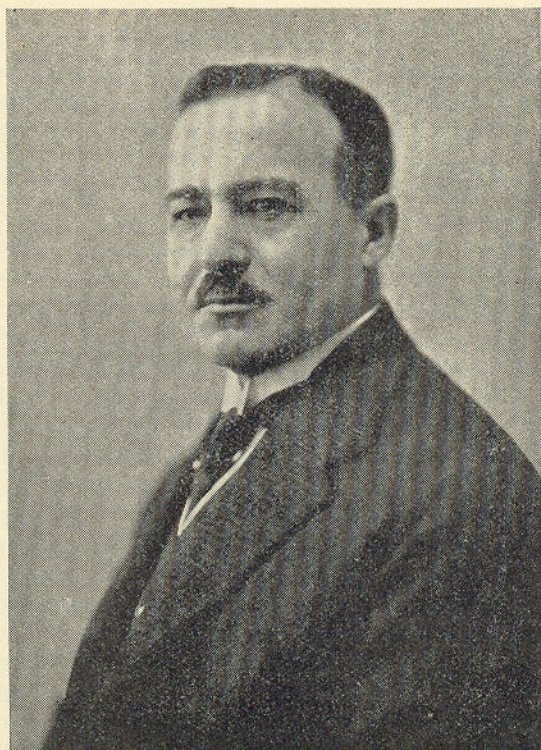
*A base de estroncio bromado,
crataegus, leptolobium, meimendo.*

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

NÃO DEPRIMENTE

NEURILAN

rio
Lab. Gross-Rio



Professor Eduardo Rabelo

H O M E N A G E M

A morte do professor Eduardo Rabelo, ocorrida a 8 de Agosto, abriu um claro profundo na Medicina brasileira. Perdeu ela um dos seus mais notáveis ornamentos e a Dermatologia o seu chefe de maior prestígio. Basta lembrar que foram seus discípulos, em épocas diferentes da sua longa e fecunda carreira professoral, os mestres hoje consagrados, Aguiar Pupo, de São Paulo, Luiz de Medeiros, de Curitiba, e Jorge Lobo, de Recife.

Nasceu o professor Rabelo na velha província fluminense, e depois de vencer os tropeços e as dificuldades da vida de estudante pobre doutourou-se em medicina em 1903. Por essa época Osvaldo Cruz começava o seu ciclópico trabalho de criar a medicina experimental no Brasil. Alisou-se êle entre os seus primeiros adeptos, e fez sua tese inaugural sob a orientação daquele insigne sábio patricio. Entregou-se, logo a seguir, a trabalhos de laboratório, tendo sido, durante alguns anos, assistente do laboratório bacteriológico. Aí estudou com especial cuidado os cogumelos das tinhas, seguindo os ensinamentos do mestre Sabouraud.

Passou depois a interessar-se pela dermatologia, frequentando o serviço de Werneck Machado, na Policlínica do Rio de Janeiro. Em 1906 concorreu à vaga de substituto de Clínica Dermatológica, conseguindo ser classificado, em igualdade de condições, em primeiro lugar. Sua nomeação só veio, porém, a efetivar-se mais tarde, por ocasião da reforma do ensino em 1915. Antes disso, a Congregação da Faculdade de Medicina, por unanimidade de votos, elegeu-o professor honorário. Em 1920 foi chamado por Carlos Chagas para organizar o serviço de Profilaxia da Lepre e das Doenças Venéreas. Como Inspetor-Chefe dessa secção da Saúde Pública coube-lhe criar todas as peças de um serviço que pela primeira vez se ensaiava no Brasil. Adotando um tipo de organização que melhor se adaptava à índole do nosso povo, dentro em pouco os resultados da campanha profilática ultrapassaram as expectativas mais optimistas. No que concerne mais particularmente à sífilis, houve um período que é hoje recordado com saudade, em que era difícil encontrar doentes de sífilis recente para serem mostrados aos estudantes dos cursos de sifilografia. Aloisio de Castro, na cátedra e na Academia de Medicina anunciava, que em virtude das medidas profiláticas, a sífilis do aparelho circulatório, começava a rarear nos serviços hospitalares, modificando o panorama das velhas enfermarias do Hospital da Misericórdia. Em virtude de ter assumido a cátedra de Dermatologia em 1925 e das reformas por que passaram os serviços sanitários não foi possível

conservar o serviço por êle organizado. "A organização anti-venérea no Rio de Janeiro, diz J. P. Fontenele, chegou até a despertar a atenção dos países estrangeiros, provocando a visita de especialistas de várias nações, que aqui vieram observar o funcionamento dos nossos serviços. Depois, pouco a pouco a I. de D. V. foi se desorganizando..."

No que concerne à lepra nesse período organizou o censo do Distrito Federal, fundou um dispensário para atender os doentes de lepra e iniciou a construção de um leprosário, infelizmente abandonada logo depois.

Deve-se ao professor Rabelo ter despertado a atenção dos nossos homens públicos para o problema social da lepra e das doenças venéreas, sabido como é, que entre alguns era considerado impatriótico, ventilar êsses assuntos, pelas repercussões desfavoráveis que teriam nos países estrangeiros.

Assumindo a cátedra de Dermato-Sifilografia em 1925, em virtude da aposentadoria do professor Fernando Terra, consagrou-se entusiasticamente às atividades do magistério. Conseguiu que a frequência à cadeira se tornasse obrigatória e, mais tarde, submetida ao mesmo regime das outras matérias do curso médico. Organizou o ensino de geito que, os alunos, divididos em pequenas turmas, recebiam, em aulas práticas, as noções necessárias ao clínico não especializado. Dentro em pouco a Dermatologia passou a ser uma das clínicas de maior prestígio entre os estudantes.

Desde a sua ascensão à cátedra não se satisfazia em atender às suas obrigações de professor do currículo médico. Julgava que, a exemplo das grandes clínicas européias e norte-americanas, era necessário desenvolver as atividades de pesquisa e o estudo "post-graduate". A velha enfermaria 19 era insuficiente para êsse fim. Conseguiu, então, graças à sua dedicação e ao seu prestígio, o milagre da construção do pavilhão São Miguel. Foi edificado, então, um prédio de três andares, com ambulatórios, sala de aula, laboratórios, biblioteca, salas de fisioterapia, etc. A Clínica Dermatológica do Rio, ficou com instalações iguais ou superiores às mais famosas clínicas estrangeiras. Aí então numerosos trabalhos e pesquisas sobre imunologia, bio-química, bacteriologia, micologia e histo-patologia aplicadas ao estudo das dermatoses, foram realizados, sob a sua orientação. Grande número de médicos do Rio, dos Estados e alguns do estrangeiro fizeram estágio nos diferentes serviços, aperfeiçoando seus conhecimentos dermatológicos.

Em 1934 assumiu a direção do Centro Internacional de Leprologia, após a morte do grande Carlos Chagas.

Imprimiu a essa organização a sua orientação pessoal, pela qual há muito se vinha batendo, de que a lepra devia ser estudada pelos dermatologistas. Organizou, sob êsse critério, cursos de aperfeiçoamento para médicos, no qual o estudo da lepra era precedido pelo de noções de dermatologia. Conseguiu, assim, preparar um grande número de médicos capazes de atender aos serviços em vários pontos do Brasil.

Escreveu vários trabalhos científicos sobre lepra, sarcóides, dermatomicoses, leishmaniose, granuloma anular, câncer cutâneo, etc. A sua classificação de formas clínicas de leishmaniose é considerada a melhor,

dado o rigoroso critério dermatológico que a presidiu. Não se pode, porém, avaliar o seu imenso labor intelectual só pelas obras publicadas. Foram sem conta os trabalhos, teses, monografias e comunicações que orientou e, em muitos casos, colaborou. Gostava imensamente de estimular os principiantes. Na Sociedade Brasileira de Dermatologia, de que foi presidente durante 15 anos, os estreantes tímidos, depois de passarem pela tortura da apresentação do 1.º caso, ouviam do professor Rabelo palavras de encorajamento e de estímulo, a par de conselhos que muito serviam à sua orientação futura. Em 1938 assumiu a direção dos Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia, conseguindo regularizar a sua publicação e receber colaboração de vários pontos do Brasil e do estrangeiro.

Durante o seu período de professor, recebeu a visita dos mais renomados vultos da dermatologia estrangeira, tais como Darier, Jadassohn, Howard Fox, Clément Simon, Erich Hoffmann, Deseux, Maurice Favre, sem contar os nossos fraternos amigos argentinos e uruguaios. Fez parte, como sócio honorário ou correspondente, de numerosas associações científicas nacionais e estrangeiras e recebeu condecorações de vários governos de países amigos. Teve uma grande clientela privada, para êle afluindo doentes de todos os pontos do Brasil. Gozou no Rio de Janeiro de imenso prestígio social, reunindo os seus salões o escol da sociedade carioca. A crise que o abateu veio colhê-lo em plena atividade. Na véspera de cair, estivera no serviço, dando a sua aula habitual e a sua opinião sôbre os casos difíceis.

O professor Rabelo deixa uma imperecível tradição de honradez, de patriotismo e de amor pelo trabalho e pela Dermatologia e que vem sendo trilhada com inexcedível fidelidade pelo nosso ilustre colega Rabelo Júnior. A sua vida serve de paradigma a todos os que querem servir o Brasil; o verdadeiro patriotismo está sem dúvida, em cumprir os próprios deveres; ninguém como êle soube cumprí-los com tanta elevação e com tanta dignidade.

A sua memória será venerada com entranhado carinho pelos que professam e amam a Dermatologia que êle tanto engrandeceu.

H. Portugal.

OS TRES CYTOS

CORBIÈRE

OS TONICOS DE MAIOR APPLICAÇÃO

CYTO-

CORBIÈRE

(CACODYLATO ANHYDRO, SULFATO DE ESTRYCHNINA)

Estimulante da actividade celular —
Asthenias em geral — Lymphatismo —
Fadiga physica e intellectual —
Neurasthenia.

HÉMO - CYTO

CORBIÈRE

(CACODYLATO ANHYDRO, SULFATO DE ESTRYCHNINA, FERRO COLLOIDAL)

Hemoglobinogeno — Anemias — Chloroanemias — Anemias post-hemorrhagicas — Convalescências post-operatorias — Leucemias. — Perturbações do crescimento e da puberdade, etc.

CYTO - MANGANOL

CORBIÈRE

(CACODYLATO DE MANGANEZ DE CALCIO E DE SODIO, GLYCEROPHOSPHATOS DE MAGNESIO E DE SODIO)

Desmineralisação — Desnutrição — Convalescências de molestias infecciosas — Esgotamento em geral — Emmagrecimento — Adenopathias — Asthenias, etc.

FABRICADOS NO BRASIL
com licença especial e sob o controle dos
LABORATOIRES CORBIÈRE
27, Rue Desrenaudes — Paris



UNICOS DISTRIBUIDORES para todo o Brasil
SOCIEDADE ENILA LTDA.
174, Rua General Camara — Caixa 484 — RIO

A luta contra a lepra no Rio Grande do Sul*

Inauguração do Leprosário Itapoan

Reduzida durante muito tempo a limitado número de casos, a lepra nos últimos decênios assumiu, no Rio Grande do Sul, marcha francamente progressiva, comprovada pelo aparecimento de numerosos casos autóctones. As novas correntes imigratórias, as comunicações constantes com estados já de há muito duramente castigados e a inexistência de organização profilática adequada, foram os principais fatores da endemia temerosa que constitue, no presente, um dos nossos mais relevantes problemas médico-sociais.

Considerada, em 1905, doença "raríssima" entre nós por Baltazar de Bem em sua Geografia Médica, assim também era julgada pela maioria dos observadores da mesma época. Tão impressionante, porém, foi em seguida a expansão da lepra que, em 1933, as estimativas autorizadas (Freitas e Castro, Basil Sefton, Maia Faillace) calculavam em cerca de mil o número de hanseianos existentes no Estado.

Repelidos dos asilos e hospitais comuns, durante muitos anos os desventurados lazarus do Rio Grande com frequência vagavam ao desamparo, em ininterrupto e torturante "desfile macabro".

Crianças e adolescentes nos quais o exame acurado apenas lograva evidenciar tenues sinais do mal insidioso, porém inexorável; homens ainda válidos, faces tumidas pela moléstia e pela revolta contra a sociedade que os repelia, impossibilitava-lhes o trabalho, mas não os amparava; velhos doentes, resignados e sofredores, tropegas e mutiladas figuras humanas ou organismos de leve maculados pelo morbo terrível — uns e outros dirigiam-se a Porto Alegre, surgindo dos mais longínquos pontos do Estado.

Alentava-os a ilusão de que a cidade opulenta não lhes recusaria o auxílio dos recursos da ciência e o consólo da sua piedade cristã. Cedo, porém, se lhes desvanecia a animadora miragem. Apenas reconhecida a natureza do mal que os corroía, hospitais e asilos fechavam-se aos seus apêlos. E dada a falta de organizações sanitárias e institutos particulares que os abrigassem, sómente lhes era facultado o regresso desolador, na plena consciência da irremediabilidade do destino que os avassalava.

— Eis, em breves linhas, o quadro sombrio que durante longo período se ofereceu à visão diuturna de todos aqueles que vislumbravam, por contingências profissionais ou de ordem social, as devastações causadas pela lepra em nossas desprotegidas populações. E mais que um simples movimento de defesa sanitária, a campanha em favor do projetado Leprosário Riograndense tornou-se, por isso, imperativo de consciência, de coração, de solidariedade humana.

Orientada com perseverança e vêemência pelos técnicos dos serviços estaduais de Higiene, ao lado de vultos representativos da classe médica e da sociedade local, interessou fundamente à opinião pública, repercutindo de maneira favorável nas altas esferas governamentais.

* Transcrito dos "Arquivos Rio-Grandenses de Medicina", junho, 1940.

A fundação, em 1924, da Sociedade Beneficente Pró-Leprosário Riograndense pelo padre João Rick, os esforços do Governo do Estado, Rotary-Club e Sociedade de Medicina para a escolha de local apropriado à construção do referido nosocomio, a instalação em Janeiro de 1934 da Sociedade Riograndense de Ass. aos Lazaros e Defesa contra a Lepra, após intenso trabalho preparatório do Dr. J. Maia Faillace e da comissão presidida pela Exm.^a Sr.^a Luizinha de Freitas Valle Aranha, sob os auspícios das Sras. Da. Alice Tibiricá e Eunice Weaver, a inauguração em 1936, pelo Dr. Raul di Primio, do Hospital de Emergência para leprosos, a instituição do Amparo Santa-Cruz — representam iniciativas meritorias que assinalam alguns dos marcos básicos dos primórdios da luta contra a lepra entre nós.

Em 1936 é finalmente lançada a pedra fundamental do Leprosário Itapoan, construído pelos Governos da União e do Estado, como parte integrante do modelar plano federal de combate ao mal de Hansen, plano que já recebeu as mais encomiásticas referências dos especialistas estrangeiros que têm visitado o Brasil.

Com a remodelação dos serviços estaduais de saúde, entregues em 1938 ao devotamento e reconhecida capacidade organizadora do Dr. Bonifacio Costa, o combate à lepra começou a ser realizado de maneira sistemática e integral. Foram creados dispensários nos Centros de Saúde e Postos de Higiene do interior, um Dispensário Modelo em Porto Alegre, contratados técnicos especializados, articulando-se, com essas e outras medidas, o aparelhamento anti-leprótico riograndense, de acôrdo com o diagrama que adiante estampamos. A recente inauguração do Leprosário Itapoan, e a do Preventório Amparo Santa-Cruz, marcada para o próximo mês, completarão êsse aparelhamento, enquadrando-o dentro dos moldes mais aprimorados da leprologia moderna.

A luta contra a lepra no Rio Grande do Sul, que em face de dificuldades múltiplas não raro se afigurava ideal inatingível a seus pioneiros, torna-se assim confortadora realidade, objetivada em todos seus aspéctos técnico-administrativos e sociais. Publicando em seu órgão oficial a notícia pormenorizada da inauguração do "Leprosário Itapoan", a Sociedade de Medicina, além de divulgar a situação atual do relevante problema, deseja manifestar o júbilo com que acolheu êste notável acontecimento, de tão elevada significação para a defesa da saúde pública em nosso Estado.

J. M. F.

*

* *

— A inauguração do Leprosário Itapoan, efetuada em 11 de maio do corrente ano, revestiu-se de grande solenidade, com a presença do Interventor federal, Sr. coronel Cordeiro de Farias, de sua exma. espôsa, secretários de Estado, altas autoridades civis, militares e eclesiásticas, representantes da imprensa, médicos e numerosos convidados especiais.

Chegando ao local, o coronel Cordeiro de Farias, acompanhado pelas demais autoridades, cortou a fita que se estendia entre os mastros do grande arco erguido numa das avenidas que levam ao Leprosário. Em seguida, o Dr. Heitor Guimarães, delegado federal de Saúde e representante do Sr. Ministro da Educação e Saúde, procedeu à entrega do Leprosário, pronunciando o seguinte discurso:

Discurso do dr. Heitor Guimarães

“Exmo. Sr. Interventor Federal — Credenciado por Sua Excia. o Sr. Gustavo Capanema, operoso e ilustre Ministro da Educação e Saúde, credencial que sobremodo me honra, aqui venho para transmitir à V. Excia., Sr. Interventor, as suas mais vivas e expressivas felicitações pela obra grandiosa e meritória que V. Excia. vem de inaugurar e que veio resolver problema sanitário dos mais sérios para a terra Gaúcha.

Marca este ato inaugural da Colonia Itapoan, destinada ao combate sem treguas, vivo e cientificamente dirigido, ao mais antigo e acerbo mal, que aflige a humanidade, uma nova etapa na batalha já vitoriosa, que o Govêrno fortemente realizador do grande Presidente Getulio Vargas, ilustre e denodado Patrono do Estado Novo, em cooperação com os dinâmicos e operosos Govêrnos dos Estados, vem dando aos males e flagelos, que desbaratam riqueza, originam dôr e espalham desgraça, dizimando e aniquilando populações, ferindo fundo a economia nacional.

Será interessante e demonstrativo passar rapidamente sôbre o que é o mal de Hansen no rincão gaúcho, sua invasão, incidência e meios de combate.

Originário do Oriente, como a civilização, por ela foi levado e disseminado no globo terrestre. Nem uma terra lhe escapou à garra maldita e estigmatizante. No Rio Grande, como no resto do Brasil, êle penetrou trazido pela corrente imigratória, que sucedeu ao Descobrimento.

Não se lhe conhece data certa da invasão. Os nossos aborígenes não o possuíam. O norte do Estado parece o mais atingido, pelo menos já o demonstra o nosso censo ainda incompleto. Como refere o Professor Souza Araújo, o mal de Hansen, aqui, custou a interessar os estudiosos. Em 1915 apenas 15 casos eram conhecidos; 30 na Capital em 1920; 64 em 1927, registro do Deputado R. Fernandes; ainda em 1927, 116 assinalava von Bassewitz.

Maia Faillace em 1932 estudava 85 casos e noticiava 174 conhecidos, estimando em 1.000 os casos para uma população de 3 milhões de habitantes.

Tínhamos assim um coeficiente de 0,33 por 1.000 habitantes.

Esse mesmo estudioso publica, em 1934, a seguinte estatística de “hansenianos”: 1923, 400; 1927, 560; 1931, 784 e 1933, 941. Afirma ainda que nos últimos dez anos se tornaram doentes 1.752 pessoas, das quais faleceram 311, e que o mal está em franca progressão, possuindo 2/3 dos municípios, hansenianos.

Na estatística do Ministro Gustavo Capanema, mandada à Câmara, o Rio Grande figura com 600 hansenianos, isto em Julho de 1936. E hoje o nosso censo, ainda em andamento, já conta 330 hansenianos fichados e seus correspondentes comunicantes em número de 985; o D. E. S. conhece e tem fichados 430 hansenianos, mercê da sua extraordinária e eficiente rêde de postos de Higiene.

Vê, pois, V. Excia., Sr. Interventor, pelos dados que acabo de lêr, que o problema da erradicação do mal de Hansen no torrão Gaúcho, é sério sem ser sombrio, nem desesperador, e que, com o aparelhamento científico completo, que orienta a moderna profilaxia do mal de Hansen, do qual esta “Cidade do Lazaro” é um departamento, será um fato.

Completam seu aparelhamento “o Censo” que perfeitamente realizado facilita o isolamento e o tratamento: o “Dispensário” cuja função vai desde a revisão dos censos até o exame periódico dos comunicantes passando pelo tratamento dos casos fichados.

O “Preventório”, essa obra meritória de cooperação privada humanitária e científica, tão cara ao coração da mulher, cujo fim precípua é arrancar

à garra do mal horrendo aquele que mal entrando na vida vem. E finalmente, a instrução especializada, e aqui peço licença, a V. Excia., Sr. Interventor, para felicitar ao D.E.S. pelo curso de Hansenologia que vem de inaugurar para os seus auxiliares.

No combate ao mal de Hansen, no nosso querido Rio Grande, só duas datas podemos assinalar, a de 21 de Janeiro de 1936, quando o benemérito Professor Di Primio inaugurava após comovente apelo à generosidade e filantropia do povo gaúcho, o Hospital de Emergência, construído no curto espaço de 30 dias; e a de hoje, em que V. Excia. deverá estar possuído de justo orgulho, de sã alegria e da satisfação de ter inaugurado obra de tão imperiosa necessidade — onde o pobre hanseniano, à sombra dum tétó que é seu, descansará ao abrigo das injúrias do tempo e da maldade dos homens, que querem vêr nele o criminoso, em vez da vítima, expiando uma pena da qual não é o culpado.

E assim aqui, nesta cidade que é sua, e que a moderna engenharia sanitária, aprimora, em conforto e bem estar, o infeliz lazaro, Sr. Interventor, sentirá profundamente e compreenderá perfeitamente a confortadora realidade da frase, que êle lerá no frontespício desta Colonia, e que se deve à mais antiga Associação de Assistência de Lazaros do Brasil:

AQUI RENASCE A ESPERANÇA.

Fez uso da palavra, a seguir, o Dr. Luiz Osmundo Medeiros, do ministério da Educação e Saúde, historiando a campanha federal contra a Lepra.

O Dr. Coelho de Souza, secretário da Educação e Saúde Pública do Rio Grande do Sul, proferiu, após, o bello discurso que abaixo publicamos:

Discurso do Dr. Coelho de Souza

Exmas. Autoridades

Minhas Senhoras

Meus Senhores

O Govêrno do Estado, cujo pensamento expresso nesta hora, por honrosa delegação do eminente Sr. Interventor Federal, recebe do Govêrno Federal, representado pelo Sr. Dr. Heitor Guimarães, o Leprosário destinado ao Rio Grande do Sul.

Não se enquadram, nestas palavras de agradecimento e de prestação de contas, considerações gerais sôbre o mal que se procura conjurar por todos os meios, em um esforço onímodo, que tem sua alta expressão no áto que óra se realiza.

De resto, desnecessária seria qualquer dissertação dessa natureza, perante esta culta e nobre assistência.

Todas as inteligências, versadas na história das civilizações, têm a noção, bem exata, do problema angustiante que para as sociedades representa a existência da lepra.

No tempo e no espaço, todos os povos têm sofrido a ação do morbo terrível e, por isso, bem poudo um grande médico escrever “que é possível que os fenícios tivessem trocado pau sandalo e especiarias por lepra; atravessaram os Acaios o mar côr de vinho em busca de Helena, mas pode ser que seus escravos levassem a lepra, quando retornaram às praias gregas; é ela suspeita de ter seguido os exércitos e foi levada pelas legiões de Pompeu após a conquista do Oriente; e os soldados da Cruz, que avançaram tão longe para resgatar o

Santo Sepulcro, voltaram cambaleando ao pêso da cruz da lepra, que traziam para o mundo critsão.”

E ninguém ignora como uma profilaxia elementar se confundia com a crueldade e os prejuizos.

O drama individual do leproso é, sem duvida, a nota mais sinistra da humanidade, no qual o sofrimento físico deve ser pequeno, em face da tortura moral.

A maldição entre os hebreus e o ofício dos mortos, com que na Idade Média se fazia a “separação dos leprosos”, esbatem as côres trágicas da pena de um Dante.

Para crédito da humanidade, porém, nas almas de eleição, o cristianismo foi transformando o horror e a crueldade em compaixão e o tratamento dos lázaros foi, para muitos, o melhor exercício espiritual.

Depois de alguns séculos, êles já eram os “doentes de Deus”, os “pobrezinhos de Deus”, a “bôa gente” e, para Izabel da Hungria e outras figuras que da nobreza da terra procuravam passar a uma nobreza maior, o contacto com os lázaros era a melhor das occupações.

O mundo contemporâneo não se libertou do mal pavoroso, com a estatística de mais de três milhões de leprosos, segundo a literatura médica atual, e, países há, em que o seu número se aproxima do milhão.

E não se contam por exceções os casos de crueldade no trato com os leprosos, mesmo em nossos dias.

A LEpra NO BRASIL

Não poderia a nossa Pátria constituir uma exceção.

Acompanhando um trabalho do eminente sanitarista Dr. Barros Barreto, publicado no 8.º número dos Arquivos do Departamento Nacional de Saúde, verifica-se que, segundo os dados do censo, colhidos até 1.º de junho de 1938, com a ressalva de não serem completos, e representarem apenas estimativas os de alguns Estados, há no Brasil 35.091 leprosos.

Na base desses dados, no caráter de provisoriidade, os seguintes dados regionais de incidência da lepra:

Região do norte: Território do Acre, Amazonas, Pará e Maranhão — 2,5 por mil;

Região do nordeste: Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Baía — 0,20 por mil;

Região do centro: Espírito Santo, Estado do Rio, Distrito Federal, Minas Gerais, Goiaz, São Paulo e Mato Grosso — 1,13 por mil;

Região do Sul: Paraná, Santa Catharina e Rio Grande do Sul — 0,49 por mil.

A CAMPANHA FEDERAL CONTRA A LEpra

A política social do Govêrno que surgiu com a Revolução de 30, havia, sem dúvida, de se voltar para o magno problema.

Sem esquecer os patrióticos esforços dos govêrnos passados e, principalmente, a obra admiravel empreendida, desde anos, pelos homens de São Paulo — verdadeiros e nobres precursores da profilaxia da lepra em terras brasileiras — é ao eminente Presidente Getulio Vargas que se deve a sistematização da campanha.

Sob o alto patrocínio e a diréta inspiração de S. Excia., foi o problema focado em todos os aspéctos e particularidades, com a visão panorâmica de sua extensão.

Baseado em cifras censitárias, o notável sanitarista Barros Barreto, com a colaboração dos ilustres drs. Ernani Agrícola e Joaquim Mota, após deitado exame da realidade brasileira, traçou, em 1935, a campanha nacional da profilaxia da lepra.

Esse plano compreende, além do aproveitamento, adaptação e ampliação dos antigos leprosaríos e asilos, a construção de uma rede de novas leprosarías, de tipo colonia agrícola, mais adequadas às condições nacionais, e atende, de um lado, à incidência do mal, e de outro, às condições ambientes, às exigências da profilaxia e da assistência médico-social.

Projéto sem dúvida gigantesco, já pelo número de construções a realizar, ampara-se em um orçamento estabelecido para uma sequência de cinco anos que atinge a impressionante soma de 34.430:000\$000, a serem dispendidos no quinquenio 1935-40.

O plano compreende, quer em construções novas, quer em ampliações e melhoramentos dos estabelecimentos já existentes, 38 leprosaríos e 12 asilos.

Desses, já se acham em funcionamento ou em final de construção 42 e em projéto 8.

Estará, assim, definitivamente realizada, a maior obra hospitalar já prevista e levada a efeito em uma campanha contra a lepra.

Título, sem dúvida, suficiente para justificar, perante a posteridade, o idealizador da política sanitária nacional e que responde, eloquentemente, às diatribes partidárias.

Além de construir e de ajudar a construir os hospitais referidos, o Govêrno Federal concorre, com elevadas somas, para a sua instalação e manutenção.

A COLABORAÇÃO DO RIO GRANDE

Convém esclarecer que, praticamente, todos os Estados vêm contribuindo para a execução do plano de combate ao mal de Hansen, cumprindo destacar, em particular, os de Minas Geraes, Rio Grande do Sul, Santa Catharina e Espírito Santo.

Em São Paulo, em rigor, toda a obra foi de iniciativa estadual e só a partir de 1937 tem o Govêrno Federal colaborado nas ampliações necessárias de 3 dos 5 estabelecimentos já creados — escreve o Dr. Barros Barreto.

Na verdade, o apelo do Govêrno Federal encontrou grande éco no Rio Grande do Sul, quer no passado Govêrno do Dr. Flôres da Cunha, cujo nome deve ser declinado, em um ato de justiça, quer no Govêrno atual.

De início, deve-se a uma instituição privada, a Sociedade Beneficente Pró Leprosário Riograndense, fundada em 1924, na cidade de Santa Cruz, o haver cogitado da construção de um asilo para leprosos.

Essa Sociedade, porém, não foi além do recolhimento de fundos, empregados, mais tarde, na obra de uma outra sociedade, de que adiante falaremos.

Posteriormente, o problema da lepra, do ponto de vista profilático, foi realmente atacado e, pela primeira vez no Estado, pelo Dr. Raul di Primio.

Esse ilustre e humanitário facultativo, vencendo resistências e dificuldades de toda a sorte, enfrentando a conspiração da displicência e do der-

rotismo, conseguiu, em 1936, construir o Leprosário de Emergência, anexo ao Hospital de Isolamento, no Partenon.

Aí, na modéstia desse pavilhão, começaram a ser internados e convenientemente tratados, os hansenianos até então abandonados à sua desdita e à tarefa trágica e inconciente de contagiarem os entes que êles desejarium ver poupados.

Nessa primeira realização em favor dos leprosos, já surgiram as beneméritas senhoras que se tornaram credoras da gratidão do Rio Grande.

Amparando e secundando a ação do Dr. Raul di Primio, puzeram-se à frente de um movimento social essas damas ilustres que honram e elevam a nossa terra:

D. Luizinha Aranha, em quem se sublimaram as virtudes profundas e a bondade desbordante da mulher rio-grandense; a fidalguia integral de D. Liza Chaves Barcelos; a simpatia cativante e nobre de D. Sinhá Anes Dias e tantas outras de difícil enumeração.

Reorganizando, em 1938, os Serviços de Saúde Pública do Estado, sob a direção altamente capaz do grande técnico que é o Dr. Bonifacio Costa, deliberou o ilustre Interventor do Estado coordenar uma ação, governamental e privada, de profilaxia da lepra, dentro do trinomio — Dispensário — Leprosário — Preventório.

Dispensário — Começou-se por crear, em Pôrto Alegre, um Dispensário Central, instalado no Centro de Saúde n.º 2 já em funcionamento, desde dezembro de 1938, com o encargo de doentes isolados em domicílio, seu tratamento, sua vigilância e exame dos comunicantes.

Aí foram fichados 96 doentes, e dêsses estão sob o contrôle do Dispensário 74, por terem sido internados uns, transferidos para o interior outros.

Nesse serviço foram feitos 234 exames de comunicantes, de doentes de lepra, tendo sido encontrados 14 casos novos.

A vigilância sanitária é feita pelo serviço de educadoras sanitárias, tendo as mesmas feito 399 visitas aos doentes e seus comunicantes.

Instalados nos 43 Postos de Higiene e 2 Centros de Saúde, espalhados pelo interior do Estado, estão os dispensários com as mesmas finalidades do de Pôrto Alegre.

Achavam-se aí fichados, até 1939, 284 doentes, sob vigilância e tratamento.

O total de doentes confirmados e fichados é de 491, estimando-se em 800 a 900 o número de leprosos no Estado.

Leprosário — Até que se concluíssem as obras que hoje inauguramos, foram construidos novos pavilhões no Leprosário de Emergência, que abriga, presentemente, 99 doentes, aos quais não tem faltado assistência médica e moral.

O Leprosário-Asilo-Colônia de Itapoã, que neste áto entra em funcionamento, no qual se realiza o ideal médico e humano, de assegurar aos doentes o máximo de conforto e de assistência, reduzindo ao mínimo o seu contacto com a gente sadia, representa, expressivamente, a correspondência do Governo do Estado ao apêlo do Govêrno Federal.

O bloco de edificios aquí construidos, que ainda receberá as edificações complementares e serviços de urbanização, exige um dispêndio de 4.290:346\$800.

Para êsse computo total o Govêrno Federal entra com 2.035:983\$000.

A ordem de São Francisco, a que foi entregue a administração da Colônia, contribuiu com 100:000\$000, para a construção da Capela.

A contribuição do Governo do Estado do Rio Grande é de
2.273.363\$800.

Dessa elevada importância, foi paga pelo Governo anterior
762.830\$800, cabendo, assim, ao Governo atual a taxa de 1.510.483\$000.

Contribuição, sem dúvida, elevada, tendo-se em conta as possibilidades financeiras do Estado, mas, pequena, em face do fim humano e patriótico, a que se destina.

Registe-se aqui a ação dinâmica e capaz do ilustre Dr. Osmundo Me-deiros que iniciou os trabalhos de construção.

Preventório — O grupo de senhoras que coadjuvaram na iniciativa do Dr. Raul di Primio, converteu-se, mais tarde, na "Sociedade Riograndense de Assistência aos Lázaros", sob a natural presidência de D. Luizinha de Freitas Vale Aranha, e hoje filiada à "Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defeza contra a Lepra."

À benemérita Sociedade de Assistência aos Lázaros devemos a construção do Amparo Santa Cruz, a ser inaugurado dentro de poucas semanas.

Obra de vulto, com capacidade para recolher 300 crianças, filhos sadios de doentes, já consumiu cêrca de 1.000 contos, facilmente alcançados, graças ao coração generoso da gente riograndense e prestígio de sua presidente e das demais senhoras que integram a sua diretoria.

Cumpre-se acentuar que o Governo do Estado contribuiu para essa obra com cêrca de 300 contos de auxílio.

Senhores.

Eis, num esforço de síntese, a prestação de contas do Governo do Rio Grande referente à sua ação, no setor de combate à lepra, dentro do seu plano de política social.

Resta agora, apresentar os seus agradecimentos a todos os que trouxeram a sua colaboração ao esforço, que atinge agora a uma das etapas decisivas.

Agradece ao eminente patricio Dr. Getulio Vargas, que vive na admiração e no respeito de todos nós, e ao preclaro Ministro da Educação e Saúde, Dr. Gustavo Capanema, a dádiva dêsse Leprosário-Asilo-Colônia, inspiração de seu patriotismo e cristalização do seu alto desejo de servir ao Brasil.

Agradece à Exma. Sra. D. América Xavier da Silveira, D. D. 1.^a Vice-Presidente da Federação das Sociedades de Assistência aos Lázaros e Defeza contra a Lepra, figura de patriciado moral e social da nossa Pátria, que nos honra com a bondade de sua visita e com o encanto de sua presença.

Se ao Governo Federal devemos a campanha nacional e cada vez mais unitária contra a lepra, não é menos verdade que às Sociedades de Assistência aos Lázaros deve o Brasil a campanha nacional, em favor da assistência social aos hansenianos.

Agradece — e onde encontrará palavras para agradecer bastante? — às ilustres damas riograndenses, que dispensaram o auxílio inicial ao Leprosário de Emergência, e que, constituídas, mais tarde, na Sociedade Riograndense de Assistência aos Lázaros, levaram a termo essa realização magnífica que é o Amparo Santa Cruz.

Na impossibilidade de declinar todos os nomes beneméritos, apresenta os seus agradecimentos, na pessoa da Exmas. Sras. D. Luizinha de Freitas Vale Aranha, Ilza Chaves Barcelos e Sinhá Anes Dias, beijando-lhes a mão.

Agradece à Associação Comercial, ao Clube do Comércio e ao Ro-

tari Club, na pessoa benemerita do sr. Osvaldo Rentsch, a contribuição valiosissima que representa o aparelhamento das salas de diversões d'este estabelecimento recentemente oferecido.

Agradece aos doadores da biblioteca e da rouparia d'este Asilo-Colônia.

Agradece a todos, sinceramente.

Reserva para o fim um agradecimento, não maior que os outros, mas, talvez, o mais comovido.

Uma pena maravilhosa imaginou, em página eterna, a esmola de Jesus ao leproso.

No quebrante de luz de uma tarde da Galiléia, avangavam pela estrada Jesus e tres discipulos.

Em uma curva do caminho, atirado sôbre a poeira, no abandono da maldição, extendia as suas úlceras à caridade — um leproso.

Os discipulos, um a um, a medo, aproximaram-se do desgraçado e lhe atiraram, de longe, um manto, um pão, uma moeda.

Faltava a esmola de Cristo.

Jesus avança, como que flutuando na pulverisação de luz da tarde, e, chegando bem junto do lázaro, beijou-lhe a bôca chagada.

Todos os que aquí estão, deram a sua moeda, o seu pão e o seu manto.

Houve outros, porém, que se reservaram o beijo da esperança e do consêlo — fiéis à lição do Mestre.

Esses são o Frei Pacífico, que abandona a direção de um grande estabelecimento de ensino, para se fazer o consolador dos torturados, e, também, as Irmãs que disputaram, com a ansia que no mundo se reserva aos convites reais, a tarefa de enfermeiras dos doentes — tornando difficil a escolha, dentre todas as que se apresentaram.

Eles não precisam do nosso aplauso nem do nosso louvor.

Eles o encontram na própria consciência e esperam um prêmio maior.

Isso não impede, porém, que o Governo do Estado se curve agradecido, ante aqueles que souberam fugir à própria contingência de natureza humana.

*

* *

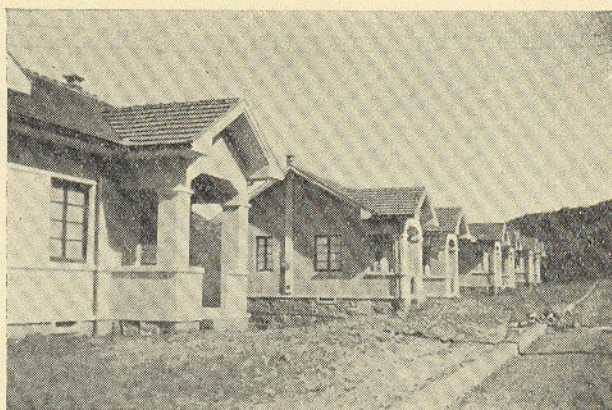
Em nome do município de Viamão, no qual está localizado o Leprosário, fez uso da palavra o Dr. Coraci Prates da Veiga. Por fim, falou o Dr. Hugo Pinto Ribeiro, presidente da Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre, em nome dessa entidade sendo, como os demais oradores, longamente aplaudido.

Serenados os aplausos que cobriram as palavras do último orador, D. João Becker, arcebispo Metropolitano, procedeu à benção do Leprosário Itapoan, áto que foi reverentemente assistido por todos os presentes.

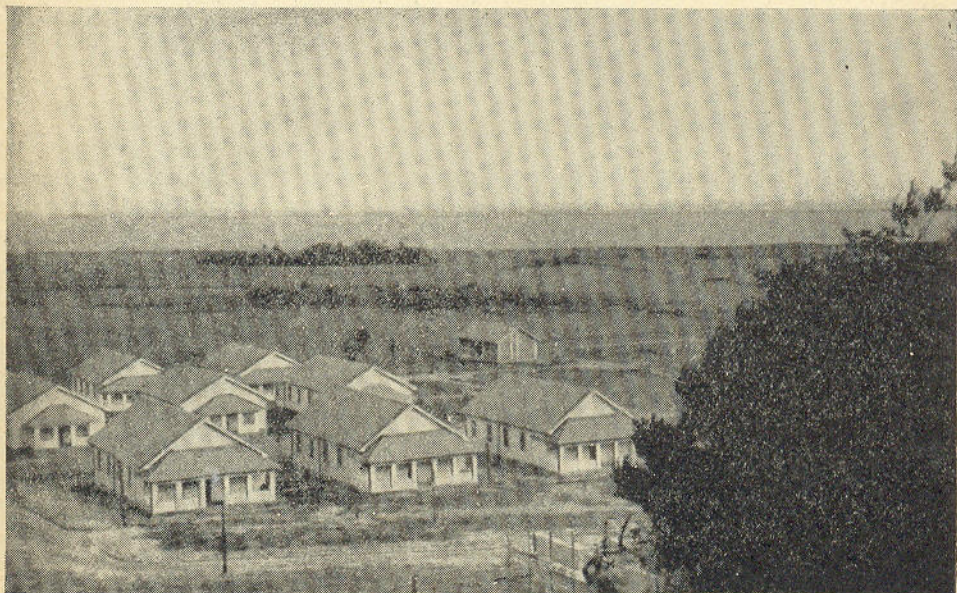


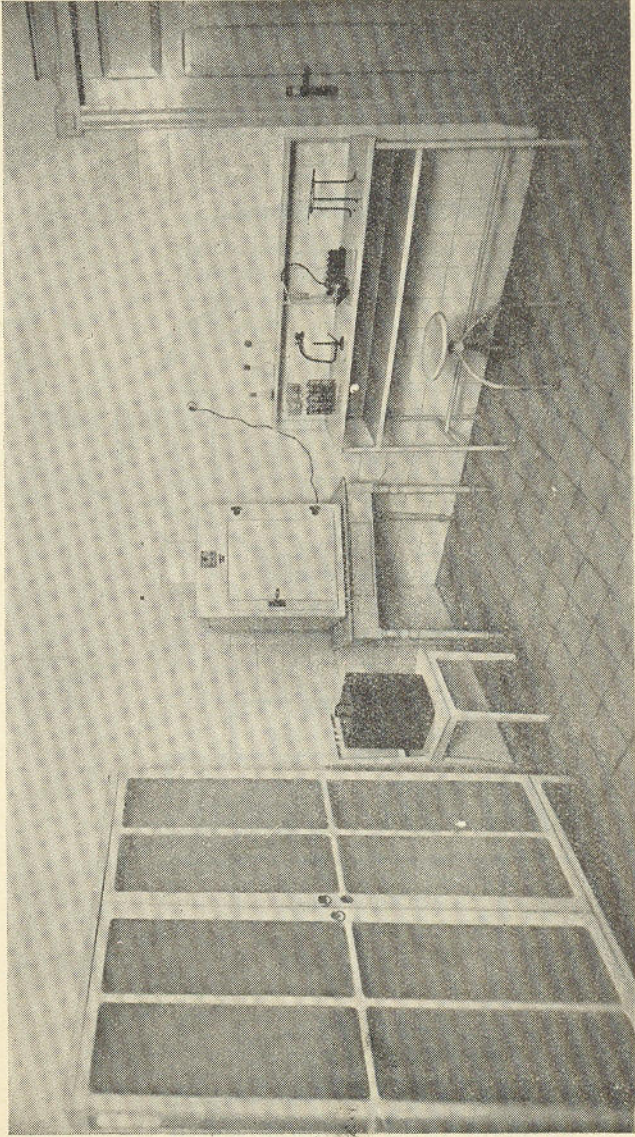
A luta contra a lepra no Rio Grande do Sul

Leprosário Itapoan



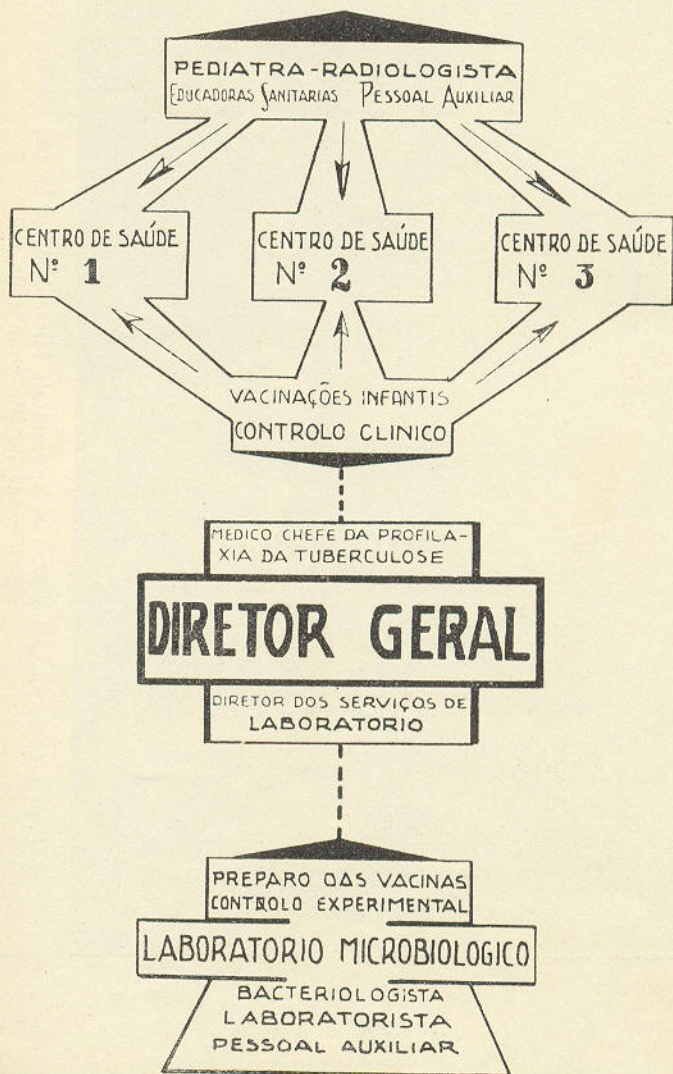
Tipos de habitações para os doentes





Sala de preparo da vacina BCG no Laboratório Microbiológico do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

**ESQUEMA DA ORGANIZAÇÃO ATUAL DO SERVIÇO BCG DO
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE SAÚDE
PORTO ALEGRE
RIO GRANDE DO SUL
BRASIL**



D. E. S.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
BRASIL

COLÔNIA ITAPOAN

LEPROSOS

OBRA DE INICIATIVA E EXECUÇÃO DO GOVERNO
FEDERAL COM A COOPERAÇÃO DO ESTADO

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1-CASA DO MÉDICO | 12-CASA DAS IRMÃS |
| 2-CASAS GEMINADAS PARA FUNCIONÁRIOS | 13-ADMINISTRAÇÃO-ALMOXARIFADO |
| 3-CASA DO ADMINISTRADOR | ROUPARIA-LABORATÓRIOS |
| 4-GARAGE E CASA PARA MOTORISTA | 14-PADARIA |
| 5-CASA DO CAPATAZ-S ^{as} AGUA-LUZ-ESGOTOS | 15-CASAS GEMINADAS PARA CASAIS |
| 6-CASA DOS ELETRICISTAS | 16 CAPELA |
| 7-USINA | 17-DISPENSÁRIOS E HOSPITAL |
| 8-CASA DO TRATAMENTO DA AGUA | 18-ESPURGO |
| 9-CEMITÉRIO | 19-PARLATÓRIO |
| 10-FORNO DE INCINERAÇÃO | 20-PAVILHÃO DE OBSERVAÇÕES |
| 11-NECROTÉRIO | 21-PAVILHÕES CARVILLE |
| | 22-COSINHA E REFEITÓRIO |
| | 23-LAVANDARIA |
| | 24-OFICINAS |



PRAÇA
DE
ESPORTES

LOCAL TRATAMENTO ESGOTOS

Trabalhos originais

Aspétos do Granuloma Venéreo na mulher *)

Dr. Hugo Ribeiro

Médico do Departamento Estadual de
Saúde e dermatologista da Santa Casa
de P. Alegre.

Alguns autores descrevem essa doença com o nome de "Granuloma ulceroso dos órgãos genitais" (e com tal denominação aparece no último tratado de dermatologia francês). Rejeitam a denominação de granuloma venéreo provavelmente porque não lhe julgam demonstrada a origem venérea. De nossas observações, colhidas em uma enfermaria de mulheres, não podemos tirar, nesse sentido, conclusão precisa, não só porque as pacientes chegam ao hospital com a doença em evolução adiantada, prestando esclarecimentos confusos quanto ao início das lesões, como também e sobretudo, por se tratar de mulheres de vida irregular.

Tratando-se de um mal de contágio diréto — o que se póde afirmar em virtude de auto-inoculações experimentais — cujas lesões são, ordinariamente, nas regiões genital e paragenital, com localização peri-anal, também frequente, observado em pessoas com hábitos genitais excessivos, cremos que o granuloma seja, realmente, uma doença venérea e que mais tarde será descrito nos tratados de venéreologia, ao lado da sífilis, do câncero mole, da blenorragia e da doença de Nicolas Favre. Aliás, Delamare já propôs a denominação de quinta moléstia venérea. O contáto entre a lesão do contaminante e a pele das regiões genital e paragenital de uma outra pessoa, dificilmente faz-se fóra do áto do coito. Como as demais doenças venéreas, as primeiras manifestações, que correspondem aos pontos de contágio, pódem também estar fóra das mucosas, de suas proximidades e mesmo bem à distância, por contágios excepcionais. Temos também de admitir, como nas demais moléstias venéreas, a possibilidade do contágio indireto.

O granuloma venéreo, sob fórmula endêmica, existe em muitas regiões de nosso país, inclusive no Rio Grande do Sul, onde não é raro, mas pouco lembrado.

Em nosso pequeno serviço hospitalar, é êle reconhecido com relativa frequência. Quasi todos os casos do interior chegam ao serviço sem diagnóstico e depois de terem falhado vários tratamentos, especialmente o da sífilis. Isto nos tem facilitado o diagnóstico, nos casos em que o aspéto das lesões e o

* Resumo da conferência feita em sessão conjunta da Sociedade de Medicina de P. Alegre e da Sociedade de Higiene e Saúde Pública do Rio Grande do Sul, em 18 de Agosto de 1939.

passado mórbido dos doentes permitem a confusão. Tem o valôr de um tratamento de prova.

A falta de higiene corporal, contribue para o aparecimento e para a evolução da doença. Quasi todas as nossas pacientes são de pouca higiene corporal.

O granuloma pôde estender-se a uma população e dizimá-la, como aconteceu à população selvagem da Nova Guinéa holandesa, que por êle foi reduzida, em 18 anos, de 30.000 a 9.000 pessoas, conforme relata de Vogel.

Hoje, só se concebe semelhante extensão, com mortalidade tão elevada, longe da civilização.

Para os autores sul-americanos que estudaram o granuloma venéreo, não há dúvida que essa doença, de evolução crônica, ulcerosa, vegetante ou ulcero-vegetante, seja uma doença infecciosa, provocada pelo "Calymmatobacterium granulomatis", gêrme que, pelo aspéto morfológico e pelos caracteres culturais, se assemelha ao báculo de Friedlaender.

Êsse gêrme foi descrito pela primeira vez por Denovan em 1905 e bem estudado em 1912 por Beaurepaire Aragão e Gaspar Vianna, que o isolaram e lhe deram aquele nome, substituído pelo de "Klebsiela granulomatis" na moderna classificação de Bergey. Foi o professor E. Rabelo quem o verificou pela primeira vez no Brasil, no primeiro caso diagnosticado, clinicamente, pelo prof. F. Terra. Dentre os trabalhos nacionais sôbre o assunto deve ser salientada a notável monografia de Souza Araujo.

E' de notar, entretanto, que o reconhecimento do Calymmato-bacterium granulomatis", como verdadeiro agente patogênico do granuloma, não é ainda universalmente admitido como fato demonstrado.

ALGUNS ASPÉTOS CLÍNICOS

Sendo nossas observações colhidas sómente em um serviço de mulheres, limitamo-nos a descrever o aspéto clínico do granuloma venéreo no sexo feminino, de acôrdo com o que vimos em diversos casos.

O granuloma venéreo começa, mais comumente, por um nódulo ou uma papula na péle dos grandes lábios, de sua vizinhança ou nas margens do anus. O nódulo, ainda pequeno, perde, em parte, o revestimento epitelial, tomando aspéto de uma sifilide papulo-erosiva, com a qual se presta á confusão. Ao lado de um nódulo, outros aparecem, e, evoluindo de modo centrifugo, comunicam-se e formam uma lesão maior, que se estende, de mais a mais, até ocupar grandes extensões das regiões genital e paragenital.

Não havendo intervenção terapêutica, o granuloma pôde abranger toda porção da péle que circunda a vulva, emitindo prolongamentos pelas dobras genito-crurais, na frente, e para tras pelas dobras gluteas e perineo, até atingir o anus que fica, por êle, completamente envolvido. Dessa fórmula, temos uma figura perfeitamente simétrica.

Os bordos, muito nitidos, são mais altos que a péle sã da vizinhança e que a porção central da lesão. Nem sempre se continuam, uniformemente; pequenas saliências, que se mostram tanto em altura quanto em espessura, constituem o bordo que aparece como formado de pequenas papulas enfileiradas. O centro, irregular e granuloso é coberto por uma secreção viscosa, muito fétida e nas dobras de flexão da péle, verdadeiras ulcerações se fazem. Bem próximas do bordo da grande placa, e mesmo mais à distância, pequenas pápulas se observam, as mais próximas já com erosão e as mais afastadas com perfeito revestimento cutâneo. Elas são granuloma venéreo, pois contêm, em seu interior, o germe apontado como patogênico. Damos a essas papulas pequenas um grande valôr, porque servem para o diagnóstico clínico e bacteriológico. Seccionadas por sua base, o material colhido no interior, para pesquisa bacteriológica, é de primeira ordem, porque dá preparação rica de CALIMMATO e sem aquela quantidade enorme de germes diversos que dificulta, nas preparações feitas com material colhido das lesões abertas, o reconhecimento do germe patogênico.

Ao contrário do que se pôde prever, a superfície deixada pela secção de uma pequena papula, quando nitidamente afastada das lesões abertas, cicatriza rapidamente. Nas grandes placas, já antigas, ou nas novas, sob influência do tratamento específico, notam-se no centro, pequenas superfícies revestidas de epitélio, com aspéto fibroso, destacando-se na coloração vermelha mais ou menos carregada.

Este quadro morfológico, que é representado na Fig. 1, sem uma reação ganglionar, ao lado de um fétido sui-generis e de uma história com vários meses ou mesmo anos de evolução, e com tratamento anti-sifilítico de prova negativo, a conservação de um bom estado geral, constitue um quadro clínico inconfundível.

A presença do Calymato bacterium nas lesões, reforça o diagnóstico e o resultado imediato do tratamento pelo tartaro emético, afasta qualquer possibilidade de êrro de ordem clínica ou bacteriológica.

Sôbre um outro aspéto, temos o granuloma na doente da Fig. 2. A placa maior é situada na péle do grande lábio esquerdo, edemaciado. Não há um bordo saliente em relação ao resto da placa; toda ela é levantada como um planalto. Próximos a ela, observamos muitas pequenas papulas com o aspéto já mencionado na primeira observação, e placas menores. Ao lado do anus e no grande lábio direito, conglomerados de papulas, se encontram. Na maior placa existe erosão. Ulceração propriamente dita não se constata em nenhum ponto da região doente.

Na Fig. 3 temos uma forma ulcerosa com superfície vegetante. A ulceração extensa e muito profunda, ocupa a dobra da coxa sôbre o tronco, desde o pubis até à região glutea. Toda superfície ulcerosa é cheia de granulações e os bordos são salientes, hiperplásicos e irregulares. Nos grandes lábios outras lesões existem, hiperplásicas, e nas proximidades da grande lesão, as pe-

quenas papulas mencionadas, umas isoladas e outras confluentes, conservando o revestimento epitelial.

O início da grande ulceração, segundo narra a doente, se fez da seguinte maneira: Na região inguinal um nódulo se formou e mais abaixo, no seguimento da dobra, um outro. Ambos cresceram, lentamente, e amoleceram. Um médico, constatando pús e a comunicação subcutânea, fez uma incisão. Desde então, paulatinamente, formou-se a cratera. O diagnóstico bacteriológico, praticado pelo Dr. Maya Faillace, foi feito com material colhido por secção da pequena papapula assinalada na Fig. 3, que deu boas preparações e culturas abundantes. Com a metade da papula fizemos inclusão em parafina que remetemos ao Dr. H. Portugal para exame histopatológico, cujo resultado passamos a transcrever:

N.º 395 — Material de granuloma venéreo, enviado pelo Dr. Hugo Ribeiro.

Fixador Bouin — Colorações: hematoxilina eosina, hematoxilina-eosina-açafrão e hematoxilina ferrica-tri-crômica de Masson.

Córtex um pouco obliquos. Apesar disso nota-se acentuado grau de acantose e algumas mitoses no corpo mucoso de Malpighi. Excitose polinuclear. Acentuado edema da epidérme, com depósito nos espaços inter-celulares de líquido fibrinoso.

Intensa infiltração celular inflamatória de toda a derme visível. O infiltrado é constituído principalmente de histiocitos; em alguns pontos, porém, há grandes agrupamentos de plasmocitos, misturados e alguns linfocitos; em outros, notam-se alguns polinucleares.

Em todos os vasos observa-se espessamento das parêdes. E' êle devido não só á proliferação de endotélio, como ao reforço da adventícia por uma lâmina colagena. Os capilares, em virtude dessa alteração, estão quasi obliterados; os vasos mais calibrosos são dilatados — contêm polinucleares. Ausência de anexos epiteliais.

Os parasitos são vistos com grande dificuldade, (devido provavelmente ao fixador) só nos cortes corados pela hematoxilina ferrica, sob a forma re corpusculos ovais, no interior de macrofagos ou livres.

(ass.) *H. Portugal.*

Nesse caso, acentuamos particularmente o diagnóstico bacteriológico, porque o tratamento pela Fouadina, que tão bons resultados deu em muitos outros, falhou completamente, por não podermos usar doses fortes, por ser mal tolerado. Aconselhamos a curetagem das grandes lesões e a continuação do tratamento com injeções endovenosas de tartaro emético o que não sabemos si foi graticado, porque a paciente, retirando-se da enfermaria para voltar breve, não mais apareceu.

Com a Fig. 5 apresentamos uma forma exclusivamente peri-anal, evoluindo para a região glútea. A paciente informa que a lesão se iniciou em junho de 1938 por uma pequena papula, próxima a um mamilo hemorroidário da mar-

gem esquerda do anus. Lentamente evoluiu, até atingir o tamanho que se vê da Figura 5 (fotografia tirada em 15 de julho de 1939).

E' uma placa saliente bem delimitada, superficialmente ulcerada, com coloração vermelha em toda sua superfície granulosa. Os bordos salientes sobre a pele sã, são ligeiramente circinados e limitam uma superfície de forma mais ou menos oval, com eixo longitudinal de 8 centímetros e transversal de 6. Em toda superfície há uma serosidade esbranquiçada e fétida. A lesão sangra facilmente. O Calimato foi encontrado com facilidade em exame diréto e cultural.

Instituído o tratamento, as melhoras já se notaram nas primeiras injeções de Fuadina e a cura se fez 30 dias após o início de tratamento.

Um caso bastante interessante é o da Fig. 6. A fotografia mostra que a forma clínica desse granuloma é a mesma da doente da Fig. 1, e por isso deixamos de descrever o aspéto morfológico do conjunto das lesões, limitando-nos a chamar a atenção para uma complicação que surgio com a cicatrização e para a recidiva do granuloma, um ano após cura aparente, em toda superfície anteriormente atingida e com mesma complicação cicatricial.

A paciente, que é de côr branca e tem 24 anos de idade, baixou em nosso serviço hospitalar, pela primeira vez, em Outubro de 1937, com um granuloma venereo que se estendia desde o pubis até o anus, abrangendo toda a vulva. O começo das lesões datava de 7 anos, e muitos tratamentos locais e anti-sifilíticos foram feitos sem resultado. O caso era de diagnóstico fácil e iniciamos desde logo o tratamento com tartaro emético, que deu ótimo resultado. Em meio do tratamento, notamos, porém, que em toda porção anterior, os grandes lábios soldavam-se, em virtude das superfícies de contáto estarem desprovidas de revestimento e da rápida cicatrização das lesões, sob influência do tratamento.

A paciente foi mandada a um cirurgião que desfez a cicatriz viciada. Colocada uma gaze entre os grandes lábios, para impedir o contato das superfícies abertas, o tratamento foi continuado, e a paciente curou-se, rapidamente.

Mais tarde, ela volta ao mesmo serviço, com o granuloma ocupando toda a região anteriormente atingida e com o mesmo aspéto que foi observado pela primeira vez. A doente informa, nessa ocasião, que até fins do ano de 1938 estava curada, e que a partir dessa data, o mal começou a reproduzir-se.

Iniciado o tratamento, dessa vez, pela Anthimolina, o resultado não se fez esperar, conforme se observa nas Figs. 6, 7 e 8; a primeira que representa uma fotografia tirada depois da 3.^a injeção, a segunda depois da 8.^a e a última depois da 11.^a.

Dessa vez, como da primeira, realizou-se a sinfise dos grandes lábios, a partir da comissura anterior.

Este caso é muito instrutivo porque, nêle, temos um acidente de cicatrização que pensamos ainda não descrito e que nos mostra a necessidade de

impedir a coalescência dos grandes lábios, todas as vezes que, de um modo simétrico, houver neles lesões abertas de granuloma.

Tivemos também em nosso serviço um caso em que se destacava um edema duro dos grandes lábios, ao lado de lesões típicas de granuloma venéreo e sem uma história que lembrasse erisipéla. Infelizmente não podemos apresentar documento fotográfico dessa forma constatada por diversos autores. A elefantíase dos grandes lábios, no granuloma venéreo, não constitue raridade. O estiomena é hoje uma síndrome que tem como causa, entre outras, o granuloma venéreo e a doença de Nicolas Favre.

Na doente da Fig. 2, onde se nota um acentuado edema do grande lábio direito, si não fosse feito um tratamento eficiente, provavelmente teríamos uma dessas formas clínicas.

Na maior parte dos nossos casos, após a cura, ficaram no local das lesões, cicatrizes espessas, fibrosas, com aspéto de queloide, e muitas vezes com superfície lisa, com a cor branca de marfim.

DIAGNOSTICO

Nos casos já adeantados — e são esses os comumente observados nos serviços hospitalares — o diagnóstico do granuloma venéreo é relativamente fácil, uma vez que se pense nêle. O aspéto das lesões, já dá uma forte impressão, que conduzirá o clínico às pesquisas para confirmar ou afastar o diagnóstico.

O doente, informando que a doença já data de muitos meses, e que tem resistido a vários tratamentos, inclusive o específico da sífilis, reforça a primeira impressão, dada pelo aspéto das lesões.

Diagnosticado clinicamente, a confirmação deverá ser procurada pela pesquisa do Calymato bacterium.

As pesquisas bacteriológicas, nos casos que óra estudamos, foram realizadas pelo Dr. J. Maya Faillace, no Laboratório Microbiológico do Departamento Estadual de Saúde.

O exame diréto já é muitas vezes suficiente, quando feito por um bacteriologista habituado a vêr o germe.

Da colheita do material depende o bom resultado da pesquisa do Calymato. Na secreção purulenta, é difícil distinguí-lo entre a grande quantidade de germes banais e piogênicos. Deve-se colher o material nos bordos das lesões, após ligeira curetagem.

Aconselhamos, porém, sempre que houver aquelas pequenas papulas nas proximidades das grandes lesões, pesquisar o germe em seu interior, onde é êle encontrado em estado de pureza, uma vez que ainda não haja erosão.

Costumamos secciona-las, horizontalmente, pela base, fazendo esfregaços e culturas, com material colhido nas superfícies de secção. O fragmento retirado aproveita-se para exame histo-patológico e pesquisa de Calymato nos córtexes.

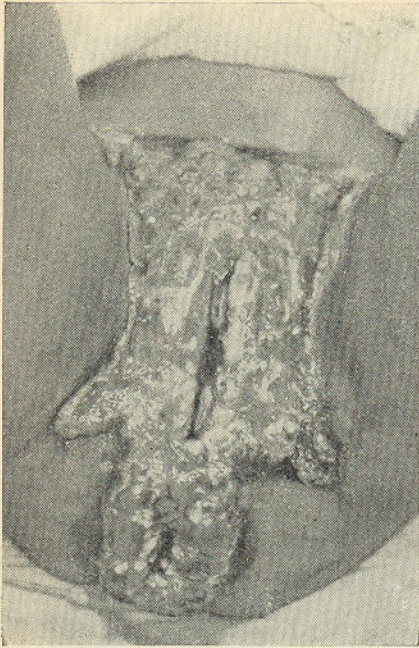


Fig. 1 — Lesões simétricas e ulceradas.

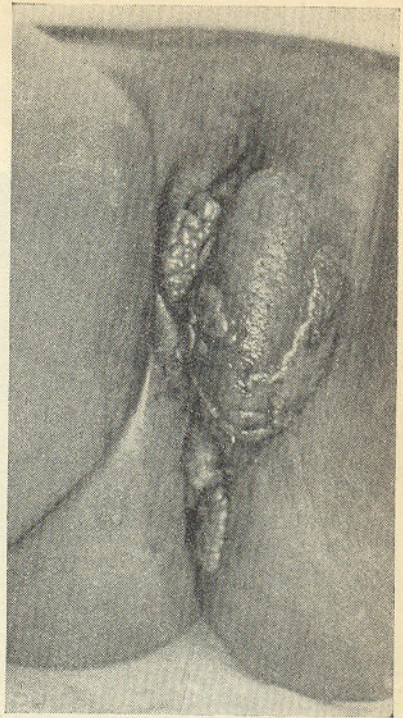


Fig. 2 — Lesões não ulceradas

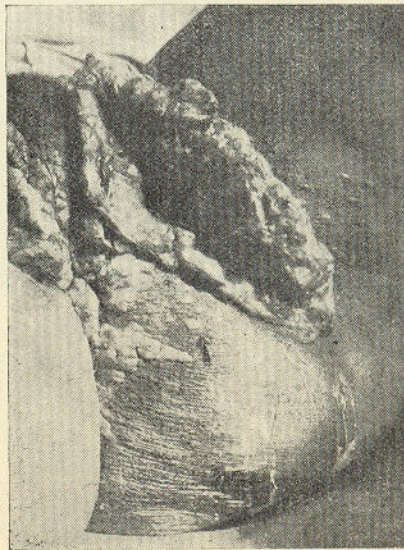


Fig. 3 — Profunda cratera, bordos salientes e hiperplásicos. Assinalada com uma sêta está a pequena pápula seccionada para exame.

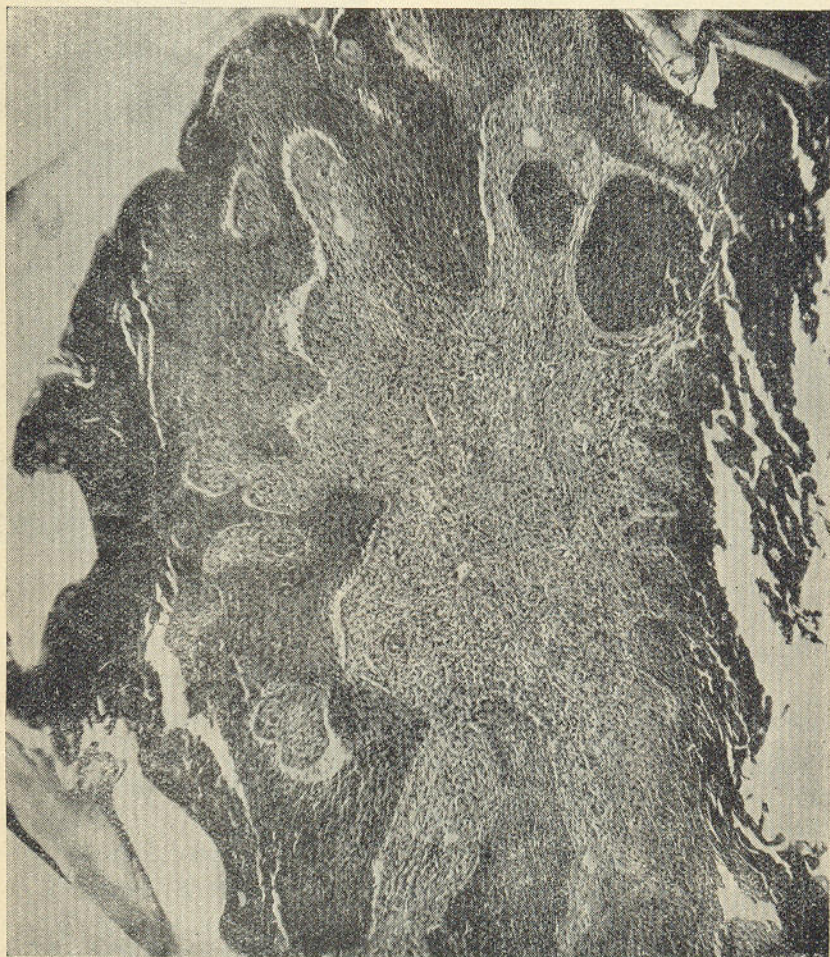


Fig. 4 — Estrutura histopatológica da pequena pápula, assinalada na Fig. 3

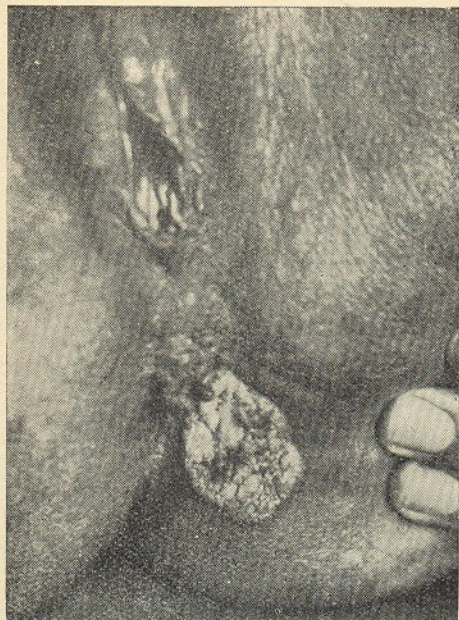


Fig. 5 — Localização peri-anal

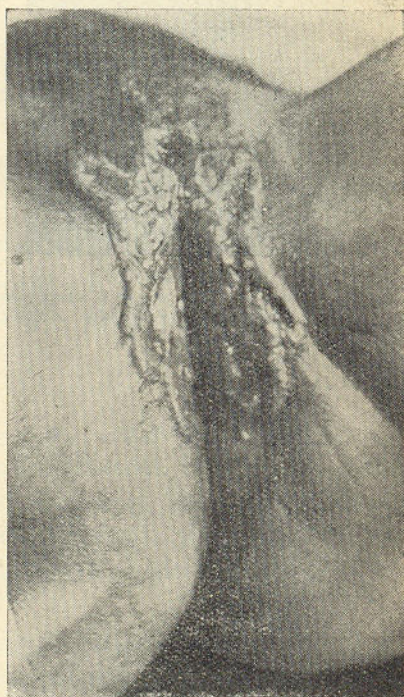


Fig. 6 — Forma simétrica — Bordos salientes — Comêço de sínfise dos grandes lábios — Fotografia tirada após a 3.^a injeção de Antimolina



Fig. 7 — Mesmo caso após a 8.^a injeção
— Rápida cicatrização

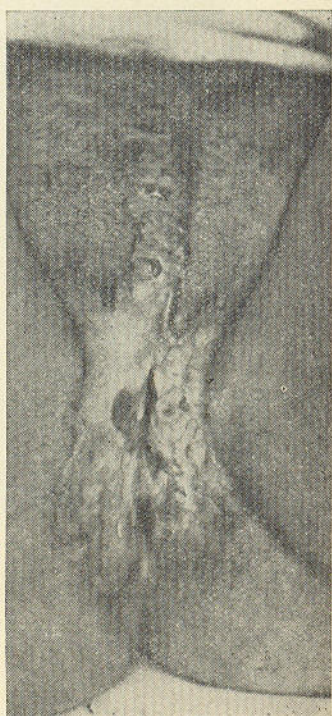


Fig. 8 — Mesmo caso. Completa-se a cicatrização e a sínfise dos grandes lábios

Nem sempre, porém, encontra-se facilidade para o diagnóstico. No começo é êle difícil, e o granuloma é, por tal motivo, geralmente reconhecido depois das lesões serem extensas.

Não vamos mencionar todas as afecções com as quais se pôde confundir-lo em suas diversas formas e fases. E' com a sífilis que êle geralmente se confunde.

Nas formas ainda com papulas isoladas e muitas vezes com erosão, assemelha-se à sífilide papulo-erosiva. E' com essa manifestação do periodo secundário da sífilis que temos tido mais ocasião de fazer o diagnóstico diferencial das lesões. O fato do doente ter um Wassermann positivo e uma história de sífilis evolutiva, não afasta o diagnóstico de granuloma, porque este é frequente em sifilíticos, pois nasce, nas mesmas condições e em semelhantes fontes de contágio.

Si a pesquisa bacteriológica não fôr positiva, em tais casos, só poderemos concluir afastando o diagnóstico de granuloma, depois do tratamento de prova anti-sifilítico com resultado favorável; e em favor do granuloma depois do resultado bom do tartaro emético, administrado após o tratamento específico da sífilis ter falhado.

Com muitas outras manifestações da sífilis temos que seguir critério idêntico para não cair em êrro.

Nas formas hipertróficas e esclerosadas, com ulcerações e fistulas, e nas formas com estiomena, o diagnóstico terá que ser feito com a doença de Nicolas-Favre. A reação de Frei, sem ser decisiva, facilita essa tarefa.

TRATAMENTO

O granuloma venéreo, que outróra era de cura difícil e tinha uma infinidade de métodos terapêuticos, todos pouco efficientes, é hoje uma doença de cura relativamente fácil, por ter um tratamento específico e de ação rápida. O medicamento empregado é o tartaro emético, cuja ação terapêutica foi verificada por Gaspar Vianna, pela primeira vez, e logo comprovada em toda parte onde foi experimentado.

Em nosso serviço o empregamos muitas vezes, em solução a um por cento, injectando, sempre que possível por via endovenosa dez centímetros cúbicos, depois de tatearmos a sensibilidade dos pacientes, conforme é recomendado por vários autores.

Infelizmente, encontramos doentes, tolerando mal o medicamento. Essa intolerância manifesta-se, sobretudo, por náuseas, e mal estar, que obrigam, ou a suspender o tratamento ou a empregar doses menores sem eficiência terapêutica.

Conforme acentuam os autores que bem tem estudado o granuloma venéreo, os tratamentos insufficientes, devem ser sempre evitados, pois, em tais condições, forma-se uma emético-resistência que dificulta enormemente a cura

em um segundo tratamento bem conduzido. Em um doente de nosso serviço, observamos, logo após a injeção, fortes dores em ambas as pernas, mal definidas e com grande sensação de angustia. Prolongando-se esse estado, fomos forçados a fazer uma injeção de morfina.

A via endovenosa, a única usada para o emprego do tartaro emético, em simples solução aquosa, tem ainda o inconveniente do endurecimento dos vasos.

Apesar dessas dificuldades que constatamos, e por não serem elas de frequência grande, consideramos o tratamento pela via endovenosa como de grande eficiência e de fácil execução.

Temos experimentado o preparado chamado Fouadina, que é um composto trivalente de antimônio e de sódio, que tem a vantagem de ser empregado por via intramuscular. Os resultados foram bons, talvez iguais aos obtidos com a solução de tartaro emético por via endovenosa. A tolerância para esse medicamento também não é perfeita. Há doentes que, mesmo em doses pequenas, apresentam vômitos, ou outras manifestações morbidas.

Por isso, nunca iniciamos o tratamento com mais de um centímetro cúbico, do medicamento. Para muitos casos as doses de 3 ou mesmo 2 cc. já influem, enormemente, na modificação das lesões, e com elas obtem-se curas perfeitas. Há casos, porém, que necessitam doses maiores, e outros, que resistem ainda a essas doses, geralmente por uma emético-resistência, creada na primeira tentativa de cura com doses pequenas.

Os tratamentos locais ficam em um segundo plano. Em nosso serviço temos usado tão somente cuidados higiênicos feitos com soluções de antisépticos comuns.

Nos casos, grandemente vegetantes, indica-se a intervenção cirúrgica ao lado do tratamento específico pelo emético. Com a remoção dos tecidos de proliferação, remove-se uma grande porção do foco infeccioso, e isso parece facilitar a ação da quimioterapia, uma vez que ela é, no granuloma venéreo, de ação rápida e mais ou menos segura.

Embora o tratamento atual do granuloma venéreo tenha a eficacia grande que acentuamos, — ao ponto de servir de tratamento de prova, — ainda não é perfeito, pois temos a considerar os poucos casos em que falha, mesmo quando bem conduzido e, também quando se forma a emético resistência. Outros tratamentos tem sido ensaiados, como, por exemplo, a radioterapia. Nenhuma observação temos, porém, nesse sentido, para fazermos comentários.

PROFILAXIA

Sendo o Granuloma Venéreo doença infecciosa e contagiosa, medidas profiláticas devem ser tomadas para impedir a extensão de uma epidemia e os surtos epidêmicos.

Como primeira medida está a verificação do foco endêmico com a desco-

berta de todos os casos positivos ou simplesmente suspeitos. Para isso é indispensável, entre os médicos que exercem a clínica venereológica, o conhecimento exato da doença em todas as suas formas, e o reconhecimento bacteriológico do germe apontado como patogênico.

Verificados os casos, proporcionar aos doentes o tratamento específico, cuja eficiência é reconhecida por todos que tiveram oportunidade de experimentá-lo. Com esse tratamento, diminuem-se os focos de contágio.

Nessas condições, e admitindo-se que o granuloma seja uma moléstia venérea, sua profilaxia confunde-se com a das demais moléstias dessa origem.

RESUMO

O A. estuda o Granuloma venéreo na mulher, apresentando diversas observações clínicas, documentadas com pesquisas bacteriológicas realizadas pelo Dr. Maya Faillace, no Laboratório Microbiológico do Departamento Estadual de Saúde.

Considera o Granuloma como doença venérea.

Descreve uma forma simétrica envolvendo vulva, períneo e anus. Chama atenção para pequenas papulas que se observam ao lado das grandes lesões e lhes dá grande valor diagnóstico, porque, quando fechadas, se encontra em seu interior o germe em estado de pureza, o que muito facilita o diagnóstico bacteriológico. Cortadas pela base, a superfície resultante cicatriza facilmente quando o doente inicia o tratamento. Descreve também um caso com lesões simétricas e coalescentes nos grandes lábios, as quais cicatrizando rapidamente, sob ação do tratamento, determinam sinfise, complicação que pensa ainda não descrita. Refere-se ainda a outras diferentes formas clínicas do Granuloma venéreo e destaca os bons resultados do tratamento pelo tártaro emético em injeções intra-venosas e, também, dos preparados com sais antimoniais usados por via intra-muscular. Quanto à profilaxia diz que se confunde com a das outras doenças venéreas.



Novidade!

Suprifen

o novo analeptico
e tonicardiaco
em gotas e ampolas



A Chimica "Bayer" Ltda.

Dermatite Fitogénica. Hipersensibilidade ás Aroeiras (*Lithraea brasiliensis* e *Schinus molle*).

por

Maria Clara Mariano da Rocha

Das numerosas observações que temos, sôbre a impròpriamente chamada "Doença da Aroeira", cujo estudo iniciamos em 1936, dois fatos sobresaem:

- 1.º Que essa dermatite é uma reação de hipersensibilidade.
- 2.º Que, aquí em Pôrto Alegre, duas são as aroeiras que a determinam.

Êsse 2.º item já era de prevêr se levarmos em consideração que, Aroeira é um nome popular dado, no Brasil, a árvores ou arbustos pertencentes aos generos, brasileiros, *Lithraea*, *Schinus* e *Astronium* da família Anacardiacea e que, êsses generos, com suas múltiplas espécies, não têm distribuição uniforme nas diversas regiões de nosso Estado. Assim, enquanto no município de São Borja, até a presente data, só encontramos *Schinus*, este e o genero *Lithraea* são abundantes nesta Capital e arredores, representados, principalmente, pelas espécies: *Lithraea brasiliensis* e *Schinus molle*, objetos do presente trabalho.

DESCRIÇÃO BOTANICA, SEGUNDO VON MARTIUS

Flora Brasiliensis.

Lithraea brasiliensis. L. March.

Ramos novos levemente pubescentes, depois nús e cobertos de casca cinzenta. Fôlhos mais ou menos coriáceas, lisas em ambas as páginas, na página superior dotadas de fraco brilho e verdes, na inferior mais pálidas; às vezes, algumas fôlhas são trifoliadas, mas, a maior parte, sempre é simples, alongado-elípticas ou alongado-espatuladas, estreitadas em peciolo alado, agudas, obtusas ou recortadas na ponta, sempre providas de breve ponta, de margem inteira; a nervura mediana e as laterais paralelas, sobresalientes em ambas as páginas.

Paniculas pequenas, mais curtas do que a fôlha, com poucas flôres, com bracteas pequenas, ovais, pubescentes, com pedunculos do mesmo comprimento ou mais longos do que o ovário arredondado.

Calice nú, com lobos breves, obtusos. Pétalas alongadas, três vezes mais compridas do que o calice, direitas. Estames nas flôres masculinas, de comprimento igual ao das pétalas, nas flôres femininas, menores.

Ovário sessil, quasi redondo, nú. Estiletos livres, direitos, coroados.

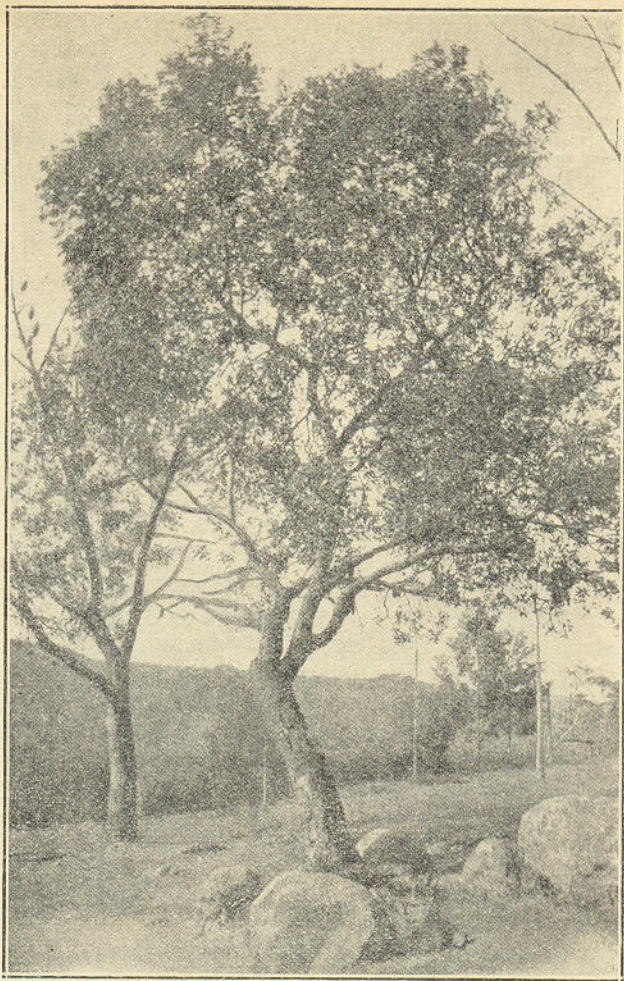


Fig. 1

Lithraea brasiliensis, L. March — Vulgarmente: Pau de bugre

Drupa redonda, fôrma de ervilha, com casca óssea e epicarpo papiráceo.

Sinonimia: *Ehretia venulosa*, Spreng, in Herb. Reg. Berol.

Lithraea verrucosa, Miers Mss.

Pio Corrêa, dá como sinonimia popular, aqui no Rio Grande do Sul: Aroeira do matto; Aroeirinha preta; Coração de bugre; Pau de bugre.

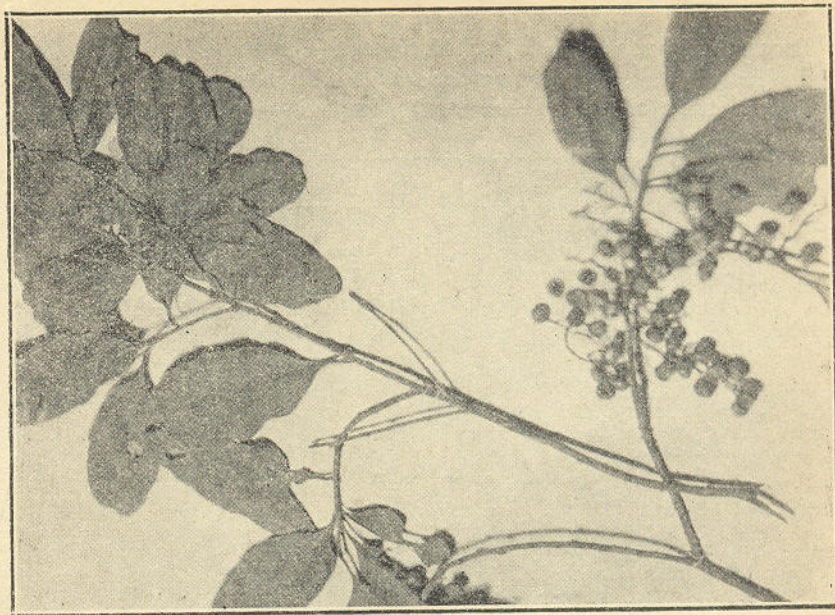


Fig. 2

Folhas e frutos da *Lithraea brasiliensis*, L. March.

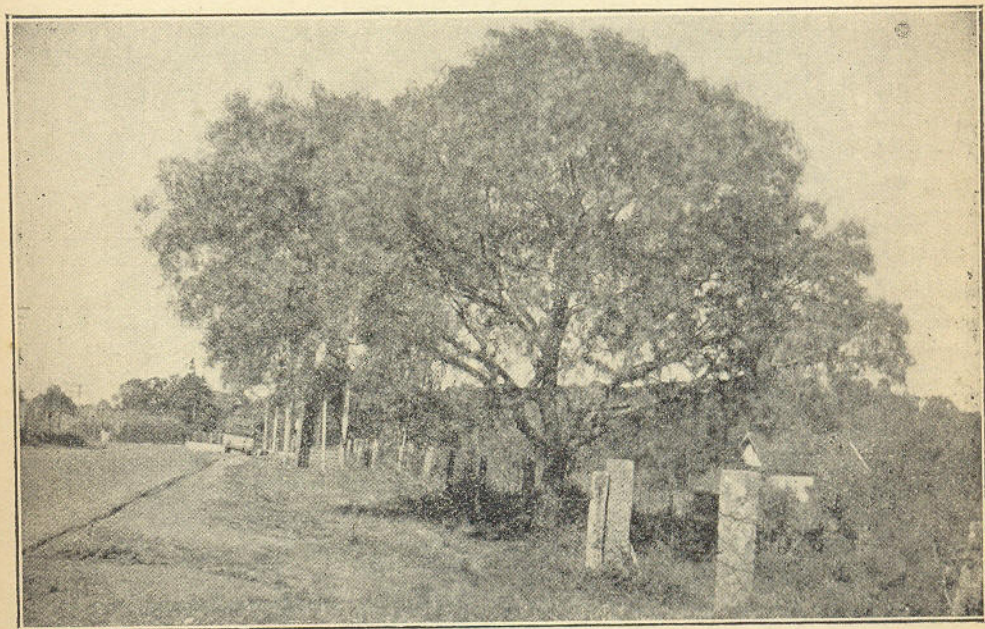


Fig. 3

Schinus molle L.; vulgarmente Aroeira salso, Anacauhita

Schinus molle. L.

Ramulos tenues, cilíndricos, flexuosos, lisos.

Fôlhas abertas, um tanto coriáceas, muito lisas e verdes em ambas as páginas, mais ou menos brilhantes, impari — ou paripinnadas, com

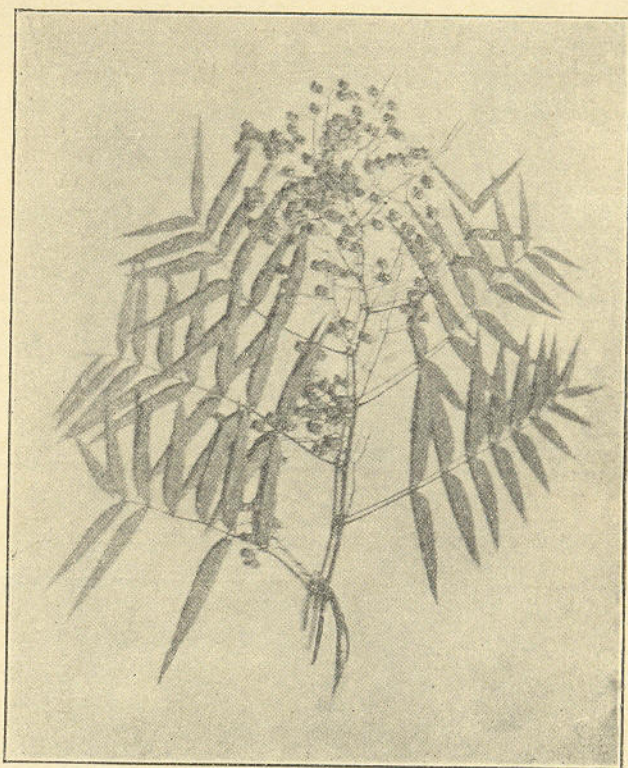


Fig. 4

Schinus molle L.: Folhas

7-13 pinnulas; peciolo, na base, mais ou menos cilíndrico, estreitamente alado entre os folíolos; folíolos sesséis, linear-lanceolados, agudos, muito agudamente serrados; nervura central sobresaindo em ambas as páginas; nervuras laterais, muito tenues, mais ou menos imersas.

Paniculas florais numerosas, axilares ou terminais, muito lisas, compostas, providas de bracteas muito pequenas e arredondadas; pedicélios pequenos, tenues, de comprimento mais ou menos igual ao do ovário. Calice muito liso, cônico, com lacínias ovaladas, mais tenues á margem, de comprimento igual ao tubo. Pétalas alongado ovaladas, duas vezes mais longas do que o calice. Estames das flôres masculinas quasi iguais ás pétalas. Ovário redondo, liso atingindo a metade do comprimento das pétalas. Estilo algum tanto grosso, coroado por um estigma trilobado.

Pio Corrêa, dá como sinonimia popular: Aguará-Ybá-Guassú, dos guaranis; Aroeira fôlha de salso; Aroeira salso; Corneiba, dos tupis; Pimenteira do Perú; Anacauhita..

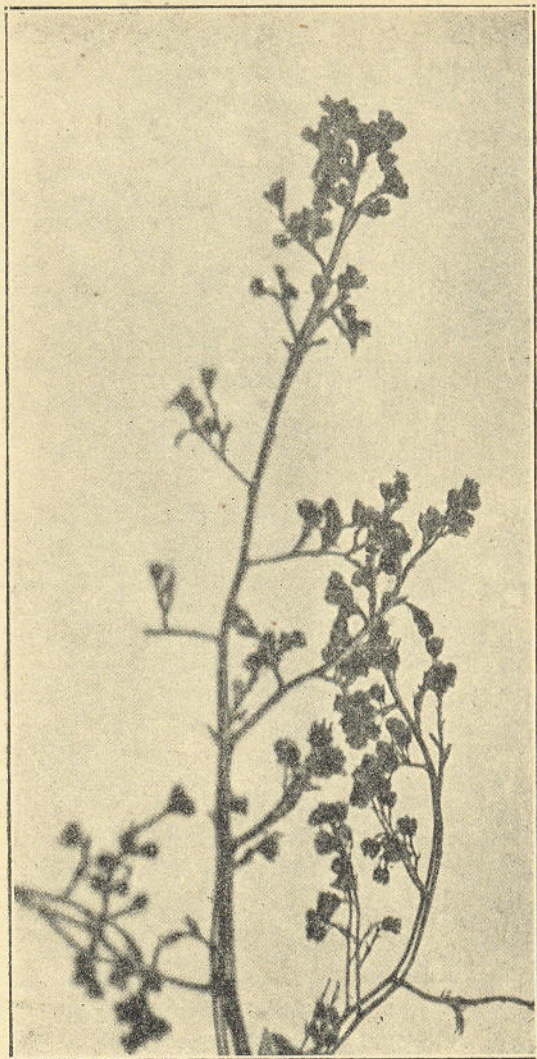


Fig. 5
Schinus molle L: Flôres

PRODUTOS ENCONTRADOS NAS AROEIRAS.

Nas Aroeiras encontra-se: Oleo de Schinus, Phelandreno, Thymol, Pinens.

Trabalhando como *Schinus molle* e *Lithraea brasiliensis*, observamos o seguinte:

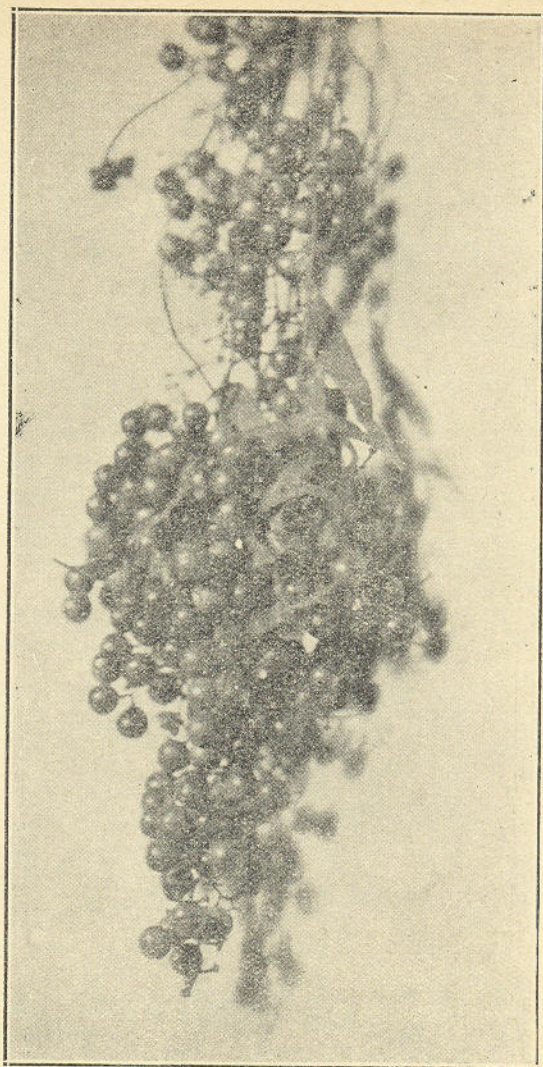


Fig. 6
Schinus molle L: Frutos

Tanto os ramos verdes como os sêcos de ambos, crepitam fortemente ao fogo, fazendo grande labareda.

A fumaça, num e noutro caso, possui cheiro característico, que faz lembrar o do incenso.

O corte das folhas, frutos, etc., com instrumento metálico, deixa os dedos manchados de preto.

As folhas, caules, frutos do *Schinus molle*, possuem grande quantidade de goma-resina, que adere, fortemente, às mãos e faz com que as folhas adiram à pele. Do lenho e da casca, quando cortados, es-

corre imediatamente suco leitoso, branco, viscoso o qual endurece ao contacto do ar, torna-se azulado, depois pardacento. Essa goma-resina terebinthacea aromática é conhecida pelos nomes de "Resina de Mole, Mastique americana,, Resina da aroeira. Na *Lithraea brasiliensis* a resina é mais fluída.

EM QUE PARTE DA AROEIRA ESTA' LOCALIZADO O PRINCÍPIO ATIVO?

Acoiniciarmos os estudos sôbre a chamada "Doença da aroeira" duas hipóteses, aventadas por autores Rio Grandenses, mereciam ser verificadas.

- 1.º) A dermatite não é devida á Aroeira. — Os disturbios que se manifestam, e a éla atribuidos, são, na realidade, produzidos pelos pélos urentes da lagarta da borboleta "Eriogastro ondulosa" que, no verão, se desenvolve nas Aroeiras.
- 2.º) A dermatite é devida á aroeira. Sua ação se exercendo:
 - a) pelo contacto do pólen;
 - b) pelo contacto ou pelas emanações de uma resina ou de um suco oleoso contido nessas plantas.

A 1.ª hipótese já fôra refutada entre nós pois que a ação nociva da aroeira se manifesta também no inverno ou melhor em qualquer época do ano, o que confirmamos com nossas observações.

Além disto, nunca encontramos as citadas lagartas ou outro qualquer parasito e todo o material foi por nós, minuciosamente, examinado macroscópica e microscòpicamente.

Na 2.ª hipótese:

a) a ação exclusiva do pólen estava afastada, pois, como explicariamos que se observasse a dermatite durante as épocas em que não há floração?

b) só nos restava a resina ou o suco oleoso. Mas, em que parte da planta se encontra: nas fôlhas, nos frutos, no lenho, etc.?

Em nossas primeiras observações os pacientes haviam estado em contacto com galhos de aroeira (*Lithraea brasiliensis*) porém, êsses galhos tinham fôlhas e abundantes frutos.

Em Dezembro de 1937, encontramos voluntários, nos quais praticamos epidermo-reações com as fôlhas verdes de *Lithraea brasiliensis*. Essas epidermo-reações positivas em todos os indivíduos em que observamos a dermatite espontânea, foram a reprodução desta, provando que, nas fôlhas verdes, está contida a substância ativa responsável pela dermatite.

Não conseguindo resultados com extratos proteínicos de fôlhas de *Lithraea brasiliensis* e *Schinus molle*, empregamos as tinturas alcoólica, etérica e acetônica de fôlhas verdes, de frutos etc, cujos resultados foram idênticos aos obtidos com as fôlhas em natureza.

PREPARAÇÃO DAS TINTURAS.

Para o preparo das tinturas procedemos, quer para o *Schinus*, quer para a *Lithraea*, da seguinte fórmula:

As folhas verdes, recentemente colhidas, no máximo 24 horas após a colheita, cortadas em pedaços pequeninos foram, depois de pesadas, colocadas em frascos esterilizados aos quais adicionamos, a frio, ou alcool a 90°, ou éter sulfúrico, ou acetona, sempre na razão de 10%. Permaneceram em maceração, nesses diversos veículos, de 36 a 41 dias, findos os quais, filtrados, foram os solutos recolhidos em frascos esterilizados, hermeticamente fechados e conservados em temperatura ambiente. Da mesma fórmula, procedemos para com os frutos, lenho e casca. Sendo que esses dois últimos foram, por meio de groza, reduzidos a pó fino.

EPIDERMO-REAÇÕES.

Para a pesquisa de epidermo- ou trans-epiderma-reação, no caso de plantas, os autores aconselham o atrito com folhas, suco de frutos ou outras partes do vegetal ou quando se trata de extratos e tinturas deixá-los em contacto com a pele, por meio de penso oclusivo, por tempo mais ou menos longo.

Essa técnica ótima, no que diz respeito as folhas, deu reações fortíssimas com as tinturas obrigando-nos a utilizar atrito leve, em média de 15 segundos, a zona de atrito não ultrapassando 2 cm. de extensão.

Nas pessoas, em que anteriores epidermo-reações nos mostraram serem insensíveis, a zona de contacto com o reactogeneo foi maior e o atrito mais forte, mesmo assim os resultados continuaram a ser negativos.

Conseguimos também reações positivas quando, em lugar de atriarmos, somente comprimimos, durante segundos, quer a folha machucada, quer algodão embebido em tintura, de encontro a pele. As reações foram nítidas, porém pouco intensas, talvez pela curta duração de contacto.

Com a folha intacta nada obtivemos.

Para as palpebro-reações, que não aconselhamos, dada a sensibilidade maior da epiderme palpebral, com resultados incomodos pela sua intensidade e o edema que domina a scena, dificultando a visão, bastou-nos passar, no local, o dedo humedecido na tintura.

Resultados. Os resultados foram idênticos quer para as folhas quer para as tinturas. A resposta tivemos em tempo variável em média de 13 a 48 horas, algumas vezes mais, durando a reação de 18 á 32 dias.

Consistia em uma placa de eritema de contornos irregulares, desaparecendo pela pressão, com engranamento, vesículas, crostas, escamas.

Nuns casos dominaram as vesículas, noutros a descamação foi tão intensa e as vesículas tão pequenas que passavam despercebidas.

O prurido existiu sempre, intermitente e com longa duração, precedendo por vezes a reação. Temperatura local aumentada.

A reação nunca se limitou à zona de contáto com o reactogêneo, variando suas dimensões, segundo os indivíduos.

Emfim, pelo tempo de aparecimento, pelos sintomas objetivos e subjetivos, pela evolução e duração correspondeu á dermatite espontânea; foi, em uma palavra, sua reprodução.

CLASSIFICAÇÃO DA DERMATOSE ÀS AROEIRAS

A dermatose devida á ação das aroeiras é:

Morfológicamente um eezema.

Nosologicamente uma dermatite artificial.

Patogenicamente uma reação de hipersensibilidade ou intolerância.

Morfológicamente. — A dermatose ás aroeiras é, segundo o que observamos quer nos casos espontâneos, á distância ou por contáto, quer nas epidermoreações, um eezema.

Nela encontramos de fato, clinicamente, os aspectos que traduzem os estados de eritema, vesiculação, incrustação, descamação e os caracteres tirados da erupção: manchas, placas ou lesões de contornos irregulares, evolução por surtos com tendência á extensão periférica, seu caracter pruriginoso.

Correspondente pois, á definição dada por Darier: "O eezema é caracterizado por uma série de lesões elementares que se sucedem, se combinam ou coexistem em pontos vizinhos. Essas lesões resultam de um processo morbido inflamatório assestado na epiderme e derma, de epidermo-dermite, compreendendo vários estados, os quais de fato, são equivalentes".

Pela evolução é eezema agudo.

Nosologicamente — é uma dermatite artificial, pois que é devida a ação nociva da substancia contida nas folhas, frutos, lenho e casca das aroeiras (*Schinus molle* e *Lithraea brasiliensis*) talvez em outras partes da planta.

Particularizando, é uma toxicodermia.

Toxicodermia, por serem assim chamadas as dermatites artificiais produzidas por substâncias químicas, quer sejam medicamentos ou de usos industriais ou venenos, quer animais ou vegetais.

No entanto, em razão da concepção atual de hipersensibilidade, somos de opinião que, para as dermatoses produzidas por plantas, deveríamos abandonar as designações de Toxicodermia e *Dermatitis venenata* e adotar a de *Dermatite fitogênica*.

As palavras toxicodermia e *venenata* dão-nos a idéia de que os agentes determinantes das dermatoses que qualificam, atuam como tóxicos.

Dermatite, exprime pura e simplesmente inflamação da pele, seja devida á ação toxica de uma substância ou á sua ação reactogênea.

Quanto á sua origem material é perfeitamente indicada pela palavra fitogênica, sem pôr em jogo a natureza química do princípio ativo, geralmente ignorado.

Patogênicamente. — Nas toxicodermias o mecanismo patogênico ou é direto e nesse caso depende, exclusivamente, da constituição

do agente responsável ou é indireto, no sentido de que o agente vai despertar a hipersensibilidade individual, ou finalmente mixto.

Acreditamos que a dermatite devida ás aroeiras seja, patogenicamente, uma reacção de hipersensibilidade ou intolerância. De fato, a substância ativa, contida nas folhas, frutos, lenho e casca da *Litreaea brasiliensis* e *Schinus molle*, tem os caracteres próprios aos reatogêneos:

Caracter individual. — Sómente determinados individuos são sensíveis ás plantas; isso é de conhecimento popular e foi por nós verificado, quer em casos espontâneos por contáto, quer, finalmente, nas epidermoreações positivas em 70% dos casos para *Lithraea brasiliensis* e em 35% para o *Schinus mole*.

Poder sensibilizante. — Praticamente demonstramos por auto-observação em que nos tormamos sensíveis ás duas espécies de aroeira. A sensibilisação levou 14 mezes para se efetuar. Acreditamos aliás, que ha sempre sensibilisação adquirida, porquanto não se póde admitir sensibilidade inata no individuo, cujos ascendentes viveram sempre em terra em que não ha as citadas plantas como decorre de observações nossas.

Periodo de incubação. — Êste é, com os caracteres acima, a prova principal para a maioria dos autores, de que o agente determinante de uma dermatite, atúa como reatogêneo. A substância nociva da aroeira não age, imediatamente, sôbre a pele como faria se fosse caustico. Para a exteriorisação de sua ação, quer á distância, quer por contáto com as folhas ou tinturas, necessita periodo de incubação, nunca inferior a 12 horas e, muitas vezes, superior a 48 horas. Além disso, para que o individuo se torne sensível á aroeira é necessário um periodo de incubação, o qual foi bastante longo, 14 mezes, em nossa observação.

Especificidade — Esta propriedade está demonstrada pelas epidermoreações. — Embora, muito provavelmente, a substância ativa das duas aroeiras sejam semelhantes, só tivemos, duas vezes, reacção positiva, para ambas, na mesma pessoa.

Poder desensibilizante. — Não foi por nós pesquisado, no entanto é de afirmação popular, e a vista do que ficou demonstrado nos E. Unidos em relação ao *Rhus toxicodendron*, achamos possível.

Características da reacção. — As reacções de hipersensibilidade em dermatologia revestem diversas formas; duas porém, são as dominantes, segundo o tecido que reage:

- a) urticaria — quando reacção vascular e retículo-endotelial.
- b) eczema — quando reacção epidérmica.

A reacção á aroeira é como vimos, um eczema. — E', intensamente pruriginosa. — E' fluxonária e resolutiva. — Não é contagiosa. — Não deixa seqúelas. — E' reproduzida pela epidermo-reacção. — Seu tratamento é biofilático.

Os unicos tratamentos que parecem influirem são: a auto-hemoterapia, o calcio e adrenalina. Acreditamos que o tratamento desensibilizante com as folhas ou com as diversas tinturas seja possível.

Conclusões.

1.º — Nas folhas, casca e lenho verdes, recentemente cortados, da *Lithraea brasiliensis*, ha princípio ativo que determina, em certos indivíduos, dermatite de sintomatologia característica.

2.º — Esse princípio ativo é solúvel a frio, no álcool a 90°, no éter sulfúrico e na acetona.

3.º — Ele não é de natureza albuminoide.

4.º — Acreditamos que o princípio ativo, á semelhança do que acontece com as diferentes espécies de *Rhus* e outras anacardiáceas, deve estar contido na resina.

5.º — Nas folhas do *Schinus molle* encontra-se também um princípio ativo dotado das mesmas propriedades enumeradas para a *Lithraea brasiliensis*.

6.º — A experimentação demorada, demonstra que a ação nociva da *Lithraea brasiliensis* e *Schinus molle* se exerce por contáto direto e indireto.

7.º — A observação clínica faz acreditar numa ação á distância.

8.º — A dermatite causada pela *Lithraea brasiliensis* e *Schinus molle* é uma reação de hipersensibilidade ou intolerância.

9.º — E' isso que demonstra os fatos clínicos associados ás provas experimentais.

10.º — Essa hipersensibilidade é específica.

11.º — Dela ha três modalidades: 1.ª) pessoas, exclusivamente, sensíveis ao reagêneo *Lithraea brasiliensis*; 2.ª) indivíduos, exclusivamente, sensíveis ao reagêneo *Schinus molle*; 3.ª) pessoas sensíveis aos dois reagêneos.

12.º — No terceiro grupo, acreditamos numa sensibilização bivalente (1.º: reagêneo *Lithraea brasiliensis*; 2.º: reagêneo *Schinus molle* ou vice-versa) e nos dois primeiros sensibilização monovalente.

13.º — Nos nossos observados, o número de sensíveis ao *Schinus molle* foi muito menor do que á *Lithraea brasiliensis*.

14.º — A reação tem, para as espécies de aroeiras por nós estudadas o mesmo aspecto clínico. Seu diagnóstico etiológico só pôde ser feito por meio de epidermo-reações com os respectivos reagêneos.

15.º — Em pessoas sensíveis, a epidermo-reação com as folhas verdes da *Lithraea brasiliensis* e do *Schinus molle*, determina reação específica com todo o cortejo sintomático próprio da hipersensibilidade cutânea que revela.

16.º — As epidermo-reações com as tinturas alcoólica, acetônica e etérea das folhas de ambas aroeiras reproduzem a dermatite esponânea devida á essas plantas.

17.º — Na *Lithraea brasiliensis* as epidermo-reações são obtidas também com as tinturas de lenho e casca, com os veículos acima mencionados.

18.º — O contáto com a *Lithraea brasiliensis* ou *Schinus molle* determina sensibilização.

19.º — Essa sensibilização é lenta, insidiosa, levando vários meses.

20.º — Acreditamos que a hipersensibilidade ou intolerância ás duas aroeiras seja adquirida.

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-azotado

Máxima eficiência curativa — Destacado neurotropismo. — Ausência de retenção — Perfeita tolerância local e geral. Indicações: Artrismo — Artrite deformante — Localizações microbianas e tuberculares — Adenopatias — Afecções para-lueticas — Intoxicações exogenas e endogenas também dos centros nervosos — Arteriosclerose — Polisarcia — Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e 5 cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50.

**LABORATORIO ZAMBELETTI LTDA. — Caixa 2069
SÃO PAULO**

DEXTROSOL

(GLUCOSE — d)



“DRENA AGUA DOS TECIDOS PARA A CIRCULAÇÃO,
ELIMINANDO EDEMAS, AUGMENTANDO O VOLUME
SANGUINEO E PROMOVENDO A DIURÉSE”.



E. MEYER - (Usos Therapeuticos das Injecções Endovenosas de Soluções de Glucose) Zentralb. F. Klin. Med. 102: 343, 1925. Abs. J. A. M. A. 86.521, — 1926

A Vacina BCG no plano de luta anti-tuberculosa do Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

Dr. J. Maya Faillace

Diretor dos Serviços de Laboratórios do Departamento Estadual de Saúde e Docente de Higiene da Faculdade de Medicina de Pôrto Alegre.

Iniciado em 1928, o serviço de vacinação BCG da antiga Diretoria hoje Departamento Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, após diversas alternativas, entra agora em nova fase de pleno desenvolvimento, integrado no moderno aparelhamento de luta anti-tuberculosa de que está sendo dada aquela repartição sanitária.

Nesta breve nota pretendemos descrever as linhas gerais de sua atual organização, mórmente na cidade de Pôrto Alegre. Resumiremos, outrossim, os resultados de nossas observações sôbre o BCG, as quais, embóra de limitado alcance por fôrça de circunstâncias várias, decorrem logicamente de uma prática diuturna que já se prolonga por mais de 11 anos.

Não nos deteremos na apreciação da vasta bibliografia concernente ao método de Calmette-Guérin, assunto que, pela sua complexidade e repercussão médico-social, continúa, como aliás é desejável, alvo constante da livre crítica científica, tendo partidarios convictos e opositores ardorosos. Entretanto, não seria despido de interêsse prático fixar sumariamente o estado atual desse relevante problema. Bastará para isso fazer um rápido cotejo entre os pontos de vista divergentes em que se colocam os autores de alguns dos mais expressivos trabalhos sôbre o BCG ultimamente aparecidos no Brasil.

Dentre os que lhe são favoráveis, destacam-se desde logo, os de Arlindo de Assis e Alvimar de Carvalho, da Liga Brasileira contra a Tuberculose, bem como os de Eduardo Vaz, Clemente Ferreira, U. Pamplona, Pedral Sampaio, E. Araujo, para citar apenas os mais recentemente publicados. São também francamente animadores os resultados de todas as pesquisas sistemáticas feitas no Rio Grande do Sul (Joaquim Travassos, Pereira Filho, Mario Meneghetti, Maya Faillace).

Em campo oposto, aliás muito mais restrito, aparece em primeiro plano Arnaldo de Godoy, que em veemente conferência realizada na Secção de Pediatria da Ass. Paulista de Medicina, e publicada em 1938 sob o título

* Trabalho apresentado ao 1.º Congresso Nacional de Tuberculose, Rio e São Paulo, maio de 1939.

“Tem o BCG algum valôr na campanha contra a Tuberculose?”, conclue, em resumo:

“A imunidade relativa que o BCG provoca é tão fraca e efemera que praticamente deve ser considerada sem nenhum valôr na luta anti-tuberculosa, tendo em vista as numerosas dúvidas persistentes sôbre a estabilidade da sua atenuação e os malefícios não específicos que pôde provocar no recém-nascido.”

Apesar da argumentação cerrada do autor, e do real interêsse doutrinário de algumas de suas objeções, o estudo atento da longa lista de publicações heterogeneas que lhe servem de base, revela as mesmas falhas e contradicções em trabalhos congeneres, que Arlindo de Assis já sintetizou, com modelar precisão, nos dois itens seguintes (Conferência realizada na Soc. Brasileira de Pediatria, em sessão de 11 de Junho de 1934):

- I) “Entre os que alegam objeções atendíveis ao método de Calmette há sempre divergências do ponto de vista da natureza das acusações e essa falta de coincidência entre os vários objéto de crítica é já sintomática do seu caráter verdadeiramente individual; não há, nesses casos, fatos que tenham sido observados por um e confirmados por outros; existem, apenas, impressões pessoais, sem repercussão que as referende e destituídas, portanto, de valôr geral;
- II) Não obstante terem sido formuladas até hoje numerosas objeções contra o BCG, a despeito do longo tempo que conta já a prática da premunição de Calmette no homem, não houve até hoje um único argumento contrário que tivesse prevalecido através do consenso geral, tanto dos experimentadores, quanto dos clínicos. O que se tem visto sempre é o aparecimento de uma ou várias objeções, aparentemente apoiadas em fatos de observação ou de experimentação, objeções que se procura implantar com veemência maior ou menor, que passam a ser alvo do contrôle geral, para serem pouco a pouco deixadas em silêncio, sem que seus autores ou corresponsáveis se interessem em assegurar-lhes o triunfo que mereceriam, se tivessem sido verdadeiras.”

Exemplos bem significativos dos fatos acima resumidos observam-se, a cada passo, ao folhear a moderna literatura médica sôbre o BCG. Depois de sua ruidosa comunicação apresentada à Academia de Medicina de Paris em 1928 — Lignières emudeceu. De outro lado, W. Park, nos Estados Unidos, Watson, no Canadá, para mencionar tão sómente alguns experimentadores de renome universal, recusarem-se de início a admitir a inocuidade do BCG; mas, prosseguindo em seus ensaios experimentais, declaram por fim que êsse germe é incapaz de reexaltar-se e determinar processos

tuberculosos transmissíveis em série. Gerlach foi mais longe: em 1927 pôe em dúvida a atenuação e fixidês do BCG, cinco anos após, no entanto, escreve textualmente:

“De todas minhas experiências, tanto no laboratório, quanto na prática corrente, tenho deduzido que o BCG é absolutamente inofensivo e possui fauldades imunizadoras indubitáveis”. E atualmente é um dos grandes partidarios da vacinação segundo Calmette.

Dentre os pediatras é altamente expressivo o caso de Nobecourt, o qual, em colaboração com Kaplan, incriminára ao BCG a possibilidade do aparecimento de fórmãs clínicas de tuberculose virulenta em crianças que haviam sido calmetizadas. Compreende-se sem esforço a profunda impressão que causou tal afirmativa, orianda de um dos mais reputados pediatras contemporâneos. Entretanto, como bem acentúa Arlindo de Assis, o procedimento posterior de Nobecourt veio focalizar a admiração geral sôbre sua figura exemplar, pois, quando seus receios se dissiparam, êle próprio subscreveu a declaração da completa inocuidade da vacina de Calmette, ao lado de Marfan, Chauffard, Bar, Couvelaire, Renault, Sergent, Lesné, Barrier, Vallée e outros.

Assinalemos por fim que as conhecidas acusações de Petroff, referentes à exaltação do BCG mediante artificios experimentais, tão frequentes vezes ainda repetidas pelos adversários da calmetização, já de há muito foram convicentemente derruidas pelas experiências de Calmette, W. Park, Bruno Lange, Arlindo de Assis, Zeyland, Krause, Gerlach, Cantacuzene, Prausnitz, Neufeld, Tzcknowitzer e muitos outros pesquisadores.

Ensaio preliminares

De nossa parte, como já referimos em trabalho anterior (Arq. Rio Grandense de Medicina, Agosto de 1932), também procurámos em 1929 verificar a possibilidade da exaltação do BCG por passagens sucessivas no testículo de cobaios, um dos fatos então assinalados por Petroff. Inoculámos por aquela via vários lotes desses animais, fizemos tentativas múltiplas de reinoculações, e absolutamente nada observamos em abono das asseverações de Petroff e de seus colaboradores.

Do ponto de vista experimental, quer os primeiros e minuciosos ensaios que realizámos com a colaboração de Joaquim Travassos (1927-1928), como os resultados uniformes do contrôle sistemático das culturas até agora empregadas no preparo das vacinas do Laboratório Microbiológico, autorizamos a reafirmar as seguintes conclusões de nossos trabalhos apresentados à Sociedade de Medicina de Pôrto Alegre e ao II Congresso Pan Americano de Tuberculose:

- A) O BCG, inoculado em cobaios por diversas vias e em altas doses mostrou-se sempre incapaz de provocar lesões permanentes e transmissíveis em série.

- B) As lesões viscerais produzidas pelo BCG regridem inteiramente, havendo depois de certo tempo "restituiu ad integrum", histologica e funcional.
- C) A nossa amostra de BCG, periodicamente repassada em batata biliada (3 repicagens sucessivas), tem se revelado hereditariamente fixa e atenuada, apresentando inalterável estabilidade em suas propriedades culturais.

Esses resultados experimentais, francamente comprobatórios da inocuidade do BCG, permitiu iniciassemos as premunições em Fevereiro de 1928, quando vacinámos por via oral um recém-nascido filho de bacilifera, o qual foi assim o primeiro calmetizado no Estado do Rio Grande do Sul. Essa criança tem presentemente mais de 11 anos de idade, vive em ambiência contaminada, e está se desenvolvendo normalmente, continuando sob nossa observação particular. Em seguida, com o fim de estudar o valôr do método de Calmette, praticámos pessoalmente 321 premunições de recém-nascidos durante os anos de 1928 e 1930, procurando observar seus resultados, para o que tivemos, naquela época, o auxílio de um pediatra e de uma enfermeira-visitadora.

Desse grupo de 321 crianças, conseguimos acompanhar com regularidade 104, cerca de um terço das quais viviam em meio familiar suspeito ou declaradamente contaminado. Dentre elas 12 faleceram antes de completar um ano de idade, o que nos dá o coeficiente de 11,5% para a mortalidade geral de 0 a 1 ano nos nossos premunidos. Na mesma época, em Pôrto Alegre, foi de 22,6% a média do coeficiente idêntico. Nas crianças que vacinamos houve, portanto, uma diminuição de quasi 50% na mortalidade geral entre 0 a 1 ano.

Tal averiguação, em face de possíveis imperfeições de metologia estatística, pollerá não ter valôr absoluto como argumento em pról da eficacia específica do método de Calmette, mas dela ressalta incontestavelmente a inocuidade das premunições que praticamos.

Depois dessa fâse, que poderíamos classificar de experimental ou preliminar, as vacinações foram diretamente entregues aos Centros de Saúde da antiga Diretoria de Higiene, instalados nos diversos distritos sanitários de Pôrto Alegre. Ao Laboratório Bacteriológico, sob nossa direção, continuou confiado o preparo das suspensões vacinais e o contróle experimental metódico do BCG.

Não houve centralização em secção especializada, o que seria aconselhavel, mórmente naquela época, dada a inexistência de serviços organizados contra a tuberculose e a precariedade dos recursos de que dispunham os referidos Centros. Por tais motivos não foi possível obter, depois, dados precisos sôbre o número e os resultados das premunições praticadas com as nossas vacinas nesta Capital e no interior do Estado. Entretanto, nenhum

acidente atribuído ao BCG chegou ao nosso conhecimento e, de modo geral, as informações que conseguimos foram sempre animadoras.

Foi o seguinte, até a presente data, o número das doses distribuídas pelo Laboratório Microbiológico, mediante solicitações, aos Centros de Saúde de Pôrto Alegre e a diversos clínicos dessa Capital e do interior do Estado:

| Ano | Doses de BCG |
|---------------------|--------------|
| 1928 | 600 |
| 1929 | 1.200 |
| 1930 | 960 |
| 1931 | 2.080 |
| 1932 | 1.080 |
| 1933 | 1.300 |
| 1934 | 950 |
| 1935 | 1.050 |
| 1936 | 910 |
| 1937 | 720 |
| 1938 | 892 |
| 1939 (4 meses) | 1.741 |
| <hr/> | |
| TOTAL | 13.483 |

Organização atual

Com a recente remodelação do Departamento Estadual de Saúde, sob a esclarecida administração de José Bonifacio Paranhos da Costa, o serviço BCG, em Pôrto Alegre, comporta presentemente a seguinte organização:

a) As premunições dos recém-nascidos são praticadas pelos 3 Centros de Saúde da Capital, por intermédio de suas educadoras sanitárias, instruídas em curso oficial do D.E.S. As parteiras são obrigadas a notificar aos Centros, dentro de 48 horas, os nascimentos que atenderem nos respectivos distritos sanitários. As vacinações são feitas em domicílio, a par dos demais cuidados de puericultura cometidos às referidas educadoras.

b) Usa-se a via oral, 3 doses de 1 1/2 centígr. cada uma, administradas com o intervalo de 48 horas, dentro dos dez primeiros dias de vida. Está em estudo a instituição das premunições de crianças e adolescentes, após exame clínico, radiológico e provas cuti-alérgicas. As revacinações também serão feitas por via oral (dose única de 0gr.10) ao completar o premunido 1 ano de idade.

c) Para evitar os inconvenientes da frequência dos dispensários anti-tuberculosos pelos premunidos, o controle clínico é realizado nos serviços de puericultura dos Centros de Saúde, que já possuem instalações de radiologia.

d) o preparo e a comprovação experimental das vacinas está con-

fiado ao Laboratório Microbiológico, que possui salas separadas para esse fim. As vacinas são preparadas usando culturas de 15 dias, e as suspensões são feitas em meio de Sauton diluído ao quarto. Depois de prontas são mantidas em refrigerador elétrico, sendo utilizadas dentro do prazo máximo de 10 dias.

c) As fichas para registro dos premunidos obedecem aos moldes da Liga Brasileira contra a Tuberculose.

Depreende-se desses dados sumários que o serviço de calmetização do D.E.S. não está centralizado em bloco único, como sucede, por exemplo, na Liga Brasileira contra a Tuberculose, e é a organização geralmente aconselhada e preferível. Existe porém unidade de orientação, embora esteja descentralizada a execução das premunicações. Unidade de orientação — porquanto todas as atividades clínicas que lhe dizem respeito estão sobre a direção geral do médico-chefe do Serviço de Profilaxia da Tuberculose, competindo ao diretor dos Serviços de Laboratório as mesmas atribuições no tocante às provas experimentais e preparo das vacinas. Ambos esses técnicos estão diretamente subordinados ao Diretor Geral do Departamento, que assim imprime coordenação uniforme ao conjunto do serviço BCG, em seu duplo aspéto clínico e experimental.

Essa organização, adequada às circunstâncias locais, sobre facilitar as visitas domiciliares das educadoras, terá a vantagem de melhor atraír os premunidos para os exames periodicos, oferecendo-lhes os recursos dos diversos dispensários concentrados nos Centros de Saúde. Com menor esforço possibilita-se não só o aumento do número das premunicações, como também a eficiência do respetivo contrôle clínico.

O quadro abaixo evidencia a rápida progressão do número de vacinações em Pôrto Alegre, após a criação do atual corpo de educadoras sanitárias:

| | 1938 | Premunicações BCG |
|-----------------|------------------------|-------------------|
| Novembro | | 38 |
| Dezembro | | 81 |
| | TOTAL | 119 |
| | 1939 | |
| Janeiro | | 116 |
| Fevereiro | | 71 |
| Março. | | 95 |
| Abril | | 92 |
| | TOTAL | 374 |
| | Total em 6 meses | 493 |

Já atinge pois a 374 o número de premunidos em Pôrto Alegre, nos 4 primeiros meses do corrente ano. A prosseguir tal ritmo ascendente — e tudo faz crêr assim aconteça — será seguramente ultrapassada a cifra de 1.060 calmetizações anuais, correspondente a 20% dos nascimentos, quota mínima estabelecida no plano de conjunto que Barros Barreto delineou para o combate à tuberculose no Brasil.

A par do emprego criterioso do BCG, alicerça-se e possibilita-se a profilaxia integral da peste branca com a aplicação da moderna legislação social, que visa assistir ao doente e amparar-lhe a família. Concretiza-se, de um lado, no aparelhamento de luta direta, que já se esboça em nosso meio. E culmina, de outra parte, nas medidas indiretas, e não menos importantes, de higiene individual e coletiva, mórmente nos cuidados com os serviços de proteção à infância, da puericultura pre-natal à inspeção médico-escolar sistematicamente conduzida até à adolescência.

RESUMO E CONCLUSÕES

Após breve cotejo entre os pontos de vista divergentes em que se colocam os autores de alguns dos mais expressivos trabalhos sôbre o BCG, ultimamente publicados no Brasil, o A. resume os resultados favoráveis de suas observações nas duas conclusões seguintes:

a) Inoculado em cobaias por diversas vias e em altas doses, durante mais de 11 anos de ensaios experimentais no Laboratório Microbiológico do D.E.S., o BCG mostrou-se sempre incapaz de produzir lesões permanentes e transmissíveis em série.

b) No grupo de premunidos que foram acompanhados com regularidade em Pôrto Alegre, vivendo cerca de um terço em ambiente bacífero, o coeficiente de mortalidade geral de 0 a 1 ano foi quasi 50% inferior á media do coeficiente idêntico, observado em igual época, e relativo ao total da população infantil da mesma idade.

Apresenta em seguida dados estatísticos sôbre o serviço BCG da antiga Diretoria hoje Departamento Estadual de Saúde, o qual foi iniciado pelo A. em Fevereiro de 1928, com a primeira calmetização praticada no Rio Grande do Sul. Desde aquela data até 30 de Abril de 1939, foram distribuidas 13.483 doses de BCG, atendendo a requisições dos Centros de Saúde e de clínicos daquela Capital e do interior do Estado.

O A. esboça finalmente a organização atual do referido serviço, que entra agora em nova fase de pleno desenvolvimento, integrado no moderno aparelhamento de luta antituberculosas de que vem sendo dotado o D.E.S., sob a direção geral de Bonifácio Costa. Intensifica-se dia a dia o ritmo ascendente das premunições infantís, cujo número em Pôrto Alegre, durante os primeiros meses do ano corrente já se eleva proporcionalmente a 20% dos nascimentos. Atinge-se assim a quota mínima de calmetização, estabelecida no plano de conjunto que Barros Barreto delineou para o combate à tuberculose no Brasil.

Adenda — As previsões acima foram plenamente confirmadas com o rápido incremento ulterior das vacinações BCG, consoante evidenciam os seguintes dados referentes a Porto Alegre:

| | | |
|-----------------------------------|-------|-------|
| Total de nascimentos em 1939 | | 4.958 |
| Recem-nascidos premunidos com BCG | | 1.650 |
| Porcentagem: | | 33,3% |

Das 1650 crianças calmetizadas, 550 ou 33,3% frequentam os consultórios de Hi-

giene Infantil dos Centros de Saúde, estando assim sob contrôlo médico; 238 ou 14,5% têm médico particular; 862 ou 52,2% não são controladas por médicos particulares nem frequentam aqueles consultórios.

As calmetizações no interior do Estado obedecem, em sua linhas gerais, às mesmas normas do serviço da Capital, sendo praticadas pelas educadoras sanitarias dos Centros de Saúde de Pelotas e Rio Grande e dos 43 Postos de Higiene instalados em outros municípios. As vacinas são remetidas semanalmente pelo Laboratório Microbiológico, de Porto Alegre. A secção de microbiologia, localizada em Pelotas (Instituto de Higiene), fornece-as para aquela cidade e municípios circunvizinhos.

E' de notar, finalmente, que durante o corrente ano acentuou-se o movimento ascensional das premunições BCG em todo o Estado, como o demonstra a estatística abaixo-discriminada:

Premunições BCG feitas por educadoras sanitárias no Estado do Rio Grande do Sul:

| | |
|----------------------------|-------|
| Ano de 1939 | 3.797 |
| 1.º semestre de 1940 | 2.697 |

Sociedade de Medicina

Sessão do dia 17 de Maio de 1940.

Presidente Hugo Ribeiro

Secretário Rubens Maciel

O Presidente abrindo a sessão, comunica à casa que, no dia 11 do corrente foi inaugurado o leprosário de Itapoan e que nessa ocasião, dirigiu-se a S. Ex., o Sr. Interventor Federal Cel. O. Cordeiro de Farias e ao ilustre Diretor do Departamento Estadual de Saúde, Dr. Bonifacio Costa para cumprimentá-los e dizer da grande satisfação com que a classe médica de Pôrto Alegre, assim como a de todo Rio Grande, recebeu a noticia do inicio de um perfeito e moderno serviço de profilaxia do mal de Hansen que, de ha muito, vem progredindo no país.

O sr. presidente, comunica também o falecimento do ilustre Prof. Fidanza, catedrático de dermato-sifilologia, da Faculdade de Medicina de Rosario, e uma das mais brilhantes figuras da dermatologia sul-americana. Lógo que teve conhecimento da morte do grande cientista argentino, escreveu ao Dr. Quiróga, presidente da "Asociación de Dermatología y Sifilología", para expressar o grande pesar com que foi recebida a notícia no meio médico brasileiro, onde o Prof. Fidanza contava com grande número de admiradores.

Poroqueratose de Mibelli

Por José Gerbase

Quando em fins de 1936 em viagem de férias estivemos em Mació, fomos solicitados por distinto coléga a examinar uma sua enfermeira que apresentava uma dermatose no membro inferior direito.

Após exame cuidadoso, verifiquemos tratar-se de um caso bastante interessante de Poroqueratose de Mibelli.

Além de ser esta dermatose relativamente rara, ou mesmo rara entre nós o que justifica plenamente a publicação de todos os casos observados, o nosso apresentava uma particularidade muito interessante e pensamos mesmo um dos raros da literatura, qual seja a profusão de lesões que ia desde o calcaneo até a região poplitéa (Fig. 1).

Os dois únicos casos que tivemos oportunidade de observar com o Prof. A. Fraga, quando eramos seu assistente na 26.^a enfermaria da Santa Casa do Rio de Janeiro, onde durante sete anos recebemos os seus abalisados ensinamentos, e os demais que conhecemos através a literatura, são todos de lesões de pequenas dimensões, solitárias.

A obsrvação clínica é a seguinte:

A. S. C. 19 anos, solteira, brasileira (Alagôas — Atalaia), nada oferecendo de importância os antecedentes morbidos hereditários e pessoais. E' sadia e de boa compleição.

História da doença atual: conta a doente que data de 13 anos a sua molestia, tendo começado por uma placa saliente localizada na região do calcâneo, tendo se estendido lentamente para cima até atingir a prega do joelho. Acusa como sintoma subjetivo um ligeiro prurido, negando que outras pessoas de sua família tenham a mesma doença.

Localização e descrição das lesões: apresenta na face posterior da perna direita, várias placas alongadas no sentido vertical, de dimensões várias, todas bem limitadas por bordos salientes, verrucoides, formando nítido relevo sobre os tecidos circunvisinhos. Observa-se que estes bordos apresentam um sulco contendo uma lamina aderente.

A área das lesões é ligeiramente atrofica, apresentando uma certa tendência à pigmentação.

Esta curiosa dermatose foi em 1885 observada pela primeira vez pelo dermatologista italiano Majocchi, tendo sido posteriormente descrita por Mibelli (1893) que a denominou Poroqueratose e por Respighi que a chamou de Hiperqueratose Excentrica.

A poroqueratose tem como lesão inicial uma papula cornea de forma cônica, no vertice da qual ha uma depressão de onde emerge um filete corneo. De evolução centrifuga, a lesão inicial lentamente vaee se estendendo, dando lugar assim a placas irregulares, circinadas, às vezes mesmo figuradas, de diâmetro de alguns milímetros a alguns centímetros.

A pele da área central pôde se apresentar segundo os casos: atrofica, escamosa, coberta de lâminas corneas, estratificadas e aderentes, ou mais raramente pôde conservar a aparência da pele normal. Às vezes, esta área central pôde apresentar um certo gráu de pigmentação.

Os elementos são em geral isolados, localizados sobretudo nas extremidades, havendo uma certa predominância para os membros inferiores (casos do Prof. A. Fraga e o nosso). Outras localizações têm sido descritas: braços (caso do Dr. Vicente Grieco), órgãos genitais e mucosa bucal, regiões palmo-plantares (Moore).

As lesões são praticamente indolentes espontaneamente. São dolorosas à pressão, podendo às vezes ser levemente pruriginosas, como foi por nós observado.

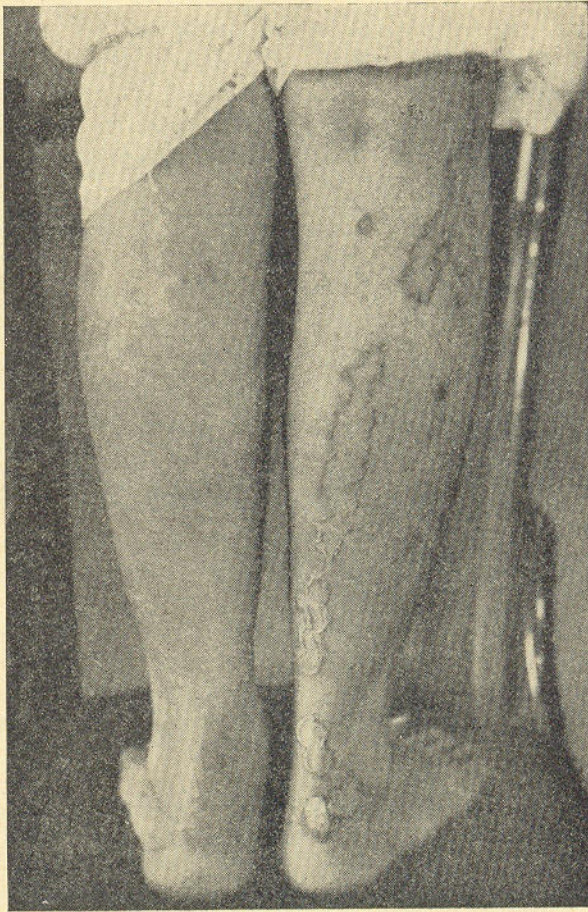
A evolução é extremamente lenta. O caso que deu motivo a estas ligeiras linhas vinha evoluindo ha 13 anos.

Alguns elementos podem não progredir durante mezes ou anos; outros, pelo contrário, evoluem lentamente e constituem com o tempo lesões extensas da superfície da palma da mão, de aspéto figurado, circinadas outras pela associação com placas vizinhas.

Na grande maioria dos casos permanecem indefinidamente, podendo, às vezes, desaparecer espontaneamente deixando uma área atrofica um pouco deprimida.

A etiologia da poroqueratose de Mibelli é desconhecida. E' observada em todas as idades, sendo que o carater familiar tem sido notado. Respighi constatou-o 14 vezes numa família de 37 pessoas. Gilschrüst 11 vezes em 4 gerações.

A maioria dos autores com Truffi, a aproxima dos noevi, com os quais ela oferece certa analogia e se aproxima pela localização unilateral ou zoniforme das lesões, sendo que suas relações com os póros sudoríparos e orifícios foliculares são discutíveis (inconstância dessas relações e localização das lesões nas mucosas).



Infelizmente a paciente negou-se de modo absoluto à prática da biópsia, prejudicando, assim, uma parte da nossa observação.

Após exame minucioso, não tivemos dificuldade de rotular o nosso caso como um de poroqueratose de Mibelli, pois o mesmo apresentava sinais clássicos da afecção: placas anulares ou circinadas, limitadas por um bordo saliente, verrucoso, escavado por um sulco contendo uma lâmina cornea aderente. O diagnóstico diferencial tem que se fazer com o líquen plano anular, com as hiperqueratoses de um modo

geral, quando os elementos patognomonicos da dermatose não são bem nítidos.

Nos casos atípicos, o diagnóstico diferencial terá que ser feito com as sífilides queratósicas, a tuberculose verrucosa, o lupus eritematoso sendo estes casos esclarecidos pela biopsia.

Tratamento: poderá ser feito por agentes químicos (ácido salicílico, resoreína, ácido pirogalico em pomadas) ou pela fisioterapia (electro-fulguração e radioterapia).

Hugo Ribeiro — Acha o caso apresentado pelo Dr. Gerbase, muito interessante, por se tratar de uma dermatose rara. O aspecto dos bordos das lesões não deixa dúvida quanto ao diagnóstico dessa tão curiosa dermatose, descrita por Mibelli. Não teve ocasião de ver caso semelhante, com aspecto tão característico e com lesões tão extensas.

Um caso atípico de pelada

Por **Hugo Ribeiro**

A. K., 29 anos, solteiro, alemão, residente em Pôrto Alegre, electricista. Filho de pais sadios. Tem 5 irmãos com boa saúde. Um irmão faleceu quando muito pequeno, cuja causa é ignorada pelo paciente.

É um homem robusto, sem passado morbido apreciável. Não teve molestias venéreas, e nada se encontra no exame clinico que faça pensar em sífilis hereditária ou adquirida. Tem seborreia no couro cabeludo.

Dois anos antes de consultar pela primeira vez, recebeu forte corrente eléctrica, ficando preso ao fio, cerca de dois minutos. Dêsse acidente resultou, contratura muscular, com os dedos em flexão. Por tal motivo, foi duas vezes operado, melhorando muito o estado da mão.

Cerca de 10 mezes após êsse acidente, percebeu que perdia cabelos e pêlos em diversas regiões do corpo.

O que desde logo chamava a atenção, a qualquer observador, era a falta completa de cabelos em todo limiar temporo-occipital da cabeleira, permanecendo intato o limiar frontal, no qual se notava, de anormal, o triângulo seborreico fronto-temporal de Sabouraud, que exprmia bem, a existência de uma regular alopecia seborreica.

A faixa de alopecia no limiar da cabeleira era bastante larga, conforme se observa na figura, e tinha o bordo superior regular, sem arcos desenhados, como é habitual na pelada ofiasica. No entanto, pequenos claros se notavam, pouco acima dêsse bordo, o que dava um aspecto de alopecia em clareira da sífilis. Não havia barba, apenas alguns pêlos na região sub-mentoneana. O bigode tinha aspecto normal e o doente declarava que nada de anormal notava, o mesmo não se dando com as sobrancelhas que eram pobres. Pestanas normais.

Nas regiões axilares e pubiana também houve perda considerável de pêlos. Nessa última o limite superior formava linha mais ou menos réta, como se observa no sexo feminino. Todos os pêlos das pernas de-

Instituto de Radiologia Clinica

Porto Alegre

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

Telefone 5424

Dr. Pedro Maciel

Dr. Norberto Sêgas

Radiodiagnostico

Eletrocardiografia

Raios Ultra-Violetas

Eletroterapia de Ondas Curtas

e Ultra-Curtas

Para a tosse e suas funestas
consequencias, uzar sómente

Peitoral de Angico Pelotense

E' tiro e queda.

Deposito: Laboratorio Peitoral de Angico Pelotense, Pelotas

GLYCOSORO

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

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA

Laboratorio
Gros
Rio de Janeiro

Laboratorio Tenax, Ltda.

Rua Misericordia, 34 — Pôrto Alegre

A ilustre classe medica, temos a satisfação de lembrar os nossos produtos

CINOCOL — Empôlas de 1, 2 e 5 cc. Lecitina, Cholester, canfora, guaiacol, cinamato de benzila, em vehic. oleoso.

GASTRENO — Em pó. Composto de Carb. bis., carb. de calcio, bicarb, socio, mag. peridrol, luminal, ext. atropa beladona e mag. calcinada.

NEOESPAMIN — Liquido — Base de Cardenal, papaverina, datura, passiflora e atropina.

MADAN — em pó. $(\text{ALK}(\text{SO})_{12} \text{H}_2\text{O} + \text{C}_{30}\text{H}^{20}\text{O}_{46} + \text{BO}^2\text{O}^3.\text{H}^2\text{O})$ — latas de 20 papeis.

OESTRAL A — LIQUIDO. Para os atrasos ou falta de regras. Citrato de ferro amoniaal, fenil-dimetil-isopirazolone, acido-fenil-etil-barbiturico, atropa beladona, hyosciamus niger, velariana officinalis, ruta graveolens, juniperus sabina, anemona, pulsatila, piscidia eritrina, apium petroselium e artemisia absinto em veículo aromatico.

OESTRAL H — Liquido. Para os excessos de regras ou hemorragias. Acido fenil-barbiturico, fenil-dimetil-pirazolone, atropa beladona, hyosciamus niger, valeriana officinalis, piscidia eritrina, viburnum prunifolium, hydrastis canadensis e hamamelis virginica em veículo aromatico.

TRATAMENTO ESPECIFICO
CONTRA AS DYSENTERIAS

C A R O B I N A S E

Producto original, formula dos Drs. W. Peckolt e A. Prado, chefes das secções de Botanica Medica e Parasitologia no Instituto Butantan

DYSENTERIAS AGUDAS OU CHRONICAS
PRODUZIDAS POR AMEBAS, GIARDIAS E
OUTROS PROTOZOARIOS INTESTINAES.

INFECCÖES, FERMENTAÇÖES e COLITES, ENTERITES
INTOXICAÇÖES INTESTINAES e DIARRHEAS em GERAL

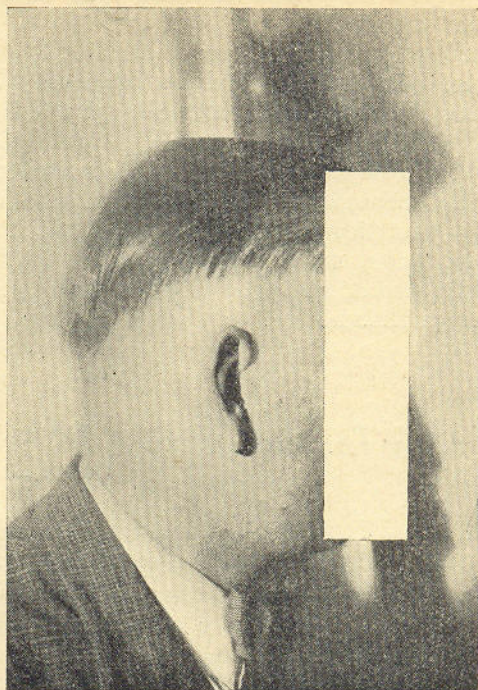
EFFEITO RAPIDO NAS CÓLICAS E PUXOS
NENHUMA TOXIDEZ

Ação therapeutica comprovada em laboratorios nacionaes e estrangeiros, observações clinicas, e centenas de attestados medicos.

INSTITUTO CHIMICO PAULISTA LTDA.

Rua João Adolpho, 4-A — Caixa Postal, 2575 — São Paulo

sapareceram. Wasserman: Neg. Um ano depois, observou pela segunda vez, e o encontrou com o mesmo aspéto.



Nessa ocasião enviou o doente ao professor Saint-Pastous, para um exame clínico geral, especialmente visando perturbações endócrinas. O professor Saint-Pastous, afóra a alopecia, não constatou uma sintomatologia que permitisse colocar o caso em uma síndrome de disfunção glândular.

Quanto à evolução, o paciente informava que os cabelos, assim como os pêlos das diferentes regiões foram escasseando-se, paulatinamente, de um modo regular. Indagando sôbre a existência de placas alopécicas, teve resposta negativa.

Não observou o doente durante a fase de formação dessa alopecia, mas é levado a admitir, baseado nas informações do paciente — que é bom observador — e uma placa de pelada é de facil observação — e baseado também no limite superior da faixa alopécica sem hemicírculos nem mesmo arcos, que essa alopecia se fez sem placas aparentes. Mas, tomando em consideração os pequenos claros que apontou, pensa, que êles representam minúsculas placas de pelada, embora nunca tivesse constatado cabelo peladico de Soubouraud.

Depois dêsse segundo exame, feito, um ano após o primeiro, não tornou a ver o doente.

Tem a impressão, que êsse caso, seja realmente um caso de pelada, mais ou menos generalizada no tronco e membros, e na cabeça, revestindo-se do aspéto de pelada ofiácea, mas de forma e evolução um tanto atípicas.

Muito interessante e que o leva a meditar, é o fato do paciente notar que a alopecia se iniciou 10 mezes após um forte traumatismo elétrico e de duas intervenções cirúrgicas, para corrigir contraturas musculares.

E' inclinado a admitir a coincidência, impressionado, talvez demasiadamente, pelos ensinamentos de Sabouraud que não reconhece pelada consecutiva a traumatismos. A natureza dêsse traumatismo e sua violência, são, no entanto, muito impressionantes para o levar a meditação; e é por assim pensar que julga a observação merecedora de uma discussão e de ser publicada.

Um caso de P ritiriasis Versicolor Acromiante

Por **Enio C. de Campos**

Trata-se de um indivíduo de 20 anos, sexo masculino, branco, solteiro, funcionário público, natural desta capital, onde reside.

Ha 4 meses notou pequenas manchas claras na região dorsal, as quais foram aumentando de número e estendendo-se em todo o dorso e parte anterior do torax a ponto de se confluírem, formando estensas máculas, principalmente na região dorsal. Todas estas manchas eram esbranquiçadas contrastando com a côr morena da sua pele, que, diz-nos o paciente, estava queimada pelo sol, pois, ha 4 meses, vinha frequentando um club náutico onde tomava banho de sol todos os dias.

No interrogatório não encontramos nenhum dado de interesse quanto aos antecedentes mórbidos pessoais e hereditários — é um indivíduo que sempre gozou saúde, só acusa em seu passado uma gonorréia; seu pai faleceu do coração; sua mãe vive com saúde aos 59 anos; tem 4 irmãos, todos fortes; nenhum caso de tuberculose na família.

Pelo exame geral verificamos tratar-se de um indivíduo robusto, biotipo estênico, musculatura bem desenvolvida, gozando perfeita saúde.

O exame dos diversos aparelhos foi negativo.

No exame da pele, as manchas que, nas 2 fotografias conseguidas, pôde-se ver perfeitamente: — na parte anterior do torax: manchas acrômicas variando do tamanho de uma lentilha ao de uma noz; na parte posterior: algumas manchas acrômicas pequeníssimas, perifoliculares e outras maiores atingindo até o tamanho de uma moeda atual de 100 réis, grande número confluindo-se nas partes medianas, para formar estensas máculas acrômicas.

Notamos ainda que estas manchas são um pouco mais claras que a pele, sem pigmentação solar, dos quadrís, protegida pelos calções.

Encontramos presente o "s'gne du copeau" dos francezes, tão característico da P. V.

Em face do aspecto das lesões e do "signe du copeau" ou sinal da unhada entre nós, o diagnóstico de P. V. A. logo nos surgiu à mente.

Mostramos este doente ao ilustre e acatado dermatologista Dr. Hugo Ribeiro que concordou com o diagnóstico.

Para obtermos a confirmação micológica, solicitamos a pesquisa do cogumelo ao Professor Raul di Primio que constatou a presença de Malassezia Furfur nas manchas da pele.

Tratar-se-ia de um caso simples, comum, de P. V. si não fosse a acromia.

Por Castellani foram descritos 2 parasitos do gênero Malassezia: M. Tropica e M. Macfadyeni, como causadores, respectivamente, da P. V. flava ou Tinea flava de Castellani e da Tinea alba do Ceilão descrita também por Castellani, cujas manchas são acromicas. Brumpt em seu compêndio de Parasitologia (ed. 1936) cita estas duas espécies de Malassezia. Para Gougerot, no entanto, estes parasitos seriam o mesmo M. Furfur.

Em nosso meio esta forma acromiante, todos nós temos observado, não é rara, ao contrário, encontramos muitas vezes, e encontramos comumente nas pessoas de côr morena e especialmente nos indivíduos queimados pelo sol. Nas pessoas muito claras a P. V. se apresenta, ao contrário, com seu aspecto típico, manchas pardacentas, côr de café com leite claro. E' esta forma que se encontra nos europeus onde raramente se observa a forma acromiante. Temos, pois, manchas pardas sobre fundo branco e manchas brancas sobre fundo escuro.

Ainda mais, segundo foi provado, experimentalmente, por Gougerot, podemos transformar a P. V. típica, pardacenta, em P. V. acromiante sob a ação dos raios solares ou sob irradiação ultra-violeta.

A P. V. A. tem uma acromia real, verdadeira, e não falsa acromia por contraste. No nosso paciente esta acromia é real, pois si compararmos as manchas da parasitose com a côr clara da pele ao nível dos quadrís, sempre protegida pelo calção, verificaremos que aquelas manchas são muito mais claras que a pele dos quadrís.

Na literatura médica riograndense encontramos um caso de P. V. discoide acromiante, descrito por nosso eminente dermatologista Dr. Hugo Ribeiro (Arquivos Riograndenses de Medicina em 1934, ano 13, n. 6), no qual êle salienta perfeitamente a acromia verdadeira nêstes casos de P. V.

Quanto à patogênica, encontramos nos tratados de dermatologia, dois mecanismos para sua interpretação:

- 1 — por um papel de proteção do parasito atuando como um simples anteparo;
- 2 — por uma ação própria do parasito sob o pimento, lisando-o; tratar-se-ia de uma melanólise.

A primeira hipótese não podemos aceitar de um modo absoluto, pois si assim fôsse não encontraríamos as formas típicas de côr pardacenta de P. V.

A segunda hipótese, si bem que possa explicar a acromia, não deve ser aceita como causa única; outros fatores também devem in-

fluir; si a acrômia se produisse, unicamente, por êste mecanismo por que não a observariamos em todos os casos de P. V.? Sabemos que nas formas típicas, em vez de acrômia, temos, ao contrário, manchas pardacentas, hipererômicas.

No entanto, sob a ação dos raios solares ou sob irradiação ultravioleta, observamos manchas acrômicas. E' o caso do nosso paciente que, ha 4 meses, vinha se expondo, diariamente, aos raios solares.

O fator solar é importante. Jausion fez experiências nêsse sentido: applicando uma ventosa na região inter-escapular de um malgache, friccionou, em seguida, toxina polimicósica, preparada com técnica própria, e expôs durante 5 minutos às irradiações de uma lâmpada de Dufestel. Encontrou mais tarde na zona irradiada uma mancha leucodérmica

Gougerot, nas suas realizações experimentais, assim concluiu: "A P. V. acromiante resulta de 3 fatores que não são de modo algum incompatveis: 1.º — ação descorante do sol sôbre a P. V. típica, transformando a escama parda em escama branca; 2.º — ação antipigmentar da mancha micósica, que age como um anteparo; 3.º — despigmentação da pele parasitada que se encontra lesada pelo menos perturbada sob o ponto de vista da pigmento-gênese, porque não reage mais como a pele normal; ela é o mais das vezes hiperresistente e não pigmenta com doses médias que pigmentam a pele sã. No entanto não se trata de uma resistência absoluta, pois com doses mais forte chega-se a pigmentar as manchas acrômicas".

Hugo Ribeiro, no seu caso de P. V. discoide acromiante, acima referido, em que seu paciente não sofria diretamente a influência da irradiação solar pois andava bem resguardado (era inverno naquela época), acredita mais numa diminuição da quantidade normal do pigmento no local das manchas, que em virtude das lesões, não necessita da mesma quantidade de pigmento de que precisa a pele não lesada, para se defender das agressões da luz, calor, etc.

O estado local da pigmento-gênese é, pois, fator importante. Esta pigmentogenia reagiria nos indivíduos morenos por uma diminuição da sua função. Não podemos fugir aqui a um fator constitucional.

Desta forma temos na P. V. acromiante vários mecanismos para explicar sua patogenia; isto nos demonstra que nenhum dêles é satisfatório. Ainda não conhecemos verdadeiramente seu mecanismo íntimo.

Podemos, para concluir, dizer que a acrômia das lesões de P. V. surge em consequência de uma ação melanolítica do cogumelo sob a influência das irradiações solares, ou, sem essa influência, numa pele morena, predisposta, cuja função pigmentogenética é diminuida pela simples presença do processo parasitário.

José Gerbase — Jeanselme destacou da piritiase versicolor comum, uma forma que chamou de "Acrômia Parasitária" a que Castellani, em 1905, fez uma nova espécie do gênero *Malassezia*-*Malassezia* Trópica".

Quanto à etiopatogenia da acrômia, acha que pôde ser explicada pelo filtro absorvente dos raios ultra-violetas da luz solar, filtro êsse,

Iolipobí

Original associação
obtida pelo L. B. C.:

(Iodobismuthato de qq.+hormolipoides+neuro-díastases)

Formula por empola de 4 cc.
em vehiculo oleoso:

| | |
|--------------------------------|-------|
| Iodobismuthato de qq. | 0,200 |
| Hormolipoides de cerebro | 0,020 |
| Neuro-díastases | 0,002 |
| Lecithina | 0,004 |

Oleo de olivas clarificado q. s. 4 cc.

A eficiencia anti-luetica do iodobismuthato de qq. está mais que comprovada desde 1925, época em que o sal foi introduzido no Codex. Medicação actuando em fundo e duradouramente, tal como os melhores compostos insolúveis do bismutho, o referido sal teve o seu tempo de absorção encurtado e, portanto, a sua acção mais prompta, pela conjugação dos lipoides em absoluto estado de pureza ou associados a hormonios.

O IOLIPOBI, além de conter essa util acção synergica, inaugura uma nova associação (neuro-díastases), que se portou em numerosos ensaios experimentaes e clinicos como eficiente processo de reforço therapeutico.

E' facto conhecido, que além de multiples hormonios e vitaminas, torna-se imprescindivel para a normal actividade dos tecidos e órgãos a existencia de verdadeiras díastases ou enzymas, que se comportam como activos estimulos da nutrição cellullar (hepatodíastases; neuro-díastases; etc.). Num terreno de melhores condições metabolicas, o especifico iodobismuthato de gáinina ou mais rigorosamente iodeto de bismutho e quinina terá a sua acção comprehensivelmente mais efficaz.

INDICAÇÕES

Syphilis em todas as suas formas e em qualquer das phases da infecção.

MODO DE USAR:

O conteúdo de 2 ou 3 empolas por semana, sob prescripção medica, em applicação profunda e por via intramuscular.

Laboratorio de Biologia Clinica, Ltda.

DIRECÇÃO SCIENTIFICA:

DIRECTOR:

Dr. Mario Pinheiro

Director do Instituto de Neurobiologia
da Assistencia a Psychopathas do Districto Federal

ASSISTENTE:

Dr. Hélión Póvoa

Titular da Academia, Docente da Faculdade e Assistente do Instituto de Neurobiologia

Productos do Laboratorio de Biologia Clinica, L^{tda}**Medicados pela illustre classe medica**

- Vitamina — Farinha alimentar por excellencia.
- Néo-Vitamin — Tónico de extracto de frutas e vegetaes.
- Insulina — Diabetes.
- Synergon A. B. C. — Blenorrhagia e complicações em ambos os sexos.
- Fermento tridigistivo — Perturbações digestivas.
- Sôro Lipotonico (Mef) — Tónico do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Sôro Liposedativo (Mef) — Tónico e calmante do systema nervoso. Ambos os sexos.
- Ovariomastina — Dysmenorrhœa (comprimidos e amp.)
- Glandula Pituarua — Inercia uterina e intestinal (compr. e amp.)
- Lipocholepatina — Tuberculose (ampolas).
- Cholepatina — Affecções do figado e vias biliares.
- Gl. Thyreoidé — Insufficiencia thyreoidiana.
- Cholelactina — Desordens intestinaes.
- Encephalina — Tónico nervino (compr. amp. e extracto).
- Polyendocrínico — insufficiencias das glandulas associadas.
- Hemosplenina — Paludismo. Anemias geral.
- Pancreas — Insufficiencia pancreatica. Diabetes.
- Renina — Diuretico por excellencia (compr. e amp.)
- Suprarenal — Insufficiencia da gl. suprarenal.
- Orchidan — Fraqueza sexual (compr., amp. e extr.)
- Extracto hepatico — Insufficiencia hepatica.
- Lipocarbisan (A. B. C.) — Syphilis e suas manifestações.
- Bismarsen — Syphilis e suas manifestações.
- Quinoparsen — Impaludismo.
- Panlaxil — Prisão de ventre.
- Biotoxil — Opothèrapia associada nos estados toxi-infecciosos.
- Iopepsan — Medicação iodo-iodetada peptonada em extracto poly-opo-therapico digestivo glicerinado. Arterioesclerose, hipertensão arterial — arterites especificas — linphatismo e obesidade.
- Thyroluteina — Perturbações da menstruação.
- Vaccinas "WRIGHT", etc., etc.
- Nutrosan — Biscoitos calcificantes — Caseinato de calcio e feculentos. Alimentação infantil além dos seis mezes. No decurso de gravidez e de amamentação. Acção alimentar. Fixação do calcio.
- Vitamina — Injectavel. Extractos concentrados de vitaminas. A vitamínozes, escorbuto, rachitismos, polyneurites. Enfraquecimento, convalescença.
- Extracto Hepatico — Injectavel. Opo-therapia hepatica. Indicado nas affecções hepaticas, da vesicula biliar, dyserasias hemorragicas etc.
- Biocalcio — Opo-calcio-nucleino-phosphatado (granulado). Descalcificação e desmineralisação de certas toxi-infeccões, periodos de crescimento, convalescenças, esgotamento nervoso, affecções osseas.
- Ioformil — Iodeto de urotropina benzosodico. Arterio-esclerose, cardio-nephro-esclerose, toxi-infeccões, syphilis congenita ou adquirida tardia, rheumatismo, lymphatismo.
- Néohomostenó — Anti-anemico intensivo e completo: Ferro — Cobre — Polioptèrapia.

Direcção scientifica:

Dr. Mario Pinheiro (Director) -- Dr. Helion Póvoa (Assistente)

Depositos em S. Paulo, Porto Alegre, Bahia e Recife

Literatura e amostras

com o depositario e representante nesta capital

Francisco de Revorêdo Barros - Rosario, 609

constituído pelas lesões ou de proliferações micelianas ou estratificações escamosas, impedindo, portanto o estímulo normal da pigmentogênese.

Armin Niemeyer — salienta que a pitíriase versicolor é extremamente frequente, entre nós, no sul do Brasil, mesmo em pessoas robustas, e que a exposição ao sol a provoca, tanto que ela é vista, com frequência, nos meses de Março e Abril na volta dos clientes das praias de banho.

Fôrmas ha em que as manchas de Pitíriase Versicolor são acrómicas desde o início, o que já fez aventar a hipótese que possa haver várias raças de *Microsporon* ou *Malassezia furfur*; umas hiperpigmentando outras apigmentando. Em outros casos as manchas brancas aparecem no decurso do tratamento, quando a doença está curando, (acrômia secundária).

H. Ribeiro — A comunicação do caso de pitíriase versicolor acromiante é interessante, porque vem focalisar uma forma clínica da pitíriase versicolor, poucas vezes mencionada entre nós, apesar de ser relativamente frequente, como muito bem chamou a atenção, o coléga Niemeyer. Pouco conhecida nos meios não dermatologista, tem ocasionado êrros diagnósticos, de consequências desastrosas, pela confusão que se presta aos olhos de um clínico pouco experimentado em dermatologia, que a toma, facilmente, como vitiligo e mesmo como sífilide pigmentar.

A ação do sol, na formação das manchas claras, é apreciada pelos próprios doentes, que chegam aos nossos consultórios, para se tratarem de umas manchas "que adquiriram durante o veraneio, com o forte sol"; na realidade, a maior parte das vezes, já levam a doença, da cidade, o sol, geralmente, o das praias, a põe em evidência.

O Dr. Campos mencionou a acrómia relativa e acrómia verdadeira.

Na apreciação dos casos de acrómia verdadeira, — que deviam ser os únicos a ser chamados de acrómia parasitária — encontram-se alguns, em que a diferença de pigmentação, entre a placa de pitíriase e a pele sã, protegida pela roupa, embora apreciável, é muito pequena. Pensa que, em muitos dêles, a acrómia seja relativa, com patogênica mencionada pelo Dr. Campos e tão bem apreciada pelo Dr. Gerbase. A pele dos morenos, sofre muito a ação do calor e da luz, de modo que ela se mostra mais escura, que seria, si estivesse a um abrigo maior da ação pigmentogênica da luz. Nêsses casos, a placa de pitíriase seria "o abrigo maior".

Enio Campos — Encerrando a discussão, mostra-se satisfeito pelos comentários que ouviu relativos a sua comunicação.

Linfoangioma da axilaPor **Hugo Ribeiro**

A. S. 13 anos, menina bem constituída. Pai faleceu com 42 anos de angina de peito. Mãe com 40 anos, diz que sofre do fígado, de prisão de ventre e de urticaria, durante as regras. Tem dores de cabeça, pela manhã. Teve 6 filhos e um aborto. Todos os filhos estão vivos e sadios.

Informa que a menina nasceu normalmente, teve as doenças próprias da infância, uma bronquite, que ha um mês, foi operada de apendicite, tudo correndo normalmente.



Aos 2 meses teve um "caroço no peitinho" que desapareceu aos 6 meses. Mais tarde apareceu um tumor na axila, séde da afecção atual, do tamanho de um ovo. Foi operada e curou-se rapidamente. A informante não se recorda si havia pús, e nenhuma informação deu que permitisse um juízo seguro sôbre a natureza do tumor.

Ha 3 anos notou um aumento de volume na axila que aos poucos se tornou levemente azulado e foi sómente 2 anos após que observou as pequenas saliências que, com aspécto de vesículas se dispõem sôbre a superfície, levemente azulada e bastante saliente, da axila.

Examinando a paciente, verifiquei um aumento circunscrito, na face interna da axila direita, vendo-se através da epiderme uma coloração azulada e sôbre essa péle, grande número de pequenas saliências esféricas, transparentes, cheias de um líquido claro; as maiores com telelanjectasias em suas paredes. Nenhuma cicatriz operatória, ou d'outra natureza, foi observada na região.

Fazendo-se pressão elas se esvaziam, ficam murchas, para logo encherem-se novamente, e tomarem o aspécto anterior. Não ha processo inflamatório, nem sinais subjetivos. Na face interna do terço superior do braço, notam-se, esparsas, algumas pseudo-vesículas, semelhantes às primeiras, e mais abaixo, na face interna, próximo ao cotovêlo, observa-se um hemoangioma, provavelmente, com ramificações profundas.

A figura mostra, com muita nitidez, dispensando maior descrição, o aspécto das pseudo-vesículas.

Não ha dúvida que se trata de uma hiperplasia do tecido vascular linfático, de um linfoangioma. Como se vê também, através a pele, uma coloração azulada, e no braço, próximo ao cotovêlo, um hemoangioma, com todos os seus caracteres, podemos estabelecer para o caso, o diagnóstico de HEMOLINFOANGIOMA.

Exame citológico do líquido de uma das pseudo-vesículas, feito no Laboratório Geyer:

"Além de muitas hematias, ha regular número de elementos celulares, distribuidos na seguinte porcentagem:

| | |
|-------------------------------|-------|
| Lymphocytos | 84,6% |
| Celulas epitheliaes | 8,2% |
| Monocytos | 5,8% |
| Polynucleares | 1,4% |

Dr. René Flores

E' bem provável, diz o Dr. Ribeiro, que as hematias verificadas, sejam resultantes de uma telejanctasia ferida, no momento da colheita do líquido.

J. Gerbase — E' uma afecção que, pelo seu aspécto objetivo, se prestaria a um diagnóstico completamente diferente: fotograficamente seria um caso de herpes. Daí o perigo de se querer fazer um diagnóstico comparando fotografias .

É um caso interessante pelo seu modo de formação e, principalmente, pela presença de um hemoangioma, próximo ao cotovêlo.

E, Kanan — Pergunta ao relator que tratamento foi aconselhado.

H. Ribeiro — Tratando-se de um tumor facilmente, extirpável, foi indicado o tratamento cirúrgico, por lhe parecer, no caso, mais rápido, mais seguro e de melhor resultado estético, que a neve carbonica, a electrocoagulação e o radium.

Um caso de Eritema pigmentado fixo

Por **Coradino L. Duarte**

Quando, em uma das últimas sessões do ano passado, ouviu o Dr. H. Ribeiro relatar casos de ERITEMA PIGMENTADO FIXO, alguns atribuídos ao uso do Veramon, referiu-se ao de uma senhora de sua clínica particular, que muito se assemelhava com aquêles por êle citados; e si na sessão de hohje, vem colaborar, sem ser dermatologista, é porque teve ocasião de ver um segundo surto eruptivo, na paciente, aparecendo nas mesmas condições que o primeiro.

Como era natural, pediu ao Dr. H. Ribeiro para também observá-lo.

Trata-se de uma senhora de 40 anos, casada, ha 18 anos. Teve 6 filhos, que vivem todos, com saúde e são bem constituídos. Não teve abortos.

Os pais estão vivos e com saúde. Sua mãe teve 10 filhos e alguns abortos. Dois irmãos faleceram de sarampo quando crianças (3 e 12 anos) e um outro de uremia com 12 anos.

Sempre foi muito nervosa e em seu passado não menciona uma doença grave, além da asma. Quando teve o primeiro ataque, consultou um tisiólogo, receiosa de estar com tuberculose, receio que sempre teve por ser muito magra. Diz a paciente que fez uma radiografia, com resultado satisfatório. Os ataques de asma repetiram algumas vezes, com intervalos irregulares. O ultimo foi ha dois anos e meio. Sofre de prisão de ventre.

Em 1935, estando com dôr de cabeça, tomou vários medicamentos para combatê-la. Pela primeira vez, então, appareceu a erupção, depois de algumas horas de mal estar, a qual repetiu por várias vezes, com aspécto, mais ou menos, idêntico em todos os surtos, e o que é mais, ocupando sempre os pontos atingidos anteriormente, marcados por manchas pretas sem tendência ao desaparecimento.

Quando a observou, cinco dias depois do início da erupção, o quadro dermatológico era, resumidamente, o seguinte: no lábio inferior, uma placa eritemosa, coberta de pequenas vesículas, como herpes; no cotovêlo esquerdo, uma grande placa heritemosa, com centro preto, sôbre base edemaciada; no ante-braço direito, ocupando toda a super-

fície de uma mancha negra de um surto anterior, uma bolha, em forma de crescente; e junto ao sulco inter-gluteo uma outra placa de maiores proporções, perfeitamente circular, com diâmetro de cerca de cinco centímetros e com centro preto com pequeno halo eritematoso.



Bolha em forma de crescente, reproduzindo-se em cada surto eruptivo no mesmo local, com a mesma forma e sobre a mancha escura deixada pela erupção anterior

Como sinais subjetivos, queixava-se a paciente de forte sensação de queimadura em todas as placas, sobretudo nos primeiros dias; ardência nas mucosas vulvar e vaginal e prurido nasal acompanhado de coriza, que a deixavam fortemente inervada.

Informou mais, que, aquela grande bolha observada no antebraço, só se formava depois de dois dias, de uma fase eritematosa, e que sempre aparecia com a mesma forma de crescente.

Essa erupção tem uma evolução de sete a dez dias, e atinge sempre as manchas negras deixadas pelos surtos anteriores. A erupção termina com descamação.

Todas as vezes que a erupção apareceu foi depois de tomar Veramon para dores de cabeça, medicamento que a deixa muito nervosa e talvez febril. Nunca botou termometro nessas ocasiões. A Cafiaspirina suporta melhor, e não desperta erupção.

A reação de Wasserman teve um léve retardamento da hemolise;

Kahn e Müller positivo fraco, uma cruz.

Leucocitos..... 8.100 por mm³

Hematias 5.910.000

Polinucleares neutrofilos 68 por cento

eosinofilos 4

basofilos 0

monocitos 6

linfocitos 22

Ausência de anisocitose, poiquilocitose e policromatofilia.

Exames feitos pelo **Dr. Maya Failace**

H. Ribeiro — O caso apresentado pelo Dr. Coradino é, sem dúvida, um ERITEMA PIGMENTADO FIXO. A placa observada junto ao sulco intergluteo tem todos os caractéres morfológicos; seu início, seu período de estado e sua terminação, e o fato de mostrar-se sempre no mesmo local, em surtos repetidos, deixando uma mancha negra, constituem a evolução característica dessa curiosa afecção.

Muito interessante é aquela bolha, em forma de crescente, repetindo-se sempre no mesmo local e com a mesma forma, cobrindo a mancha negra do surto anterior. É um exemplo da forma bolhosa já mencionada por Brocq e que nos léva a pensar na doença de Duhring, porque, vem acompanhada de sensação dolorosa e repete-se em doente que conserva sempre bom estado geral. A evolução é, no entanto, diferente.

Contrariando ao que observamos nos casos por nós citados, nessa sociedade e publicados nos "Anais Brasileiros de Derm. e Sifilografia" do Rio de Janeiro, o doente do Dr. Coradino não tem a eosinofilia bem apreciável.

Também é digno de menção, o comprometimento das mucosas, assim como a asma, a reação sorológica positiva, embora fracamente, a prisão de ventre e a magreza da doente. Tudo isso tem que entrar em consideração para quem quizer tentar compreender a etio-patogenia do E.P.F. no doente em questão.

Temos, presentemente, um doente em observação e estamos fazendo as provas biológicas e exame histopatológico. É bem provável que breve voltaremos ao assunto.

Queloides — Vitiligo

Dr. José Gerbase

Observação clínica

L. de C., 21 anos, branca, casada, brasileira, doméstica; rúa Oito de Dezembro, Vila-Izabel (D. Federal).

Antecedentes mórbidos hereditários — Fae vivo, com 68 anc; é alcoolatra inveterado e sofre de reumatismo (sic) nas articulações tibio-tarseanas. Mãe viva, com 59 anos, gozando saúde. Eram 10 ir-

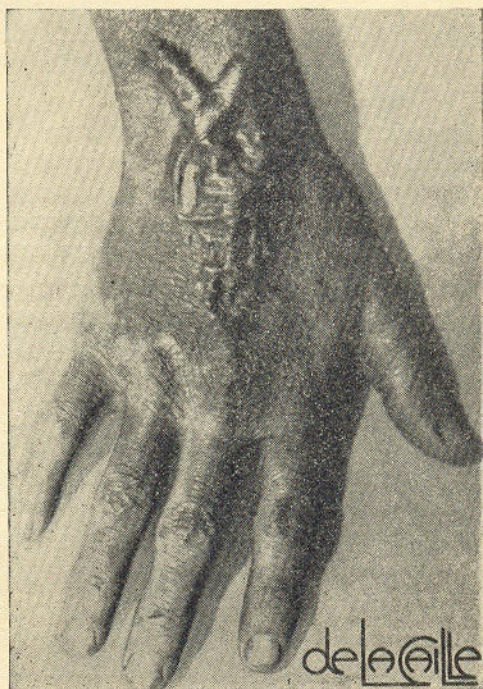
mãos; quatro morreram de causa ignorada pela paciente e dos vivos pouco informa.

Antecedentes mórbidos pessoais — Nascida a termo e desmamada aos 14 meses. Na 1.^a infância, sarampo, var.ola e coqueluche. Menstruada pela 1.^a vez aos 13 anos; regras posteriores periodicamente normais com cólicas. Após o 1.^o filho teve uma amenorréia durante 11 meses; daí para cá, tem sido menstruada com “atrazos” e com cólicas. Ultimamente sente-se enfraquecida e, às vezes, tem “tonteiras com a vista escura”.

História da doença atual — Conta-nos a paciente que, trabalhando na cozinha, aconteceu derramar banha fervente sôbre o dorso de sua mão direita, advindo dêste acidente uma queimadura, que cicatrizou em 2 meses.

Observa a paciente que a cicatriz está ficando saliente, endurecida, ao mesmo tempo que aparecem “manchas brancas” na extremidade distal da referida mão, como também nos respectivos bordos.

Descrição e localização das lesões — A paciente apresenta na face de extensão do punho direito estendendo-se para o dorso da mão, uma cicatriz queiloideana, irregular, de cor roseo-vermelho, em geral



bem limitada, salvo na parte distal em que se perde gradualmente, confundindo-se com a pele normal. Esta lesão, mede cêrca de 10 cents. de comprimento, por 4 ents. de largura; apresenta prurido, dôr espontânea e dôr intensa é despertada pela apalpação. No bordo cubital, no bordo radial do index, no dorso e nas partes laterais dos quatro últimos dedos da referida mão, existe despigmentação acentuada, cujo limite é marcado por uma orla ligeiramente hipererômica; observa-se ao nível das articulações metacarpo-falangeanas, uma orla festonada.

A observação clínica diariamente nos vem demonstrando quão difícil é às vezes a interpretação etiopatogênica do vitiligo e a sua respectiva terapêutica.

De ha muito se tem responsabilizado a sífilis como a causa do vitiligo. Para Gougerot, o vitiligo é quasi sempre consecutivo à um eritema terciário, perceptível ou não, fazendo parte da série das leuodermias sífilíticas.

Para o grande mestre francez, o vitiligo, seria, portanto, uma sífilide acrômianta, adquirida ou congênita.

Na verdade, casos ha, em que a sífilis é a responsável dirêta pela leucomelanodermia. Nós mesmo, já tivemos oportunidade de observar um caso de vitiligo do lábio superior em uma menina de 16 anos, cuja cura completa foi obtida exclusivamente pelo tratamento específico (arseno-bismutico). Casos ha, no entanto, em que a sífilis está presente e que só o tratamento específico é inefficaz (estamos observando um caso que breve publicaremos) e casos ha em que a sífilis não pôde ser responsabilizada pelo vitiligo.

As observações de vitiligo por traumatismo são, hoje em dia, bastante conhecidas dos dermatologistas. Nêstes casos, é o trauma o único responsável pelo aparecimento do vitiligo nos pontos que se faz sentir (cintura, pelo cinto ou elástico da calça, perna, pela liga, etc.) e que cessada a causa (trauma) logo se faz a pigmentação.

A observação que motivou esta ligeira nota, teve no queiloide o "trauma" determinante do vitiligo, e isto cabalmente demonstrado pelo seguinte: para o queiloide instituimos a radioterapia após a 3.^a aplicação, com melhoras perceptíveis da lesão queiloideana, observamos que a pigmentação estava se fazendo nas placas acrômicas.

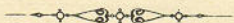
Continuamos a irradiar o queiloide e após a 5.^a aplicação a pigmentação era quasi completa. Nêste momento nos dispuzemos a fotografar novamente o caso, o que infelizmente não conseguimos, pois, a paciente que estava matriculada no ambulatório não mais voltou ao serviço.

CONCLUSÃO: reside o interesse do caso na localização exclusiva do vitiligo numa região atingida por um queiloide e que a melhora dêste determinou a repigmentação das lesões de vitiligo.

H. Ribeiro — No caso apresentado, observamos, na mesma região duas afecções bem distintas quanto a sua sintomatologia, e apa-

recendo após uma queimadura no dorso da mão. A discrômia não é localizada, em porção da pele que sofreu o traumatismo, mas sim em suas proximidades; mas somos levados a admitir que seja dêle decorrente. Queloide e vitiligo não tem uma etiopatogênica definida e para ambos são invocadas, às vezes, uma mesma causa, como por exemplo, a sífilis ou a tuberculose; e quanto aos traumatismos êstes figuram, certamente, como causa ocasionada em ambas as afecções, notadamente queleide.

NATROL



NÃO É { um simples bismuto
um similar de Natrol

É **NATROL** mesmo.

Tártaro-bisbutato de sódio em soluto aquoso,
perfeito, indolor, bem tolerado.

Obtido após pesquisas originais dos Professores **Parreiras Horta** e **Paulo Ganns**, controladas pelo Prof. **Giemsa**.

Consagrado como “o melhor bismuto” pela Classe Médica do Brasil em 20 anos de uso intenso e progressivo.

Carlos da Silva Araujo, S. A. — Caixa Postal 163 — Rio

LABORATORIO CLINICO SILVA ARAUJO — L. C. S. A.

Agente em Porto Alegre: Fausto Sant'Anna — Rua Siq. Campos, 1257

Agente em Pelotas: Bohns Irmãos — Rua Marechal Floriano, 115

Sociedade de Medicina

Sessão de 21-6-1940

Presidente: Hugo Ribeiro
Secretario: Rubens Maciel

Queratose pilar do couro cabeludo com alopecia consecutiva

por Hugo Ribeiro

W. W. solteiro, 18 anos, agricultor, residente em Feliz, município de São Sebastião do Caí, no Rio Grande do Sul.

Veio a Porto Alegre, para cumprir deveres militar e enviado a nosso serviço hospitalar, após inspeção de saúde no exercito. Não fala nem entende a língua portugüesa. Apresentou-se á consulta, acompanhado de uma irmã, nas mesmas condições.

E' um indivíduo de constituição física normal, mas um débil mental. Foi pela irmão, com auxílio de um interprete, que obtive informações, é um homem robusto. Ha 10 anos teve queda de cabelos, em zonas limitadas, ficando a pele limpa, sem crostas e sem pús. Algumas placas desapareciam e outras se formavam, com o mesmo aspecto. Durante 5 anos durou essa doença. O doente curou-se, completamente. Essa história é bem clara: a afecção do pai é PELADA e nada tem de semelhante com o que se observa no filho.

Mãe, sempre foi de boa saúde. Ultimamente, porém, sofre distúrbios da menopausa. Tem cabeleira normal e sempre a teve isenta de qualquer doença. Pai e mãe são primos-irmãos.

Tem 3 irmãos e 2 irmãs. Uma irmã, atualmente com 24 anos, até a idade de 15 anos, não tinha cabelo algum. Foi nessa idade que começaram a nascer, irregularmente. A partir dos 20 anos é que a cabeleira começou a ter aspecto normal. Presentemente, diz a informante, nada de anormal se observa na cabeça. E' uma história confusa que não permite diagnóstico algum.

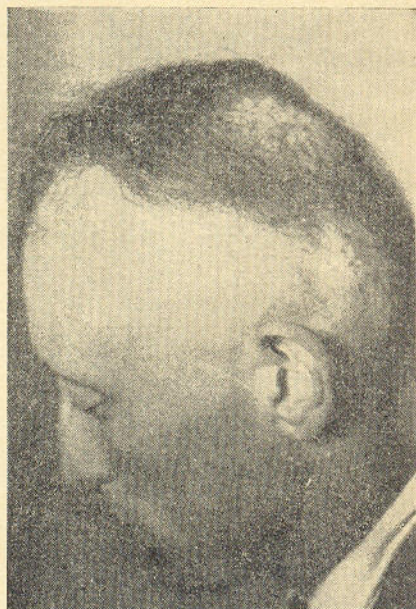
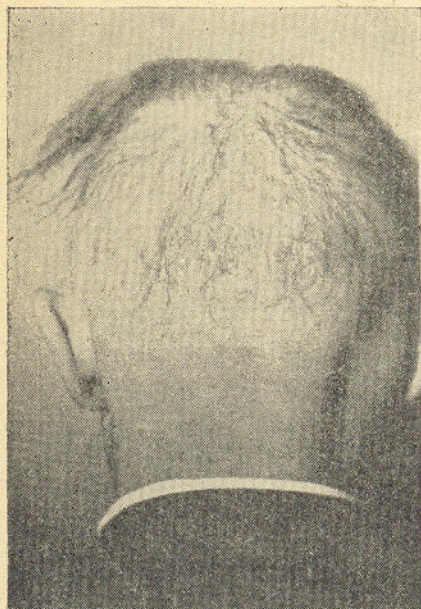
Não ha, na família, entre primos e tios, nenhum caso de afecção do couro cabeludo, pelo menos que chame a atenção.

Quanto ao doente, a informante diz o seguinte:

Quando criança, não teve doença grave; foi sempre calado, não fazendo relações com outras crianças e indiferente aos brinquedos coletivos, o que constatava com os irmãos, todos crianças normais. Essa anormalidade mental, acentuou-se na adolescência.

Infelizmente não poudo obter da informante uma história per-

feita da maneira como se iniciou e evoluiu a alopecia. Tudo que ela diz nesse sentido é confuso e contraditório. Para o diagnóstico tem que se basear unicamente no aspecto morfológico das lesões.



Quando examinou o paciente, êle estava irritado, pouco disposto a se deixar examinar e, sobretudo, muito desconfiado, procurando a cada momento retirar-se. Sua irmã o tranquilisava. A anormalidade da inteligência era patente.

Com a ajuda das fotografias que apresenta, pôde-se bem avaliar dos caracteres morfológico da afecção do couro cabeludo.

Ha uma grande rarefação na cabeleira, o que bem se observa nas fotografias 1 e 2. E' uma alopecie extensa e irregular, atingindo todos os pontos da cabeleira, em uns, mais do que outros. Nas regiões tempero-parietaes, é quasi total. A' observação minuciosa da péle, vemos que na abertura de cada folículo, com cabelo seco e sem vitalidade, ha uma pequena papula peri-pilar e queratosica; e em grandes porções de péle, onde não ha mais cabelo, um pontilhado de minuseulas cicatrizes, correspondentes a folículos destruidos. Os cabelos são quebradiços, alguns a poucos milimetros da superficie da péle, outros a bem maior distância. Na nuca, na face e na cabeça, em pontos onde não ha cabelos, como por exemplo em toda porção acima do pavilhão da orelha, ha uma infinidade de minuseulas saliencias queratosicas, correspondentes ás aberturas foliculares e um não menor número de pontos cicatriciais. O mesmo estado alopécico e as mesmas saliencias se observam nos supercílios, em todo limite superior. A péle conserva a coloração normal. Não ha barba nem bigode e em quasi toda superficie, correspondente á barba, ha as pequenas papulas da queratose pilar. Quanto ao resto do tegumento

cutâneo, tem a assinalar uma queratose pilar simples na face posterior dos braços. O paciente tem uma pele mais ou menos seca mas longe de poder ser considerada como icetiose.

Observando-se a cabeleira sob a luz de uma forte lampada elétrica, inumeros fios, aqueles que estão mais soltos, isolados, mostram-se com alternativas de porções obscuras e brilhantes, como se observa nos casos típicos de Pili-Torti. A figura 2, mostra, com muita nitidês o que menciona. Retirou diversos cabelos para exame microscópico. Em nenhum deles poudo constatar as alterações características dessa curiosa afecção dos cabelos e ainda menos de Moniletrix. Os cabelos são irregulares. Não foram encontrados micélios nem esporos. As culturas em meio de Sabouraud foram negativas, quanto a cogumelos patogênicos.

Para estabelecer um diagnóstico, baseado no aspecto morfológico das lesões, observadas nesse couro cabeludo, tem, primeiramente, que afastar a hipótese de um processo atrofo-cicatricial, resultante de TINHA FAVOSA ou de foliculites supuradas de qualquer natureza. Póde afastá-las, pela ausência absoluta de lesões em atividade que, forçosamente, ainda haveria, nessa cabeça toda atingida pelo processo patológico, que ainda está em evolução.

A forma de foliculite que Rayer descreveu com o nome de "sycosis capiliti" não parece aplicável ao caso. Essa afecção não tem um começo, e uma evolução tão impressionante como as foliculites, fortemente supuradas, mas ha pustulas miliares que teriam que subsistir ainda, nesse doente que tem a afecção em fase evolutiva. A pseudo-pelada terá que ser lembrada, mas essa hipótese, acha pouco plausivel em razão das pápulas peri-pilares. Não é difícil afastar também o diagnóstico de icetiose. Todos os cabelos doentes, nascem de um folículo com queratose pilar, observada também na face e em outras regiões onde ela é habitual. O doente tem indiscutivelmente uma queratose pilar que é sobretudo notada na cabeça e é também nessa região que a atrofia cicatricial é mais intensa.

Quando viu as alternativas de brilho e obscuridade em muitos cabelos, que secebiam a luz de uma forte lampada, pensou no Pili-torti e a alopecia, em seu conjunto, é sugestiva.

O exame microscópico dos cabelos doentes, mostra irregularidades de espessura, mas sem os fusos que caracterizam o Moniletrix. Diante das lesões de queratose pilar a das alterações pilares tem-se também, pensar no Moniletrix, sobretudo por saber-se que Sabouraud diz, que certos doentes com essa afecção têm uma cabeleira semi-normal e, entre os cabelos quebrados, é difícil de encontrar o tipo francamente moniliforme, enquanto que outros são privados de cabelos e a pele é erivada das minusculas elevações corneas, nas quais, ás vezes, póde achar-se um cabelo moniliforme enrolado; e entre êsses dois extremos, todos os casos intermediários pódem ser observados. Não viu, no entanto, um s ó cabelo com os característicos de "Moniletrix" e, por conseguinte, não pode firmar êsse diagnóstico. Na realidade, Moniletrix é uma malformação congênita como também é a queratose pilar e as lesões dessa são frequentes na primeira.

E' digno de registro, o fato dessa malformação ser observada em

um débel mental, filho de pais consaguíneos, pessoas da vida agrícola e, provavelmente, isentos de sífilis.

J. Gerbase — Acha interessante o caso apresentado pelo Dr. Ribeiro. Pelo modo de formação, e presença de pápulas peri-pilas e queratose é uma observação pouco encontrada na clínica.

Considerações em tôrno dum caso de pseudo-paralisia de Parrot

Trata-se duma menina (Neuza B...) com menos de 2 meses de idade, branca, brasileira, que apresenta, há duas semanas, uma impotência funcional do membro superior esquerdo, sem que tivesse sofrido traumatismo de espécie alguma. Gravidez e parto normais.

Membro superior esquerdo imobilizado em adução e pronação. Cotovelo levemente aumentado de volume doloroso à palpação, com as extremidades articulares espessadas; não há rubor nem calor. Mão e dedos com movimentos espontâneos. O cotovelo apresenta movimentos passivos normais, porém, com forte reação dolorosa. O membro superior todo reage por movimentos ao simples pinçamento da pele.

Manifestações evidentes de sífilides cutâneas, em fôrma de máculas e pápulas, sobre as nadeegas, raiz das coxas, dedo indicador esquerdo; infiltração edematosa dos grandes lábios; leve infiltração com descamação da região peribucal. Discreta Hepato e Esplenomegalia.

Não há conjuntivite nem vulvovaginite de provável origem gonocócica.

A radiografia dos dois membros superiores revela lesões típicas de osteocondrite do 1.º, 2.º e 3.º graus, de periostite ossificante e de rarefações ósseas, espalhadas sobre o úmero, rádio e cúbico, mais acentuadas do lado esquerdo, doente.

O diagnóstico de Pseudo-Paralisia de Parrot impõe-se diante das manifestações clínicas e radiológicas do esqueleto.

É oportuno salientar, como é do objetivo desta comunicação, a variedade, extensão e intensidade das lesões ósseas sífilíticas, como manifestações peculiares à sífilis congênita da primeira infância.

O valor diagnóstico da radiologia óssea na sífilis congênita da primeira infância é incontestável, não só pela grande frequência das lesões ósseas, como por ser mais sensível que os tests serológicos.

Assim, nos casos duvidosos, em que não são acompanhados de manifestações ostensivas de sífilis congênita da primeira infância, o exame radiográfico do esqueleto é imprescindível, e mais prático que as reações serológicas.

Florencio Ygartua — Apreciando a comunicação, estende-se em considerações sobre as manifestações ósseas da heredo-sífilis e sobre o valor de sua constatação pela radiografia. No que diz respeito a pseudo-paralisia de Parrot lembra o que se observa na linha epifisiária que é característica quando alargada e denteada.

J. Gerbase — Salienta o valor da reação sorológica que é sempre positiva nesses casos com manifestações exuberantes e generalizadas.

H. Ribeiro — Aprecia as multiplas manifestações ósseas desse

caso de sífilis e menciona, como fez seu coléga Ygartua, o valor do aspecto da linha epifisiária, alargada denteada, no diagnóstico da pseudo-paralisia de Parrot e que é característica, mas, inconstante.

Discussão: — Em relação aos oradores que comentaram a minha comunicação (Drs. Ygartua, Gerbase e Hugo Ribeiro) tenho a declarar o seguinte:

a) O exame radiológico do esqueleto é um meio complementar nos casos evidentes de sífilis congênita da primeira infância, e de grande valor diagnóstico etiológico nos casos duvidosos;

b) Segundo os trabalhos de Cervini e Bogani, as manifestações radiológicas das lesões ósseas apresentam-se 100% na sífilis congênita da 1.^a infância; e a radiologia é mais sensível e superior à serologia em quase 7%, nos casos que não são acompanhados de manifestações clínicas evidentes;

c) A tíbia em lâmina de sábre é característica dos estígmias sífilíticos da 2.^a infância; é diferente da tíbia ráquitica.

d) Além da osteocondrite, da periostite ossificante e das rarefações ósseas, as formações hiperplásticas exuberantes e as faixas transversais constituem as restantes manifestações osteoradiológicas da sífilis da 1.^a infância; o aspecto em dente de serra só é verificável nas fórmulas, em que se tenha produzido o descolamento diaepifisiário, da osteocondrite sífilítica.

PSEUDO-PELADA DE BROCQ, OBSERVADA EM PAI E FILHO

Há pouco tempo, fui procurado por um coléga do interior do Estado para examinar sua cabeça, onde falhas bem apreciáveis na cabeleira, formavam-se lentamente.

Trata-se de um homem robusto, com 52 anos de idade. Sua mãe teve 14 filhos, 7 dos quais faleceram, quando criança e 5 já adultos. Desses, um faleceu portuberculose, outro por nefrite sífilítica e uma irmã de parto.

Sua esposa é filha de pais com infecção luética, teve 4 filhos, um dos quaes tem a mesma doença do pai.

O paciente é do tipo brevelinho e tem uma pequena hipertensão arterial. Mx. 16 Mn. 9. A reação de Wassermann é fracamente positiva.

Há 9 anos que notou, pela primeira vez, as falhas na mabeleira, na região temporal direita e, desde então vem assistindo a progressão do mal, a-pesar-de vários tratamentos experimentados. Fez pesquisas de laboratório, visando cogumelos e foram negativos.

Na região temporal direita, desde seu limite com a occipital até á frontal, estende-se a placa maior. Não é uma alopecia completa; por toda parte, há habelos, mais ou menos isolados, pois seus vizinhos já caíram e de um modo definitivo, o que se póde afiançar, pela obliteração cicatricial dos respectivos foliculos. A observação mostra que essa placa não se fez por extensão de um só, mas, pela confluência de pequenas placas vizinhas, todas de limites irregulares. Nada há, de semelhante com a pelada.

Não h; cabelos quebrados nem processo apreciável, de folliculite. As aberturas foliculares não são inflamadas e em alguns, apenas nota-se uma pequena descamação.

Essa placa maior, estende-se para a região do lambda, formando-se aí, uma outra mais ou menos delimitada; e em redor uma infinidade de pequenos claros, cujas reuniões formarão amanhã, placas maiores.

Procuramos ver então o filho que sofre do mesmo mal. Trata-se dum homem, também robusto de constituição física semelhante á do pai. Nunca teve doenças venéreas e, a não ser as doenças próprias da infância nada tem a assinalar em seu passado. A alopecia começou em 1930, mais ou menos, na mesma época que a do pai e isso devemos assinalar.

A maior placa alopecica ocupa a porção central e superior da ca-



beça. E', na verdade, uma alopecia cicatricial com os mesmos caracteres da observada no pai. Na fotografia se observam todos aspectos que descreveu no primeiro caso. Registra como diferença, entre os doentes, a espessura dos cabelos: no pai, êles são grossos e mais ou menos, lisos, e no filho, finos e encrespados. Como no primeiro, a alopecia é cicatricial, sem processo inflamatório apreciável nas aberturas foliculares, a placa grande de contornos mal delimitados e por toda superfície ainda existem, isolados, cabelos longos, no meio de uma pele cheia de cicatrizes correspondentes às aberturas foliculares.

O diagnóstico de pseudo-pelada de Brocq, impõe-se, em um e em outro caso. Há um processo folicular que marcha para a atrofia e a esclerose em doentes que não tem nem tiveram tinha favosa nem folliculite supurada de qualquer natureza.

Julga interessante esses dois casos, pois essa afecção não é comumente observada e ainda menos em pai e filho, com o característico portanto, de um mal contagioso ou familiar. Darier, em seu livro diz que são em número de 12 os casos de pseudo-pelada observados, anualmente, no hospital S. Luiz de Paris. Em seu pequeno serviço hospitalar são viu o relator, um só caso, ao passo que, no serviço particular são em número de 7 as observações, 3 das quais relatou no congresso médico realizado no Rio Grande do Sul em 1940. Compreende-se que a razão dessa divergência está, pelo menos entre nós no fato que, essas doenças dos cabelos não preocupam os doentes de hospital.

Quanto ; etiologia, tem apenas a dizer que que em ambos os doentes há sífilis hereditária sem poder, no entanto incriminá-la. A teoria parasitária não obteve confirmação; do mesmo modo a opinião de Santalof que faz da pseudo-pelada, uma forma atípica de lupus eritematoso.

A denominação de pseudo-pelada, não parece razoável, pois, na realidade ela não se assemelha á pelada, pelo menos aos olhos do dermatologista. Darier propôs que a denominem "alopécia pseudo favosa". O relator a considera com o mesmo defeito pois, todas as alopecias com cicatrizes foliculares, deveriam ser consideradas alopecias pseudo favosas.

J GERBASE — Para êsses casos acha melhor a denominação de **foliculite descalvante**. Lembra-se de um caso muito semelhante ao que se vê na segunda afotografia apresentada pelo relator e para o qual fez êsse diagnóstico.

H. RIBEIRO — Realmente alguns dermatologistas, sobretudo americanos agrupam todos os casos de alpecia por cicatriz folicular e os denominam de acôrdo com o que se refere o Dr. Gerbase. No entanto é daqueles que preferem distinguir a pseudo-pelada de Brocq das demais alopecias por cicatriz folicular que ao contrário da pseudo-pelada que evolue sem processo inflamatório aparente, têm uma evolução prolongada com supuração folicular. O acne descalvante de Quinquaud não tem supuração mas clinicamente é evidente o processo inflamatório. Êle representa o traço de união entre pseudo-pelada e as foliculites purulentas descalvantes.

Os Drs. **Pessôa Mendes**, Chefe do Serviço de Pêlo do D. E. S. e **D. T. Clausell**, Microbiologista do D. E. S. apresentaram "Um Caso de Cromicose".

Indivíduo do sexo masculino, de 66 anos de idade, lavrador.

Iniciou-se a doença há 22 anos, por pequena papula, na perna direita, maleolo externo. Tendo sido coaterizada com ácido sulfúrico, notou, dias após, o aparecimento de novas lesões, idênticas á primeira, na periferia do local em que fôra aplicado o ácido. Posteriormente houve propagação por toda a perna. Hoje, o pé, a perna e parte da coxa aumentados de volume, estão tomados por 1) lesões verrucosas de tamanho variados, 2) lesões papilomatosas, algumas pediculadas, 3) elementos ulcerados, crostras e areas cicatriciais, 4) lesões da coxa com aspecto gômoso. Entre estas últimas, algumas são ulceradas mas em

geral são lesões espessas do tamanho de uma nóz, não tendo disposição regular ao longo de cadeias linfáticas.

Os elementos não coçam e sangram com grande facilidade.

Além dessas lesões o doente apresenta outras: na palma da mão e na base do septo nasal. A primeira, uma hiperqueratose; a última tendo o aspecto de uma verruga plana, alongada. Esta é pruriginosa com os bordos ligeiramente eritematosos.

O exame anatomo-patológico revelou:

“na epiderme, lesões acentuadas de acantose; em alguns pontos, hiperkeratose; na derma microabscessos com predominância de polimorfonucleares e plasmocitos, contendo vários corpúsculos de aspecto esporular; fóra do exsudato, em alguns pontos, reação tecidual e epitelióide e giganteocelular; em outros, tuberculoide”.

O exame micrológico realizado por um dos relatores, revelou a presença de **Trichosporium pedrosoi**, cogumelo frequentemente registrado na literatura como responsável pelas cromomicoses.

A diagnóstico dessa espécie se fez por um estudo morfológico do aparelho esporífero em face dos três tipos de conidiofóro que identificam as três espécies de agentes etiológicos da micose em questão.

Verificou-se que não se tratava de uma forma mixta. O aparelho conidiano constituído de haste espessada sustentando um tufo de conídios ovóides, aderentes além dos caracteres culturais subsidiários caracterizam a espécie **Trichosporium pedrosoi**.

J. GERBASE — Faz considerações sobre as denominações de Cromomicose e cromoblastomicose opinando pela primeira, conforme fizeram os relatores. Faz referência a dois casos estudados em Porto Alegre pelo Dr. Oscar Pereira. E' de parecer que se deve usar sempre a denominação **Cromomicose** para evitar confusão com a **blastomicose**, que nenhuma relação tem com a mesma.

H. RIBEIRO — Diz que as cromicososes estão na ordem do dia e os Drs. Pessoa e Clausen trazem á discussão um caso bem diagnosticado e documentado. Ele serve para mais uma vez chamar a atenção dos dermatologistas quando se acham diante de um doente com uma dermatose com aspecto morfológico de tuberculose verrucosa. Não se refere aos casos adiantados e típicos mas áqueles em que o diagnóstico presta-se á confusão. Com o conhecimento que se tem hoje dessa micose há necessidade, pelo menos em alguns casos, de recorrer ao meio cultural, para precisar um diagnóstico de tuberculose verrucosa.

Áta da sessão realizada no dia 7 de Junho de 1940.

Aos 7 dias do mês de Junho de 1940, em sua séde e sob a presidência do dr. Hugo Ribeiro, reuniu-se a Sociedade de Medicina de F. Alegre, em sessão ordinária. Abertos os trabalhos pelo Sr. Presidente, foi lida e aprovada a áta da sessão anterior. Passou-se a seguir ao expediente, após o que o presidente convidou a casa para permanecer um minuto de pé, como homenagem a Portugal, cujo oitavo centenário de fundação se está comemorando.

Iniciando a ordem do dia, o prof. Tomaz Mariante pronuncia uma conferência sôbre "Bloqueio oscilante", com exposição de numerosos diapositivos referentes a um caso clínico. Teceu comentários o Dr. Rubens Maciel. A seguir, o Dr. Newton Neves lê o seu trabalho sôbre "Pesquisa cultural do bacilo de Koch pelo método de Weinstein", trabalho comentado pelos drs. Mais Failace e Hugo Ribeiro. E como nada mais houvesse a tratar, o sr. presidente, agradecendo o comparecimento dos presentes, encerrou a sessão. Do que eu, Rubens Maciel, 1.º secretário, lavrei esta áta e assino com o presidente.

Dr. Hugo Ribeiro - presidente

Dr. Rubens Maciel - 1.º secretário

Áta da sessão realizada a 21 de Junho de 1940.

Aos 21 dias do mês de Junho de 1940, em sua séde e sob a presidência do Dr. Hugo Ribeiro, reuniu-se a Sociedade de Medicina de P. Alegre em sessão ordinária. Abertos os trabalhos pelo sr. presidente, foi lida e aprovada a áta da sessão anterior. Passou-se á proposta de novos sócios, foram propostos e aceitos os drs. Humberto Lubisco e Herbert Carneiro Jung. Passando á ordem do dia, o dr. Hugo Ribeiro expôs um caso de "Quarantose pilar com alopecia consecutiva", o qual foi comentado pelo dr. Gerbase.

A seguir, o dr. Pessôa Mendes expõe, sob o ponto de vista dermatológico, um caso de "Cromomicose", encarregando-se o dr. Clausen, da parte micológica. Comentaram o caso os drs. Hugo Ribeiro e Gerbase, encerrando a discussão os drs. Mendes e Clausen. O dr. E. J. Kanan lê a observação de um caso de "Pseudoparalísia de Parrot", comentado pelos drs. Ygartua, Hugo Ribeiro e Gerbase, voltando a falar o dr. Kanan para encerrar a discussão. O dr. Gerbase comenta um caso de "Nevocarcinoma"; trabalho apreciado pelo dr. Hugo Ribeiro. Finalizando, o dr. Hugo Ribeiro lê um trabalho sôbre "Pseudopelada de Brœcq, que o dr. Gerbase comenta. E como nada mais houvesse a tratar, o sr. presidente, agradecendo o comparecimento dos presentes, encerrou a sessão. Do que eu, Rubens Maciel, 1.º secretário, lavrei a presente áta que assino com o presidente.

Dr. Hugo Ribeiro - presidente

Dr. Rubens Maciel - 1.º secretário

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 ENTORPECENTES

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

Lab.^{rio} Gross - Rio

Para o seu
CAFÉ COM LEITE
use o

Café 35

do
famoso

Café Nacional

Injeções indolores
de

MERCURIO-NICOTINOSILO-CACODIATO
PHOSPHARGYRIO

A associação tónica corrige a acção depressora do mercurio
e combate a anemia secundaria da syphilis.
Uma injeção diaria ou em dias alternados.

Laboratorio Gross - Rio de Janeiro