ANNO VII DEZEMBRO DE 1928 NUM.º 12

ARCHIVOS RIO GRANDENSES DE MEDICINA

Orgão da Sociedade de Medicina de Porto Alegre

Publicação mensal:

Anno	20$000
Semestre	12$000
Avulso	2$000
Extrangeiro	30$000

Commissão de Revista:

Prof Dr. Raul Bittencourt, livre docente de psychiatria.
Prof. Dr. Raul Moreira, subst. da clin. ped. da Fac. de Med.
Dr. Carlos Hofmeister, do serv. de cron. da S. C. de Miser.

DIRECTOR: PROF. ARGYMIRO CHAVES GALVÃO
Cathedratico da Faculdade de Medicina

A proposito de uma these

Iniciamos hoje e continuaremos nos outros numeros de nossa Revista, a transcripção na integra, das observações relatadas, em these de doutoramento, pelo Dr. José D. de Assis.

Trata-se de seu trabalho inaugural, approvado com distincção e galardoado com o premio Oswaldo Cruz. Versou elle sobre uma contribuição ao estudo da Mycologia no Rio Grande do Sul.

Valeu o esforço do distincto moço, por isso que, ao lado de uma excellente contribuição, tambem concorreu, para, de forma inconteste, dizer a verdade e valorisar o que é nosso.

E' bem commum ouvirmos dizer, por vezes sem fundamento, que certos progressos da medicina são entre nós muito insignificantes, que não dispomos dos recursos modernos etc.

O presente trabalho, precisamente, refere-se a caso semelhante. Não precisamos commentar. Attente-se para as seguintes palavras do auctor da these em apreço:

— „Eis, pois, a razão do apparecimento desta „Contribuição ao estudo das mycoses do Rio G. do Sul", a qual mostrará que alguem avançára demais, quando disséra que, „si até agora o Rio Grande do Sul para isso não tem contribuido em escala equivalente á sua população e cultura medica, é isso sem duvida á escassez de laboratorios bem organizados, aos quaes os clinicos pudessem recorrer com facilidade para a solução de problemas de diagnostico, de outro modo impossivel de resolver."

Assim se expressou o Dr. E. von Bassewitz, no segundo boletim do VIII Congresso Medico de Medicina, realisado no Rio de Janeiro, em Outubro de 1918.

E' de lamentar que esse medico, com o seu brilhante talento e solida cultura, se tivesse exprimido com um exaggero inexplicavel, pois os laboratorios do Rio Grande do Sul, acompanham os immensos progressos que a Medicina tem feito entre nós.

Anteriormente á realisação daquelle Congresso, diversos trabalhos sobre mycoses já haviam sido divulgados em nosso meio, merecendo citação o importante trabalho do Prof. Thomaz Mariante, no qual este mestre põe em destaque a importancia da Mycologia no dominio das molestias de pelle.

O Dr. Carlos Antonio Kluwe,[1]) publicou tambem uma dissertação muito bem documentada sobre o „Diagnostico laboratorial da esporotrichose", descrevendo estudos culturaes, reacções sôrologicas e allergicas, de grande valor para o reconhecimento das infecções pelo Sporotrichum Beurmanni.

Saint-Pastous[2]) e Carlos Leite[3]) trouxeram a lume valiosos estudos: Ao primeiro coube a observação do „Sterigmatocystis nigra" em um caso de „Otomycose", da clinica do Prof. Olinto de Oliveira, e ao segundo a descripção de um caso de „Actinomycose cervico-facial" em um individuo de 38 annos de idade, residente em São Jeronymo.

Devemos ainda salientar a verificação naquella epoca dos primeiros casos de esporotrichose estudados pelo Prof. Pereira Filho.

Ultimamente têm-se desdobrado os estudos e observações de mycoses, e uma das mais importantes é a „Monilia Aldoi", especie nova, isolada e estudada pelo Prof. Pereira Filho, em Porto Alegre." —

O valor intrinsico da these implicava no aproveitamento das observações, afim de divulgal-as. Os commentarios acima transcriptos, valem pela verdade que exprimem. **A. G.**

---

[1]) *Carlos Antonio Kluwe. — Diagnostico laboratorial da esporotrichose, 1915. These da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.*

[2]) *Saint-Pastous. — O „Sterigmatocystis nigra" em um caso de Otomycose, 1915. Alegrete.*

[3]) *Carlos Leite. — Da actinomycose cutanea, 1920. Porto Alegre. Thesa de concurso para a 15.ª secção da Faculdade de Medicina de Porto Alegre.*

Homenagem *)

Permitti Ex.mo Snr. Dr. Jacintho Gomes, de consentir, que, valendo-me desta opportunidade, melhor que qualquer outra, testemunhe ante meus pares, o muito apreço e consideração que a Direcção dos Archivos Rio Grandenses de Medicina vos tributa.

Na voz de quem falla reflecte-se neste momento a sinceridade e fidelidade da consciencia, e esta fidelidade, esta sinceridade são a unica eloquencia de que me posso valer.

Demais, julgo mesmo, que, irmanados como nos achamos em torno da dignidade que exerceis no seio da nossa corporação social, no momento escutamos em unisono a expressão de um sentimento collectivo.

E' que todos nós em peso endereçamos os nossos applausos, a alegria com que realizamos a presente reunião, a vós mesmo, o homem a quem devemos emprestar louvores pelo bom successo de um anno de nossa vida social.

Não quero, numa singela saudação, fazer a analyse detalhada da vossa inconfundivel personalidade, cujo passado e presente são a imagem viva da dignidade profissional; contento-me em dizer que dentro da grandeza de vossa propia força moral, acha-se resguardada a grandeza da nossa propria classe.

Dr. Jacintho Gomes, reeleito, por unanimidade de votos, presidente da Sociedade de Medicina de Porto Alegre.

Mas, sem duvida, em face da epoca que atravessamos, nenhuma outra obra poderá certamente egualar e exceder na grandeza dos propositos que a dictaram, sinão esta de preparardes a vida de amanhan no seio da nossa collectividade medica, tornando-a mais pura, mais digna, por isso que tudo nada mais é do que o desdobramento do lemma em que vos fechastes „dedicação ao cliente, respeito ao collega".

E o vosso esforço pela classe, não medindo sacrificios, despresando momentos de conforto moral, supportando heroicamente momentos de amargura, foi ainda mais além na salvaguarda e protecção á integridade da saude individual, com as suas naturaes repercussões sobre o bem estar collectivo e sobre os problemas de medicina social.

E' que sem enveredar pelo terreno escabroso e improductivo das lutas extra-medicas, com rara habilidade tentastes iniciar a nova phase da vida medica Rio Grandense.

Buscando entre os multiplos factos que caracterisam a vossa honrada vida, parece que, o presente, ora citado, deixa em relevo a vossa efficiente actuação no seio da nossa Sociedade.

Sois no momento a figura central dos grandes interesses do corpo medico Rio

*) *Saudação proferida pelo Director dos Archivos Rio Grandenses de Medicina, quando da realização do banquete de encerramento das sessões da Sociedade de Medicina, em 1938.*

Grandense, sois a força reguladora da nossa propria vida medica, atravez do nosso paiz e do extrangeiro, e revelada neste indomavel e justo desejo da manutenção do nosso jornal scientifico; por isso não me parece máo dizer daquella passagem admiravel de Aluizio de Castro em suas „Palavras de um dia e de outro".

„Em uma de suas obras compara Hippocrates com a arte medica a arte de navegar". Conhecereis por experiencia a verdade do parallelo, com os mil tropeços que na vida clinica apparecem de surpreza. Deslisa o barco, e sem que se possa evitar, já os ventos asperos encrespam o espelho das aguas tranquillas. Sobre as ondas empolladas, sem amarras nem ancoras, roto o velame no rijo temporal, prestes a afundir-se no pego, voga então, a sorte incerta. Mas o bom mareante faz milagres, e na mais levantada tormenta desaffronta o navio das vagas amotinadas. Não perde a fé, nem dorme, na grave tempestade, espera, e quando os ventos cahem, e os mares se abonançam, singra pelo rumo a salvamento".

Fostes o bom mareante. Não duvidaremos que, em breve, contentes possamos celebrar a vossa gloria futura, qual a de conseguirdes o muito ou o pouco que ninguem ainda conseguiu para a sua propria classe.

Todos fomos vos buscar do socego e silencio de uma vida cheia de beneficios á humanidade.

Aqui estamos ao vosso lado.

Permitti pois carissimos collegas aqui presentes, que o mais humilimo dos consocios, mas consciente do elevado desejo com que tem procurado servir á causa da Medicina Rio Grandense, faça votos para que o exemplo do nosso presidente, o dignissimo collega Dr. Jacintho Gomes, inspire o espirito de todos e que todos em plena união de votos, contribuam para a grande obra de solidariedade profissional, obra em que tanto se empenha o nosso acatado presidente e na qual elle é o mais invejavel exemplo.

Laboratorio Medico do Dr. Pereira Filho

Secção de Chimica Biologica e Microscopia Clinica — Exames de sangue, liquido cephalo-rachidiano, succo gastrico, leite, urina, materias fecaes, derrames pathologicos das serosas, liquidos kysticos, pús, etc.

Secção de Parasitologia e Histologia Pathologica — Reconhecimento dos parasitos vegetaes. Identificação dos parasitos animaes. Diagnostico histologico dos tumores.

Secção de Microbiologia — Diagnosticos bacterioscopicos e bacteriologicos — Vaccinas autogenas — Vaccina anti-gonococcica polyvalente — Vaccina anti-estaphylococcica — Vaccina anti-estreptococcica — Vaccina anti-colibacillar — Vaccina anti-typhica.

Secção de Sorologia — Sôro-agglutinações — Sôro-precipitações.

Reacção de Wassermann (methodo classico).

Reacção de Weinberg-Parvu — (diagnostico do kysto hydatico).

Reacção de Abderhalden.

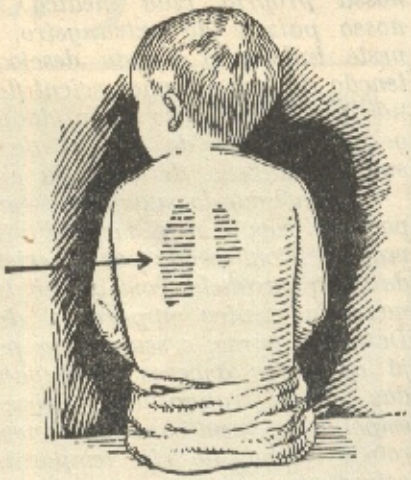
TELEPHONE N.° 813

Rua Pinto Bandeira N. 3, Porto Alegre

Dr. Sarmento Leite Filho
Prof. de Pathologia e Clinica Medica da Faculdade
Doenças internas e nervosas
Cons.: Andradas 395, ás 17 h. Res.: S. Raphael, 112.

Dr. Thomaz Mariante
Clinica Geral
Estomago, coração e rins.
Consultorio: Rua dos Andradas 495, das 16 ás 18 h.

Como se obtem a baixa da temperatura na Broncho-Pneumonia.



HOLT diz: „Devemo-nos lembrar que a media da temperatura na Broncho-Pneumonia é de 38° a 40° C. Essa temperatura não é por si exgottante e as possibilidades de cura não serão maiores a despeito dos esforços para fazel-a baixar, ou pelo tempo de demora abeixo dessa media thermometrica."

„Nada perderemos em evitar a administração de medicamentos capazes de baixarem a temperatura."

A Antiphlogistine favorece a eliminação das toxinas

e tende assim a fazer baixar a temperatura. Applicada quente e em camadas espessas sobre toda a parede toraxica, a Antiphlogistine, de uma maneira suave, si bem que efficaz, descongestiona o pulmão do doente pelos seus proprios capilares superficiaes. As pontadas de lado diminuem, a temperatura declina, a congestão e a dyspinéa profunda diminuem, emquanto que o coração, tendo menor volume de sangue a propulsar, conserva suas forças.

Milhares de praticos fazem uso da verdadeira Antiphlogistine. E' uma preparação scientifica, não empirica.

Vedi nossa brochura „A Antiphlogistine" — ella contem preciosos ensinamentos.

The Denver Chemical Mfg. Company,
NEW YORK, U. S. A.

LABORATORIOS: Paris, Londres, Sydney, Berlin, Buenos Ayres, Barcellona, Montreal, Mexico City, Florença.

Antiphlogistine
TRADE MARK

„Favorece a Osmose"

Schilling Hillier & Cia.,
Rua 1.° de Março N.° 4,
RIO DE JANEIRO.

Aspectos clinicos da febre typhoide em Porto Alegre

— Contribuição ao seu estudo —

Dr. João Lisboa de Azevedo.

A febre typhoide occupa entre nós um lugar de destaque entre as molestias transmissiveis, não só em relação á sua frequencia, como por sêr um factor importante de lethalidade.

Representando 11 a 12% de todas as doenças endemicas, epidemicas e infectuosas observadas em nosso Hospital, ella contribue com mais de 10% para o numero de mortes das molestias desse quadro: acima della apenas a tuberculose.

E' uma molestia endemica e apresenta todos os annos um ou mais surtos epidemicos, que se manifestam de preferencia durante os mezes quentes, de Novembro a Março, mas muito frequentemente tambem em outras epochas do anno, até mesmo no inverno. O surto do verão é sempre o mais rico em numero de casos, embora não seja o que apresente maior gravidade. Esta pertence sobretudo á febre typhoide do inverno, e a este respeito é devéras aterradora a consideração de um surto epidemico que tivemos no inverno de 1923: no curto periodo de 33 dias, de 27 de Junho a 30 de Julho, deram entrada na Enfermaria 12 casos de febre typhoide, dos quaes falleceram 9, sendo que 4 por perfuração e 1 por hemorrhagia.

O estudo que vamos fazer se baseia principalmente sobre os typhicos cuja molestia acompanhamos na Enfermaria Dr. Octavio de Souza, de que sômos assistente, em numero de 70 a 80 por anno, dos quaes $^2/_3$ no verão.

Antes, porem, de iniciarmos as nossas considerações, desejamos prestar aqui homenagem ao Professor Octavio de Souza, que foi o iniciador em nosso meio clinico e hospitalar da moderna orientação dietetica no tratamento da febre typhoide.

Quasi toda a febre typhoide aqui observada é produzida pelo Bacillo de Eberth e só pequeno numero é devido aos paratyphicos. A media é de 4 Eberth para 1 dos paratyphicos e destes mais communmente o Para B. Via de regra só o laboratorio permitte a differenciação da infecção devida a cada um desses germens, visto que as particularidades clinicas são quasi as mesmas. Entretanto assignalemos a maior gravidade das infecções produzidas pelo B. de Eberth, a benignidade das devidas ao Para A. e os abundantes suores e os ataques á mucosa bronchica nas determinadas pelo Para B.

A mortalidade por nós observada é variavel com cada surto epidemico, e, como já dissemos, com as diversas epochas do anno. A media global oscilla em redor de 10%: no verão é sempre mais baixa, em media 4—5%, e no inverno mais elevada, em media 20%.

Em nosso trabalho faremos o estudo clinico da febre typhoide durante os tres periodos que constituem a molestia, periodos de invasão, de estado e de defervescencia, e, passando pelas complicações não raro observadas e as modalidades das recrudescencias e das recahidas, terminaremos em algumas considerações sobre o tratamento empregado na Enfermaria.

Via de regra o começo é insidioso: — após o periodo de incubação, que é silencioso ou muito pobre em symptomas, alguma dôr de cabeça, leve abatimento, um pouco de fastio, sobrevem o periodo de invasão, quando a febre faz a sua entrada com a ascenção conhecida em escada, elevação de 1 grao á tarde, remissão de $^1/_2$ pela manhã, até attingir no fim de uma semana a estabilidade em 39 e 40. Neste periodo se tornam mais accentuados a dôr de cabeça, o quebramento e o fastio. Apparece habitualmente insomnia, diarrheia ou constipação e, com certa frequencia, hemorrhagias nasaes.

Não é commum nós clinicos acompanharmos a febre typhoide desde o começo de invasão, e muito menos desde a incubação, e é, em geral, no fim do periodo de invasão ou pleno periodo de estado que o doente, desilludido da efficacia da medicação caseira, chama o medico ou se recolhe ao Hospital. E por isso essas phases são quasi sempre referidas ao medico, a indagações suas, pelo proprio doente ou pessoas da familia.

Si em grande numero de casos as informações recebidas relatam a invasão como contam os classicos, em grande numero tambem este periodo é leve, quasi falho de symptomas, e mesmo para alguns doentes é com surpreza que, depois de um dia de mal estar, verificam que o thermometro accusa 39.

A dôr de cabeça, principalmente frontal, é um dos symptomas do começo da molestia que mais preoccupa os doentes porque muito os afflige. Ella é muito constante e observada na quasi totalidade dos typhicos por nós examinados. Leve nalguns, violenta noutros, a cephaléa é, em geral, de curta duração e no fim de alguns dias desapparece ou se torna sensivelmente mais attenuada.

Symptomas igualmente constantes do inicio são a insomnia, o fastio e o quebramento, isto é, em estado de fadiga, mal estar e dolorimento do corpo. Dos symptomas intestinaes, diarrheia ou constipação, ha entre nós leve predominancia da constipação, e muitas vezes a diarrheia só apparece depois de um purgativo tomado para vencer uma prisão de ventre de alguns dias. Em qualquer uma das circumstancias, entretanto, as fezes são quasi sempre muito fétidas e os doentes prestam geralmente attenção a esse ponto. As epistaxis são encontradas numa proporção de 20 %. Em geral neste periodo não são abundantes, e em nenhum dos casos que temos observado se tornou necessario qualquer tratamento local ou geral.

Por varias vezes tivemos accasião de acompanhar um começo insolito, com symptomatologia extranha. Assim 2 casos simulando uma crise apendicular, em que por 24 horas esteve suspenso o nosso diagnostico. Havia nelles dôr forte na fossa illiaca D, alguns vomitos, constipação e pequena, mas nitida, defesa muscular. Os symptomas desappareceram rapidamente, e a evolução da molestia e o exame do sangue nos vieram demonstrar que se tratava de febre typhoide.

Num outro doente os symptomas de inicio eram os de meningite cerebro espinal. Com um começo subito e uma evolução muito rapida, a ponto de em 24 horas estar completamente constituido seu quadro morbido, o doente apresentava forte, muito forte dôr de cabeça, rigidez accentuada da nuca e da columna, posição em opistothonos, vomitos faceis e frequentes, constipação, retracção profunda do ventre, Kernig e exagero dos reflexos. Tão sugestivo era o diagnostico de meningite cerebro espinal epidemica que o 1.º medico que o viu fez-lhe em seguida uma puncção lombar e incontinenti injectou-lhe soro anti-meningo-coccico. O resultado do exame do liquor foi negativo quanto a qualquer elemente bacteriano e só accusou de anormal uma leve lymphocytose. Examinado então o sangue, esse nos revelou, pela cultura e soro-aglutinação, a presença do B. de Eberth e uma aglutinação para esse germen a 1/320.

Por duas vezes os symptomas observados de começo foram os de uma angina com falsas membranas, cuja supposição de serem diphtericas só foi afastada pela negatividade do exame e evolução ulterior dos casos.

Um outro typhico apresentou o quadro de uma cholecystite aguda: vomitos e dôr intensa na região da vesicula, expontanea e á palpação, e acompanhada de defeza muscular.

Finalmente não constitue raridade para nós o verificarmos na 1.ª phase de febre typhoide signaes predominantes de bronchite diffusa. Em geral em poucos dias o quadro se aclara e os symptomas bronchicos ou cedem ou, o que é mais commum, acompanham a molestia em toda a sua evolução.

Não é facil encontrar, mesmo nos artigos modernos que tratam de febre typhoide, estas fórmas extranhas de começo por nós observadas. Assim na Revista geral de Pathologia de guerra, publicada sob a direcção do Prof. Weill, encontramos no relatorio escripto por Salomon sobre febre typhoide apenas um caso cujo inicio era de uma crise de appendicite, aliás com diarrheia, e citado por Orticoni e Ameuille; um outro descripto pelos mesmos auctores, que revestiu a mascara de meningite cerebro espinal, e um ainda, de Roger e Collard, em que uma crise de cholecystite precedeu a evolução da infecção typhica.

O periodo de estado é caracterisado pela permanencia da febre em elevação, com o typo remittente, oscillando em media entre 39 e 40°. As remissões costumam ser de 1 grão mais ou menos e, na immensa maioria dos casos, a temperatura da manhã é a mais baixa. Neste periodo, consoante a descripção classica, em geral, a prostração é accentuada, o apetite muito

diminuido, quasi nullo, o facies caracteristico com a pelle palida, as orbitas profundas, o olhar assustado. Ora a diarrheia, ora a prisão de ventre dominam a scena; apparecem a carphologia e o delirio que por vezes pode ser de grande violencia. O exame nos mostra o pulso lento em relação á temperatura, quasi sempre dicroto; a lingua secca, vermelha na ponta e nos bordos, e coberta de uma saburra escura no centro; os dentes fuliginosos, o ventre distentido e tympanico, o gargarejo da fossa illiaca, a dor cystica, o augmento do baço, as manchas lenticulares. Apparecem não raro intercurrencias que modificam e alteram a evolução normal. Assim, entre todas a mais frequente, é bronchite diffusa, assim as perturbações cardiacas, a insomnia, as hemorrhagias, principalmente a hemorrhagia intestinal, a myocardite, a temida perfuração.

Dura, via de regra, este periodo uma a duas semanas, e passa então insensivelmente ao de defervescencia onde, a par da descida regular da febre, de uma maneira inversa á ascenção no periodo de invasão, se observa o declinio de todos os symptomas, quer subjectivos, quer objectivos. No fim de 6 a 7 dias, e depois de ter passado por 2 a 3 dias de grandes oscillações, que constituem o periodo amphibolo, a temperatura attinge á normal, volta o apetite, que por vezes é voraz, e o doente entra em convalescença.

Entre nós não é commum se observar esta evolução e estes caracteres clinicos do periodo de estado assim como consideram os classicos a forma habitual.

A curva da temperatura, embora em suas linhas geraes lembre a curva classica, apresenta na maioria dos casos uma configuração differente. Mantem-se em geral mais baixa, entre 38 e 39,5 e são frequentes mesmo os casos em que a temperatura da manhã oscilla ao redor de 37,5. Além disso as oscillações diarias são commumente maiores de 1 grão: ás vezes 2 e mais. Doentes ha em que se observam curvas febris notavelmente irregulares: dias consecutivos de febre alta alternam com outros de febre baixa, embaraçando muita vez o clinico que nesse periodo os venha a examinar. Em outros reveste o typo da febre tuberculosa, com temperatura baixa pela manhã, 37 e menos, e alta á tarde. Variações diarias muito pequenas, meio grão ou menos, acompanham, via de regra, os casos graves, de terminação fatal, e ha uma ascenção muito brusca e rapida nos dias e nas horas que precedem á morte. No periodo de declinio a temperatura apresenta tambem particularidades que merecem consideração. As mais das vezes é regular e reveste o typo classico. Vezes, porem, não ha a escada de descida e o periodo amphibolo succede directamente ao periodo de estado; e vezes até vimol-a cahir em crise. E' raro não se constatar a presença do periodo amphibolo: nalguns casos elle é apenas delineado, as oscillações são pequenas; noutros é fortemente marcado. Sua duração habitual é de 2 a 3 dias, algumas vezes mais, raramente menos.

O estado geral é, via de regra, muito bom, a prostração leve, e é muito comprobatorio deste bem estar vêr-se, á hora da refeição, os typhicos de Enfermaria, com muito raras excepções, sentados ou recostados na cama, comendo o caldo por sua propria mão. Em geral, é só nos casos muito graves, nas fórmas ataxo-adynamicas, que terminam muitas vezes pela morte, que se observam o facies e o estado typhico, tão communs nas descripções classicas. Essa modificação do estado geral, esse relativo bem estar é, a nosso vêr, uma consequencia directa do tratamento a que são submettidos, e, mais particularmente, da dieta que lhes é administrada. Teremos occasião de voltarmos ao assumpto ao tocarmos na questão do tratamento.

Poucas vezes, direi mesmo raramente, são observados a carphologia e o delirio. Apparecendo quasi sempre só nos casos graves, o delirio é em geral leve, sendo excepcional se tornar necessaria a guarda de um enfermeiro.

O apetite é sempre diminuido, mas, geralmente, os doentes, não só não recusam, como acceitam de bom grado toda a alimentação que lhes é trazida. Apenas nos casos maus é que observamos accentuada anorexia.

As fezes são sempre muito fetidas e raramente normaes. Via de regra os typhicos apresentam ora diarrheia ora prisão de ventre; as mais das vezes esta ultima é que predomina e a proporção por nós verificada foi de 60 %. Acompanhando a molestia desde o inicio de sua evolução, ou tendo succedido a uma diarrheia de começo, a constipação é na maioria dos casos pertinaz, tornando-se necessario o

uso continuado de lavagens intestinaes. A diarrheia quando presente não é muito abundante: em media 2 a 3 evacuações diarias; ás vezes, porem, numero muito maior, 10 e mais.

A lingua não se apresenta encarquilhada e secca, semelhando a do papagaio, a não ser nos casos muito graves e em que ha profunda intoxicação. E' em geral humida, levemente saburrosa, com os bordos e a ponta avermelhadas. E' na lingua que observamos, em primeiro lugar, as extraordinarias modificações apresentadas pelo doente em consequencia ao tratamento. Já no fim das primeiras 24 horas se póde verificar as alterações que soffre, e de secca, escura e fortemente saburrosa, que muitas vezes era, tomar o aspecto acima descripto que é o que habitualmente se observa na Enfermaria.

O pulso, em geral, augmenta de frequencia, porem não em proporção á temperatura: via de regra elle é lento em relação a ella — febre de 39 a 40, pulso de 70 a 90. Sob este ponto de vista temos uma curiosa e interessante observação de um tuberculoso que em periodo de estado de febre typhoide, com temperatura de 39, tinha um pulso habitual de 76, e que em convalescença, já sem febre, um pulso habitual de 100. E' indicio de máo prognostico a frequencia do pulso acompanhar a elevação da temperatura, e, pela lei de Murchison, seria votado á morte quasi todo o doente em que, nessas condições, o pulso fosse constantemente acima de 120.

Em 90% dos casos a palpação do pulso permitte perceber o dicrotismo, que nalguns doentes é fugaz, durando algumas horas ou poucos dias, e noutros mais persistente, acompanhando todo o periodo de estado e até o de defervescencia. Em alguns casos o dicrotismo é intermittente, não só em relação á sua presença, que póde alternar com periodos de perfeita regularidade, como em relação á sua intensidade — dias de grande nitidez seguem a dias de difficil percepção. A constatação do dicrotismo do pulso acompanha sempre parallela á verificação de um ruido de 3 tempos na escuta do coração, sobre o qual em breve nos occuparemos.

A tensão arterial é baixa em consequencia principalmente da insufficencia suprarenal. A media por nós observada é de 11 de Mx e 7 de Mn, e, facto interessante, este abaixamento ainda se encontra muitos dias depois do doente ter entrado em convalescença. Nos casos graves, nas fórmas ataxo-adynamicas, em que a intoxicação é profunda, a tensão baixa consideravelmente e a syndrome que então se apresenta ao clinico muito se assemelha á da myocardite, com a qual é muitas vezes confundida.

As bulhas cardiacas são, em geral bem batidas no periodo de invasão, e um pouco mais fracas nos periodos de estado e de defervescencia, porem bastante nitidas; e assim se conservam, via de regra, durante todo o tempo da molestia. Mas nas fórmas graves, ataxo-adynamicas, e, principalmente, naquelles complicados de myocardite, as bulhas são muito fracas, surdas, e pode-se então perceber o rythmo de gallope ou, as mais das vezes, o rythmo pendular, embryocardico; phenomenos, como todos sabem, indicadores da maior gravidade.

Outras fórmas de arythmia tem-nos sido dado observar na febre typhoide que, porem, não revestem a gravidade prognostica das que acabamos de falar. Assim crises de extra-systoles sobretudo em salvas, durando algumas horas ou poucos dias, e que encontramos em 10% dos casos; mas, principalmente queremos nos referir a um rythmo de 3 tempos, constatado com muita frequencia, e semelhante ao rythmo de gallope, mas que delle se distingue, não só por seu caracter puramente auditivo e não principalmente tactil, como o verdadeiro gallope, mas tambem porque a bulha superajuntada apparece, não durante a diastole, mas durante a systole, e se forma não no myocardio, mas na aorta. Constitue um desdobramento da 1.ª bulha.

Os tratados sobre febre typhoide, mesmo os mais modernos, não se referem a este rythmo tão frequentemente por nós observado; mas nalguns de Semiologia pudemos encontrar ligeira citação.

No entanto é um rythmo que temos observado, não só na febre typhoide, como em outras molestias infecciosas agudas, como a pneumonia, a grippe; mas principalmente e sobretudo na febre typhoide, onde se póde acompanhar durante todo o periodo de estado, algumas vezes já no periodo de invasão, e mesmo até na defervescencia.

Elle é constituido por 3 bulhas das quaes a primeira e a 3.ª são as bulhas

cardiacas habituaes, e a 2.ª é a bulha nova superajuntada. Esta é fraca, abafada, curta e muito proxima da primeira, da qual parece um echo.

O rythmo, que é mais facil de perceber quando o coração trabalha mais lentamente, é ouvido em todo o precordio, sendo mais forte ao nivel da base, e, mais precisamente, ao nivel da região valvula aortica.

O que é mais interessante, porem, e que tem grande valor para o seu estudo, é que existe o mais perfeito e admiravel parallelismo entre este rythmo e o pulso dicroto, circumstancia esta que acreditamos ser o primeiro a observar e a relatar. Quando um está presente, o outro tambem fatalmente o está, e quando um desapparece, o outro do mesmo modo não é mais perceptivel. A nitidez deste é proporcional á nitidez daquelle e, um, como o outro, são mais facilmente perceptiveis num rythmo mais lento do coração.

Esta circumstancia especial, esse parallelismo, nos leva a conclusão de que ambos tem a mesma origem physiopathologica, — são dois phenomenos produzidos pelo mesmo mechanismo e determinados pela mesma causa.

Infelizmente o nosso Hospital não dispõe de apparelhagem necessaria para fazermos um estudo deste signal com mais detalhes, e nessas condições tivemos que nos limitar a seu estudo puramente clinico, tirando as conclusões que a nossa razão nos apresenta.

Os collegas sabem que o dicrotismo que se observa palpando o pulso na febre typhoide é o exagero do dicrotismo normal, physiologico, que, entretanto por fraco, o nosso dedo não póde perceber. Seu mechanismo é bastante conhecido e nelle figura como tempo importante a dilatação brusca e transitoria das paredes da aorta durante a passagem da onda sanguinea. O vacúo deixado após a passagem do sangue faz com que parte delle reflúa e vá, em seguida, por uma contracção das paredes do vaso, constituir a nova onda. Depende o dicrotismo directamente da acção de 2 factores, aos quaes está intimamente ligado: a tensão arterial e a velocidade sanguinea, que é funcção principalmente da actividade cardiaca. Será o dicrotismo tanto maior e mais nitido quanto mais baixa fôr a tensão arterial e mais lenta a velocidade sanguinea. Até ahi os classicos. Nós, porem, tendo observado que o dicrotismo póde desapparecer ou apparecer de novo sem que se altere a tensão arterial, que se conserva sempre baixa, no mesmo nivel numerico, chegamos a conclusão de que é mais importante o factor velocidade sanguinea, ou, em outras palavras, o factor actividade cardiaca. Nós consideramos os dois factores como necessarios: porem a hypotensão actuando como causa predisponente, e o enfraquecimento da actividade cardiaca como causa determinante.

Melhor ainda que o estudo do dicrotismo, o estudo desse rythmo de 3 tempos desse desdobramento da 1.ª bulha que o acompanha nos mostra a grande influencia da tonicidade cardiaca na producção desses dois phenomenos. Pois só por uma diminuição da tonicidade do myocardio se póde comprehender o mechanismo physiopathologico de tal rythmo. De accordo com a explicação de Sahli e Geigel, que nos parece a mais racional, neste rythmo a primeira e a 3.ª bulha são as bulhas habituaes, normaes do coração. A segunda, a nova, é produzida pelo ruido de entrada da onda sanguinea na aorta. Este ruido, nas condições regulares de um funccionamento normal do coração, não é percebido porque coincide com a 1.ª bulha; porem em circumstancias especiaes de prolongamento do tempo de fechamento do ventriculo, por diminuição do tonus cardiaco, a onda sanguinea entra na aorta com certo retardamento, e então o ruido se torna perceptivel como uma bulha isolada. Isto nos bem mostra que esta 2.ª bulha é um ruido arterial, extracardiaco; e dahi os seus caracteres clinicos: bulha surda e abafada, de curta duração, e mais forte e mais nitida ao nivel da região da valvula aortica; e ainda mais que requer para seu apparecimento uma diminuição da tonacidade myocardica. E' por conseguinte, como acabamos de ver, o mesmo factor. A diminuição de tonicidade do myocardio — que vae determinar o apparecimento desses dois phenomenos. O dicrotismo do pulso, o desdobramento da primeira bulha; e dahi o seu contacto e admiravel parallelismo.

Na pratica, a presença desse rythmo de 3 tempos é de mais facil e mais nitida verificação que a do pulso dicroto; de onde se deprehende a vantagem clinica e therapeutica da pesquiza deste signal.

No estudo do ventre repousam regular numero de signaes clinicos que são habituaes na febre typhoide. Geralmente é distendido e tympanico, principalmente ao longo do colon; distensão ás mais das vezes leve, mas não raro muito forte, maximé nas fórmas de intensa gravidade. Por mais de uma vez tivemos occasião de observar a distensão devida a uma dilatação aguda do estomago, e tambem nos recordamos de um caso em que era a consequencia de um „ileus paraliticus".

Phenomeno muito constante, por nós verificado, foi o gargarejo da fossa illiaca direita, que, embora não seja caracteristico da febre typhoide, é entretanto muito sugestivo para o seu diagnostivo.

As manchas lenticulares foram encontradas na maioria dos casos, numa proporção de 80%. Occupam quasi sempre a linha de inserção do diaphragma, e seu numero é, em geral, pequeno (10 a 20), ás vezes menos, mas não raro observamos doentes apresentando grande numero dellas (50 e mais).

A risca branca de Sergent é presente em quasi todos os typhicos.

O figado, via de regra, está um pouco augmentado, o que se verifica principalmente pela percussão posterior. A vesicula biliar é quasi sempre dolorosa á pressão e este phenomeno, que é observado em 70% dos casos, vai desapparecendo á medida que a molestia entra em declinio.

80 vezes em 100 o baço é augmentado de volume e facilmente palpavel, sobretudo durante a inspiração profunda; e algumas vezes até é doloroso.

O exame commum da urina, em geral, nada accusa de anormal a não ser leves traços de albumina. A diazo — reacção de Ehrlich é presente em quasi todos os casos, e conhecido é seu valor para o estudo do prognostico.

O exame do sangue nos revela a presença do Baccillo especifico durante o periodo de invasão e durante os primeiros dias do periodo de estado; nalguns casos, porem, a septicemia vai mais longe, o que é um signal de gravidade, chegando mesmo até ao limiar da defervescencia. A reacção de Widal é constantemente positiva. Via de regra apparece no começo do periodo do estado, mas por vezes só na defervescencia, ou mesmo em plena convalescença. Ha sempre leucopenia, a não ser que se manifestem complicações purulentas.

No periodo de estado, como dissemos, não são raros os accidentes, as intercurrencias que, como complicações, vêm modificar a evolução habitual da molestia.

Entre as que foram por nós observadas citemos em primeiro lugar a bronchite que mais ou menos intensa, mais ou menos diffusa, apparece com muita frequencia numa media de 70% dos casos. As hemorrhagias occupam certamente um lugar de destaque e as temos visto em regular numero e provenientes de differentes orgãos. Assim as hemorrhagias nasaes, as epistaxis, que, embora mais proprias do periodo de invasão, foram por nós observadas até nas vesperas do periodo de defervescencia. Em geral são mais graves que as do 1.º periodo e necessitam por vezes o emprego de tratamento especial. As hemorrhagias intestinaes, por certo as mais graves, são verificadas, com certa frequencia, numa proporção de 10%. Leves algumas, trazendo pequena repercussão sobre o estado geral, são abundantes outras, enfraquecendo consideravelmente o doente, e até mesmo o victimando. Ora unicas, como é quasi sempre a regra, ora repetidas, abaixando profundamente a resistencia do paciente, ellas sobrevêm, via de regra, no fim do periodo de estado ou no começo da defervescencia. Cedem ás mais das vezes expontaneamente, mas casos ha em que, a despeito de todo tratamento, o doente succumbe esvahido em sangue. Destes mais de um passou pela Enfermaria. Tivemos tambem occasião de vêr, embora raramente, hemorrhagias insolitas de differentes orgãos: assim dois casos de hematuria, cuja gravidade é conhecida, uma pleuriz hemorrhagica e uma hemorrhagia do estomago com hematemese abundante; todos, entretanto, tendo terminado pela cura.

Ainda entre as complicações observadas queremos nomear 2 casos de pleuriz sero-fibrinoso, com pouco liquido que rapidamente se reabsorveu; as paralysias do estomago e do intestino, determinando a dilatação aguda daquelle e o illeus paralytico; os estados de confusão mental, algumas vezes fugazes, outras perdurando por varios dias; um caso de purpura bastante extenso; os abcessos varios e multiplos; a surdez que póde acompanhar o doente até na convalescença; a insuffi-

cencia suprarenal aguda e progressiva; a myocardite, cujo prognostico é tão grave, quasi sempre fatal; e, finalmente, a terrivel perfuração intestinal. Ao que nos parece a perfuração intestinal é mais frequente em certas epidemias, e é mais commum no inverno como já tivemos occasião de referir. E' uma complicação gravissima, sempre fatal si não ha uma intervenção operatoria de urgencia, e de prognostico muito reservado, embora a operação seja precoce e nas melhores condições. As estatisticas francezas da grande guerra dão uma porcentagem de 75 a 80% de mortos dos operados.

A perfuração apparece, via de regra, de uma maneira brusca e terrivelmente dramatica, mas casos ha, como mais de uma vez tivemos occasião de observar, em que é silenciosa, e os phenomenos de peritonite sobrevem lenta e insidiosamente.

Não obstante a porcentagem dos casos que se curam mediante a intervenção cirurgica, que é a unica esperença de salvação, seja muito reduzida, nós possuimos em nosso archivo 2 casos que devem sua vida á bemdita operação. Um delles, o primeiro, crêmos, em Porto Alegre, é de nossa clinica particular e foi operado pelo Dr. Alfeu Bicca de Medeiros, e o outro é da Enfermaria Dr. Masson e operado pelo Dr. Guerra Blessmann.

Em relação á associações morbidas além da associação da febre typhoide com a tuberculose, que é a mais frequente, foi nos dado observar 2 casos em que havia associção com a dysenteria amebica, e que foram bem influenciadas pelo tratamento emetinico.

Após o periodo amphibolo entram os doentes em convalescença com a syndrome tão conhecida de temperatura baixa, pulso lento e bom apetite. Não logram, entretanto, todos elles facilmente este resultado que parecia ser o fecho de uma bella curva de descida. Em varios casos a temperatura, antes de attingir 37, ou mesmo depois de passar um ou dois dias nesse nivel, sóbe de novo e se estabelece uma outra curva febril analoga á primeira: — é o que constitue a recrudescencia. Outras vezes esta nova ascenção se dá depois de um intervallo de apyrexia de 8, 10 ou 15 dias, e é então a recahida. Não poucas vezes tivemos occasião de observar recrudescencias e recahidas, as primeiras sobretudo. Em geral, na grande maioria dos casos, a recrudescencia como a recahida são mais curtas no tempo e mais benignas na gravidade. Algumas vezes, porem, terminam mal, e são esses poucos casos que espalham entre os leigos esse tão forte e conhecido temor das recahidas.

Antes de terminarmos esta breve revista de Febre typhoide, entre nós queremos ainda dizer duas palavras sobre o tratamento usado na Enfermaria e ao qual se deve, crêmos nós, não só a baixa porcentagem de mortes, como o bem estar geral que apresentam os doentes durante toda a evolução da molestia. Em primeiro lugar a dietetica: Já para mais de 10 annos que, vencendo o preconceito classico que só permittia aos doentes uma alimentação muito pobre e reduzida, que o Prof. Octavio determinou, baseado sobretudo nos progressos da medicina americana, que os nossos typhicos fossem alimentados mais variada e abundantemente. Sem querermos entrar em considerações de ordem physiopathologicas sobre a excellencia do regime, desejamos apenas indicar os resultados obtidos.

Tentando seguir mais ou menos de perto a dieta usada no Hospital Massachussets, os nossos typhicos tomam bastante leite, leite com café, com arroz, com cangica; tomam mingaus de varias farinhas, manteiga, um a dois ovos por dia, quer no mingau, quer na sopa, que é feita de caldo de carne ou de gallinha, com arroz ou batatas; tomam purées, panadas, caldos e doces de fructas. Em summa, procuramos attingir uma média de 2500 calorias por dia, numa alimentação quasi exclusivamente liquida.

O resultado deste regime é maravilhoso, extraordinaria a melhora do estado geral; e quantas vezes já no fim das primeiras 24 horas o doente, que na vespera baixara delirante, com o facies typhico, a lingua muito saburrosa e secca, os dentes fuliginosos, se nos apresenta calmo e animado, conversando claramente, a lingua humida e menos saburrosa, os dentes limpos. Não damos banhos, mas faixas tepidas quando a febre é muito alta; e usamos habitualmente uma compressa gelada sobre o ventre.

A medicação é muito reduzida e muito simples: adrenalina em dóse relativamente alta, 50 a 60 gottas diarias, ás vezes mais, conforme as circumstancias; urotropina, uma poção tonica e um pouco de estrych-

nina. As complicações, facilmente se compreende, requerem tratamento especial.

Ultimamente temos empregado com successo o tratamento pelo Stomosina.

Eis, prezados collegas, em ligeiros traços, o que podemos colligir de interessante e original sobre a febre typhoide entre nós. Reconhecemos que é um trabalho cheio de falhas, mas tem para o perdoar a circumstancia de sêr nosso e sincero.

Aos Senhores Cirurgiões

Ao procurardes, com o recurso de vossa sabedoria, salvar das garras da morte qualquer pasciente, lembrae-vos que o perigo enorme de uma infecção vos ameaça constantemente, pondo em imminencia a perda, por isso, de uma mão ou braço sem o que, ficará V. S. privado **para sempre** de exercer vossa nobre profissão, profissão esta que é e será o arrimo daquelles entes que tanto vos são caros.

Pois bem, esta grande preoccupação que vos deve atormentar poderá ser minorada se V. S. se resolver HOJE MESMO a instituir o vosso seguro de INFORTUNIO PESSOAL na

Companhia Italo-Brasileira de Seguros Geraes

Séde — São Paulo
Capital inteiramente realisado
5.000:000$000

Filial de Porto Alegre
Rua Paysandu N.º 357
Phone 5918 — Telegr.: „Italbraseg"

— PREMIOS de 20$ a 500$ annuaes —

O melhor substituto do leite materno. Recommendado com grande sucesso pelas autoridades medicas de todo o mundo.

Amostras e literaturas

C.ia Nestlé
Caixa postal 602
PORTO ALEGRE

Sobre um caso de Actinomycose do maxillar inferior

Doutorando José D. de Assis.

A observação, que ora apresentamos, é de uma doente, vinda a Porto Alegre, acompanhada por seus paes, para ser examinada, a mandado de seu medico assistente, de uma affecção assestada no maxillar inferior.

Antes, porém, de submettel-a a qualquer intervenção cirurgica, os paes da referida menina, a conselho d'aquelle clinico, procuraram ouvir a opinião auctorisada do Prof. Pereira Filho que immediatamente firmou diagnostico de Actinomycose, e instituiu a therapeutica adequada.

Como seus paes não tivessem meios para mantel-a n'uma casa de saude particular, transportaram-na para o Hospital da Santa Casa de Misericordia, onde ficou internada na Enfermaria Dr. Mariante, sendo seu tratamento continuado pelo competente cirurgião dentista, Snr. Dr. Serapião Mariante Guimarães.

Passamos a narrar o nosso caso: F. P. com 13 annos de idade, solteira, branca, profissão agricola, natural d'este Estado e residente em Boa Vista.

Antecedentes pessoaes: sem importancia.

F. P. é uma menina bem nutrida, robusta, e nunca teve molestia alguma.

Ha muito tempo que se dedica a plantações de cereaes (trigo, milho, etc.), prestando auxilio a seus progenitores, que são agricultores.

Historia da molestia actual: Ha cerca de 8 mezes começou a sentir dores n'um dente, incisivo central, inferior, esquerdo, no qual algum tempo mais tarde se formou um abcesso que se rompeu expontaneamente na região suprahyoidéa, dando sahida a um pús amarellado que dava a sensação de particulas minimas de areia.

Tendo procurado um dentista d'aquella aldeia, esse extrahiu o dente carcado a que imputava toda a causa d'essa affecção que persistiu, apezar de estar sob os cuidados de um medico.

Não tardou muito que uma tumefacção se formasse na face anterior e nos bordos do maxillar inferior, cuja sensação dolorosa e dureza, progressivamente foram trazendo um obstaculo á abertura das mandibulas (trismus).

Fig. 1
Photographia de F. P. — Actinomycose do maxillar inferior (Caso pessoal).

Um pouco mais tarde, formaram-se novas fistulas, dando uma suppuração viscosa e pouco abundante.

Estado actual. — Pela simples inspecção, nota-se uma tumefacção volumosa; passando-se a mão por esse sitio, sente-se

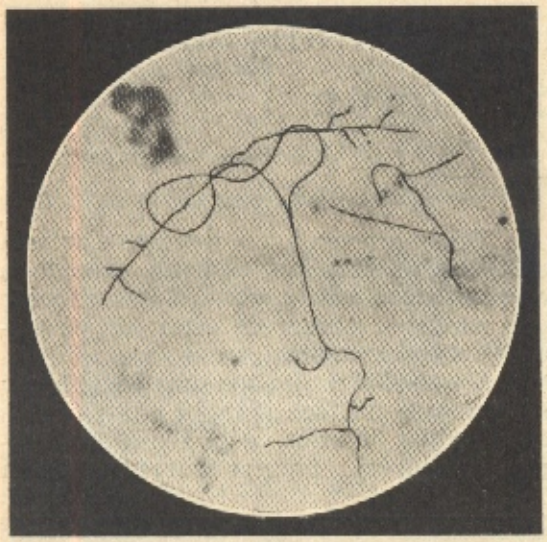


Fig. 2
Microphotographia original. — Mycelios de actinomyces encontrados no pús retirado da fistula principal.

uma superficie irregular, com saliencias osteophyticas, occupando a face anterior do maxillar inferior, com predominancia da metade direita.

Essa massa é de consistencia dura e adhere fortemente ao maxillar sobre o qual parece estar implantada, sendo pouco dolorosa á pressão.

Os ganglios da região doente não apresentam modificações de volume.

As bochecas estão edemaciadas; a região supra-hyoidéa se acha egualmente infiltrada.

A' primeira vista, poder-se-ia pensar n'um tumor maligno ou mesmo n'uma osteo-periostite suppurada; mas, o diagnostico de actinomycose, da fórma perimaxillar foi logo firmado, pela existencia de grãos amarellos na secreção viscosa e pela presença de mycelios de actinomyces, cuja microphotographia original, para maior illustração do nosso caso, annexamos a este trabalho. (Vide figs. 2 e 3).

Com a presença de grãos amarellos e dos mycelios de actinomyces, eram desnecessarios outros quaesquer exames elucidativos do nosso diagnostico.

No caso vertente, o cortejo symptomatico não orientava o espirito para a tuberculose, nem tampouco para a syphilis; entretanto, desta ultima fizemos as diversas reacções sôrologicas, cujos resultados foram os seguintes:

R. Wassermann no sangue — (pos. fraco)
R. de Jacobstal ..... — (pos. fraco)
R. de Hecht-Weinberg ... — (pos. fraco)
R. de Meinick ..... — (pos. fraco)
R. de Kahn ..... — (pos. fraco)

No Hospital, tivemos opportunidade de acompanhar com successo o evolver da affecção e vimos os phenomenos inflammatorios desapparecerem paulatinamente, começando pela metade esquerda do maxillar. A 8 de Outubro do corrente anno, a doente teve alta, completamente curada.

Para maior documentação do nosso caso, façamos algumas considerações sobre o diagnostico differencial, no que diz respeito á parte clinico-laboratorial.

Em primeiro logar, é impossivel citar todas as molestias com as quaes se poderia confundir a actinomycose.

Pela analogia que esta molestia apresenta com outras affecções, tem sido ella confundida principalmente com a tuberculose, syphilis e cancer.

Na face, simula os abcessos dentarios, a periostite alveolo-dentaria, o osteo-sarcoma, a syphilis e a tuberculose.

A actinomycose, sendo rara como outras affecções, não é reconhecida senão com a condição de se pensar nella e de se fazerem pesquizas systematicas pelos methodos usuaes de laboratorio. D'est'arte a actinomycose será cada vez menos desconhecida.

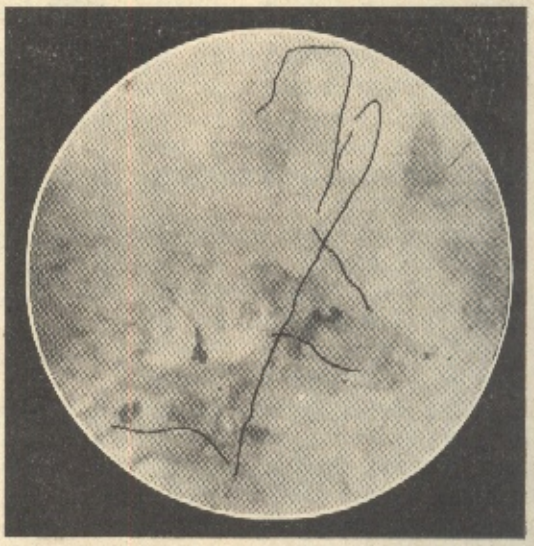


Fig. 3
Microphotographia original. — Mycelios de actinomyces. (Outro campo da preparação).

Quantos doentes são considerados como tuberculosos, syphiliticos ou cancerosos até que um dia e por felicidade d'elles, o medico vê grãos amarellos no pús, os quaes vêm estabelecer o verdadeiro diagnostico.

Si para muitas affecções o laboratorio é tido como modesto auxiliar, nas affecções parasitarias e microbianas, é o unico que resolve as situações.

Entretanto, a actinomycose tem certas particularidades que lhes são proprias: principalmente a ausencia de febre e a falta de repercussão sobre os ganglios visinhos, assim como a inexistencia da dôr, e as remissões mais ou menos demoradas, as quaes não se observam no cancer.

Mas, para o diagnostico, o signal pathognomonico está todo na verificação do parasita nas secreções.

A fórma cervico-facial da actinomycose, que é a mais frequente de todas as modalidades clinicas, póde ser confundida com todas as affecções inflammatorias ou neoplasicas que se assentem nessa região.

Os symptomas são os de um abcesso ou de um phlegmão de origem dentaria, e mais tarde, quando essas lesões ulceram a pelle, assemelham-se ás da tuberculose, da syphilis ou do cancer.

Da tuberculose, a molestia em questão se distingue pela sua localisação nos ganglios cervicaes, pelo aspecto das fistulas com bordas violaceas e descolladas, pelo empastamento mais do que pela dureza da infiltração.

Das gommas syphiliticas, a actinomycose se distingue pela evolução mais lenta, com bordos irregulares e o fundo vegetante.

Os tumores malignos do maxillar, mórmente quando são infectados secundariamente, tornam-se difficeis de se distinguir da actinomycose.

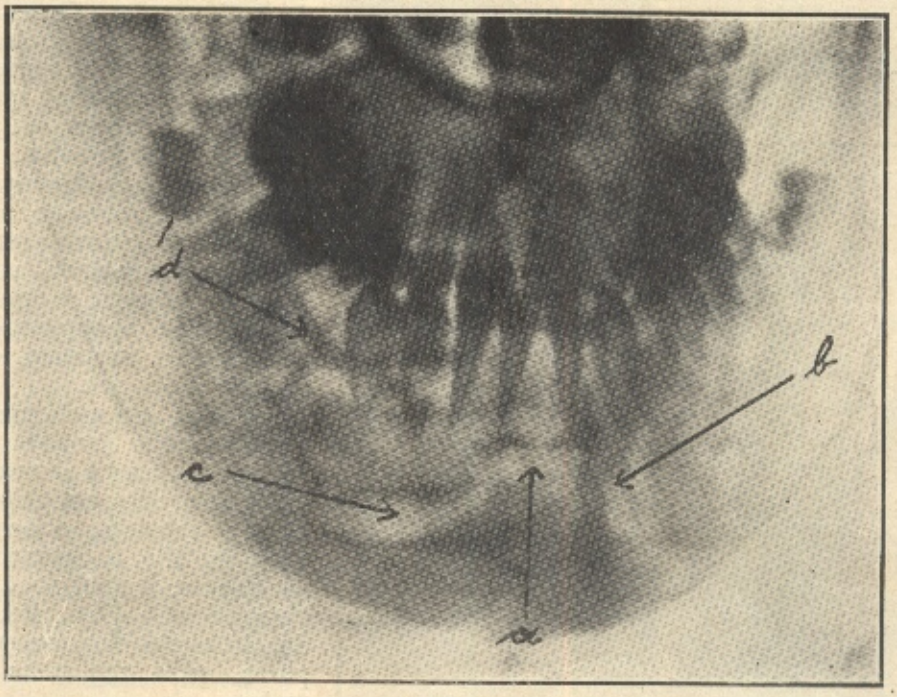


Fig. 4
Radiographia do maxillar inferior. (Vista de frente). As setas a, b, c e d, indicam os diversos trajectos fistulosos.

No magi[illegible] tratado clinico de actinomycose humana, publicado em 1898 por Poncet e Bérnard, o trabalho mais completo que sobre o assumpto se conhece até hoje, estes auctores dão os seguintes caractéres differenciaes: „a actinomycose encontra-se nos individuos jovens, o cancer nos velhos; a evolução da actinomycose se faz por surtos entrecortados de remissões, e a do cancer é mais regularmente progressiva; na actinomycose, a infiltração dos tecidos é mais diffusa, mais extensa que o cancer, as ulcerações fistulosas são mais multiplas, e certas d'entre ellas se cicatrisam expontaneamente, o que

nunca se observa no cancer; as adenopathias são precoces nos cancerosos, tardias e secundarias ás infecções associadas nos actinomycosicos."

Poncet e Bérnard dizem: „é preciso ter por suspeitos os neoplasmas que suppuram, não que os verdadeiros canceres não possam suppurar, mas porque um dos melhores signaes das manifestações actinomycosicas é a associação dos caractéres d'um neoplasma e d'uma lesão inflammatoria."

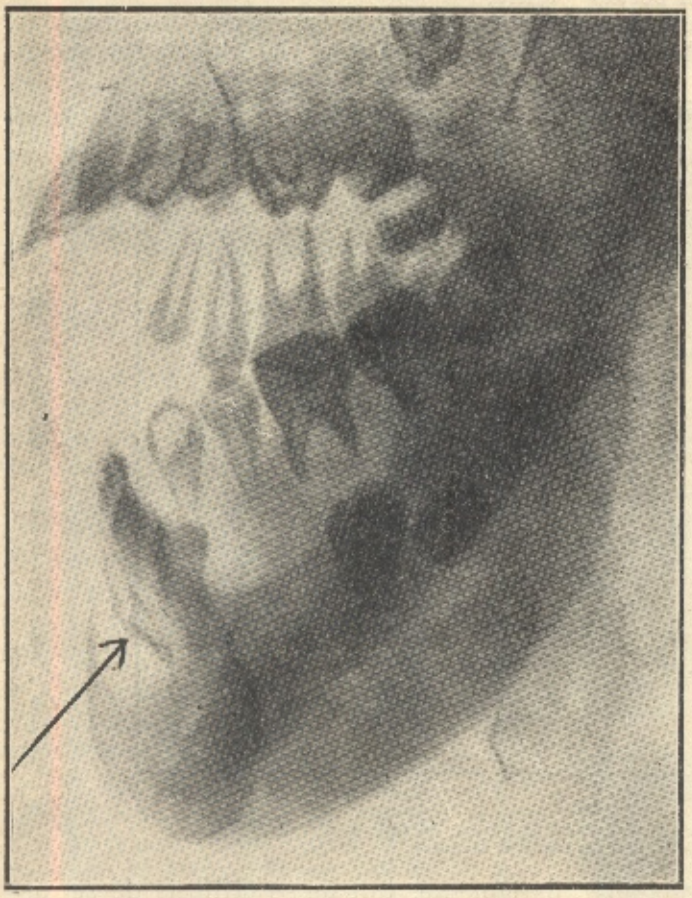


Fig. 5
Radiographia do maxillar inferior. (Lado direito). A seta indica o fóco inicial.

Entretanto, a assignatura da actinomycose está no exame directo do pús e na semeadura do parasita nos meios de cultura.

O actinomyces germina em todos os meios usados em Microbiologia, principalmente nos a que se addicionam sôro ou glycerina, começando a desenvolver-se a 20°, tendo como temperatura optima 27°, podendo germinar até 50°.

Mas, para obter-se uma cultura pura de actinomyces, ha serias difficuldades, pelo facto de estar elle sempre acompanhado por outros germens que, desenvolvendo-se mais rapidamente, retardam a sua evolução ou mesmo o fazem desapparecer do meio em que foi semeado.

Um dos melhores processos é o de Budjuvid, cuja technica consiste em se fazerem as culturas no vácuo, meio este em que o actinomyces vegeta bem e muito antes que outros agentes microbianos.

Quando apparecerem colonias de actinomyces, far-se-á a repicagem para novos meios, porém ainda no vácuo, e sómente pela terceira repicagem é que se poderá fazer a cultura em aerobiose nos meios apropriados.

Podendo o actinomyces viver como um aerobio ou anaerobio, procurou-se reduzir estas difficuldades, semeando em meios que impedissem a germinação dos agentes de suppuração, quer pela falta de oxygenio, quer pelo excesso deste gaz.

Assim, um meio mais seguro e mais rapido consiste primeiramente em fazer a semeadura dos grãos amarellos em gelose peptonada, ou batata, e acompanhar com cuidado o desenvolvimento da cultura, o qual se dará entre cinco a seis dias. Retirar-se-ão depois as colonias que parecerem puras, para repical-as n'outros meios.

Em caldo glycerinado, a cultura começa a se desenvolver entre o quinto ou sexto dia, apresentando-se sob o aspecto de grãos arredondados, de consistencia dura, brancacentos e que depois de algum tempo cahem ao fundo do tubo, tornando o meio claro e limpido.

Em gelose glycerinada e gelatina, observam-se, no fim de oito a quinze dias, colonias alvacentas, depois amarello-citrinas, cobertas ás vezes por uma camada clara, que é devida aos espóros accumulados na superficie.

Em batata, o apparecimento das colonias é mais lento que nos meios precedentes; a principio incolores, tornam-se após amarelladas, á medida que se desenvolvem, ficam pouco a pouco confluentes,

para constituirem uma superficie irregular, rugosa, disposta dentro de um circulo negro.

Outros meios ha ainda, os quaes são favoraveis ao actinomyces, como a clara de ovo, sôro coagulado, etc., porém, nos grãos de cereaes, ligeiramente humedecidos, é particularmente notavel a facilidade com que as culturas puras fructificam.

A cultura apparece entre o segundo e o terceiro dia sob um aspecto pulverulento, amarellado.

Na gelose de Sabouraud, o desenvolvimento é muito lento.

Variadas são as côres dos grãos actinomycosicos; são habitualmente amarellos, lembrando grãos de iodoformio, podendo-se encontral-os ainda esbranquiçados, transparentes, verdes e até negros.

Acham os auctores que esta variabilidade de côres esteja em relação com a idade das granulações; assim, as novas são cinzentas, depois se tornam brancas, opacas, amarellas, côr de enxofre e as mais velhas são escuras, verdes e até negras.

Para se fazer o exame, é necessario que se proceda ainda a fresco, pois que a deseccação transforma os grãos rapidamente.

O grão actinomycosico apresenta-se nitidamente dividido em duas porções; uma central, constituida por um entrelaçamento de filamentos mycelianos, outra peripherica, em que os elementos são voltados para fóra, tomando uma disposição irregular, radiada, terminando-se por uma extremidade dilatada, (clava).

Nos grãos ainda em via de evolução, o elemento essencial é o mycelio, e os espóros não se observam senão nos meios culturaes muito favoraveis, onde a nutrição do vegetal é protegida; as clavas sómente apparecem quando o cogumelo encontra cellulas vivas, capazes de lhe oppôr reacção de defeza.

O exame directo, sem coloração, deve ser feito, esmagando-se um grão amarello entre lamina e laminula n'uma gotta de lacto-phenol ou chloro-lacto-phenol; observa-se então ser elle constituido por uma agglomeração de grãos menores, elementares.

Nos amarellos, os filamentos mycelianos tomam as côres de anilina (violeta de genciana, azul de metyla) e tomam o Gram, ao passo que são descorados pelos acidos fortes.

As clavas se tingem difficilmente pelas côres basicas, porém tomam as acidas (eosina, safranina, p[illegible]rocarmim), são Gram negativas.

Obtêm-se bons resultados, com o processo de Weigert, que consiste em se tratar as preparações, durante uma hora, pelo liquido que se obtem, fazendo dissolver a urcella pura até a coloração vermelha carregada em:

Acido acetico	5 cc.
Alcool absoluto	20 cc.
Agua destillada	40 cc.

Lavam-se os preparados ao alcool e córam-se durante alguns minutos pelo violeta de genciana (soluto aquoso a 1 %) ou pelo azul de methyleno hydroalcoolico.

Por este processo, as clavas ficam coradas de vermelho e os mycelios de violeta ou azul.

O estudo dos grãos póde ser feito ainda por meio de córtes, o que se obtem, fixando em formol o pús ou o coagulo em que se encontram os grumos, incluindo-se depois a peça em parafina.

Uma vez obtidos os córtes, faz-se a dupla coloração, pelo processo habitual.

Obtêm-se egualmente boas preparações, corando-se os córtes durante 40 a 50 minutos na fuchsina de Ziehl e descorando-se rapidamente pelo acido sulfurico a 1 %; lava-se ao alcool, agua e córa-se o fundo com um soluto aquoso de azul de methyleno.

A pesquiza do actinomyces nos córtes dos tecidos é por vezes difficil, devido á dureza dos grãos, de maneira que, empregando-se a maxima habilidade possivel, a navalha faz saltar o grão, não se obtendo o córte.

Uma vez obtido o córte, o melhor methodo é a dupla coloração — Gram e eosina.

As lesões da actinomycose no homem como nos animaes consistem, ora em abcessos, ora em tumores.

Já pelos caractéres macroscopicos do pús póde-se reconhecer a natureza da molestia pela presença de grãos amarellos, cujo volume varia entre o de uma cabeça de alfinete e o de um grão de lentilha.

Sendo a actinomycose mais frequente nos animaes da especie bovina que no homem, os primeiros estudos sobre ella foram naturalmente feitos pelos veterinarios.

Os primeiros casos de actinomycose bovina foram estudados na França, por

Nocard, em 1884, e quatro annos mais tarde este mesmo auctor relatava juntamente com Lucet, o primeiro caso de actinomycose humana.

De então para cá, esta importante mycose foi objecto de attentas observações e foi não só encontrada nos bovinos, mas tambem em outros animaes e no homem, nas suas multiplas e variadas localisações.

A actinomycose humana tem as mais diversas localisações, atacando, de preferencia, a face e o pescoço, podendo tambem invadir a maior parte dos orgãos da economia, com uma frequencia em geral tanto maior, quanto mais proxima é a região do tubo digestivo e das vias respiratorias, pontos de penetração habituaes do cogumelo no organismo.

Outra via de penetração da actinomycose é a pelle, quer pela acção de um traumatismo, deixando solução de continuidade, ou uma erosão banal da mesma.

A infecção mycosica humana, causada pelo actinomyces, encontra-se sem duvida muito mais do que se suppõe.

Aggride todas as classes sociaes, mais particularmente os individuos da campanha que, pelo seu genero de vida, estão mais expostos á contaminação, podendo os habitantes de cidade ser infectados pela palha ou pelos cereaes e mesmo pela lenha.

Os bovinos são particularmente attingidos, e têm-se observado casos de actinomycose n'outros animaes, como no cavallo, carneiro e cão.

As alterações que se observam nos bovideos têm sua séde habitual nos maxillares, lingua, pharynge e nas partes molles da região superior do pescoço. (Vide fig. 6).

A fórma mais commumente encontrada nestes animaes é a dos maxillares, a qual determina no osso um tumor caracteristico, que começa ao nivel das raizes molares, attingindo um volume consideravel e cuja anatomia pathologica é identica á da especie humana.

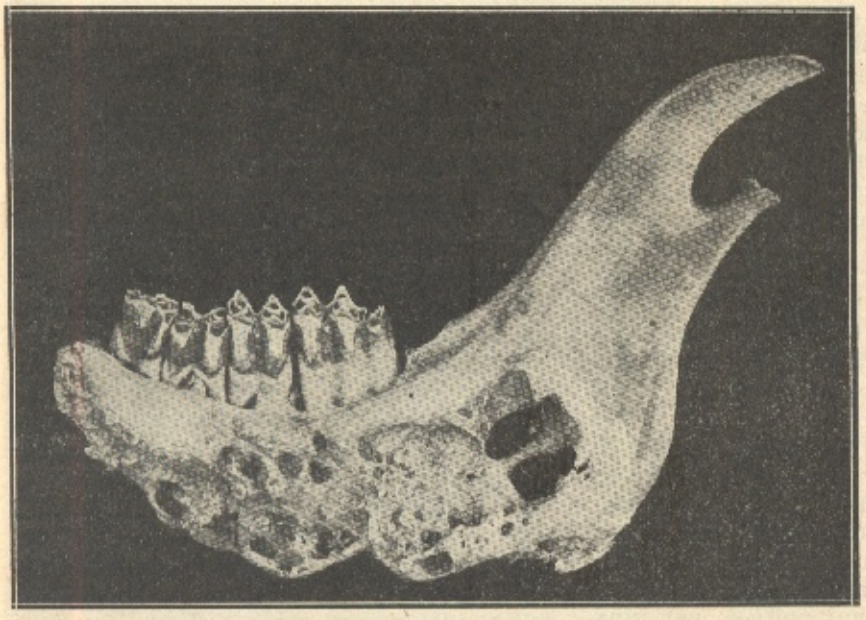


Fig. 6
Maxillar inferior de um bovino atacado de Actinomycose. (Museu de Parasitologia do Instituto Pereira Filho).

Para facilitar o estudo destas mycoses e dar um quadro exacto da molestia, a maior parte dos auctores foram obrigados a agrupar os casos de accôrdo com a região do corpo attingida.

Furket dividiu as fórmas clinicas em: cervical, thoraxica de começo e lombo-abdominal, em suas linhas geraes.

Ao lado dessas fórmas clinicas tem-se descripto em capitulos distinctos a actinomycose cervico-facial, a thoraxica, a obdominal e cutanea, com suas respectivas sub-divisões, fórmas essas que pódem ser encontradas, quer isoladamente, á guiza de typos primitivos, quer associadas umas ás outras.

No que diz respeito a localisação nos ossos, eixo cerebro-espinhal, orgãos genito-urinarios, figado e orgãos dos sentidos, são quasi sempre, para não dizer sempre, secundarias ás precedentes e são encaradas pelos auctores como complicações.

De todas as localisações osseas da actinomycose, a que ataca os maxillares é talvez a unica que mereça uma descripção clinica especial, por ser uma modalidade extremamente rara.

O problema brasileiro da Lepra

(Continúação) **Dr. Belisario Penna.**

A lepra — Sua propagação

A lepra é uma doença de caracter chronico, filiada ao grupo das infecções granulematosas, a que pertencem a syphilis e a tuberculose, com as quaes apresenta algumas caracteristicas communs.

São causadas todas por germens especificos, que penetram os tecidos do corpo. Esses germens, ao penetrarem no corpo, causam uma lesão local, na qual se confinam, por prazo curto, na syphilis; e mais ou menos dilatado, na tuberculose e na lepra, podendo ficar em estado de latencia ou de incubação, curta, média, longa ou muto longa, para manifestar-se depois desse periodo, com tendencia então a estender-se e a generalizar-se.

Quer nas lesões primarias, quer nas que se seguem ao periodo mais ou menos demorado da invasão, tendem os germens a formar nodulos ou granulos, nos quaes se confinam.

Póde, em alguns casos, não passar a doença desse periodo e retrogradar, restabelecendo-se o paciente, facto esse muitas vezes observado na tuberculose e na lepra. Mesmo depois de revelada a doença, por signaes e symptomas caracteristicos, e apparecimento de lesões, observa-se commumente a parada da evolução, por prazo longo, embora com tendencia, em geral, a progredir. Observam-se numerosos casos de tuberculose e de lepra em que as lesões estacionam definitivamente em certo periodo.

Outras vezes a evolução é mais ou menos rapida, com intermitencias de crises agudas, em que se agravam as lesões existentes e apparecem novas.

Na syphilis, as lesões primarias são geralmente bem accentuadas. Na tuberculose são quasi sempre insidiosas. Na lepra, o ataque da doença é tão sorrateiro, que ainda ha duvidas sobre qual o orgão ou quaes os orgãos primeiramente atacados; onde se assestam e se iniciam as lesões primarias, embora observações recentes levem a acreditar ser a membrana mucosa do nariz o sitio de sua invasão.

Em cerca de 60% de casos de lepra, encontram-se lesões do nariz, e o bacillo de Hansen é revelado na secreção nasal até em casos latentes ou de incubação da doença, antes de qualquer outro signal. E' nessa secreção que se podem encontrar bacillos especificos, até em simples portadores delles, porém refractarios á sua acção pathogenica.

Se se fizesse um exame systematico e repetido em todos os communicantes de leprosos, provocada a secreção nasal pela administração de um sal iodurado, quantos casos de lepra não se descobririam, em que o proprio paciente, nem sequer suspeita a doença?

Quanta gente haverá por ahi afóra em convivencia ou repetido contacto com leproso em estado de latencia ou de incubação do mal?

Quantos casos de lepra, de fonte ignorada, não terão essa explicação tão simples?

Se de um lado a lepra parece ser de contagio mais rebelde do que a tuberculose, de outro é muito mais insidiosa, porque o depositario ou portador do virus, mesmo antes que a doença se manifeste por quaquer signal ou symptoma, parece ser contagiante, ao passo que a tuberculose só contamina depois de aberta.

O tuberculoso latente ou incubado não offerece perigo de propagação de bacillos, que, contidos em tuberculos fechados, não são expellidos.

Vê-se, pois, o perigo imminente em que vive uma população em contacto constante com leprosos, como é o caso de numerosas localidades e de vastas regiões do Brasil, e até daquellas onde a doença ainda está pouco espalhada, ou não penetrou, pela presença e permanencia de filhos de localidades contaminadas, possiveis casos de incubação ou de latencia da doença, ou simples portadores de bacillos de Hansen.

Infelizmente, a propagação, entre nós, se vae realizando, não mais indiosamente, mas francamente, pelo descaso e relaxamento dos dirigentes, e, sobretudo, porque a doença attingiu as classes remediadas e abastadas.

Os desherdados da fortuna são repu-

diados, expellidos da sociedade, forçados a se refugiarem em sitios afastados ou a se recolherem a asylos e hospitaes.

Não assim os remediados e ricos, que encontram protecção dos parentes e dos politicos, immiscuem-se abertamente na communidade, sem que ninguem ouse embaraçar-lhes os passos.

Em edade madura, falleceu ha pouco tempo, numa das cidades mais importantes do interior de S. Paulo, um cidadão de familia importante, leproso reconhecivel por toda a gente, com lesões caracteristicas, que foi durante muitos annos o chefe politico governista do municipio, o mandachuva da terra, com quem toda a população era forçada a viver na mais estreita convivencia.

São numerosos, em algumas regiões, os comerciantes leprosos. Um vi eu no balcão de uma venda, a pesar mantimentos e picar fumo, na estrada de Poços de Caldas a Botelho.

Logo á entrada de uma cidade da Matta de Minas, ha uma casa de negocio, de propriedade e gerencia de um leproso, que é tambem um dos chefes politicos da localidade.

No mercado de Aracajú ha uma preta leprosa, que vende guloseimas, por ella preparadas. Nesse mesmo Estado, affirmou-me pessoa de autoridade, o pharmaceutico de uma repartição publica e um collector estadual do interior são morpheticos.

Num dos mais populosos suburbios desta capital, a agencia do Correio é exercida por uma leprosa.

Casos como estes são numerosos pelo Brasil afóra.

Ha, porém, coisa peor. No Maranhão, ha entre as decaidas a crendice de que o contacto intimo com o leproso immunizaas contra as infecções venereas, de sorte que ellas fazem questão de entreter relações intimas com os morpheticos. O resultado é transmittis este a lepra á decaida e aquella os males venereos ao leproso.

Em Minas, o motivo allegado pelas decaidas é de que o contacto intimo com os leprosos dá sorte. Sabendo nós quão facil é a diffusão dessas crendices nas camadas ignorantes, é muito provavel que ellas já se tenham generalizado em todo o paiz.

No trabalho já citado do dr. Ernest Muir sobre a lepra nas Indias Inglezas, encontra-se uma observação muito interessante, que nos deve pôr de sobreaviso. E' a seguinte: Em Calcutá, onde se calcula haver 1000 leprosos, bem como nas localidades onde se concentra a população indiana, a proporção de leprosos pobres para os remediados e ricos é de um pobre para nove daquelles. Calculando em 160.000 o numero de leprosos na India, o numero de pobres, segundo a proporção acima, é de 16.000 para 144.000 remediados e ricos.

Devido ás circumstancias já apontadas, é para onde caminhamos. Os pobres recolher-se-ão aos asylos e hospitaes, ou se refugiarão em sitios afastados, ou levarão vida errante, sem longas paradas em parte alguma, ao passo que os mais ou menos favorecidos pela fortuna se conservarão em suas casas, no seio das respectivas familias, em convivio permanente com parentes e amigos, a propagar livremente a doença entre os seus eguaes.

A doença se deslocará das classes humildes para as médias e elevadas da sociedade, castigando-as cruelmente pelo abandono em que deixaram aquellas.

Marcha lenta da lepra — Casos frustos, de cura expontanea — Casos contagiantes sem signaes da doença

No capitulo anterior fizemos referencias aos casos de regressão ou cura expontanea da lepra e da tuberculose, que não vão além do periodo de invasão, periodo esse, que, na lepra sobretudo, póde passar inteiramente despercebido.

Dahi, parece, a immunidade de muita gente á doença, em meio leproso e em convivencia com leprosos, tal qual se observa em relação á tuberculose.

Essas fórmas frustas da doença, possivelmente, dão-se sobretudo nas primeiras edades até á juventude.

Facto muito parecido se observava na febre amarella, de regra extremamente benigna na primeira infancia, a ponto de passar despercebida, de onde o facto da ausencia da doença na população autochtone, e da sua devastação entre estrangeiros e forasteiros nacionaes, oriundos de regiões onde não era endemica a doença. E' que a população autochtone estava immunizada desde a primeira infancia, ao passo que a estrangeira e forasteira constituia terreno virgem, de grande receptividade.

As fórmas frustas e benignas da infancia mantinham o virus no seu duplo cyclo — endogeno nos organismos infantis e exogeno no mosquito — que, picando o estrangeiro ou forasteiro, inoculava-lhe o germen, produzindo a doença sob a sua modalidade mais grave.

Assim tambem num ambiente leproso, innumeras pessoas, em contacto permanente com lazarentos, e até membros de familias leprosas, immunizadas por ataques frustes ou por motivo de immunidade natural, escapam ao mal, que vae no entanto affectar pessoas de fóra, recentemente chegadas ao logar ou que nelle permanecem pouco ou muito tempo, vindo a manifestar-se a doença em prazo mais ou menos longo.

Se o meio em que explode a doença é virgem, ella se espalha com rapidez maior do que já nos infeccionados, até um certo limite, em que estaciona, com periodos de surtos maiores ou menores. Isso o que tem sido observado nos grandes fócos de lepra das Indias e da China.

Já frizamos a lentidão, em geral, da evolução da lepra, e como póde ella estacionar muitos annos no periodo de incubação, e, por longo prazo ou definitivamente em outros periodos. Convem tambem saber-se que a lepra incipiente, sobretudo a de fórma nervosa simples, póde passar completamente despercebida aos communicantes do doente e até ao proprio medico, por ventura consultado.

Quantos casos não haverá nessas condições?

Conhecido e abalizado neurologista, querendo dar uma idéa da extensão da syphilis, disse que o medico, entre nós, deve pensar syphiliticamente. Parodiando, diremos, egualmente, que em certas localidades e regiões do Brasil, o medico consultado em casos de manchas da pelle, insensibilidades locaes, certos phenomenos nervosos, dores rheumaticas, corysas rebeldes, epistaxis frequentes, ozenas e outras lesões do nariz, deve ficar de sobreaviso e pensar morpheticamente, encaminhando as pesquizas no sentido de depistar a lepra no seu inicio.

E tão espalhado está o mal de Lazaro no Brasil, tão frequente vae sendo o contacto com pessoas oriundas de perigosos fócos da doença, que pensar o medico na lepra, em muitos casos, vae se tornando uma necessidade geral.

Lembremo-nos de que as nossas estancias de aguas mineraes, que, duas vezes por anno, enchem-se de gente de toda a parte, são todas ellas respeitaveis fócos do mal de Hansen.

Calculando em mais de 30.000 os leprosos no Brasil, referimo-nos apenas aos casos reconheciveis por toda gente, acreditando comtudo ser muito mais avultada a cifra, incluindo as victimas da doença no periodo incipiente, confundivel muitas vezes com outras doenças, e as do periodo de latencia, sem qualquer manifestação apparente do mal, sem contar os simples portadores de bacillos de Hansen, refractarios, porém, á sua acção pathogenica.

Cada individuo desses constitue um fóco de lepra, um contaminante directo ou indirecto do negregado microbio.

Ficando, entretanto, nos 30.000 já somos um fóco de lepra maior do que o da India, isso em bloco, como já accentuamos e queremos insistir, porque, regionalmente falando, ha Estados e localidades, que ultrapassam de muito a endemicidade indiana.

Vêm de longe as advertencias aos governos sobre o assustador incremento da lepra no Brasil, sem que nada tenha sido feito de util a respeito.

O grande Oswaldo Cruz, em artigos publicados no „Imparcial", em julho de 1913, assim se exprimiu: „A lepra, entre nós, está a merecer *cuidados especiaes*. A filha mais velha da morte, como é cognominada no livro de Job, tem tomado aqui um incremento que está pedindo que se lhe anteponha páradeiro. Carecemos de dados estatisticos, que nos possam orientar sobre a cifra real de leprosos, que vivem em nossa cidade e daquelles que se encontram nos Estados do Brasil. Em alguns destes, cidades ha que são verdadeiras gafarias; *rara é a familia que não tenha pago doloroso tributo á horrivel molestia.*"

O que Oswaldo disse em 1913, estamos frizando, desde 1922, baseado em dados adquiridos posteriormente.

Não me surprehenderão as contestações e negações, que possam surgir, nem a pecha de exagerado, até mesmo de calumniador e impatriota, por expor cruamente a verdade, que é uma senhora incommoda, porque honesta e severa, inflexivel e sincera na exposição e explanação dos factos.

Não será a primeira vez nem a ultima, visto como nada me afastará da verdade, nem do firme proposito de clamal-a impavidamente, sempre que ella possa beneficiar a collectividade, embora com esperado prejuizo pessoal.

Estou certo de que o seu facho de luz ha de esclarecer um dia as consciencias, se não as dos coevos, as das gerações vindouras, que farão a devida justiça aos que a bradaram para bem da humanidade.

O perigo do pseudo-isolamento domiciliario

A contagiosidade da lepra, seja directamente do doente para as pessoas sãs, seja indirectamente por intermedio do mosquito, ou pelos dois modos, é muito maior do que geralmente se pensa, e attingido certo numero de doentes, sobretudo nas camadas médias e elevadas da sociedade, a sua propagação, se não é egual, é muito approximada da que se observa na tuberculose, sua irmã gemea.

Já attingimos esse ponto perigosissimo, e de dia para dia, o contagio da lepra cresce em progressão geometrica, não estando distante o de se constituir, em todo o Brasil, como já constitue em algumas de suas regiões, calamidade maior do que o conjunto de todas as endemias que nos castigam.

A tuberculose, flagello universal, nem é repugnante, nem deforma ou mutila o paciente, como a lepra.

Mesmo em convivencia com o tuberculoso aberto, é relativamente facil evitar o contagio, mediante cuidados hygienicos, e, contrahida a doença, e combatida desde o seu inicio, é tambem relativamente facil a cura.

Não assim a lepra. Por maiores que sejam os cuidados, quer do doente, quer dos que com elle convivem, está sempre imminente o perigo do contagio, cujos processos ainda desconhecemos; e, adquirido o mal, são até agora tenuissimas as esperanças de cura, ou de paralysação da molestia no seu periodo inicial.

São ainda tão poucos os casos considerados de cura, relativamente ao numero de leprosos sujeitos ao tratamento moderno da lepra, e tantos os casos de recaidas, após um, dois e tres annos de cura apparente, que, póde-se affirmar, ser por emquanto incuravel a morphéa. Esta, infelizmente, a verdade, e até este momento, nenhum medico tem o direito de garantir a cura ao leproso.

Varios factores importantes contribuem para a crescente e alarmante diffusão da lepra, entre nós, sobrelevando a todos a condição social de innumeros leprosos, exercendo abertamente todas as profissões e cargos publicos, vivendo sem constrangimento algum com as respectivas familias, em convivio com parentes e amigos, perambulando livremente nas ruas, nos bondes, nos automoveis, nos trens de ferro, nos vapores, nos campos, nas estancias de aguas mineraes, fabricando manteiga, queijos, biscoitos e doces, servindo de amas seccas e até de leite, frequentando á vontade hoteis, tavernas, bars, cafés, confeitarias, casas de diversão e festas.

A's facilidades crescentes de communicações, ao augmento progressivo das populações urbanas, ao absoluto descaso dos poderes publicos, factores todos que contribuem para maior diffusão da doença, temos de accrescentar, além de outras que já apontamos, a crendice muito espalhada no povo de que o leproso, que consegue transmittir a doença a sete pessoas, cura-se.

Além dessa horripilante abusão, ha ainda um factor psychologico de immensa importancia: o leproso é quasi sempre um revoltado contra a sorte que o fez victima de uma molestia longa, incuravel e repugnante, e essa revolta perverte-lhe o caracter, transforma-o num inimigo da sociedade, que o teme e o repelle.

Por isso, salvo excepções, o seu desejo, a sua vingança consiste em passar adeante a molestia, para arranjar companheiros de desgraça e formar tambem uma sociedade.

Em grandes Estados e muitas localidades do Brasil, já não lhes é mais preciso usar qualquer ardil com esse intuito, visto como a repugnancia á molestia, e o panico que o leproso inspirava estão amortecidos e quasi extinctos, pela abundancia de doentes em todas as classes, exercendo as mais variadas profissões.

Ha mesmo povoados, villas, cidades e até capitaes, onde, a continuar o desleixo de até agora, o que haverá a fazer, dentro de alguns lustros, será a retirada da minoria das respectivas populações ainda não contaminadas pela lepra.

(Continúa)

Sociedade de Medicina

Enceramento dos trabalhos do anno de 1928
Recepção do prof. Dr. Parreiras Horta
Discurso do Dr. Jacintho Gomes
Posse da Nova Directoria

No dia 28 de Dezembro, presentes os socios Drs. Gaspar Faria, Alpheu Bicca de Medeiros, Homero Fleck, Carlos Pitta Pinheiro, Jacintho Gomes, Guerra Blessmann, Gaspar Faria, Humberto Wallau, Fernandes Penha, José Fernandes Barbosa, Plinio Gama, Felicissimo Difini, Jacy Monteiro, Valentim, Gastão de Oliveira, Octavio de Souza, Lisboa de Azevedo, Waldemar Job, Heitor Annes Dias, Sarmento Barata, Maya Faillace, Sarmento Leite Filho, Sarmento Leite, Marcellino Tavares, Oswaldo de Souza, Fabio de Barros, Anthero Lisboa, Mario Totta, Dino Vanucci, Renato Barbosa, Argymiro Galvão, Paula Esteves, Piaguassú Correia, José Ricaldone, Donato di Donato, Saint Pastous, Ulysses Nonohay, Pereira Filho, Oscar Pereira, Luiz Guedes, Waldemar Castro, Raul Bittencourt, Florencio Ygartua, Almir Alves, Mario Bernd, Oddone Marsiaj, Carlos Bento e Aurelio Py, numa das salas do Grande Hotel realizou-se o banquete durante o qual foi prestada significativa homenagem da Sociedade de Medicina ao prof. Parreiras Horta e empossada a nova directoria, eleito para o anno de 1929.

A' meza tomaram assento ladeando o vice-presidente prof. Guerra Blessmann, os Profs. Parreiras Horta, homenageado e Sarmento Leite, Director da Faculdade de Medicina.

Entre as pessoas presentes contava-se tambem o Dr. Ruy Pereira Gomes, dignissimo auxiliar do prof. Parreiras Horta que viera ao Sul em missão official do Ministerio de Agricultura, Industria e Commercio, junto ao Governo do Estado.

O prof. Guerra Blessmann, abrindo a sessão, explicou o motivo de se achar na Presidencia, pois communicava o facto de haver enfermado o presidente Dr. Jacintho Gomes.

Em seguida deu a palavra ao Dr. Renato Barboza, para em nome da Sociedade de Medicina, saudar o Dr. Parreiras Horta.

Em sua oração o Dr. Renato Barboza, poz em destaque a personalidade do illustre scientista, citando farta copia de trabalhos, theses etc. elaborados pelo Dr. Parreiras Horta.

Após contar varios episodios da missão medica brazileira enviada ao theatro da Grande Guerra, e da qual fizeram parte o homenageado e o orador, novamente teceu fartos elogios ao illustre homenageado, que tanto soubéra elevar o nome da sciencia medica brazileira no velho mundo.

Terminou, apresentando em nome da Sociedade de Medicina, ao scientista brazileiro e seu digno auxiliar Dr. Ruy Gomes, as saudações e os votos de feliz permanencia no seio da corporação medica Rio Grandense.

Em seguida fallou o Dr. Parreiras Horta, agradecendo a homenagem que lhe era prestada. Após tambem se referir a varios episodios da missão medica, congratulou-se com o corpo medico Rio Grandense, que n'uma original reunião, dava mostra do espirito de cordialidade reinante no seio da classe.

Após o Dr. Parreiras Horta, fallou o prof. Fernando de Castro que abordou o problema da Febre Typhoide em P. Alegre.

Tal assumpto que constituira o symposium da ultima sessão, e fora adiada a continuação de sua discussão, foi encerrado após interessantes discussões a respeito de sua prophylaxia.

Em seguida o Dr. Plinio da Costa Gama leu o seguinte discurso que deveria ser pronunciado pelo Dr. Jacintho Gomes, então ausente, como dissemos, por motivo de doença.

„A vida da Sociedade de Medicina foi particularmente difficil e accidentada no decurso do anno que está terminando. Esta Directoria, porém, mantendo intactas as nossas tradicções, não afastou-se das normas em que sempre actuou a Sociedade, e defendeu, como lhe compria, o nosso patrimonio moral, sem, entretanto, deixar de encarar os problemas maiores

da nossa classe para bem cumprir a sua missão, e manter-se ao nivel das grandes responsabilidades que lhe cabem no meio medico Rio Grandense. Esta Directoria não esteve inactiva, ao contrario, dispendeu as suas melhores energias, e continúa desenvolvendo o seu maior esforço, na solução de problemas que affectam intimamente o bem estar moral e material da nossa classe. A tarefa é ardua, mas a Directoria sentiu-se sempre prestigiada pela vossa attitude de solidariedade e amparo, que mantiveram-se inalterados até agora como dá eloquente e desvanecedor testemunho o vosso pronunciamento na eleição de 21 do corrente. Esta Directoria tem se esforçado por encontrar uma solução dentro da lei para a singular situação em que se acha, ha 40 annos, a classe medica Rio Grandense.

A Sociedade de Medicina não representa um partido politico. Ella é a agremiação de uma classe dentro da qual ha representantes de todos os partidos politicos. Esta Directoria não propugna por conquistas politicas, mas bate-se pela defeza dos interesses moraes e materiaes da sua classe. Ella não póde pretender alterar a estructura politica do Estado, mas promove perante os poderes constituidos a defeza do medico e da sociedade civil no que esta tem de mais elevado — A SAUDE, e com isso ella defende tambem o capital mais valioso — O HOMEM. Nesse sentido a Directoria tem desenvolvido a sua acção, sempre amparada na vossa perseverante e indispensavel solidariedade, e espera no proximo anno ver realisada grande parte das suas aspirações, e coroados os seus esforços dentro das possibilidades e exigencias politicas e sociaes do momento historico que atravessa o nosso Estado na evolução pacifica do seu grandioso progresso, que se desenha cada vez mais nitido na combinação do esforço das classes e da acção dos partidos politicos, que tem sobre os hombros a responsabilidade da grandeza e felicidade da nossa terra.

A classe medica tem uma parte nessas responsabilidades e não fugiu, nem fugirá á collaboração que lhe cumpre. A Sociedade de Medicina, comprehendendo isso, não se negou este anno ao cumprimento dos deveres do seu posto, e assim proseguirá amparada sempre na vossa confortante e imprescindivel solidariedade. A Directoria da Sociedade de Medicina, neste momento tão grato, apresenta aos seus dignos consocios e á classe medica Rio Grandense as suas fraternaes saudações e os votos para que no decorrer do Anno Novo, todos os collegas, no exercicio da profissão, continuem a ter bem presentes, as leis do immortal Hypocrates, e a velha e generosa maxima: „Fazer o Bem sem olhar a quem".

Seguiu-se com a palavra o prof. A. Galvão que fez uma saudação ao Dr. Jacintho. Acha-se a mesma noutro local do presente numero.

Seguiu-se a posse da nova directoria.

Ao empossar a nova directoria o prof. Guerra Blessmann teve palavras de agradecimento aos Drs. Renato Barboza, Carlos Bento, Gastão de Oliveira, membros da antiga directoria, bem como fez elogiosas referencias aos Drs. Carlos Hofmeister, Raul Moreira, Raul Bittencourt, esforçados membros da commissão de Revista.

A nova directoria empossada acha-se assim constituida:

Presidente: *Dr. Jacintho Gomes* (reeleito)
Vice-presidente: *Dr. Guerra Blessmann* (reeleito)
Secretario Geral: *Dr. Plinio da Costa Gama*
1.º Secretario: *Dr. Felicissimo Difini*
2.º Secretario: *Dr. Sarmento Barata F.º*
Thesoureiro: *Dr. Gaspar Faria* (reeleito)
Archivista: *Dr. Argymiro Galvão* (reeleito).

A commissão de Revista para o anno de 1929, acha-se constituida dos profs. Octavio de Souza, Annes Dias, Paula Esteves.

Os „Archivos Rio Grandenses de Medicina" acceitam annuncios de preparados, casas de material de laboratorio, cirurgia, automoveis, etc. etc.

A Revista sahirá mensalmente e terá grande circulação em todo o Brasil, em especial no Rio Grande do Sul.

Os pedidos de annuncios devem ser dirigidos para a caixa postal n.º 442 — Porto Alegre.